Tesis Doctorales
en Psicología
sobresalientes
Colección (2016–2019)

Modalidades del vínculo mamá-bebé de alto riesgo y su relación con el desarrollo del niño durante el primer año de vida

María Paulina Hauser

Facultad de psicología
Universidad Nacional de San Luis
neu
nueva editorial universitaria

Universidad Nacional
de San Luis
Facultad de Psicología

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

"Modalidades del vínculo mamá-bebé de alto riesgo y su relación con el desarrollo del niño durante el primer año de vida"

Doctorando: Lic. María Paulina Hauser

Directora: Dra. María Cristina González

Co-directora: Dra. Teresita Ana Milán

Tribunal Evaluador:

Dra. Mariela Mansilla (Universidad de Buenos Aires)

Dra. Paula Irueste (Universidad Nacional de Córdoba)

Dra. Marina Fantin (Universidad Nacional de San Luis)

San Luis - Argentina

2016

Hauser, María Paulina
Modalidades del vínculo mamá-bebé de alto riesgo y su relación con el desarrollo del niño durante el primer año de vida / María Paulina Hauser. - 1a ed . - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2019.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-193-6

1. Psicología. I. Título.
CDD 158.24

Universidad Nacional de San Luis
Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas
Vicerrector: Dr. José Roberto Saad

Secretario de Coordinación y Planificación Institucional:
CPN Víctor Moriñigo

Comité editorial de Colección:
Tesis Doctorales en Psicología sobresalientes (2016-2019)
Directora: Doctora Alejandra Taborda
Editor: Doctor Fernando Polanco
Colaboradores: Josiane Sueli Beria
Martín Gonzalo Zapico
Diseño de tapa: Macarena Velasco

Nueva Editorial Universitaria
Avda. Ejército de los Andres 950 - Subsuelo Rectorado
Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5110
www.neu.unsl.edu.ar
E mail: neu@unsl.edu.ar

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

REUN RED DE EDITORIALES DE UNIVERSIDADES NACIONALES
neu nueva editorial universitaria
Universidad Nacional de San Luis

A mis padres, Silvia y Guillermo

A mis hermanos, Luciana e Ignacio

A las mamás y sus bebés de alto riesgo.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de San Luis y a la Facultad de Psicología, que con su infraestructura y recursos humanos permitieron mi formación.

A mi país, que me permitió acceder a una educación pública, gratuita y de calidad, tanto en mi formación de grado como de posgrado. Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y a la Dirección de Investigación para la Salud – Ministerio de Salud de la Nación por brindarme el financiamiento necesario para mi investigación.

A la Dra. Cristina González, quien generosamente aceptó dirigir esta tesis, contribuyendo desinteresadamente con su experiencia y sus conocimientos.

A la Dra. Teresita Milán, por su generosidad, confianza, dedicación y afecto sin los que hubiera sido imposible realizar esta tesis. Gracias por el esfuerzo y el tiempo dedicado para que este trabajo resultara lo mejor posible. Gracias por estimularme y acompañarme en los primeros pasos en la investigación siendo todavía alumna.

A la Dra. Alicia Oiberman, gracias a quien conocí el apasionante campo de la Psicología Perinatal. Gracias por permitirme formar parte de su grupo de trabajo y ayudarme generosamente para conseguir el financiamiento para esta investigación mediante una beca doctoral de CONICET.

A la Dra. Marijn van Dijk (Universidad de Groningen, Paises Bajos), por recibirme en el Departamento de Psicología del Desarrollo, permitirme participar en su investigación y brindarme importantes herramientas metodológicas para la realización de esta tesis.

A la Mag. Clara Azaretto, por su asesoramiento metodológico.

Al Servicio de Neonatología, Maternidad Provincial “Dra. Teresita Baigorria” por abrirme las puertas para realizar mi tesis. A cada uno de los profesionales médicos, enfermeros y psicólogos que me ayudaron, especialmente a la Dra. Silvia Lenzano, a la Dra. Myriam del Valle López y la Enfermera Marta Gutiérrez por valorar mi trabajo, ayudarme y hacer de mi paso por la Maternidad una experiencia que guardaré entre mis mejores recuerdos. A la Lic. Carolina Gioria por su colaboración.

A cada una de las madres y los padres que de manera desinteresada aceptaron formar parte de este trabajo de investigación. Es mi deseo que esta tesis contribuya al desarrollo sano y feliz de los bebés de alto riesgo.

A mi familia y amigos, por el apoyo incondicional y el aliento. Muy especialmente a Daniel, por ser quien confío en mí en primer lugar y siempre me alentó a dar un poco más. A mis compañeros de trabajo en la asignatura Psicopatología I y II.

Gracias a todos, que no son pocos, los que directa o indirectamente han colaborado en esta tesis.

El viaje

por Eduardo Galeano

Bocas del Tiempo, 2004.

"Oriol Valls, que se ocupa de los recién nacidos en un hospital de Barcelona, dice que el primer gesto humano es el abrazo. Después de salir al mundo, al principio de sus días, los bebés manotean, como buscando a alguien.

Otros médicos, que se ocupan de los ya vividos, dicen que los viejos, al fin de sus días, mueren queriendo alzar los brazos.

Y así es la cosa, por muchas vueltas que le demos al asunto, y por muchas palabras que le pongamos. A eso, así de simple, se reduce todo: entre dos aleteos, sin más explicación, transcurre el viaje".

Índice

Agradecimientos 7
Índice 11
Resumen 15
Introducción 17
Problema de investigación 19
Objetivos 20
Relevancia de la investigación 21
Estructura general de la tesis 21
Capítulo 1 25
1.1. Antecedentes en investigación sobre el vínculo madre-bebé de alto riesgo 26
1.1.1. Vínculo madre-bebé y su incidencia en el desarrollo 30
Capítulo 2 Vínculo temprano 33
2.1. Las madres y sus hijos a través de la historia 34
2.1.1. Grecia y Roma: la función materna 34
2.1.2. La maternidad en la Edad Media 35
2.1.3. La maternidad en la Edad Moderna y la Edad Contemporánea 35
2.2. Vinculo temprano madre – bebé 37
2.2.1. Conceptualización de la interacción y el vínculo 37
2.2.2. Aportes de diferentes autores a la comprensión del vínculo temprano madre-bebé 39
2.2.2.1. Las contribuciones de Donald Winnicott 40
2.2.2.2. Aportes de Daniel Stern: la experiencia de entonamiento 42
2.2.2.3. La teoría del apego 43
2.2.2.4. El vínculo entre la madre adolescente y su bebé 45
2.2.3. Observación del vínculo temprano 46
2.2.3.1. Aportes de Spitz a la observación directa de bebés 47
2.2.3.2. Aportes de Winnicott a la observación de bebés 48
2.2.3.3. Aportes de Stern a la observación de las interacciones madre-hijo 49
2.2.4. El despliegue del vínculo: prehistoria, embarazo y primeros encuentros 50
2.2.4.1. La prehistoria del vínculo 50
2.2.4.2. El vínculo madre-feto en crecimiento 51

2.2.4.3. Primeros encuentros entre la madre y su bebé real 53
2.2.5. Dos escenarios en la vinculación: la interacción imaginaria y la interacción conductual 55
2.2.5.1. La interacción conductual 55
2.2.5.2. Los intercambios visuales 57
2.2.5.3. El contacto corporal 58
2.2.5.4. Los intercambios verbales 59
2.2.5.5. La interacción imaginaria 60
2.2.5.6. El lugar asignado al bebé en el entramado familiar 60
2.2.5.7. Los modelos de-estar-con y la representación de-estar-con 62
2.2.5.8. La elección del nombre del bebé 65
2.2.6. Dificultades en el vínculo temprano madre-hijo 65
2.2.6.1. Continuidad/discontinuidad 68
Capítulo 3. Bebés de Alto Riesgo 71
3.1. Factores asociados al nacimiento prematuro 72
3.2. Algunas definiciones desde la Neonatología 74
3.3. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) 75
3.3.1. Paradigma de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia 78
3.4. Funciones vitales en el recién nacido de riesgo: implicancias psicológicas 79
3.4.1. Alimentación 79
3.4.2. El sueño 80
3.5. Encuentros y desencuentros. Los primeros momentos de la díada madre-bebé en la internación 81
3.5.1. Primeras interacciones entre la madre y su bebé de alto riesgo 84
3.5.2. La estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: relaciones de las madres con el personal médico y de enfermería 87
3.5.2.1. Las huellas de la internación en UCIN en la vinculación 89
3.5.2.1. El egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 91
3.5.3. Introducción de la Psicología Perinatal en el ámbito de las Maternidades 92
3.6 Desarrollo durante el primer año de vida 96
3.6.1. El Desarrollo Cognitivo durante el primer año 97
3.6.2. El Desarrollo Psicosocial y motor durante el primer año 99
3.6.3. El lenguaje 101

3.6.4. Los cinco estadíos en el desarrollo preverbal 102
3.6.5. Dificultades en el desarrollo en los bebés de alto riesgo 103
3.6.6. Interferencias en el desarrollo en bebés de alto riesgo 106
3.6.7. Inclusión de los bebés de alto riesgo en un programa de Seguimiento del Desarrollo 108
3.6.8. Evaluación del desarrollo en bebés de alto riesgo 112
Capítulo 4. Metodología 115
4.1. Diseño de investigación 116
4.2. Descripción del ámbito de estudio 116
4.3. Muestra – Unidades de análisis 119
4.4. Instrumentos utilizados para la recolección de datos 119
4.5. Procedimiento 127
4.6 Procesamiento y análisis de datos 131
4.6.1. Variables 131
4.6.2. Análisis de los datos 144
4.6.2.1. Análisis Cuantitativo 144
4.6.2.2. Análisis de Cluster 145
4.6.2.3. Análisis Cualitativo 146
4.7. Consideraciones éticas 148
4.8. Comentarios sobre el método 149
Capítulo 5.. Resultados 151
5.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra 152
5.2. Resultados cuantitativos 155
5.2.1. Interacciones madre-bebé de alto riesgo en UCIN 155
5.2.1.1. Incidencia del tiempo de internación en la UCIN sobre las interacciones madre-bebé 162
5.2.2. Interacciones madre-bebé en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo durante el primer año de vida 164
5.3. Resultados cualitativos 168
5.3.1 Entrevistas 168
5.3.2. Aspectos cualitativos observados 199
5.4. Modalidades del Vinculo madre-bebé de alto riesgo durante el primer año de vida 214

5.4.1. Modalidad 1 “Desencontrada” 214
5.4.2. Modalidad 2 “Sintonizada” 223
5.4.3. Modalidad 3“Dual”..... 232
5.4.4. Asociación entre Modalidad Vincular establecida, edad materna y situación de pareja 242
5.5. Desarrollo alcanzado por los bebés al año de vida. Su relación con la Modalidad Vincular establecida 242
5.5.1. ¿Vínculo? ¿Riesgo biológico?..... 246
5.5.1.1. La multideterminación del desarrollo..... 252
5.5.2. Interacciones madre-bebé durante la evaluación cognitiva 253
Capítulo 6 Discusión…… 257
6.1. Discusión de las Modalidades Vinculares elaboradas..... 261
6.2. Relación entre la Modalidad Vincular establecida, edad y situación de pareja materna 283
6.3. Modalidades Vinculares y desarrollo alcanzado por el niño al finalizar el primer año de vida 286
Capítulo 7.. Conclusiones……. 293
Referencias 299
Anexos..... 313
A. Escala de observación de vínculo madre-bebé internado en UCIN (Santos, 2010) 313
B. Escala de observación del vínculo madre-hijo (Oiberman, 2008) 316
C. Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) (Oiberman, 2005; Oiberman et al., 2008).. 317
D. Modelo de entrevista semiestructurada 318
E. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1978) 322
F. Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS) (Oiberman, Mansilla, Orellana, 2002) 323
G. Interacciones madre-bebé en UCIN 325
H. Interacciones madre-bebé en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo 327

Resumen

Los avances científicos y tecnológicos han permitido que cada vez sobrevivan mayor cantidad de bebés prematuros, con patologías severas y extremo bajo peso, que requieren de cuidados especializados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y de un seguimiento luego del alta. La particularidad de estas díadas madre-bebé reside en que se encuentran por primera vez en una UCIN, lo que supone un contexto nuevo y diferente para la vinculación. En la literatura específica no se hallan demasiadas referencias acerca del modo en que el vínculo temprano puede incidir en el desarrollo de niños que tienen desde el momento de nacer, la posibilidad de presentar daños o alteraciones en su desarrollo, y que constituyen el grupo de bebés de alto riesgo. Atento a este problema, el objetivo general de esta investigación fue observar, caracterizar y comprender las modalidades del vínculo madre-bebé de alto riesgo, y la relación existente con el desarrollo alcanzado por el niño en el primer año de vida.

La investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre agosto de 2011 a noviembre de 2014 en un Servicio de Neonatología perteneciente a una institución pública en la provincia de San Luis. Se utilizó un diseño descriptivo-interpretativo de carácter prospectivo. En esta investigación se utilizó una metodología mixta. La muestra estuvo formada por 36 díadas mamá–bebé de alto riesgo. Se realizaron observaciones vinculares durante la internación en la UCIN, y durante los controles médicos del primer año de vida en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo, para lo que se utilizaron la Escala de observación de vínculo madre-bebé internado en UCIN (N-EOV-INC) (Santos, 2010) y la Escala de observación del vínculo madre-hijo (Oiberman, 2008). Se entrevistó a las madres utilizando el diseño de la Entrevista Psicológica Perinatal (Oiberman, 2005). También se evaluó el desarrollo psicomotor y cognitivo alcanzado por los infantes al año de vida mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1978), y la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS) (Oiberman, Mansilla, Orellana, 2002).

Se realizó un análisis cuantitativo de las interacciones diádicas en el Software R, mediante la técnica estadística de Análisis de Clúster, que permitió conocer las características de las mismas durante la internación en UCIN y en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo. Luego se llevó a cabo un análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a todas las madres. Se elaboraron 24 categorías con diferentes dimensiones. A partir del análisis de las interacciones y de las entrevistas se construyeron los tipos de modalidades del vínculo madre-bebé de alto riesgo, considerando tanto las características de las interacciones en UCIN, en el Consultorio de Seguimiento y las entrevistas realizadas a las madres. Posteriormente, se realizó un análisis de un caso testigo de cada modalidad, a partir de categorías previamente construidas que daban cuenta de aspectos de las observaciones que no podían ser cuantificados. Finalmente, se relacionaron las diferentes modalidades vinculares con el desarrollo alcanzado por el bebé de alto riesgo al año de vida.

Los resultados de esta investigación evidencian que el vínculo temprano se desplegó de distintas maneras en función de las particularidades de cada díada, por lo que se pudieron distinguir tres Modalidades del Vínculo madre-bebé de alto riesgo a lo largo del primer año de vida: la Modalidad Vincular "Desencontrada", la Modalidad Vincular "Sintonizada" y la Modalidad Vincular "Dual" -en la que se diferenciaron dos situaciones. Se puede puntualizar que las Modalidades Vinculares establecidas entre los sujetos de esta muestra incidirían, junto a una multiplicidad de otros factores, en el desarrollo alcanzado por los infantes al finalizar el primer año de vida. En la Modalidad Vincular "Desencontrada", las características de la vinculación habrían repercutido en el desarrollo psicomotor, profundizando el riesgo biológico propio de estos bebés. De manera diferente, en la Modalidad Vincular "Sintonizada", la mayoría de los infantes alcanzaron un desarrollo acorde a su edad. En este sentido, la vinculación habría incidido disminuyendo el riesgo biológico que presentaban inicialmente estos infantes y favoreciendo el desarrollo saludable de los mismos. Finalmente, en el caso de la Modalidad Vincular "Dual" la vinculación, en la mayoría de los infantes, habría intervenido reduciendo la posibilidad de dificultades en el desarrollo. Sin embargo, en aquellos infantes que sí presentaron dificultades en el desarrollo, se habrían conjugado de manera particular la inestabilidad de la vinculación con el riesgo biológico.

Los resultados permiten reflexionar acerca de la importancia de la multi determinación del desarrollo ya que en cada caso particular se combinarían de diferentes maneras el riesgo biológico y la modalidad vincular establecida. Aún más, esto implica no solo el riesgo biológico y la vinculación, sino también la influencia de lo constitucional, lo heredado, las vivencias infantiles y los factores accidentales. En este sentido, es pertinente considerar que las condiciones médicas y biológicas de riesgo en las que nació cada niño quedarían por fuera del campo de intervención del psicólogo, sin embargo, sí se podrá intervenir preventivamente sobre la vinculación que se establezca entre las madres y sus hijos apuntando a aminorar el impacto que la condición biológica puede tener sobre el desarrollo. El presente estudio representa un primer intento de exploración respecto de los diferentes modos de vinculación entre díadas madre-bebé de alto riesgo y la incidencia que estas modalidades pueden tener en el desarrollo psicomotor y cognitivo alcanzado por los infantes. Con la finalidad de comparar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones que estudiaron la problemática del vínculo temprano entre madres e hijos se realizó una exhaustiva indagación bibliográfica para elaborar una fructífera discusión del tema. Se concluye que el vínculo temprano supone un proceso progresivo de construcción en el que participan la madre y su hijo, donde intervienen diferentes aspectos que pueden facilitar o dificultar su sano desenvolvimiento.

Introducción

El nacimiento de un hijo supone un acontecimiento en extremo movilizador y colmado de emociones tanto para la pareja parental como para la familia en su totalidad. Los primeros encuentros entre la reciente madre y su hijo serán fundamentales y fundantes, ya que delinearán en gran medida el futuro desarrollo del mismo. En estos encuentros confluye una multiplicidad de historias, la de esa mujer como hija, la de la relación parental, la historia de las familias de ambos padres, la historia del deseo de ese hijo. La pareja parental, así como los hermanos del recién nacido deberán asumir y desempeñar nuevos roles y funciones en relación con el nuevo integrante de la familia.

El modo en que se desarrollan estos primeros encuentros madre-hijo, así como las posteriores relaciones en la temprana infancia, han sido objeto de interés de numerosos autores (Brazelton y Cramer, 1993; Gutton, 1987; Lebovici, 1983/1985; Spitz, 1965/2003; Stern, 1997; Winnicott, 1958/1999, 1962/2002, 1971/1987). Sin embargo, en la literatura no encontramos demasiadas referencias acerca de cómo se desplegarían estos primeros encuentros y las posteriores interacciones entre madres y bebés de alto riesgo, por lo que surge el interés de investigar en este tema. Los bebés de alto riesgo son aquellos que, al momento de nacer, ya sea por circunstancias prenatales, como perinatales o posnatales, requieren de cuidados especiales, indispensables para lograr su supervivencia, así como para disminuir la posibilidad de aparición de trastornos funcionales graves durante la infancia. Estos bebés suelen ser sometidos a diversos tratamientos dependiendo de su patología y de la prematurez al momento de nacer (Nikodem, 2009). La Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2003) agrega que estos bebés mayoritariamente permanecen internados en su periodo neonatal en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y tienen un riesgo elevado de presentar secuelas, especialmente aquellos con antecedentes de prematurez, bajo peso al nacer, patologías neonatales y problemas psicosociales importantes.

Los avances científicos y tecnológicos han permitido que cada vez sobrevivan mayor cantidad de bebés prematuros, con patologías severas y extremo bajo peso, que requieren de cuidados especializados en la UCIN y de un seguimiento luego del alta. La permanencia en una UCIN da lugar a una especial relación entre el bebé y su familia, que justifica el preguntarse acerca de los efectos que puede tener sobre ellos la internación prolongada en los comienzos de la vida. La particularidad de estas díadas madre-bebé reside entonces, en que se encuentran por primera vez en una UCIN, lo que supone un contexto nuevo y diferente para la vinculación, la díada se enfrenta al gran reto de establecer interacciones saludables en condiciones singulares como las que se presentan. El niño deberá completar su desarrollo fuera del cuerpo de su madre, o superar una patología neonatal, mientras que su mamá deberá afrontar la crisis evolutiva que representa el nacimiento junto a una nueva crisis representada por la internación y la patología del niño (Oiberman, 2005). En este contexto particular, las primeras interacciones entre la madre y el bebé serán mediatizadas por los elementos técnicos y los

profesionales de la salud. Las primeras interacciones del bebé con sus padres sientan las bases para la organización física y psíquica del niño, así como también determinarán el equilibrio somático que logre alcanzar (Pose, 2004).

El vínculo que establecen los padres y su hijo estará atravesado por una serie de factores entre los que se destaca lo imprevisto del parto, la ausencia de representaciones acerca de lo que significa la prematurez y/o la patología, la incertidumbre acerca de la posibilidad de establecer un vínculo con ese bebé, la angustia de muerte que se moviliza en torno al recién nacido y a ellos mismos, el estrés sostenido, las barreras interactivas que se presentan ya sea por la internación como por la inmadurez del recién nacido. El modo en que los padres atraviesen por esta situación de crisis dependerá de sus historias personales, de sus recursos internos y de la red de sostén con la que cuenten, lo que les permitirá adoptar una posición más activa frente a lo imprevisto y relacionarse con ese hijo recién nacido (Pose, 2004).

Luego de algunas semanas o incluso varios meses, si la evolución ha sido positiva, estas díadas egresarán de la terapia neonatal. Sin embargo, deberán continuar en contacto con los equipos de salud mediante un seguimiento especializado del desarrollo y el crecimiento de estos bebés aproximadamente hasta los 6 años. El alta de la terapia neonatal enfrenta a los padres con un proceso de separación de la institución sanitaria que se llevará a cabo según cómo se haya transitado por la internación (Pose, 2004). El camino que siga el desarrollo del bebé de alto riesgo podrá ser muy variable, algunos egresan de la terapia neonatal, crecen y se desarrollan correctamente; mientras que otros pueden tener problemas físicos, presentar dificultades en el desarrollo mental, en el área motora, del comportamiento y/o sensorial, por lo que estos pequeños deben ser incluidos en un Programa de Seguimiento que cuente con un equipo interdisciplinario (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003).

Tal como lo señala Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares (1997) la observación detallada y especializada en los primeros momentos de la vida del niño implica ver y señalar los sufrimientos precoces, aquellos signos de alarma que delatan dificultades en el desarrollo en el primer año de vida. En este sentido, la observación de la relación madre-bebé permite pesquisar tempranamente las dificultades vinculares evitando que cristalicen en trastornos del desarrollo. Stern (1997) señala que durante los primeros 3 años de vida, las dificultades que presentan los niños consisten generalmente en problemas de relación que se manifiestan en desordenes en la alimentación, en el sueño, en el establecimiento de los vínculos tempranos o de la conducta. Sin duda, ciertas condiciones pueden deberse a discapacidades específicas o trastornos del desarrollo que no se origina en el vínculo temprano, sin embargo, la relación del niño con sus padres tendrá gran influencia en la aceptación de la misma.

A pesar de estas complicaciones iniciales, en las últimas décadas se ha puesto en evidencia que numerosos factores pueden contribuir a un desarrollo positivo de los bebés de alto riesgo. Entre estos factores, se ha destacado el buen funcionamiento del vínculo madre-bebé como un elemento imprescindible para la organización del sí mismo de

manera sana y estable (Winnicott, 1971/1987). También se ha acentuado la importancia del sostén brindado a los padres por parte de los profesionales integrantes del equipo de salud, lo cual ha demostrado que favorece el bienestar y la evolución del neonato internado en la UCIN (Nikodem, 2009). Tanto estos autores como la mayor parte de las corrientes psicológicas actuales destacan la importancia del establecimiento de un vínculo temprano saludable mamá-bebé como un elemento imprescindible para el adecuado desarrollo del niño. Tal como señalan Brazelton y Cramer (1993), en los primeros años de vida, la tendencia a la adaptación y a la transformación parece ser más intensa y productiva que en etapas posteriores, por lo que la temprana infancia es un momento ideal para la intervención.

En este sentido, Winnicott (1958/1984) afirma que lo que ocurre en el primer año de vida de un niño es fundante para su desarrollo, por lo que no debe descuidarse su vida prenatal, el parto, los acontecimientos que tienen lugar en las primeras horas y días de vida. Aprender acerca de lo que ocurre en las primeras etapas del desarrollo infantil y de la relación madre-hijo es crucial, en especial en aquellos casos en que es indispensable interferir en la relación madre-hijo para tratar la enfermedad del bebé, ya que los médicos y enfermeros deben conocer sobre lo que están interfiriendo. Estos conocimientos, también pueden favorecer que los profesionales de la salud puedan detectar con prontitud situaciones en las que los padres no estarían en las mejores condiciones para proporcionarle al hijo un ambiente suficientemente bueno para su desarrollo, debido a perturbaciones sociales, familiares y/o personales.

Problema de investigación

En la literatura específica sobre el tema se ha señalado repetidas veces la importancia del establecimiento de un vínculo saludable madre-hijo como elemento imprescindible para el desarrollo adecuado del niño. Sin embargo, en menor medida se ha estudiado el modo en que el vínculo temprano puede incidir en el desarrollo de niños que tienen desde el momento de nacer, e incluso desde antes, la posibilidad de presentar daños o alteraciones en su desarrollo, y que constituyen el grupo de niños de alto riesgo.

A raíz de esto, en esta investigación se propuso estudiar si las modalidades vinculares establecidas durante el primer año de vida pueden incidir en el sentido de mitigar o acentuar el riesgo biológico de estos niños, influyendo en el desarrollo que alcancen al año de vida. Se entiende por modalidad vincular la forma en la que se despliega, el modo de ser del vínculo madre-bebé de alto riesgo. En la presente investigación, se considera fundamental evaluar la conducta de la díada madre-bebé, pero también los aspectos subjetivos que atraviesan el vínculo. De acuerdo a numerosas investigaciones realizadas, las interacciones madre-bebé evolucionan y se transforman constantemente. En esto reside la importancia de realizar un estudio longitudinal del vínculo madre-hijo, ya que permite apreciar las modificaciones que se producen a lo largo del tiempo, que de otro modo en un estudio transversal pueden pasar desapercibidas, ser sobrevaloradas o desestimadas en su importancia.

Si bien en esta investigación se estudió el vínculo entre la madre y su hijo, no se desconocen los cambios culturales actuales que se traducen en modificaciones de las constituciones familiares y las prácticas de crianza, donde ya no se trata de una mujer o de un hombre en el ejercicio de los roles tradicionales sino de la disponibilidad de un adulto para cuidar y atender a las demandas infantiles. En la actualidad, numerosos padres se dedican al cuidado de sus hijos desde que éstos son pequeños, en contraste con la idea tradicional de que se trata de un área exclusiva de las mujeres. Sin embargo, en las maternidades persisten rastros de estas concepciones, que se traducen por ejemplo en la imposibilidad de los padres de permanecer internados junto a la madre y su hijo. Por estos motivos, en la presente investigación se estudiaron las interacciones madre-bebé y se indagó acerca del papel del padre y su incidencia en el vínculo temprano madre-hijo.

Algunas de las preguntas que guiaron la investigación fueron: ¿Qué características tienen las interacciones madre-hijo que se establecen en la internación neonatal?, ¿Estas interacciones se modifican una vez que la díada recibe el alta médica y permanece en el hogar?, ¿Las interacciones se estabilizan en una modalidad vincular al alcanzar el primer año de vida?, ¿Las diferentes modalidades vinculares pueden actuar disminuyendo o incrementando la incidencia que tiene la condición de alto riesgo en el desarrollo del niño? O por el contrario ¿el riesgo es de tal magnitud que la modalidad vincular establecida no repercute en el mismo? Se considera que la detección precoz de las dificultades vinculares permitirá implementar estrategias para promover la salud de los bebés de riesgo, estrategias que deben ser fácilmente aplicables, realistas y que respondan a las necesidades de la población en la que se aplican.

En esta investigación se parte de las siguientes hipótesis: la modalidad vincular establecida en las díadas madre-bebé de alto riesgo puede incidir en el desarrollo que alcance el niño al finalizar el primer año de vida. Una segunda hipótesis es que la situación de internación en los primeros momentos de vida y la condición de alto riesgo del bebé imprimen características particulares a la vinculación e incluso pueden interferir en la misma. La tercera hipótesis que guió la investigación supone que las madres adolescentes se vinculan y afrontan la situación de internación de sus hijos de manera diferente a las madres adultas; así mismo la situación de pareja de la madre al momento del nacimiento y hospitalización del bebé también puede influir en las características vinculares de la díada.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue observar, caracterizar y comprender las modalidades del vínculo madre-bebé de alto riesgo, y la relación existente con el desarrollo alcanzado por el niño en el primer año de vida.

Los objetivos específicos fueron:

- Observar y caracterizar las interacciones en torno a la lactancia, las interacciones lúdicas, el sueño y la respuesta materna frente a los estados emocionales de su hijo
- Observar y describir posibles desarmonías e inadaptaciones en el vínculo mamá-bebé de alto riesgo
- Observar el rol desempeñado por la pareja de la madre, en los casos en que la hubiera, y analizar las posibles implicancias que ésta tiene en el vínculo madre- hijo.

Relevancia de la investigación

Los profesionales médicos, en especial reconocidos pediatras y neonatólogos como Brazelton, Klaus, Kennell y Fanaroffa partir de los años 70, junto a psiquiatras como Spitz, fueron los primeros en interrogarse acerca del impacto que la internación y la separación prolongada durante los primeros momentos de vida podía tener sobre el bebé y la relación con su madre. Por este motivo, la relevancia de este estudio reside en la posibilidad de aportar a las instituciones de salud y a los profesionales que allí se desempeñan algún conocimiento proveniente de la observación empírica de las interacciones tempranas madre-hijo y la incidencia que las mismas pueden tener en el desarrollo del bebé de alto riesgo. Esto contribuiría a que los profesionales médicos se apropien del rol de previsores en salud, y no solo asistan cuando se presenta la enfermedad, lo que supone destacar el papel privilegiado del médico como agente de detección precoz de las dificultades en las interacciones diádicas. Los profesionales médicos al disponer de este conocimiento pueden realizar observaciones frecuentes de las interacciones en el ámbito de la institución de salud, tanto durante la internación como en la consulta médico- pediátrica, espacios privilegiados para la observación del niño y su madre, así como para la detección de las dificultades vinculares y para sugerir las intervenciones pertinentes. La detección precoz que posibilita intervenir oportunamente, redunda en beneficios no solo para los niños sino también para la población en general, ya que se pueden reducir los costos destinados a la asistencia y/o intervenciones de mayor complejidad en el futuro. Asimismo, la intervención temprana en las dificultades vinculares puede ayudar a que una madre se contacte con sus emociones, con los temores y vivencias en torno a ese hijo prematuro y/o con alguna patología, y de esta manera llegar a vincularse con él desde un lugar diferente, si cuenta con el apoyo de los profesionales y de la institución.

Estructura general de la tesis

El presente escrito se encuentra organizado en seis capítulos. En el capítulo 1 se sintetizan los antecedentes de investigaciones relacionadas con la temática de

investigación. Se seleccionaron trabajos nacionales e internacionales, en su mayoría de los últimos siete años, que indagaron respecto del vínculo temprano madre-hijo y de la importancia del mismo en el desarrollo alcanzado durante la primera infancia. Además, se seleccionaron investigaciones que estudiaron el vínculo en bebés de alto riesgo y dieron cuenta de las vicisitudes por las que puede atravesar, así como también de las particularidades de estos recién nacidos. Resultó complejo hallar investigaciones que analizaran la incidencia del vínculo temprano específicamente en el desarrollo alcanzado por estos infantes de riesgo, por lo que se incluyeron algunos estudios que indagaron sobre el impacto que la vinculación puede tener sobre el desarrollo en bebés prematuros y de bajo peso que sufrieron traumatismos perinatales, así como situaciones de abandono. Finalmente, se incorporaron estudios que señalan la importancia de las investigaciones observacionales en la primera infancia.

En el capítulo 2 y 3 se expone de manera sintética la base teórica de esta investigación. En el capítulo 2 se expone brevemente los cambios que han tenido lugar en la relación madre-hijo a través de la historia. En el segundo apartado se presentan los aportes acerca del vínculo temprano desde diferentes autores, en especial Winnicott, Stern y Gutton. Se distingue la interacción conductual que puede desplegarse a nivel verbal, visual y los contactos corporales, del plano imaginario en la interacción. También se puntualiza respecto de la importancia de la observación del vínculo temprano madre-hijo y de las dificultades que pueden presentarse en el mismo. El capítulo 3 está destinado a describir a los bebés de alto riesgo, en función de características como la Edad Gestacional, el Peso de Nacimiento y sus diferentes clasificaciones, así como también las variables asociadas al nacimiento prematuro y/o con complicaciones médicas. También se expone sintéticamente en qué consiste una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, su desarrollo en nuestro país y los instrumentos médicos utilizados de manera frecuente; el Paradigma de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia propuesto por la Maternidad Sardá y la importancia del egreso de la UCIN. Se expone acerca de las particularidades de la alimentación y el sueño en estos bebés. En el siguiente apartado de este capítulo, se describen las particularidades que puede presentar el vínculo madre-bebé cuando el recién nacido se encuentra internado en una terapia neonatal, el contexto y las circunstancias en los que se producen los primeros encuentros, así como las características que pueden presentar las interacciones. Se enfatiza respecto de la importancia del personal médico y de enfermería en el favorecimiento de la vinculación durante la internación del bebé. Por último, se define la Psicología Perinatal, las tareas que se realizan en los diferentes servicios dentro de una Maternidad y la importancia de la misma para el abordaje de los primeros momentos de vida. En el último apartado de este capítulo, se presentan brevemente los principales aspectos del desarrollo cognitivo y psicomotor en el primer año de vida, junto a las dificultades que pueden aparecer en los infantes nacidos prematuros y/o con patologías neonatales. Se fundamenta acerca de la importancia de la inclusión de estos bebés en un Programa de Seguimiento del desarrollo y las pruebas de evaluación más utilizadas en nuestro medio.

En el capítulo 4 de Metodología se presenta el diseño de la investigación, se describe el ámbito de estudio y la muestra. Se puntualizan los instrumentos utilizados para las observaciones vinculares madre-hijo durante la internación y en el Consultorio de Seguimiento, el modelo de entrevista y las pruebas de evaluación del desarrollo psicomotor y cognitivo empleadas. Se describe el procedimiento mediante el cual se llevó a cabo la presente investigación y las variables sociodemográficas e interactivas definidas. Finalmente se explica el modo en que se realizó el análisis cuantitativo de los datos mediante el Paquete Estadístico SPSS y el Software Libre R, haciendo especial énfasis en la técnica estadística de Análisis de Clúster. También se explica cómo se realizó el análisis cualitativo de los datos obtenidos mediante las entrevistas. Se expone el modo en que se construyeron las diferentes Modalidades Vinculares, así como la relación de éstas con los puntajes obtenidos en las evaluaciones del desarrollo. Se puntualizan las consideraciones éticas que respaldaron esta investigación.

En el capítulo 5 se presentan los Resultados a los que se arribó en el presente estudio. En un primer apartado se exponen los diferentes grupos de díadas madre-bebé de alto riesgo en función de las interacciones realizadas durante la UCIN y durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo. En el segundo apartado, se presentan e ilustran con viñetas las 24 categorías elaboradas a partir de las entrevistas realizadas, así como ciertos aspectos observados que no fueron contemplados por los instrumentos, pero resultaron de relevancia (modo de acercamiento, expresiones faciales, disposición para la interacción, estilo de interacción, acompañantes, sostén y acurrucamiento, estado afectivo del bebé, respuesta materna antes los mismos, entre otros). El apartado central de los resultados lo constituyen las Modalidades Vinculares propuestas (Desencontrada, Sintonizada y Dual), las que se elaboraron a partir de la articulación de los datos obtenidos en las interacciones y las entrevistas. Cada modalidad se ilustra mediante un caso testigo. Se presentan los puntajes obtenidos por los infantes de la muestra en las evaluaciones del desarrollo psicomotor y cognitivo al finalizar el primer año de vida. Estos puntajes se relacionaron con la Modalidad Vincular establecida a fin de pesquisar si existían asociaciones entre los mismos.

En el capítulo de 6 se discuten los resultados a los que se arribó en la presente investigación con los aportes teóricos de diferentes autores, así como con los resultados obtenidos en otras investigaciones similares. Para ello, se retoman y se repiten breves fragmentos de los resultados a los efectos de ser discutidos. Las Conclusiones se integran en el capítulo 7. Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas y el apartado de Anexos en el que se pueden encontrar algunas de las tablas en la que se exponen los datos analizados. A fin de no acrecentar excesivamente su extensión, no se incorpora en el cuerpo de la tesis el material recolectado en las 390 observaciones y las 36 entrevistas. Sin embargo, el mismo se encuentra a disposición de los evaluadores para ser consultado en caso de que lo requieran.

Capítulo 1

1.1. Antecedentes en investigación sobre el vínculo madre-bebé de alto riesgo

Numerosos autores han señalado que el logro de una conexión emocional sólida es la base de un desarrollo adecuado en los infantes, y destacan que cualquier falla que ocurra en esta conexión emocional puede producir efectos negativos en su salud física y mental tanto a corto como a largo plazo (Bowlby 1969/1993; Brazelton y Cramer, 1993; Klaus y Kennell, 1973/2001; Spitz, 1965/2003; Stern, 1997; Winnicott, 1958/1999, 1962/2002, 1971/1987). La relación que se establezca con los padres o las figuras de cuidado relevantes en los primeros años de vida adquiere un papel crucial en la constitución psíquica y en el desarrollo del niño. Esta relación toma forma principalmente a través de los cuidados cotidianos y del juego como un modo privilegiado de intercambio entre el niño y los adultos (Leonardelli, Vernengo, Wainer y Duhalde, 2009). La correspondencia en la díada mamá-niño enriquece la integración, y genera condiciones para la obtención de la confianza y la autoestima. En el recorrido, que va desde la dependencia absoluta de los momentos iniciales hasta alcanzar una independencia progresiva, las figuras de apego contribuyen a que el niño experimente la seguridad necesaria para explorar y dominar el mundo que lo rodea, así como también lo protegen frente a situaciones de peligro y contribuyen a la autorregulación frente a situaciones que causan ansiedad (Paolicchi et al., 2009).

Sin embargo, las interacciones tempranas se presentan de manera diferente cuando se trata de bebés de alto riesgo, que deben permanecer internados durante su periodo neonatal. Pose (2004), a partir de su trabajo con los padres de bebés prematuros, sostiene que lo que ocurre en los tiempos de la terapia intensiva neonatal escribirá, al menos una parte, del proyecto para ese hijo. La prematurez impone barreras interactivas ya sea por la asistencia que el bebé requiere, como por su inmadurez. Los padres necesitan ser ayudados a metabolizar los sentimientos y fantasías, para encontrar una manera adecuada de incluirse como padres y relacionarse con ese hijo. La autora afirma que la organización física y mental del bebé se asienta en las primeras interacciones con los padres. Ante el nacimiento de un hijo con alguna dificultad, los padres experimentan una multiplicidad de sentimientos que redundan en las vicisitudes del vínculo madre-padre-hijo. En estos casos, existe un riesgo relacional mayor, por lo que hay mayores posibilidades de aparición de modalidades vinculares disfuncionales. Si la madre se lo representa al niño como frágil o vulnerable podrá exigirle menos en el futuro o ser más complaciente con él (Nuñez, 2008). En una investigación llevada a cabo en los EEUU, hallaron que los padres de prematuros perciben frecuentemente en sus hijos un estado de vulnerabilidad médica. La alta percepción parental de vulnerabilidad del niño está asociada con un inadecuado desarrollo en niños prematuros al año de edad corregida. Los investigadores creen que esto tendría efectos negativos a largo plazo en la relación padres-niño, acarreando problemas para tolerar la separación, en la disciplina, los logros académicos y una excesiva preocupación por la salud de sus hijos (Allen et al., 2004).

En una investigación conducida en 3 hospitales del sur de Inglaterra, Arnold et al. (2013) exploraron, mediante la realización de entrevistas, la experiencia inicial de madres

y padres ante el nacimiento de un hijo muy prematuro y sobre la internación del mismo en una UCIN. Los padres reportaron dificultades para recordar lo ocurrido durante el nacimiento de su hijo prematuro e inmediatamente después; asimismo, numerosas madres y algunos padres se refirieron al acontecimiento del nacimiento como repentino y del cual sentían que no habían formado parte. Los padres que pudieron ver y tocar a su hijo recién en la UCIN dijeron haber experimentado miedo en algunos casos y ansiedad en otros. Se observó que los padres primerizos enfrentaban esta espera de modo diferente, confiando en el equipo médico y quizás protegidos psicológicamente por la inexperiencia de atravesar por un nacimiento "normal" a término. El primer contacto entre los padres y el bebé fue caracterizado como una experiencia de turbulencia emocional, ya sea que esto ocurriera justo luego del nacimiento o posteriormente en la UCIN. Los padres, al relatar la primera visión de su hijo, se centraron en el aspecto físico del mismo, enfatizando el shock, y describieron este primer encuentro como una "montaña rusa de emociones", que abarcaba desde la exaltación, sentirse devastados, la culpa por el nacimiento prematuro y por no haber podido prevenirlo, así como por el dolor por el que atravesaba el bebé. Los padres refirieron que tocar y sostener a sus hijos dio lugar a una inmediata conexión con ellos, sin embargo, otros padres describieron la experiencia como penosa y necesitaron más tiempo para sentirse cómodos cargando a su hijo. Arnold et al. (2013) concluyen que existe un mayor riesgo vincular en aquellos padres que se mostraban ansiosos o evitaban el contacto con la UCIN y su bebé. La primera visión del bebé y la primera visión de la UCIN produjo en estos padres una conmoción, por lo que hablaron sobre las impresiones que les produjeron los elementos que cubrían al bebé y expresaron dificultades para atender a su hijo en un ambiente con tanta actividad.

Cerezo, Trenado y Pons-Salvador (2006) plantean que aquellas madres que se ven expuestas a intensos estresores, como por ejemplo el nacimiento prematuro y/o con patología de su hijo, experimentan estados emocionales negativos por inadecuada autorregulación, lo que afecta sus habilidades atencionales y el procesamiento de las señales del niño, llevándolas a actuaciones menos sensibles en la crianza, e interacciones inapropiadas: respuestas inoportunas, asincrónicas, insatisfactorias para el bebé. Definen la "sensibilidad materna" como la percepción consistente de la señal o necesidad, interpretación y atribución precisa, selección de la respuesta apropiada y actuación de la misma. La sensibilidad materna se traduce entonces, en interacciones sincrónicas, acompasadas y oportunas, propias de un cuidador capaz de adaptarse al estado, necesidades y señales del bebé. Las madres afectadas por estados emocionales negativos están más atentas a sus propias necesidades o a los factores estresantes que viven, lo que dificulta la codificación de los estímulos procedentes del niño, presentan más dificultades para responder frente a la conducta difícil de su hijo (estados negativos, llantos y quejas) y responden en un tiempo diferente a las madres no afectadas por estresores. Davim, Enders y Silva (2010) afirman que cuando una familia enfrenta un nacimiento prematuro se produce una situación de angustia e incertidumbre por el riesgo en la salud del bebé. Las madres experimentan predominantemente sentimientos penosos, de culpa, decepción, frustración e inseguridad. Estos sentimientos están asociados a las dificultades en la

lactancia, como consecuencia de la inmadurez del bebé, que se modifican cuando las madres pueden amamantar a sus hijos, experimentando satisfacción y orgullo.

Un estudio anterior pero que aporta especificidad al tema es el de Esser et al. (1998) quienes consideran que existen factores característicos del niño de alto riesgo que influyen en la interacción: ellos evitan más frecuentemente el contacto visual, vocalizan menos y presentan con frecuencia una expresión triste en el rostro. A su vez, las madres jóvenes muestran déficits en sus conductas interactivas, por ejemplo, pasan menos tiempo mirando al niño, imitándolo o vocalizando. La separación temprana, debida casi exclusivamente a factores de alto riesgo orgánico, es la causa más frecuente de una conducta vincular perturbada; demostraron que la calidad de la temprana interacción madre-hijo tiene una influencia sustancial sobre el desarrollo cognitivo y sobre las perturbaciones socioemocionales del niño, así como también sobre la salud mental de la madre. Se demostró que en niños que presentaban un alto riesgo orgánico y pertenecían a una díada que manifestó una interacción bien lograda, la posibilidad de la aparición de una perturbación neuropsiquiátrica fue menor. Por su parte, Ortiz, Borré, Carrillo y Gutiérrez (2006) afirman que en un contexto hospitalario las primeras interacciones de la díada madre- niño cambian, y se convierten en interacciones de una triada, un cuarteto o más debido a la presencia de médicos y enfermeras. El estado físico del bebé prematuro y los soportes técnicos que necesita para vivir son las variables que pueden obstaculizar en mayor medida el establecimiento de la relación de apego. A su vez cuando el bebé es prematuro su apariencia física no se corresponde con las expectativas maternas y el establecimiento del vínculo puede demorarse ya que el bebé aún no es hábil para desempeñarse como *partenaire* de la madre. El contacto físico entre la madre y su hijo, elemento indispensable para el establecimiento del vínculo afectivo, también puede ser obstruido. Los autores consideran que la pertenencia a sectores socioeconómicos deprimidos, y la edad de la madre menor a 19 años, son variables consideradas de alto de riesgo para el adecuado desarrollo de los niños.

Guillaume et al. (2013) sostienen que durante las primeras semanas de internación el bebé prematuro y sus padres enfrentan dificultades para el establecimiento de las interacciones y del vínculo temprano. Los autores hallaron que las madres referían tres elementos que les permitían sentirse conectadas a sus hijos: la cercanía física, el mayor conocimiento sobre su hijo y la posibilidad de dejar junto al bebé algún juguete o prenda personal con su olor. La mayoría de los padres se describieron como dependientes de los cuidadores, considerando que el cuidado y la actitud considerada de parte de éstos era fundamental para el tipo de interacciones que ellos establecieran con sus hijos. Asimismo, ambos padres consideraron que la comunicación con los cuidadores era fundamental para sentirse a gusto y conectados con sus hijos.

Flacking et al. (2012) enfatizan en la importancia de la cercanía física y emocional entre el recién nacido prematuro y sus padres en la UCIN, así como en los efectos que la separación temprana puede tener sobre el desarrollo del neonato. Entienden por cercanía física la proximidad espacial, mientras que la cercanía emocional supone una conexión afectiva entre los padres y el bebé. Ambas cercanías han demostrado tener efectos

positivos sobre el desarrollo cerebral del niño, el bienestar psicológico de los padres y sobre las interacciones padre-hijo. Los autores plantean que el cerebro del recién nacido prematuro es inmaduro y vulnerable, por lo que se encuentra en riesgo de presentar posteriores trastornos del desarrollo. Se ha demostrado que las condiciones ambientales pueden incidir al favorecer la expresión de ciertos genes, así como también al proveer de la plasticidad necesaria para enfrentar las variaciones ambientales. Recientemente, se ha puesto en evidencia que las madres de bebés prematuros presentan menos interacciones positivas con sus hijos que las madres de los bebés a término; que las madres de bebés de muy bajo peso que permanecieron separados por más tiempo presentan conductas de apego más negativas que las madres de los bebés a término, y que las visitas maternas poco frecuentes durante la internación pueden ser identificadas como factores de riesgo para el desarrollo psicológico posterior de los infantes prematuros. Por el contrario, parece que los padres que durante la internación les hablaron a sus hijos, promueven una mayor cantidad de vocalizaciones en los bebés prematuros (Casey citado por Flacking et al., 2012; Korja, Latva y Lehtonen citado por Flacking et al., 2012; Feldman, Weller, Leckman, Kuint y Eidelman citado por Flacking et al., 2012).

Santos (2008, 2010) a partir de una investigación realizada en tres Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, sostiene que la vinculación madre-hijo en incubadora presenta características particulares debido al contexto, y resalta que el niño no está en brazos de la madre sino en una incubadora; la madre no cuida a su hijo en el hogar sino en una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, a pesar de estas condiciones peculiares, la autora afirma que es posible mantener un intercambio afectivo-conductual amplio, aunque con peculiaridades debidas a la situación de internación. Esto enfrenta a los profesionales que trabajan en salud mental perinatal a un gran desafío: cuidar y propiciar un desarrollo saludable del vínculo mamá-bebé.

Oiberman, Santos y Nieri (2010) indagaron acerca del impacto de la internación y el nacimiento prematuro mediante la administración de la Entrevista Psicológica Perinatal durante el año 2008 y 2009, a 604 madres que se encontraban internadas en el Hospital Materno Infantil Ana Goitia en la provincia de Buenos Aires. Al analizar los problemas o eventos que preocuparon a la madre durante el último año, solo 46 madres en el año 2008, y 16 madres en el 2009, refirieron no haber experimentado ninguna situación problemática. Mientras que 87.2% en 2008 y 93.4% en 2009 expresaron situaciones problemáticas como sucesos significativos, problemas físicos o psicológicos, conflictos en la infancia o impacto ante el nacimiento del niño. Las autoras señalan las variaciones que se produjeron en las respuestas durante los dos años en que se llevó a cabo la investigación, lo que indica un aumento de madres que vivenciaron situaciones problemáticas. Muchas de las madres de esta investigación consideraron al embarazo en sí mismo como un *life event* (Santos, 2013).

1.1.1. Vínculo madre-bebé y su incidencia en el desarrollo

Por otra parte, se pudo acceder a algunas investigaciones respecto de la asociación entre el vínculo madre-hijo y el desarrollo alcanzado por el niño. Muñoz-Ledo-Rábago, Sánchez-Pérez, Méndez-Ramírez y Mandujano-Valdés (2003), en una investigación conducida en México, sostienen que la relación temprana madre-niño es muy importante en el proceso de desarrollo, ya que los intercambios con la madre son un reorganizador que permite generar vías alternativas de desarrollo cuando el daño desvió la trayectoria del mismo. Señalan que los niños prematuros de bajo peso son menos responsivos, más irritables y difíciles de consolar, lo que puede afectar el tipo y la cualidad de la interacción con la madre. Los niños prematuros son sobre estimulados con facilidad y las madres muestran conductas de sobreprotección con mayor frecuencia, pueden no responder en forma pronta y apropiada a las señales de sus hijos o tener mayores dificultades para establecer interacciones. Cuando las madres no son capaces de ajustarse a las características del niño, no logran establecer relaciones satisfactorias, lo cual tendrá consecuencias para el desarrollo infantil. Las interacciones madre-hijo predicen el desarrollo de los niños prematuros de bajo peso. Concluyen que las posibilidades de cambio en el desarrollo infantil ante el daño biológico, dependerán, no sólo de la severidad del daño en las estructuras y funciones del Sistema Nervioso, sino también del grado de cuidado, aceptación y afecto de los padres hacia el niño, así como de la disponibilidad de experiencias significativas que le permitan asimilar y acomodar nuevos elementos a sus esquemas.

En una publicación posterior realizada en niños prematuros con daño neurológico perinatal, Muñoz-Ledo-Rábago, Méndez-Ramírez, Sánchez-Pérez, Mandujano-Valdés y Murata (2013), asocian las interacciones de reciprocidad madre-hijo con el desarrollo motor observado en niños a los 4, 8 y 12 meses de edad. Se observó que las madres y niños con mayor cantidad de interacciones recíprocas, obtuvieron los mejores resultados en el desarrollo motor de los niños. Se puede considerar que las madres organizadoras funcionan durante el primer año de vida como factor protector que mejora el desarrollo de los niños que presentan dificultades para establecer interacciones con sus madres. Las madres caracterizadas como no-interactivas y desorganizadoras con hijos que presentan dificultades para establecer interacciones y son poco responsivos, predicen los peores resultados en el desarrollo de los niños presentando inclusive retrocesos. Finalmente, los autores afirman que a mayor reciprocidad madre-niño, mayor desarrollo motor en niños con antecedentes de daño neurológico perinatal.

Schapira et al. (2008), llevaron a cabo una evaluación del desarrollo en niños prematuros a los 3 años de edad para analizar la asociación entre los puntajes del desarrollo y la morbilidad temprana. El 76% de los niños obtuvieron puntajes normales en el desarrollo mientras que el restante 24% obtuvo percentiles de riesgo/retraso. Se halló una asociación significativa entre los puntajes bajos en la evaluación del desarrollo y los antecedentes perinatales de displasia broncopulmonar y retinopatía del prematuro, siendo el área más afectada la motora. Las autoras señalan que existen numerosos trastornos

psíquicos y emocionales relacionados con la prematurez, así como dificultades familiares que pueden dar lugar a desempeños escolares insatisfactorios a pesar de un CI normal.

Marshall (2014), expone acerca de la incidencia de los vínculos tempranos sobre el desarrollo del niño, retoma el estudio conducido por Nelson (citado en Marshall, 2014), denominado experimento en parentalidad cero, que se propuso indagar de qué manera el descuido en la temprana infancia, por el que atravesaron los niños en los orfanatos de Rumania en la década del 80, puede afectar el desarrollo neurológico de los mismos. La tesis de base consiste en que el cerebro del bebé espera recibir estimulación del ambiente, en especial de parte de un cuidador atento, pero si esto no ocurre, lleva a anormalidades en la actividad neuronal y en la estructura del cerebro, que produce retrasos a nivel cognitivo y emocional, los niños simplemente dejan de llorar, gesticular o establecer contacto visual ya que no hay nadie allí que responda. El periodo crítico para el desarrollo cognitivo parece ser hasta los 24 meses, sin embargo, esto puede mejorar cuando se inserta al niño en un ambiente sostenedor. En una investigación posterior, Nelson et al. (2007), sostiene que el desarrollo normal del cerebro en los mamíferos requiere de un nivel óptimo de estímulos ambientales, que incluye información suficiente, exposición a un lenguaje adecuado y cuidadores capaces de responder a las demandas emocionales del niño. Cuando los niños se encuentran en ambientes que carecen de estas características, se producen retrasos o desviaciones en el desarrollo. Bick, et al. (2015) concluyeron que el descuido en la infancia está asociado a anormalidades en la estructura de la materia blanca del cerebro.

Si bien las circunstancias tempranas por las que atravesaron los niños romaníes de estas investigaciones difieren considerablemente de las de los bebés del presente estudio, estos antecedentes fueron incorporados, por un lado, para resaltar el impacto que tiene en el desarrollo del niño la ausencia de un ambiente suficientemente bueno, predecible y de cuidadores capaces de establecer lazos emocionales con los niños; y por otro lado, para exponer cómo la temprana intervención, que consistía en la adopción del niño por una familia cuidadora, redunda en claras mejorías a nivel del desarrollo. En esta línea de investigación, Milgrom et al. (2010) sostienen que cuando el cerebro inmaduro está expuesto al estrés se producen alteraciones en su desarrollo. Esto ocurre en los bebés prematuros, quienes se enfrentan al ambiente estresante de la UCIN, que incluye exposición a ruidos, luces, numerosas personas, procedimientos médicos dolorosos y escasez de contacto con los padres. Sin embargo, cuando la madre interviene reduciendo las situaciones estresantes y reconociendo los signos de estrés en su bebé, se observa una mejora en la microestructura de la sustancia blanca en los recién nacidos prematuros, lo que les permitió concluir que la cualidad de las experiencias tempranas influye en el desarrollo cerebral.

Capítulo 2 Vínculo temprano

2.1. Las madres y sus hijos a través de la historia

Las madres y sus hijos se han vinculado de diferentes maneras a través de la historia, dependiendo de la cultura y el momento histórico en el que se encontraban inmersos. La maternidad no puede ser considerada como un hecho de naturaleza atemporal y universal, sino que se encuentra en constante cambio. Ser madre dentro de la especie humana excede el plano meramente biológico, con un significado a nivel social, histórico, cultural y psicológico (Oiberman, 2004). La maternidad es entendida como una sucesión de hechos complejos: la pubertad, la fecundación, el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza, la educación y la separación del hijo. La joven que atraviesa por este acontecimiento nunca está sola, su experiencia individual se da dentro de una comunidad (Delassus, 1998).

2.1.1. Grecia y Roma: la función materna

En un detallado estudio sobre la historia de las madres y la maternidad en Occidente, la historiadora Knibiehler (2000), sostiene que ya en la Grecia Clásica, la función materna estaba presente en los mitos y era objeto de consideración por parte de médicos y filósofos. En los relatos míticos se intentaba dar cuenta de la dimensión simbólica de la maternidad, del comienzo de la vida, así como también de los intensos sentimientos y emociones que esto provoca, fundamentalmente, de la constante ambivalencia presente en las relaciones entre padres e hijos. En la mitología griega muchos mitos evocan las amenazas, las contradicciones, las ambigüedades que conlleva la función materna. En Grecia, la maternidad se vivía colectivamente y era un acontecimiento relevante para varias generaciones. Las madres griegas formaban parte de la ciudadanía y de este modo se la transmitían a sus hijos. Sin embargo, para los médicos griegos existía una evidente inferioridad de la mujer, asociada fuertemente a su función reproductora y al útero.

Knibiehler (2000), menciona que la civilización romana también realizó aportes importantes a la comprensión de la maternidad, con la elaboración de una doctrina jurídica y un conjunto de leyes donde se reconocía la función materna en el marco familiar. La sociedad romana era patriarcal, la ley otorgaba al padre autoridad plena y completa sobre los hijos que criaba como suyos, por lo que se lo denominaba *pater familias*. Cada ciudadano tenía el deber cívico de producir futuros ciudadanos aptos, la mujer, o *mater familias*, no era más que la esposa del padre, y se le daba ese nombre, o el de matrona dependiendo de las características del matrimonio. En Roma, no se esperaba que las mujeres dieran de mamar, se las acusaba de querer preservar su libertad y la belleza de su cuerpo, aunque esta conducta también podía deberse a que las mujeres más sensibles evitaban establecer vínculos fuertes con los bebés cuya supervivencia no estaba garantizada. A su vez, el padre también tenía sus razones para evitar el amamantamiento, ya que temía que la intimidad de la lactancia fortaleciera el vínculo carnal y afectivo incrementando la influencia de la madre sobre el hijo.

2.1.2. La maternidad en la Edad Media

Knibiehler (2000) señala que, en esta época, se comienza a percibir algo del vínculo entre la madre y el feto, existían una multiplicidad de prescripciones que dictaban cómo debía ser el comportamiento de la futura madre a fin de proteger a su hijo. Existían prácticas conjuratorias que tenían una fuerte eficacia a nivel psicológico, por ejemplo, la mujer debía escuchar los deseos de su cuerpo y satisfacerlos para salvaguardar así a su hijo de ciertas deformidades físicas. También existían ritos de separación entre ella y el bebé, para que luego se produjera el reencuentro en el primer amamantamiento. La maternidad era vivenciada como un acontecimiento de mujeres, que era asumido colectivamente y era el fundamento de la identidad femenina, tanto a nivel individual como colectivo. Las mujeres apreciaban el valor de los vínculos afectivos, y descubrían la importancia de trasmitirle al hijo no solo la vida y la salud, sino también las bases de la cultura, la lengua materna, las creencias, los saberes y los códigos morales. Sin embargo, en algunas sociedades medievales se otorgaba mayor participación al padre, existía la costumbre de "empollar", donde el marido entraba en la cama junto con la mujer para sufrir con ella. En algunos lugares, como en Francia, el padre era quien recibía en brazos al bebé luego del nacimiento, se quitaba la camisa para recibir al hijo, como un símbolo de cuidado de la vida, de darle calor, vestimenta como una primera forma de socialización y para que estuviera empapado en el olor del padre (Oiberman, 1998).

2.1.3. La maternidad en la Edad Moderna y la Edad Contemporánea

Durante el siglo XVIII, se le otorgó un lugar especial a la maternidad, ubicándola al servicio del hijo. A raíz de la influencia de Rosseau, la mujer, valorizada como madre, se volvió digna de atenciones y cuidados. La glorificación de la maternidad se produjo durante todo el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. La mujer era considerada como especialmente calificada para cuidar a los hijos y a los desvalidos. Se creía que de los cuidados que recibía el niño dependía la salud física y moral del adulto. Por esto, la pubertad, el matrimonio, el embarazo, el parto y la lactancia eran etapas que debían prepararse desde el punto de vista de la higiene y la moral (Knibiehler, 2000).

Entre 1870 y la Primera Guerra Mundial se produjeron importantes cambios en las concepciones acerca de la maternidad. Se comenzó la atención médica de la madre y el recién nacido. Los descubrimientos de Pasteur en el siglo XIX permitieron revelar los secretos de las enfermedades infecciosas en tanto causa principal del fallecimiento de los recién nacidos; la profilaxis, la asepsia, los antisépticos y las vacunas formaban parte de una nueva concepción de la higiene. Los médicos empezaron a evaluar el instinto materno, que era considerado parte del mundo femenino y se diferenciaba del mundo racional de los hombres. El descubrimiento de la asepsia de la leche materna llevó a que se recomendara más la lactancia materna. El uso del biberón se realizaba en función de los preceptos pasteurianos de higiene, ahora los médicos determinaban la cantidad y la calidad de la leche que necesitaban los bebés. En las sociedades occidentales del siglo XX, a raíz de la Primera Guerra Mundial, la mayoría de los estados se convirtieron en

“natalistas”, buscando ayudar a las familias, preocupándose por la atención del parto y por el aumento de los nacimientos (Knibiehler, 2000).

A fines de la Primera Guerra Mundial se produjo un aumento de los nacimientos, acompañado de un aumento de la intervención médica en el proceso de nacer. Si bien esto produjo como efecto positivo una disminución de la mortalidad materna y neonatal, avances en ginecología, obstetricia y en los cuidados del niño, las relaciones afectivas de la madre y el hijo con la familia se vieron afectadas por la separación que suponía la atención en los hospitales y la búsqueda de la asepsia. El aumento de los nacimientos no estuvo en consonancia con las necesidades de las madres trabajadoras, por lo que surgen las guarderías y con ello el conocimiento psicológico acerca de las consecuencias de las carencias emocionales (Knibiehler, 2000). Ya no bastaba con el cuidado del cuerpo, sino que el bebé necesitaba de una relación privilegiada con una persona que le brindara afecto (Oiberman, 2004).

En la década del 60, la época conocida como el *baby boom*, la mayoría de los estados enviaba el mensaje que las mujeres debían ser madres. En la década del setenta, de la mano del feminismo, sostiene Knibiehler (2000), la maternidad ya no era una reproducción pasiva, sino que se trataba de una procreación en la que intervenía la razón y la afectividad. En muchos países, las mujeres adoptaban un papel activo en el parto, lo llevaban a cabo en la posición que se sintieran más cómodas, lo compartían con la familia, amamantaban a su hijo como deseaban. La maternidad elegida también modificó las relaciones entre la madre y el padre, éste ahora tenía un papel en la relación con su hijo, procurando un andamiaje afectivo para ambos. Se pusieron de relevancia las competencias del padre para criar a su hijo equivalentes a las de la madre. En el siglo XXI el fenómeno de la maternidad continúa siendo un interrogante, la reproducción humana se ha convertido en un asunto científico y tecnológico que plantea interrogantes acerca del deseo de hijos, las intervenciones a las que se someten muchas mujeres para lograr la fecundidad, la adopción tanto de parejas heterosexuales como homosexuales, el enfrentamiento entre tener hijos y las actividades profesionales de las mujeres.

Knibiehler (2000) concluye que la maternidad no responde solo a la expresión de un deseo femenino o de la pareja, sino que también a la necesidad social primordial de renovación de las generaciones. El niño, en tanto sujeto, impone su presencia, ocupando el cuerpo y el pensamiento de la madre y de los padres. Este recorrido evidencia los avatares por los que ha atravesado la relación madre-bebé a lo largo de la historia, adquiriendo diferentes características según el momento histórico. A pesar de las diferencias epocales, en la relación madre-hijo se plasma la convicción de las civilizaciones de cuidar a los bebés y a los niños pequeños (Oiberman, 2008).

2.2. Vinculo temprano madre – bebé

El vínculo temprano del bebé con sus progenitores ha interesado a la humanidad desde tiempos remotos, siendo entendido y valorado de diferentes maneras a lo largo de la historia. La psicología es una de las ciencias que se abocó al estudio del vínculo temprano entre padres e hijos, mayormente entre la madre y su bebé, buscando comprender cómo se establece esta relación, las dificultades que pueden presentarse, y la importancia que la misma puede llegar a tener en el desarrollo físico y emocional del infante. Los investigadores dedicados a la infancia sostienen que los seres humanos tienen una fuerte necesidad innata de contacto intersubjetivo, y el logro de una conexión emocional sólida será la base para un desarrollo adecuado en los niños, mientras que las particularidades del vínculo que conllevan a interferencias y fallas en las que se puede llegar a incurrir pueden generar efectos negativos en la salud mental del niño, tanto a corto como a largo plazo (Raznoszczyk de Schejtman, 2005). Numerosas investigaciones recientes han renovado el interés en los primeros momentos de encuentro entre una madre y su hijo, a partir de la realización de observaciones durante el parto, el nacimiento, el periodo posnatal y la lactancia.

2.2.1. Conceptualización de la interacción y el vínculo

A los fines de la presente investigación, es necesario precisar en primer lugar, la diferenciación existente entre interacción y vínculo. El término interacción fue utilizado por primera vez por Bowlby en un trabajo publicado en 1958. Las interacciones consisten en la conducta manifiesta tanto de la madre como del bebé en respuesta y en combinación con la del otro. Se trata entonces, de una conducta visible y audible para un tercero (Stern, 1997). Los bebés son sensibles al ambiente que los rodea, pero ellos también configuran ese ambiente. En las interacciones el bebé es un participante activo, que aporta un complejo programa de conductas sensoriales y motoras que le permiten iniciar y dar respuesta a los estímulos del mundo exterior. De esta manera, las respuestas del recién nacido moldean las respuestas de las personas encargadas de su cuidado, estableciendo un sistema de retroalimentación mutua adecuado para ese bebé. Esto supone que en la pareja la madre y el bebé se influencian mutuamente en un proceso bidireccional continuo de desarrollo y cambio (Oiberman, 2005).

Recién a partir de la década del 60 se reconoció que todos los bebés no se vinculan de la misma manera desde el nacimiento, por ejemplo, algunos se amoldan al cuerpo del cuidador, otros empujan con su brazo el tronco del mismo, mientras que algunos bebés pueden evitar mantener contacto tronco a tronco; la mirada también es un recurso del que dispone el bebé para facilitar u obstaculizar el establecimiento de una relación con el cuidador. Estas acciones del bebé se basan en características constitucionales, que incluyen el temperamento o el estilo conductual, y que tendrán gran influencia en el futuro de las relaciones interpersonales. Las diferencias individuales en cuanto al temperamento se deben a diferencias en la reactividad y la capacidad de respuesta individual, que afectan y se ven afectados por el ambiente cuidador del bebé (Hoffmann, 2008).

En estos momentos iniciales el bebé emite un llamado por medio de la acción, de un movimiento, de un gesto o del llanto, siendo la madre quien debe registrar esos mensajes y decodificarlos, es decir, otorgarles un sentido que guiará su acción. La madre interpreta este llamado del bebé en función de sus propios fantasmas, sus representaciones, los elementos que se transmiten desde generaciones anteriores y que pueden incidir en la vinculación con ese bebé; estos aspectos también pueden impedir relacionarse con él en función de su propia subjetividad (Ruíz, 2005). Existe un carácter bidireccional y recíproco de todas las relaciones que se establecen. Desde este modelo interaccionista o de reciprocidad se entiende al niño como un organismo complejo que actúa sobre el medio, y a su vez se deja afectar por él. Por lo tanto, el origen del desarrollo psíquico no estaría solo en relación con la maduración del organismo, ni con la influencia de los estímulos externos, sino en la interacción entre el organismo y el medio (Nikodem, 2009). A partir de las múltiples y variadas interacciones entre la madre y el lactante es que se establecerá entre ellos una relación, siendo ésta una organización más compleja que la interacción inicial, que dependerá en gran medida de la personalidad de la madre, del padre y del estilo particular del niño (Nikodem, 2009).

Se parte de la definición de vínculo, entendido como una ligadura emocional estable característica del mundo mental. El término vínculo tiene su origen en el latín *vinculum*, de *vincire*: atar. Se refería a la atadura con nudos de un haz de ramas para mantenerlas juntas. Luego se usó para designar la unión o atadura de una persona o una cosa con otra (Berenstein, 2008). El vínculo es aquello que se establece entre dos personas englobando a la comunicación, producto de un proceso comunicacional continuo. La comunicación es lo que acontece cotidianamente entre la madre y su hijo; se trata de un conjunto de fenómenos dinámicos que se despliegan en un tiempo y un espacio dado (Oiberman, 2008). Si bien la relación madre-hijo tiene un firme asidero en la supervivencia del cuerpo del bebé, la necesidad de contacto emocional parece ser tan importante para la mente como el alimento para el cuerpo. El vínculo consiste en estar juntos en la diferencia y producir un encuentro (Berenstein, 2008).

Por su parte, Spitz (1965/2003), se refiere al vínculo en término de relaciones de objeto, y considera que éstas deben ser satisfactorias tanto para la madre como para el niño y debe haber interacciones constantes entre los dos participantes, ya que cada uno de ellos provoca las respuestas del otro. Si esta armonía falla existe la posibilidad de graves perturbaciones, ya que en la infancia las relaciones insatisfactorias entre la madre y el niño pueden ser consideradas como influencias psicológicas dañinas. Durante el primer año de vida, el lactante es incapaz de conservarse vivo por sí mismo, por lo que todo aquello de lo que carece es compensado y proporcionado por la madre. El resultado es una relación complementaria, una díada, entendida ésta como los intercambios en la pareja madre- bebé. Se trata de una relación que se mantiene mediante lazos afectivos extraordinariamente poderosos, y si es satisfactoria, el infante se desarrollará de una manera adecuada. En este sentido, el concepto de vínculo no solo incluye las conductas observables, sino también la percepción subjetiva de esas conductas por parte de los padres, las fantasías, las tradiciones, los mitos familiares, la historia de cada uno de los

miembros de la díada, la representación de ese hijo, la representación que la mujer tiene de sí misma como madre y de la interacción (Stern, 1997).

2.2.2. Aportes de diferentes autores a la comprensión del vínculo temprano madre-bebé

Freud no se dedicó al estudio del bebé, pero si teorizó acerca de la constitución psíquica y de la iniciación de las primeras relaciones del infante. En el Proyecto de Psicología (Freud, 1895/2001) insiste en el carácter determinante de la primera vivencia de satisfacción para el desarrollo del individuo. Esta experiencia se inscribe solo si alguien cercano al bebé puede llevar a cabo una acción específica que alivie la tensión interna. El bebé no puede realizar esta acción en el comienzo de la vida, por lo que es necesario que un individuo experimentado perciba este estado y lleve a cabo una acción. Si el individuo auxiliador ha operado la acción específica en lugar del individuo desvalido, se constituye una vivencia de satisfacción. En la Conferencia 23, Freud (1916/2001) sostiene que es preciso valorar con cuidado la influencia que tienen las experiencias infantiles en la formación del síntoma, debido a que estas experiencias sobrevienen en un momento donde el desarrollo aún no se ha completado por lo que las consecuencias pueden ser de mayor gravedad y tener efectos traumáticos dando lugar a la enfermedad. Se entiende que las vías de formación de síntomas responden tanto a factores disposicionales, que incluyen la constitución sexual y los sucesos de la vida infantil, como a los factores desencadenantes, o sea, los sucesos accidentales de la vida adulta. Freud conceptualiza este último argumento como las "series complementarias" donde factores disposicionales y hereditarios se entrelazan con los ambientales y accidentales para desencadenar la enfermedad o mantener la salud.

Klein (1952/2008a) sostiene que, desde el nacimiento, el yo del bebé es capaz de establecer relaciones de objeto primitivas en la fantasía y en la realidad, con experiencias de gratificación y frustración; el yo alterna entre estados de integración y desintegración. Para Klein (1952/2008b), observar cuidadosamente a los bebés, permite lograr cierto conocimiento de su vida emocional y también algunos indicios sobre su futuro desarrollo mental. Incluso desde la vida postnatal y en cada estadio del desarrollo, los factores externos, como el ambiente y las circunstancias, afectan favorable o desfavorablemente la evolución del bebé. Las relaciones del bebé con su primer objeto parcial (madre) y con la comida, están desde el principio mutuamente ligadas. El vínculo entre el bebé y la madre se basa en la relación con el pecho. A pesar que desde los primeros días, el bebé reacciona también a otros aspectos de la madre como su voz, su rostro, sus manos, las experiencias fundamentales de felicidad y amor, de frustración y odio, están inextricablemente ligadas al pecho de la madre. Este vínculo temprano con ella, influye básicamente en todas las otras relaciones y subyace a la capacidad de formar cualquier apego profundo hacia una persona. Las perturbaciones en la relación del bebé con la madre pueden observarse ya durante los tres o cuatro primeros meses de vida, y si estas perturbaciones son muy frecuentes y duran mucho pueden tomarse como indicación de que la posición esquizoparanoide no es eficazmente manejada. La mayor integración del

yo del bebé da lugar a que la relación con partes del cuerpo de la madre, centrada en su pecho, se transforme gradualmente en una relación con ella como persona (objeto total). La buena relación con la madre contribuye a contrarrestar la pérdida del primer objeto amado (el pecho) e influir así de manera favorable en la elaboración de la posición depresiva. Concluye que una madre comprensiva puede disminuir con su actitud los conflictos del bebé y ayudarlo a manejar más eficazmente sus ansiedades; un reconocimiento más completo y difundido de las ansiedades y necesidades emocionales del bebé disminuirá así los sufrimientos de la infancia.

2.2.2.1. Las contribuciones de Donald Winnicott

Uno de los autores que se dedicó especialmente al estudio de la relación temprana entre la madre y su bebé fue Donald Winnicott, quien concebía a la madre y su hijo como una unidad psíquica sincronizada, por lo cual sostenía que siempre que vemos a un bebé también estamos viendo a la provisión ambiental representada por la madre. El buen funcionamiento del vínculo madre-bebé es un elemento imprescindible para el desarrollo psíquico y la organización del yo de manera sana y estable. En los momentos iniciales del desarrollo el yo inmaduro del lactante depende de un sostén, de la adaptación a sus necesidades provista por la madre, o la figura materna. El padre en estos primeros momentos tiene como función sostener a la madre en la disponibilidad con su hijo, generando una envoltura protectora que le permita concentrarse en su bebé y desentenderse de todos los peligros externos. El autor plantea que una madre suficientemente buena, se encuentra atenta a todas las formas de diálogo y de juego creativo, pero que, a su vez, es capaz de hacer experimentar al bebé una necesaria frustración a fin de favorecer el despliegue de su espontaneidad y de su capacidad de individuación. Esta madre suficientemente buena debe ser capaz de desempeñar las funciones de sostén (*holding*), de manipulación (*handling*) y de mostración de objetos (*object-presenting*) (Winnicott, 1971/1987).

El sostén es la forma en la que la madre toma en brazos al niño y está muy relacionada con la capacidad de identificarse con él. Es la manera que tiene la madre de llevar, de sostener física y psicológicamente a su bebé en estado de dependencia absoluta. La cualidad de los cuidados maternos contribuye a la cohesión de los diferentes estadios sensorios motores del niño y una protección suficiente contra las angustias de aniquilación del *self*, como también le procura al bebé un sentimiento de seguridad fundamental, base de la fuerza del yo. El proceso de integración, el establecimiento de un *self* unitario, vivido como continuidad de existencia, se produce junto a otros factores, por la contribución materna. Cualquier falla que se produzca en el sostén provoca una intensa angustia en el infante, con la sensación de desintegrarse, de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y otras ansiedades descriptas como psicóticas (Winnicott, 1971/1987).

La manipulación es la manera en que esa madre toca y cuida corporalmente a su bebé, que favorece sobre todo al proceso de personalización. En las etapas iniciales la psiquis inmadura no está estrechamente ligada al cuerpo y a la vida del cuerpo. Cuando

se proporciona al niño un grado razonable de adaptación a sus necesidades, una manipulación exitosa de su cuerpo, se le ofrecen las mejores oportunidades para el temprano establecimiento de una firme relación entre la psiquis y el soma, y se logra una unidad psicosomática que es la base para la salud. La manipulación deficiente milita contra el desarrollo del tono muscular, de la coordinación, y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la utilización del cuerpo y de todas sus funciones. La mostración de objetos consiste en la forma utilizada por la madre para presentar el mundo al niño, para encontrar y adaptarse por sí mismo al objeto, ya se trate del seno, la mamadera, la leche; esto promueve en el niño la capacidad para relacionarse con los objetos del mundo. Las fallas en esta función bloquean el desarrollo de la capacidad para sentirse real en su relación con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos (Winnicott, 1971/1987).

Una madre suficientemente buena también debe reconocer la importancia de la continuidad del medio ambiente humano y no humano, que favorece la integración de la personalidad del bebé; de la estabilidad, que permite al bebé sentir que el comportamiento de la madre es predecible; de la adaptación graduada a las necesidades, cambiantes y en aumento del niño que permitirá que éste despliegue su creatividad. La regularidad, la estabilidad en el tiempo y el lugar en que se llevan a cabo los cuidados cotidianos permiten la organización psíquica del bebé, la construcción de las nociones de tiempo y de espacio. En estas condiciones el bebé puede descubrir y desarrollar sus potencialidades innatas, lo que permitirá alcanzar la integración, la personificación y la adaptación a la realidad durante el primer año de vida (Winnicott, 1962/2002). A partir del estudio de las ideas winnicottianas, Schejtman (2008) interpreta que, para este autor, en los primeros tiempos de vida, la interacción madre-hijo se despliega en el terreno corporal, lo que permitirá que el bebé experimente la sensación de estar en su propio cuerpo, camino a la integración psique-soma.

Esta disposición particular de la madre, constituye un periodo sensible para la vinculación al decir de Klaus y Kennell (1973/2001). Esta capacidad materna se funda en una actitud afectiva que se adquiere a medida que el embarazo avanza y se pierde gradualmente cuando el niño crece fuera de su cuerpo. Esta capacidad denominada preocupación materna primaria (Winnicott, 1958/1999) permite a la madre identificarse con su bebé, descifrar y leer el gesto espontáneo del mismo, despojarse de todos sus intereses personales para concentrarse en el niño y comprender sus necesidades. En el proceso normal, esta madre será capaz de recuperar el interés por sí misma, por sus actividades e intereses a medida que el niño vaya creciendo y sea capaz de tolerarlo. La posibilidad de desarrollar esta actitud afectiva depende de la salud mental de la madre, así como del entorno que la rodea, representado fundamentalmente por la pareja quien deberá garantizar una envoltura protectora en torno a la madre y el bebé para que ésta pueda desentenderse de los asuntos cotidianos y abocarse a la relación con su hijo. En algunos casos, la mujer puede desarrollar esta actitud con uno de sus hijos, pero no con otro, algunas mujeres pueden satisfacer las necesidades corporales de su bebé pero no pueden adoptar esta preocupación, adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades de su hijo desde el comienzo de la vida (Winnicott, 1958/1999).

Esta posibilidad de la madre de adaptarse de manera casi exacta, en un primer momento, a las necesidades del bebé permite el surgimiento de lo que Winnicott (1971/1987, 1962/2002) denominó verdadero *self*, ese potencial innato que se expresa a partir de la adaptación materna repetida a las necesidades del bebé, encaminándolo al desarrollo de un sí mismo real y verdadero. El bebé puede jugar e imaginar constituyendo así los fundamentos de la formación simbólica. Un medio suficientemente bueno permite que el pequeño comience a existir, a tener experiencias, a construirse un yo personal, a dominar los instintos y a enfrentarse con todas las dificultades inherentes a la vida.

2.2.2.2. Aportes de Daniel Stern: la experiencia de entonamiento

Stern (1997) afirma que la relación entre el niño y los padres se caracteriza por ser asimétrica, y se ve influenciada por la historia de los padres, así como por la pequeña pero creciente acumulación de recuerdos y vivencias que aporta el bebé. La madre presenta una organización de la vida mental única, apropiada y adaptada para hacer frente al cuidado de un bebé, lo que el autor denomina, constelación maternal, que determina un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. La duración de esta nueva organización es muy variable, en algunos casos puede durar meses y en otros hasta años. La constelación maternal no es universal ni innata, si bien existen influencias psicobiológicas, especialmente hormonales, que pueden contribuir al desarrollo de la misma, las condiciones socioculturales desempeñan un papel dominante. Estos factores socioculturales se expresan en los temas y funciones que dan lugar a la constelación maternal.

El primer tema que propone Stern (1997) se refiere a la vida y el crecimiento, la madre se interroga acerca de su capacidad para mantener vivo al bebé, para lograr que crezca y se desarrolle físicamente, lo que da lugar a intensos temores. El segundo tema se refiere a la relación socioafectiva de la madre con su hijo. La madre se pregunta si será capaz de amar a su hijo, de sentir que él la ama, de saber lo que él necesita y relacionarse de forma no verbal, de leer el gesto de su hijo. El tercer tema remite a la matriz de apoyo y protección, necesaria para que la madre pueda abocarse a mantener con vida a su hijo y lograr que se desarrolle psíquica y afectivamente. Esta situación es más compleja cuando la madre no cuenta con una familia ampliada, unidades sociales, médicas o sanitarias que la apoyen; tradicionalmente esta función fue desempeñada por otras mujeres como las comadronas, las doulas, las abuelas, tías, una hermana o la propia madre, quienes garantizaban la protección física y material de la madre, así como también la instrucción necesaria. Actualmente, la pareja de la madre tiene un papel mayor. El cuarto tema remite a la necesidad de la madre de transformar y reorganizar su propia identidad, desplazándose de su identidad de hija a madre, de esposa a progenitora, de profesional a matrona. Esta reorganización es indispensable para que la madre pueda modificar sus compromisos afectivos, su tiempo, energía y actividades.

Stern (1997) afirma que la relación temprana entre la madre y su hijo es eminentemente gestual y pre-simbólica, por lo que las dificultades en el desarrollo se deben a fracasos en esas interacciones pre-verbales. El autor señala, que especialmente

cuando se trata de familias no nucleares o no tradicionales, otros protagonistas pueden desempeñar un rol importante en el cuidado del niño. Existen sistemas de ayuda, como por ejemplo guarderías, agrupaciones de padres, redes de seguridad social, entre otros, que pueden influir sobre la relación del niño con sus padres. Los sistemas de ayuda influirán especialmente en las representaciones que la madre tiene de sí misma como madre y persona, y en su conducta con el bebé.

El autor (1985) sostiene que entre la madre y su hijo se produce un entonamiento afectivo, que consiste en la realización de conductas que expresan un estado afectivo compartido y que le permite acceder a la intersubjetividad. La madre y su bebé "entonarán la misma melodía", un mismo estado afectivo, pero mediante conductas diversas, que le permite al niño sentirse acompañado, pero sin confundirse con la madre. El entonamiento le permite al bebé comprender que hay otras mentes además de la suya y que los estados emocionales internos pueden compartirse con otros. Si la madre se encuentra deprimida, no podrá realizar este proceso, debido a que sus afectos están desvitalizados y no podrá establecer contacto emocional con su bebé, quien ante la falta de entonamiento también experimentará sus afectos como desvitalizados (Huberman, 2003).

Gutton (1987) afirma que la relación que establece el bebé con su madre durante las primeras semanas es al modo de una unidad simbiótica, constituyendo una unidad narcisista primaria. La pareja madre-bebé funciona intentando alcanzar un equilibrio, que puede verse perturbado por la necesidad del niño, el deseo de la madre y el ambiente. Los cuidados maternos protegen al lactante de los estímulos y del displacer, siendo las manifestaciones de placer signos del buen funcionamiento de la relación. Los cuidados maternos adecuados suponen una decodificación de las señales del bebé por parte de la madre, para que éstas se transformen en signos y símbolos comprensibles por un adulto.

2.2.2.3. La teoría del apego

Desde un enfoque etológico, Bowlby (1969/1993), propone el concepto de apego (*attachment*), entendido como la relación emocional que el niño establece con sus padres y/o cuidadores y les proporciona la seguridad y la protección necesaria frente a los peligros del mundo externo, a su vez que sienta las bases para el buen despliegue de su personalidad. Por apego se entiende la búsqueda de proximidad y cercanía física de una figura o figuras relevantes pare el niño. Alrededor de los doce meses de vida, el niño desarrolla una fuerte relación afectiva con la figura materna. Si bien a los cuatro meses de vida, ya pueden identificarse respuestas diferenciadas del bebé en presencia de la madre, sin embargo, se considera que se trata de una conducta de apego cuando el bebé se comporta de tal manera que busca mantener la proximidad con ella, cercano a los 12 meses de vida. El estado de seguridad, ansiedad o temor que el niño experimente es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad para responder de la persona con la que se establece el vínculo inicial.

Bowlby (1969/1993) manifiesta que existiría en el ser humano un patrón observable de conductas de apego, determinadas biológicamente, como la succión, el aferramiento, el seguimiento, las sonrisas y el llanto que lo llevan a buscar la proximidad

y la cercanía con la figura de apego, conductas que no dependen de la satisfacción de las necesidades fisiológicas del niño, y que constituirán una base segura a partir de la cual éste podrá explorar el mundo. Estos comportamientos del bebé activan la conducta de atención materna que se presenta como corolario de la conducta de apego. Oiberman (2011) afirma que las conductas de apego son fundamentales para la supervivencia, ya que tiene como finalidad mantener la proximidad con otro que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo. El apego como tal, se presenta a partir de los 6 meses de edad del niño, previo a ello se observan conductas de apego.

Las discontinuidades en el apego tienen graves consecuencias en la exploración del mundo, ya que el niño no se sentirá confiado para esta tarea, sino que por el contrario experimenta un desamparo, en el desarrollo del sentimiento de sí mismo del niño y en el establecimiento de vínculos afectivos a lo largo de su vida. El autor señala que el recién nacido viene dispuesto para la interacción social, y la puesta en marcha de conductas de apego dependerá de la interpretación que éste realice de las señales del entorno, que la figura de apego se muestre accesible y responda. Las formas de comportamiento y los vínculos derivados de la conducta de apego se mantienen activos durante toda la vida. La amenaza de la pérdida despierta ansiedad y la pérdida real da lugar a la aflicción y tiende a despertar la cólera. La respuesta inicial frente a la separación o la pérdida de la figura de apego es la protesta y los intentos de recuperar a la figura, pero luego se impone la desesperanza, el niño se vuelve apático y retraído (Bowlby, 1980/1993). En su estudio clínico acerca de la separación, Bowlby (1973/1993) distingue tres modos sucesivos de reacciones: la fase de tristeza aguda, con crisis y llanto; la fase de desesperación, con descontento intenso y repliegue en sí mismo; y la fase de desapego, en la cual el niño acepta cuidados de cualquier sustituto materno perdiendo en apariencia el apego a la madre. La sucesión de estas fases depende del momento en que se produce la separación, especialmente cuando ya se ha establecido una relación estructurada y constante entre la madre y el niño; el motivo de la separación y la capacidad del niño para comprender la misma; la duración de la separación; la existencia de algún sustituto materno ya conocido por el niño y estable previo a la separación.

Ainsworth (1991), realizó observaciones naturalistas de las díadas madre-bebé en Uganda y describió cuatro patrones de apego: apego seguro, apego ansioso/evitativo, ansioso/resistente, desorganizado. La autora señala que la intensidad y la coherencia de la conducta de apego pueden variar en el transcurso de horas o días, mencionando variables orgánicas (como, por ejemplo, el hambre, la fatiga, la enfermedad) y ambientales (como una situación vivenciada por el niño como alarmante) que pueden incidir en dicho cambio. Tanto Bowlby como Ainsworth entienden al niño como un participante activo. De estos estudios etológicos proviene la noción de competencia del bebé, entendida como la influencia que éste ejerce sobre la persona que lo cuida, mediante conductas como el llanto, siendo un participante activo en la formación de la relación padre-hijo (Brazelton y Cramer, 1993). La escuela proveniente de los desarrollos de Bowlby realizó contribuciones esenciales al estudio de las conductas vinculares, su origen y su desarrollo. Hoffmann (2008), considera que esta escuela concibe la formación de

relaciones humanas como resultado de una conducta instintiva, que se presenta de manera similar en todos los miembros de una especie; no se presenta como respuesta a un estímulo, sino que se trata de conductas con un desarrollo predecible; contribuyen a la preservación del individuo y de la especie; pueden presentarse cuando las oportunidades de aprendizaje son escasas o están ausentes.

2.2.2.4. El vínculo entre la madre adolescente y su bebé

En el Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Deschamps (1993) sostiene que es probable que la maternidad en la adolescencia exprese una problemática edípica mal asumida, por el deseo de rivalizar con la madre y de tener un hijo con el padre. La pubertad y la adolescencia reactivan estos deseos edípicos que habían sido acallados durante la latencia. También, se ha descripto que, en aquellas adolescentes poco contenidas y queridas, la relación sexual con un hombre aparece como un medio para satisfacer esas carencias. Asimismo, el contexto social es muy importante, ya que las jóvenes de medios más modestos cuentan con menos actividades que les permitan sublimar las pulsiones sexuales de la adolescencia, en algunos casos la inestabilidad familiar en la que han vivido las lleva a buscar tempranamente la estabilidad afectiva en una relación conyugal.

El reconocimiento del embarazo no siempre es fácil en una adolescente, ya que la irregularidad del periodo menstrual, el desconocimiento acerca de su cuerpo, el deseo inconsciente de no saber, pueden llevar a un diagnóstico tardío del embarazo. En muchos casos, no reconocer el embarazo y posponer la toma de decisiones es una forma de negación, por lo que no se realizan los controles prenatales como es debido. La maternidad en la adolescencia supone una transformación corporal, un cambio del *status* social, una reactivación de conflictos infantiles, una crisis de identidad. La relación con el feto en crecimiento puede establecerse de manera favorable o bien con dificultades. En este caso, el feto es percibido como un ser exigente, parásito, voraz, al que se intenta hacer desaparecer muchas veces, o con quien habrá que conformarse, responsabilizándose de la “falta cometida”, considerándolo desde el inicio como un estorbo. Es frecuente que las madres experimenten sentimientos posesivos hacia el bebé, acompañados de reacciones agresivas hacia el mismo. Hay una ausencia de proyecto futuro para ese bebé, pues todo gira en torno a la madre por lo que el bebé es vivido como un objeto de valoración narcisista (Deschamps, 1993).

Muchas de las madres adolescentes no pueden o no desean criar solas a sus hijos, por lo que recurren a su propia madre. La abuela que se hace cargo del bebé logra así su revancha, ya que le muestra a su hija que no puede lograr esa supuesta independencia mediante la maternidad. En casos más extremos, se obliga a la madre adolescente a renunciar a su hijo, las gratificaciones de la maternidad le son prohibidas y estás le corresponden a su propia madre. Cuando la joven se encarga del cuidado de su hijo, su comportamiento depende, en gran medida, de su cultura de origen. El niño suele ser percibido como objeto de satisfacción, no como un ser autónomo capaz de crecer. Esto lleva a que la relación sea difícil, abarcando desde el abandono hasta una relación intensa

y posesiva. La relación de la madre adolescente y su hijo puede ser satisfactoria para ambos, a pesar de que las conductas maternas parecen bruscas, imprevisibles, realizadas sin cariño, el niño es manipulado sin cuidado, reprendido si contradice los deseos de la madre, quien luego puede besarlo y mimarlo. Estas conductas no son necesariamente signos de una falta de apego o de rechazo, sino la relación de la madre y el bebé se construye a partir de la valoración narcisista de la madre a través de su hijo, quien debe comportarse de manera irreprochable. La madre adolescente y su hijo se ven expuestas en muchos casos a dificultades económicas y sociales, ya que suelen pertenecer a sectores socioeconómicos bajos y no logran finalizar sus estudios, por lo que enfrentan mayores aprietos para satisfacer sus necesidades y las de su hijo (Deschamps, 1993).

Durante mucho tiempo los profesionales de la salud se han preocupado por el embarazo adolescente, sin considerar que en muchos casos estos embarazos pueden ser deseados aún a pesar de no ser intencionales. El embarazo en esta etapa de la vida supone el entrecruzamiento de dos grandes crisis, la de la adolescencia y de la maternidad, que dará lugar a un vínculo particular entre la joven madre y su hijo, quizás diferente si se lo compara con el de la madre adulta. La maternidad adolescente suele desarrollarse en un marco de inestabilidad de pareja y de rechazo familiar y social, lo que ubica a la madre y su hijo en una posición de riesgo, lo que disminuye si la adolescente es contenida a nivel familiar e institucional (Oiberman y Santos, 2006).

2.2.3. Observación del vínculo temprano

Ya en 1948, Esther Bick crea el método de observación de lactantes, que fue incorporado a la formación de psicoterapeutas de niños en la Clínica Tavistock de Londres. Esther Bick (1964) sostiene que la importancia de este método reside en la posibilidad de comprender más claramente la experiencia infantil, así como la conducta no verbal, los juegos, la conducta del niño que no habla ni juega y la conducta de la madre. Este método ofrece una oportunidad única para la observación del desarrollo del niño desde el nacimiento, y de la formación de las relaciones entre la madre y el hijo, donde ciertos canales de comunicación tienen un lugar preferencial con respecto a otros, siendo difícil determinar si esa preferencia está inducida por la madre o por el niño. Cada pareja madre-hijo es única, por lo tanto, cada lactante tiene un modo particular de desarrollarse y de establecer una relación con la madre, lo que pone en evidencia, según la autora, ciertas características del psiquismo del lactante.

En el método propuesto por Esther Bick, el observador experimenta un impacto emocional muy intenso del cual debe poder separarse para focalizarse en lo que ocurre, recogiendo los hechos que observa libre de toda interpretación. Se debe enfocar la atención en la conducta verbal y no verbal del bebé y la madre, en el contexto de la observación, y en sus propias vivencias. El método parte del supuesto de que el bebé no puede desarrollarse solo, por lo que todo estudio sobre el desarrollo psíquico se centra en las interacciones madre-bebé. El desarrollo del bebé depende de su equipamiento y del entorno maternal que depende a su vez del sostén de un medio vincular más amplio representado por el padre, la familia, la sociedad. Las capacidades continentes de la madre

permiten la integración de las partes del psiquismo y del cuerpo, dando lugar a una piel psíquica. La detección precoz del sufrimiento del bebé evita que esto cristalice en disturbios posteriores del desarrollo y posibilita una rápida movilización de las dificultades vinculares. En nuestro país este método fue introducido por Kamala Di Tella en 1985 en los seminarios realizados en el Hospital Italiano de Buenos Aires (Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, 1997).

Izzedin-Bouquet (2009) realiza un rastreo acerca del desarrollo del método de observación de bebés, contextualizándolo en la biografía de Esther Bick. Ubica el inicio de la observación psicoanalítica de bebés en la década del 50 en Europa, mientras que, en América Latina, y en especial en Argentina se inicia en los años 80. Este método ha permitido a los profesionales observar el desarrollo infantil en su contexto familiar y detectar si hay perturbaciones en el vínculo temprano madre-hijo. El objetivo del observador es comprender la adaptación mutua entre la madre y el bebé, los aspectos inconscientes de la conducta del lactante y las características de sus relaciones con los otros. La autora afirma que mediante las observaciones se puede conocer el desarrollo temprano del psiquismo del bebé, que depende del vínculo que el niño establezca con la madre o el cuidador.

2.2.3.1. Aportes de Spitz a la observación directa de bebés

Spitz (1965/2003), fue uno de los pioneros en recurrir a la observación directa durante el primer año de vida del niño a fin de estudiar los efectos que las separaciones precoces tienen en el psiquismo infantil. Spitz registró mediante videos las observaciones de 35 bebés, comenzando con las mismas lo más cerca posible del nacimiento. A partir de estas observaciones, el autor afirmó que, en los primeros días de vida, el recién nacido evidencia un estado de excitación con cualidad negativa, suscitado por una excitación que sobrepasaba su umbral de percepción. El estado opuesto a este en el recién nacido es el sosiego. La madre protege al bebé del exceso de estímulos del ambiente exterior, le ayuda a manejar los estímulos que provienen del interior proporcionándole una descarga a la tensión. La madre crea un clima emocional en la relación con su hijo, que favorece el desarrollo del mismo, influyendo en sus conductas y sus actitudes; de igual manera las diferencias en las actitudes del bebé modelarán las relaciones diádicas. En estas relaciones madre-hijo, de carácter mutua y circular, la madre representa al medio, con su individualidad estructurada, mientras que el niño aporta su equipo congénito y su individualidad.

El autor (1965/2003) sostiene que, durante el primer año de vida, los intercambios en la díada madre-hijo son probablemente, las experiencias y acciones que más influencia tienen en el desarrollo de diversos aspectos de la personalidad del niño. La comunicación no verbal entre madre e hijo, que se presenta hasta finales del primer año, incluye las miradas, el tacto, las sonrisas, la manera de sostener y de ser sostenido. La comunicación entre la madre y el bebé está basada en la percepción “extrasensorial” o “casi telepática”, donde la madre presiente las necesidades del bebé. A partir de sus investigaciones, el

autor puso en evidencia que, si las relaciones de objeto son buenas, es decir que resultan satisfactorias, el niño se desarrolla con normalidad.

Spitz (1965/2003), considera que, en la relación diádica, la madre es la parte activa y dominante, siendo el niño sobre todo al comienzo, el recipiente pasivo. En este sentido, las perturbaciones en la personalidad materna se reflejan en perturbaciones del infante. En sus investigaciones, observó que la madre por factores de su personalidad puede perturbar la relación que podría mantener con su infante mediante conductas como el rechazo del embarazo y del bebé, la hostilidad enmascarada de angustia, las fluctuaciones entre los cariños y la hostilidad, las oscilaciones del humor, la hostilidad compensada conscientemente y la preocupación materna excesiva. Este tipo de relación da lugar a las enfermedades psico tóxicas de la infancia. También puede ocurrir, que se le priva al infante de los suministros libidinales necesarios, lo que, por supuesto no implica privarlo de alimento, higiene, calor. Cuando la privación es parcial, el niño puede presentar una depresión anaclítica, mientras que cuando la privación es total, el resultado es el marasmo.

Estos trastornos emocionales, afirma Spitz (1965/2003), sobrevienen por lo general ante la ausencia física materna, ya sea por enfermedad, muerte de la misma u hospitalización del bebé, frente a lo cual el sustituto materno que se le ofrece es inadecuado o no existe. El daño que se produzca en el niño estaría en relación con el tiempo de separación. Los infantes presentan síntomas como el llanto frecuente, el aferramiento a un adulto, la pérdida de peso, el retraso en el desarrollo, se niegan al contacto, el insomnio, las enfermedades recurrentes, el retraso motor, la rigidez y la expresión facial propia de los adultos depresivos. Spitz resalta la importancia del establecimiento de relaciones de objeto satisfactorias para el desarrollo y el funcionamiento normal de la psiquis, de lo contrario se pueden producir perturbaciones en el primer año de vida.

Lo que se puso en evidencia en las investigaciones de Spitz, fue según Rodulfo (2008) que no hay necesidad en el niño más perentoria que la necesidad de otro, que se expresa en la necesidad de jugar con otro. Los bebés observados por Spitz eran manipulados en tanto objetos, como organismos, nadie se vinculaba con ellos desde el afecto, nadie jugaba con ellos.

2.2.3.2. Aportes de Winnicott a la observación de bebés

Donald Winnicott, se dedicó durante muchos años a observar a los niños y sus madres en su consultorio del Paddington Green Children´s Hospital de Londres. En uno de sus artículos, Winnicott (1941/1999) describe una situación de observación fija en la práctica clínica que puede ser utilizada como instrumento de investigación además de aportar nuevos desarrollos teóricos como la fantasía de pérdida de objeto y los objetos transicionales. El autor le pide a la madre que tome asiento frente al escritorio de su consultorio, con el bebé sentado sobre su regazo. Frente al mismo, coloca un baja lenguas de metal de tal forma que el bebé pueda alcanzarlo. En general, el niño toca el instrumento y tiene un momento de duda, donde mira a su madre, para luego finalmente tomar el baja lenguas y llevárselo a la boca. El niño arroja el baja lenguas al piso casi accidentalmente,

para continuar jugando con él cuando se lo devuelven. Luego vuelve a arrojarlo con mayor intencionalidad, hasta que pierde el interés o trata de alcanzar otro objeto. La observación del niño en esta situación fija permite conocer el estado de su desarrollo emocional. La capacidad de la madre para seguir las indicaciones es un elemento interesante, que demuestra cómo ella procede en el hogar, si se angustia ante la posibilidad de una infección, si muestra rechazo por el hecho de que su hijo introduzca algo en su boca, si actúa impulsivamente, entre otros aspectos (Winnicott, 1941/1999).

2.2.3.3. Aportes de Stern a la observación de las interacciones madre-hijo

Stern (1997) propone una psicoterapia aplicada a las relaciones de padres e hijos, para la cual considera que la observación de las interacciones tiene una importancia clínica fundamental. Los momentos en los que se producen cambios interactivos más importantes durante el primer año de vida son entre los 0 y 2-3 meses, donde los episodios de alimentación, sueño, llanto y calma son de gran interés ya que implican la regulación y la reparación de las interacciones en esas actividades. Entre los 2 meses y medio y los 5-6 meses, la interacción social sin juguetes es de gran interés clínico ya que nada logra captar y mantener mejor la atención del bebé; entre los 5 meses y los 9 meses, la observación girará en torno a las interacciones entre la madre y el hijo a partir de objetos de juego. Entre los 8 y los 12 meses, la observación se produce en torno al vínculo afectivo ya que el bebé es capaz de manifestar de forma clara conductas de vinculación y separación de la madre, de distanciamiento y retorno, también se puede observar los primeros indicios de intersubjetividad a partir de conductas de referencia social, alineación de los afectos, atención conjunta, lectura de las intenciones del otro. El autor sostiene que la interacción entre padres e hijos es un elemento fundamental del método clínico, por lo tanto, la observación de la interacción es crucial.

Schejtman (2008), en Argentina, afirma que la investigación en infantes y en díadas madre-bebé utilizando una metodología observacional empírica dio lugar a nuevos conocimientos acerca de la vida afectiva de los infantes, que pueden constituir un modo de dar respuesta a interrogantes acerca de la estructuración psíquica. El conocimiento de fenómenos interactivos mediante la observación permitió que se incluyera el estudio del psiquismo temprano dentro de la ciencia, aportando a la determinación de regularidades y patrones conductuales e interactivos según las diferentes edades. La observación minuciosa y detallada permite pesquisar sutiles influencias del ambiente de las cuales el bebé no puede anoticiarse. Las investigaciones basadas en la observación de díadas madre-hijo demostraron que los infantes poseen capacidades perceptivas innatas singulares y diferenciadas que les permiten participar en la interacción, incrementando a su vez la comprensión de los mensajes preverbales que el bebé emite. De igual manera, pusieron en evidencia la influencia que la capacidad de comunicación y autorregulación del bebé tiene sobre las respuestas de la madre. La conducta del bebé se encuentra organizada en configuraciones de cara, voz, gesto y mirada a través de las cuales expresa sus estados afectivos. Schejtman (2008) destaca que los estudios observacionales permiten construir patrones interactivos y conductuales capaces de cierta generalización,

cuya finalidad es la detección temprana de indicios de malestar y obstrucciones en el desarrollo de los niños y en las interacciones entre padres e hijos.

2.2.4. El despliegue del vínculo: prehistoria, embarazo y primeros encuentros

2.2.4.1. La prehistoria del vínculo

El encuentro con un hijo recién nacido puede ser considerado el momento inaugural en las interacciones de la díada, donde se funden los anhelos, los deseos, las fantasías acerca de este bebé con las características reales del mismo. Gutton (1987) lo describe como un primer encuentro que trae aparejado un reordenamiento objetual fundamental, la madre gana afuera lo que ha perdido adentro. Sin embargo, la relación de la madre con su hijo no comienza en el momento del nacimiento, sino que se remonta al embarazo y aún más allá. Esta relación entre la madre y el feto en formación es considerada como la forma más temprana de intimidad entre los seres humanos, por lo que conocer cómo se desarrolla permitirá comprender la posterior vinculación entre ellos. Las representaciones que la madre ha construido acerca de ese bebé por nacer están relacionadas con las representaciones que se construyen luego del nacimiento y las interacciones entre ellos, todas las experiencias dejarán huellas en el recién nacido, incluso aquellas acontecidas durante el embarazo (Mass, Vreeswijk, de Cock, Rijk y van Bakel, 2012). En este sentido, el vínculo que la madre y su hijo puedan establecer luego del nacimiento se verá influido por numerosos factores tanto de parte de la madre como del bebé y del ambiente, como por ejemplo la prematurez, la depresión posparto y los problemas maternos en la propia infancia (Mass et al., 2012).

Podemos hipotetizar que para los padres en el momento del nacimiento de un hijo se reúnen tres bebés: el hijo imaginario de los sueños y las fantasías; el feto invisible pero real cuyos ritmos y personalidad particular se ha hecho evidente durante los meses de embarazo; y el recién nacido real que pueden ver, oír y abrazar. El vínculo con un recién nacido entonces, se construye sobre relaciones previas con un hijo imaginario y con el feto en desarrollo que ha formado parte del mundo de los padres durante los meses del embarazo. Existiría entonces, una prehistoria del vínculo, constituida por aquellas fuerzas biológicas, ambientales, fantasías que llevan a que una mujer y su pareja deseen tener un hijo. En el embarazo, cada mujer reactualiza toda su vida previa a la concepción: las experiencias con su propia madre y su propio padre, su conflictiva edípica y el mayor o menor éxito de su resolución, y la consecuente separación de los padres. Algunas de las necesidades insatisfechas de la niñez y de la adolescencia se encuentran como trasfondo del deseo de quedar embarazada y la posterior adaptación al embarazo (Brazelton y Cramer, 1993).

En la prehistoria del vínculo, existe una diferencia entre el deseo de hijo y el deseo de maternidad. Piera Aulagnier (citada por Huberman, 2003) sostiene que el deseo de hijo supone el anhelo de tener un hijo con un hombre que se lo puede dar. Por el contrario, en el deseo de maternidad lo que prevalece es el deseo inconsciente de repetir la relación con

su propia madre, se renueva la historia infantil; a nivel inconsciente el hijo es gestado con su padre o a nivel más regresivo con su madre. Brazelton y Cramer (1993), señalan que entre los factores que inciden en el deseo de tener un hijo se puede mencionar la identificación, la satisfacción de diversas necesidades narcisistas y el intento de recrear lazos anteriores en la relación con el hijo. Las propias experiencias de la mujer de ser abrazada, mecida, por identificación formarán parte de sus conductas en la adultez. Uno de los motivos narcisistas que puede fomentar el deseo de un hijo es el anhelo de conservar una imagen idealizada de uno mismo como una persona completa y omnipotente, el anhelo de duplicarse o reflejarse en el hijo, o realizar a través de él los propios ideales. El deseo de completud es satisfecho por medio del embarazo y de un hijo; en algunas mujeres domina el deseo de embarazo antes que el deseo de un hijo, ya que éste representa una oportunidad de sentirse plena, completa, en un cuerpo productivo y potente. El deseo de completarse a través de un hijo supone que la madre lo contemplará como una extensión de su propio sí mismo, como un apéndice corporal.

También puede existir un deseo inconsciente de fusión y unidad con el otro, que remite al deseo de retornar a la unidad con la propia madre lo que da lugar a la fantasía de simbiosis de una misma con el hijo. Estos deseos narcisistas implican que el hijo se presenta como reflejo del sí mismo de la madre, correspondiéndose a la perfección con su ideal. Para los progenitores que imaginan que su hijo tendrá éxito en el futuro en todo aquello que ellos fracasaron, el hijo representa una oportunidad de superar todas las limitaciones y dificultades. Estos padres pueden poner mucho énfasis en el aspecto físico de su hijo, en su desempeño motor y escolar, presionándolo para que alcance el éxito que ellos no obtuvieron. Si bien estos deseos narcisistas pueden obstaculizar el desarrollo posterior del niño, también son indispensables en el comienzo de la vida ya que preparan a la madre para la vinculación, percibiendo a su hijo como un ser único, capaz de cumplir sus deseos, dejando de lado sus propias necesidades narcisistas porque ahora están depositadas en el bebé. El anhelo de renovar relaciones pasadas también contribuye al deseo de tener un hijo, quien puede aparecer como sustituto de un progenitor, de un hermano fallecido. El niño aparece con el poder mágico de reparar las separaciones, negar el paso del tiempo y la muerte (Brazelton y Cramer, 1993).

2.2.4.2. El vínculo madre-feto en crecimiento

Brazelton y Cramer (1993) sostienen que, durante el embarazo, la adaptación física y psicológica al feto en crecimiento, supone los albores del vínculo. El proceso del embarazo atraviesa por diferentes etapas. Primero, los padres deben adaptarse a la noticia del embarazo, que va acompañado de cambios en el cuerpo materno, pero sin que se pueda aún percibir al feto en crecimiento. Algunos años atrás, las mujeres confirmaban la noticia del embarazo a partir de cambios en su propio cuerpo, como la ausencia del periodo menstrual, el cambio en la coloración de los pezones, las náuseas matinales, y la fatiga. En la actualidad, esto suele ser confirmado por un examen médico, un test de embarazo y/o un análisis de laboratorio. En un segundo momento, los progenitores comienzan a percibir al feto como un ser que en el futuro estará separado de la madre, este momento suele presentarse a partir de los primeros movimientos fetales a partir del quinto mes de

embarazo. Hasta ese momento, la madre y el feto han sido percibidos como una sola persona, pero ahora el feto da sus primeros indicios de autonomía. Se puede decir que aquí es donde comienza el vínculo más temprano, ya que madre y bebé se perciben como dos seres separados. El nuevo carácter concreto del feto, especialmente sustentado por las ecografías, los movimientos fetales y los cambios visibles en el cuerpo materno, inauguran una nueva etapa en la relación y dan lugar a nuevas fantasías. La madre puede ahora identificarse con ese feto en crecimiento. El rol del padre es muy importante en este momento, ya que contribuye a la percepción del feto como separado y diferenciado de las fantasías; la madre sentirá que ya no es la única responsable de cualquier éxito o fracaso. En la tercera etapa, los progenitores empiezan a percibir a su hijo como un individuo diferente y separado, que tiene sus propios ritmos, movimientos y niveles de actividad. En esta etapa suele elegirse el nombre, se reorganiza la casa y la habitación para recibir al bebé. La madre suele interpretar los diferentes patrones de actividad del feto adjudicándole un temperamento, una personalidad y a veces hasta el sexo. Hacia el final del embarazo, el feto evidencia respuestas cada vez más diferenciadas, lo que indica no sólo que tiene conciencia del medio que lo rodea sino también de su disposición a conocerlo (Brazelton y Cramer, 1993).

Estos autores afirman que la fantasía de tener un hijo perfecto protege a la madre de las dudas, de los temores de tener un hijo con algún defecto y de la ambivalencia que alberga durante este tiempo. Durante el embarazo, la mujer ya se ha preocupado en su mente por los eventuales problemas que puede presentar su hijo, en este sentido un nacimiento prematuro o con dificultades en realidad no representaría para ella una sorpresa sino más bien una decepción por el fracaso de todos los esfuerzos realizados en el embarazo. Por el contrario, el nacimiento sano le confirma a la madre que es capaz de crear, que su cuerpo funciona bien y que sus ideales y esperanzas se harán realidad. Este estado de ilusión prepara a las madres durante el embarazo y las protege de la duda y la ansiedad. Un momento crucial suele estar representado por el conocimiento del sexo del bebé, que dará lugar a diferentes sentimientos en los progenitores. La madre puede reconocer partes de sí misma más fácilmente en una niña, y tenderá a ubicar al varón como complemento de ella misma. El padre, por lo general ve al hijo varón como alguien en quien identificarse y a la niña como una persona para la que puede albergar sentimientos más tiernos. El conocimiento del sexo del bebé ayuda a percibirlo como un ser diferente, este proceso de reconocimiento de la individualidad continúa después del nacimiento.

Pelento (2008) plantea que cuando se abusa de técnicas como la ecografía durante el embarazo, se podría perturbar la relación con ese bebé imaginado, lo que se gana en objetividad se pierde en subjetividad. En el tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, Vincent (1990) afirma que en la interacción entre la madre y el feto interviene la actividad alucinatoria, simbólica y real de la madre. El psicoanálisis ha contribuido a la comprensión acerca del impacto que tienen las condiciones psíquicas de la persona responsable del desarrollo sobre la personalidad del bebé. Los movimientos fetales percibidos por lo general a partir de la semana 16, escuchar el ruido cardíaco fetal,

las imágenes ecográficas, son elementos que contribuirían a las representaciones psíquicas de la madre. El feto también reacciona frente a ciertos acontecimientos externos, como luces, sonidos, actividades de la madre, emociones, pensamientos, lo que contribuye a que la madre les presente atención a esos sucesos y les otorgue un significado (Vincent, 1990). La edad de la madre parece incidir en la relación que establezca con el feto. La madre adolescente adquiere anticipadamente su cuerpo de mujer, y el deseo de hijo fuerza a un restablecimiento de sus organizaciones pregenitales, las que se pueden ver amenazadas en gran medida por un nacimiento real (Vincent, 1990).

2.2.4.3. Primeros encuentros entre la madre y su bebé real

Finalmente, es en el momento del nacimiento que el complejo programa sensorial y motor del recién nacido se encuentra con las poderosas fantasías de los progenitores y se unen buscando un nuevo equilibrio. Con el nacimiento el bebé deja el continente psíquico-uterino y deviene un ser visible (Ruíz, 2005). La cualidad del hecho del nacimiento depende en gran medida del modo en que el bebé es recibido por la madre, por lo que existen circunstancias que pueden suavizar o profundizar el trauma del nacimiento. Entre ellas se puede mencionar: el contacto que la madre ha tenido con su bebé durante la vida intrauterina; las características de la experiencia del nacimiento y el nivel de esfuerzo de adaptación que se le exigió al bebé; las posibilidades de esa madre para cuidar al bebé; el grado de responsabilidad de ambos padres en el cuidado de su hijo; las características del entorno social para sostener a los padres y el bebé (Winnicott citado en Pelento, 2008). La actitud de la madre influye en el vínculo temprano que el padre pueda establecer con su hijo, algunas madres tienden a interferir en el vínculo como si se sintieran amenazadas por la salida del bebé de la simbiosis, mientras que si se propicia una relación triangular se da lugar al vínculo padre-hijo. Pese a que ha habido grandes avances en la participación de los padres en estos momentos aún siguen siendo excluidos, inclusive en las investigaciones acerca del vínculo temprano entre el niño y sus padres (Brazelton y Cramer, 1993).

Vardy y Schejtman (2008), afirman que, desde los comienzos de la vida, los infantes propician la interacción mediante miradas, expresiones faciales, gestos y vocalizaciones. El bebé posee una capacidad auto regulatoria propia, pero es lábil e insuficiente en los comienzos, para tareas como el sueño-vigilia, la digestión, la respiración, la irritabilidad, la necesidad de apaciguamiento. Si bien esta regulación se produce a partir de la actividad de estructuras profundas del cerebro, dicha regulación ocurre en un vínculo con un adulto, es decir, que requiere del soporte que le proporciona el ambiente cuidador. Tradicionalmente se ha considerado que las interacciones son satisfactorias cuando se caracterizan por la reciprocidad y la sincronía en las manifestaciones expresivas de las madres y sus hijos.

Sin embargo, investigaciones más recientes (Duhalde et al., 2008; Oiberman, 2008) han demostrado que esta es una visión un tanto idealizada de la interacción madre-hijo, ya que lo más frecuente es que los encuentros sincrónicos ocurran solo en pequeñas porciones del tiempo de interacción. Los desencuentros, que se deben a fallas en la

percepción y en la atribución de sentido, son frecuentes en la interacción diádica frente a los cuales se puede presentar la corrección como parte de un proceso mutuamente regulado. La reparación exitosa aumenta en el bebé el sentimiento de dominio, mientras que repetidos fracasos en la reparación da lugar a afectos negativos como sentimiento de desvalimiento, dificultades en la regulación afectiva, disminución de la vinculación social. Esta nueva concepción de la interacción permite señalar que lo que da lugar a la reparación y al pasaje del desencuentro al encuentro es el sostén del afecto positivo por parte de la madre en aquellos momentos en que el bebé necesita autorregularse, predominando un afecto neutro e invistiendo su propio cuerpo (Duhalde et al., 2008). En su investigación sobre el vínculo madre-hijo, Oiberman (2008), halló que prevalecían las conductas de búsqueda del bebé y/o de la madre, pero no tanto los momentos de interacción mutua. La autora señala que esto se debe a que las relaciones humanas se caracterizan por la búsqueda del otro a partir del propio deseo, lo que puede dar lugar a desencuentros.

Raznoszczyk de Schejtman et al. (2004, 2005) en una investigación acerca de la regulación emocional, encontraron que las madres miran a sus bebés casi la totalidad del tiempo de la interacción, mientras que los bebés miran a sus madres la mitad del tiempo. Las madres expresan afectos positivos cinco veces más que sus hijos y nunca afectos negativos, mientras que los bebés en general expresan afectos neutros y muy pocos afectos negativos. Otro dato interesante es que las díadas pasan el mayor tiempo de observación en momentos de desencuentro, donde las madres muestran afectos positivos y los bebés afectos neutros. Los primeros estudios observacionales de infantes caracterizaban la interacción positiva como recíproca y sincrónica, esto es que los bebés y sus mamás reaccionan sincrónicamente a las manifestaciones como miradas, vocalizaciones, sonrisas, contactos del otro. Sin embargo, no solo la reciprocidad y la sincronía definirían a una interacción como positiva o negativa, sino que también intervendrían otras variables como la coordinación, el fallo interactivo, la reparación de la interacción y el grado de cambio. Esto supone un cambio de perspectiva, dejando de lado una visión idealizada de la díada ya que los desencuentros ocupan el mayor porcentaje de tiempo de la interacción. Una interacción positiva podría ser definida como aquella que tiende a lograr la regulación mutua entre las conductas de la madre y el bebé, reparando los errores interactivos, lo que permite transformar los afectos negativos en positivos.

De lo expuesto se desprende que el vínculo madre e hijo se caracteriza por utilizar el lenguaje no verbal en los primeros momentos de la vida, que incluye las conductas, los afectos, las miradas, las expresiones faciales, los gestos, las posturas corporales y todo aquello que el cuerpo exprese. Las respuestas del bebé le permiten sentir a la madre que ha hecho lo correcto, confirmando su competencia, en cambio cuando la capacidad de respuesta del bebé es pobre, la madre siente que sus expectativas han quedado frustradas, lo que pone en peligro a la futura relación entre ellos (Brazelton y Cramer, 1993). El bebé y su madre gozan de una experiencia de mutualidad, entendida como la comunicación resultante de las identificaciones cruzadas (Winnicott, 1969/2009).

Es en este contexto interactivo que el bebé construye las nociones de cómo ser él con los otros, y cómo los otros serán con él, en un proceso en el que reconoce los diferentes estilos de relacionarse. Algunos aspectos del mundo representacional de los padres pueden influir sobre la vinculación, por ejemplo la historia reciente del bebé (el embarazo, el parto, los primeros contactos, la alimentación a pecho) y su estado actual (estado físico y de salud, estado de alerta y de actividad); la historia de cada uno de los padres (fecundación asistida, embarazo no deseado, duelos previos al embarazo, experiencias traumáticas de pérdida o daño de otros hijos, discapacidades en la familia, características del vínculo con los propios padres); relaciones entre la pareja de padres (cultura de origen, nivel de armonía previo, estado civil); riqueza y armonía con la familia y amigos; trabajo y situación económica, entre otros (Bruschweiler-Stern, 2009).

2.2.5. Dos escenarios en la vinculación: la interacción imaginaria y la interacción conductual

El vínculo constituye un proceso de gran complejidad, en el que se pueden pesquisar dos niveles de fenómenos que deben ser considerados, por un lado, aquellos que se refieren a las interacciones comportamentales reales, concretas, visibles para un observador externo; y por otro lado, las interacciones fantasmáticas, imaginarias entre los miembros de la díada. Estos dos grupos de fenómenos se sobreponen, influyen entre sí y se interrelacionan mutua y constantemente en el proceso de vinculación (Berenstein, 1990; Ruiz, 2005). La interacción real se refiere a los intercambios entre la díada que se traducen en vocalizaciones, gestos, actitudes; se trata de los aspectos visibles, concretos de la interacción. La interacción real es un indicio de la calidad de la relación objetal y de los investimentos que la sostienen, es decir la interacción fantasmática (Kreisler y Cramer, 1990). Este escenario menos visible, se puede denominar la trastienda de los significados, las fantasías inconscientes, el escenario de las interacciones imaginarias que ejercen una gran influencia en la conducta que realizan ambos miembros de la díada. Estas interacciones se refieren a los sentimientos inconscientes de la madre acerca de ese hijo, las representaciones sobre él. Este concepto es de gran importancia, ya que permite relativizar la importancia y el impacto de la interacción real, considerando que en el origen de la patología se encuentran ambos niveles, el de lo real y el de lo fantasmático (Oiberman, 2008). El trasfondo las relaciones fantasmáticas, el pasado, el inconsciente y el imaginario pueden enriquecer la relación, o, bien por el contrario, obstaculizarla (Lebovici citado en Oiberman, 2004).

2.2.5.1. La interacción conductual

Brazelton y Cramer (1993) afirman que la interacción debe comprenderse como un proceso en el que se producen ciclos de participación y de cese de participación. La conducta de uno de los participantes determina la respuesta del otro, es decir que trasmite un mensaje acerca de la aceptación, rechazo o modificación del estado actual de la interacción. La madre debe ser sensible a la capacidad de su hijo de prestar atención y a la necesidad de éste de retraerse, parcial o totalmente, luego de atender durante un periodo de tiempo. La madre debe poder reconocer y respetar la necesidad de regulación del

sistema psicofisiológico aún inmaduro del bebé, ya que de lo contrario lo sobrecargará y éste deberá protegerse replegándose por completo; la madre también debe reducir su propia actividad para sincronizarla con las necesidades del bebé, aprende a ajustar y acompasar sus respuestas a los indicios proporcionados por el bebé, a sus estados fisiológicos y de atención.

Según Brazelton y Cramer (1993), esto supone que existe una contingencia en las interacciones de la díada, entendida como la percepción de los signos del otro, la decodificación de los mismos y la realización de respuestas adecuadas a ellos. Las interacciones prolongadas están basadas en ciclos breves de atención y desatención. La madre va guiando a su bebé en la interacción, le muestra como prolongar las conductas, por ejemplo, frente a un sonido del bebé, ella responde con palabras y/o sonidos que él puede imitar. La madre y su bebé aprenden a ajustarse a la intensidad del otro, al ritmo, a la duración de las conductas del otro. Progresivamente, es el bebé quien dirige la relación, organizando los juegos y emitiendo señales que el adulto reconoce y puede responder, o interrumpiendo la interacción. Este momento suele tener lugar entre los 4 y los 5 meses de vida y constituye un gran paso hacia la autonomía del niño; la madre ahora es menos capaz de predecir la conducta de su hijo y puede intentar mantenerlo apegado a ella, alejarse del niño, o bien sostenerlo en esta creciente autonomía lo que supone que el desarrollo estaría encaminado (Brazelton y Cramer, 1993).

La conducta del bebé, orientada hacia la madre funciona como un disparador para la vinculación y la comunicación. Se produce entonces un momento de encuentro entre ambos, la madre descubre en su hijo a un interlocutor con quien ella puede comunicarse (Bruschweiler-Stern, 2009). El lactante posee capacidades de origen biológico que le permiten realizan acciones en su entorno, que serán mantenidas a lo largo del tiempo y complejizadas en función de las respuestas que obtenga de los adultos significativos (Nikodem, 2009). El órgano mediante el cual el bebé se aferra al cuerpo de su madre es la mano, que será reemplazada luego por las miradas dirigidas a los ojos de su madre. La distancia física es suplantada por la vista, poco a poco los ojos van tomando el rol protagónico de órgano de búsqueda (Oiberman, 2011).

En las interacciones tempranas madre-hijo, el adulto siempre es más propenso a iniciar la interacción, así como a elegir el canal por el que tendrá lugar. Sin embargo, la capacidad del bebé de prestar atención, su estilo y preferencias influyen en la interacción y deben ser respetadas. El efecto que tendrán las señales emitidas por el adulto dependerá de que éstas sean contingentes al estado de atención, las necesidades del bebé y las señales que éste emite. Si el bebé atiende, emite señales a la madre mediante vocalizaciones, sonrisas o fruncimientos del ceño, y movimientos motrices, la madre responderá si previamente ha podido interpretar esas señales. Cuando la madre y el bebé logran la sincronía en las interacciones comienzan a prever las respuestas del otro en secuencias prolongadas; si uno comienza la interacción de un modo, el otro tiende a responderle del mismo modo. Una interacción sana también debe ser flexible, cuando es demasiado predecible o rigurosamente ajustada, ha quedado detenida en algún punto (Brazelton y Cramer, 1993).

Otro aspecto esencial de la interacción es la reciprocidad, que supone que la conducta de cada miembro de la díada influye sobre el otro generando cambios afectivos en ambos, una mutualidad y una regulación mutua. La reciprocidad sostiene la interacción, es lo que permite que la sucesión de conductas se transforme en un acto comunicativo (Oiberman, 2008). En los inicios de la vida, el cuerpo de la persona que se encarga del bebé es para él una fuente importante de estímulos. La presencia física, el contacto cuerpo a cuerpo, favorecen la organización psíquica y emocional del bebé. Tocar y mirar son los canales de comunicación privilegiados entre el bebé y su cuidador en los primeros meses de vida, por lo que la comunicación no verbal es fundamental, se trata de gestos, movimientos y vocalizaciones que el niño capta y les otorga significado (Armus, Duhalde, Oliver y Woscoboinik, 2012).

2.2.5.2. Los intercambios visuales

La mirada mutua entre la madre y su hijo constituye una de las principales formas de comunicación no verbal (Huberman, 2003). Desde los primeros momentos se observa un marcado interés en el contacto visual, tanto en madres de recién nacidos a término como de prematuros. Se ha sugerido que el contacto visual parece activar las respuestas de cuidado maternas. Las madres se esfuerzan por mirar a sus hijos de frente, cara a cara, ubicándose en la línea de visión del bebé. Estos intercambios dan lugar al inicio de la comunicación que posibilitará las posteriores interacciones y el establecimiento del vínculo. El reconocimiento visual del bebé rápidamente se convierte en una señal gratificante para los padres, les indica que su bebé es apto para interactuar, que ellos son importantes para su hijo y éste reconoce sus esfuerzos (Klaus y Kennell, 1973/2001). La mirada mutua es un potente acontecimiento interpersonal que genera intensos sentimientos, la madre y su hijo pueden permanecer mirándose mutuamente a los ojos durante 30 o más segundos (Oiberman, 2011).

La capacidad de ponerse alerta, de mantener el estado de alerta, de fijar y sostener la atención en un estímulo visual está relacionada con la maduración del bebé. Los ojos del bebé nacido a término, así como del prematuro se mueven siguiendo el rostro humano y fijando la atención en él durante un tiempo. En general se suprimen los movimientos corporales, los sobresaltos para lograr mantener esta concentración visual durante algunos minutos. Luego el bebé puede aburrirse o molestarse perdiendo el estado de alerta necesario para este tipo de interacciones por lo que desviará la vista. El rostro humano parece ser el estímulo visual que más atrae a los recién nacidos, en especial los ojos, la boca y el contorno del rostro. La ausencia de respuestas visuales puede estar asociada a diferentes factores biológicos, además el niño puede no encontrarse en condiciones óptimas para la interacción debido al agotamiento producido por el parto, por hambre, fatiga, o por estar en una sala excesivamente iluminada. Los recién nacidos suelen ser relativamente cortos de vista, por lo que preferiblemente los objetos deben ubicarse a una distancia de 25-30 centímetros frente a ellos (Brazelton y Cramer, 1993).

Huberman (2003) afirma que no existiría una conducta típica de mirada recíproca. Las conductas del lactante abarcan desde aquellos que se muestran activos, buscando

intensamente los ojos de su madre y permanecen fascinados cuando lo logran, a aquellos que parecen evitar los ojos de su madre. Ésta por su parte, puede mantener una expresión facial fría y hueca, puede sonreír de manera estereotipada y poco convincente, mostrar un rostro muy animado que refleje alegría, enojo o angustia. La expresión en el rostro materno permite inferir el clima emocional que caracteriza el aspecto afectivo de la mirada mutua. La cercanía con el rostro materno, aproximadamente 15 cm, permite al bebé captar todo lo que se expresa en él, especialmente los estados anímicos de la madre. Oiberman (2008) postula que las diferencias individuales en cuanto a la actividad visual estarían asociadas a las características del parto y la significación que la madre le otorga a la mirada de su hijo. Un bebé que mira a su madre con frecuencia favorece la vinculación con ella, siendo el primer canal de comunicación que desencadena otras conductas. La mirada mutua entre la madre y su hijo constituye un momento personal e íntimo, a partir del cual la madre comienza a humanizar a su hijo. La mirada recíproca promueve la constitución de una imagen de sí del lactante, distinta y diferenciada de la madre; funciona como un espejo estructurante que le permite construir una representación de sí mismo (Lebovici, 1985).

La mirada materna funciona como una forma de atracción del bebé hacia el mundo que lo rodea, mientras que el bebé por su parte funciona como hipnotizador de la madre. Si bien se ha demostrado que la vinculación madre-hijo por medio de la mirada es fundamental para el desarrollo emocional, Duhalde et al. (2008) demostraron a partir de su investigación que el bebé a los 6 meses sostiene la interacción visual por lapsos muy reducidos de tiempo. Stern (1998) sostiene que mediante las expresiones faciales las madres intentan captar la atención visual de sus bebés. Las expresiones típicas son la sorpresa burlona, la de enfado, la sonrisa, la que señala preocupación y simpatía, y la expresión de un rostro neutro e inexpresivo. La madre utiliza la expresión denominada como sorpresa burlona para iniciar o invitar a su hijo a la interacción. Cuando la madre intenta captar la atención del bebé, y éste la mira probablemente adoptará una expresión de sorpresa burlona: sus ojos se dilatan ampliamente, eleva las cejas, abre la boca, levanta la cabeza y dice “ahhhh” u “ohhhhh”. Existe una exageración en cuanto al espacio y también al tiempo, en lo que se refiere a la duración de esta expresión, que se forma lentamente y se mantiene por un periodo prolongado. En la expresión de enfado se produce el descenso de las cejas, la cabeza se desvía hacia un lado y ligeramente hacia abajo, la boca forma un semicírculo y se propulsa hacia abajo, las aletas de la nariz se tensan y se presenta una expresión de “uhhhh”.

2.2.5.3. El contacto corporal

Hoffman (2008) afirma que la forma básica de relación con los recién nacidos, incluidos los prematuros, y con los niños pequeños, se da a través del contacto corporal, físico, piel a piel, posturas y actitudes que serán indispensables para el establecimiento del vínculo. El tacto es usualmente el primer canal importante de comunicación entre la madre y su hijo; cuando el bebé está molesto, la madre generalmente busca contenerlo, disminuyendo la actividad motriz perturbadora tocándolo o tomándolo en brazos. Las diferentes formas de contacto pueden servir tanto para calmar al bebé como para

estimularlo y animarlo. Se ha comprobado que las palmaditas lentas apaciguan al bebé, mientras que las más rápidas sirven para estimularlo; las palmaditas aún más rápidas mortifican al bebé (Brazelton y Cramer, 1993).

El tocar rara vez es neutro, por el contrario, se encuentra teñido por nuestras emociones e intenciones, puede ser calmo, afectuoso, frío, agresivo, distante; a su vez la postura que la madre adopta para la interacción también expresa una actitud mental y afectiva, su comodidad, sus inhibiciones, su tensión (Oiberman, 2008, 2011). La caricia que se da entre el bebé y un adulto especial para él constituye una escena de escritura, en la que se dibuja cada parte del cuerpo del bebé, esto suele ir acompañado de verbalizaciones acerca de las partes acariciadas. El acariciar como juego intersubjetivo va formando lo que se denomina cuerpo, práctica en la que el bebé es tanto acariciado como acariciante. A través de la caricia, de los cuidados corporales, la madre erotiza el cuerpo del bebé, lo subjetiviza, permitiendo el pasaje de organismo a cuerpo (Rodulfo, 2012).

2.2.5.4. Los intercambios verbales

Las interacciones verbales también tienen un papel destacado desde los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento, ya que mediante el llanto y los gritos el bebé expresa sus necesidades y afectos. Estas conductas del bebé favorecen el apego temprano, ya que es un llamado a la madre en busca de atención. La forma en que la madre se dirige a su hijo también es importante, tal vez aún más que lo que le dice, y presenta ciertas características: el tono de la voz por lo general es alto, la intensidad de las vocalizaciones está por lo general exagerada, la duración de las vocales es más prolongada, así como también las pausas entre los párrafos, y predominan las frases interrogativas (Oiberman, 2008). La madre le habla a su bebé a un nivel superior del que él posee, pero no demasiado avanzado, impulsa al niño hacia adelante, confiando en que el bebé podrá hacer algo que aún no sabe, así la madre se dirige verbalmente a su bebé del futuro (Stern, 1997). Se ha demostrado que recién nacidos con solo 3 días de vida son capaces no solo de discriminar la voz de su madre entre las voces de otras mujeres, sino que también intentarán imitar preferentemente esos sonidos, lo que puede estar asociado a la experiencia prenatal de oír la voz materna (DeCasper y Fifer, 1980).

Los recién nacidos suelen mostrar una predilección por la voz femenina ante la que se animan y giran con preferencia. Las madres perciben estas conductas y sienten que el bebé las conoce, lo que contribuye positivamente a la vinculación, ya que las madres aprenden cuales son los sonidos, el tono de voz y el ritmo que capta la atención de su hijo (Brazelton y Cramer, 1993). La madre considera a su hijo como un interlocutor potencial, se trata de un diálogo imaginario donde aún a pesar que el bebé no responde vocalizando, la madre se comporta como si éste lo hubiera hecho (Oiberman, 2011). Para Stern (1997) resulta sencillo identificar interacciones patológicas entre madres e hijos, porque éstas muestran más rupturas, discontinuidades, son más estereotipadas y menos variables; en cambio las interacciones más saludables suelen ser más sutiles, varían de un tema a otro con fluidez, lo que dificulta la identificación de un patrón interactivo. Las conductas

importantes en la interacción se presentan de forma breve, son corrientes, cotidianas, de manera repetida y en lo general no verbalizada.

2.2.5.5. La interacción imaginaria

Stern (1997) afirma que las interacciones con el bebé se inscriben desde el comienzo en guiones imaginarios que los padres han tejido a partir de fantasías infantiles sobre ellos mismos, sobre su familia, sus ideales y temores. La contribución del bebé a las interacciones imaginarias es igualmente importante pero difícil de dilucidar, ya que solo se puede inferir a partir del juego, la conducta, y de los síntomas si los hubiera. Lebovici (1985) desarrolla el concepto de interacción fantasmática o inconsciente, se refiere a los aspectos inconscientes de la madre que inciden en la relación con su hijo. El autor argumenta que la madre se encuentra frente a tres bebés: el bebé imaginado durante el embarazo con la pareja al que se le atribuirá el destino transgeneracional, la pareja imagina el nombre, el sexo, el futuro de ese hijo; el bebé fantasmático, producto de sus fantasías infantiles, sus deseos inconscientes de su propia historia infantil cuando deseaba ser como su mamá y tener un hijo con su padre; el bebé real producto de la interacción, en el que chocan las concepciones inconscientes y preconscientes, considerando que si las diferencias son muy notorias es factible que la madre se deprima.

La percepción que el niño pequeño tiene de su propia conducta está determinada por las atribuciones de significado de los padres, que se le transmiten mediante gestos, comentarios, acciones. Así, la conducta del niño será buena, mala, inteligente, torpe, en función de la interpretación personal de los padres, de lo que para ellos está bien o mal, lo que es valorado. Si bien, la adjudicación de significados a la conducta del bebé es imprescindible para el desarrollo normal, también puede dar lugar a interacciones poco saludables, y, por ende, a dificultades en el desarrollo. La atribución de significados, supone que se adjudican al otro aspecto que pertenecen al propio yo, lo cual es la base para el despliegue de la empatía y del sentimiento de pertenencia. No obstante, cuando estas atribuciones son generalizadas, se atribuyen aspectos hostiles o agresivos del yo, se obnubila la individualidad de la otra persona e interfiere en las relaciones (Brazelton y Cramer, 1993).

2.2.5.6. El lugar asignado al bebé en el entramado familiar

Fraiberg, Adelson y Shapiro (1975) trabajaron sobre este aspecto, señalando la presencia de “fantasmas en la guardería”, refiriéndose así a los visitantes del pasado no recordado de los padres que se presentan cuando el hijo nace. Las autoras afirman que aún en aquellas familias donde predomina el amor, los padres y el hijo se encuentran recreando momentos o escenas de otro tiempo y de otros personajes. Sin embargo, en otros casos estos fantasmas se instalan junto al bebé, haciendo su aparición principalmente en los momentos de la alimentación, el sueño, el control de esfínteres, o la disciplina dependiendo de las vulnerabilidades pasadas de esos padres. En estos casos, los padres no pueden relacionarse con el hijo, sino que se relacionan con el fantasma que se interpone entre ellos. Los padres tienen dificultades para ver al hijo en su

individualidad, por ejemplo, al describirlo transmiten la impresión de estar hablando de otra persona. El bebé puede permanecer en ese lugar, destinado a repetir, a materializar esos fantasmas. Los niños, asumen con su conducta, roles que los padres esperan inconscientemente que cumplan, repitiendo la tragedia infantil de ellos, lo que podría incidir gravemente en su desarrollo. Las autoras sostienen que aquellos padres que han reprimido los dolores y sufrimientos de su propia infancia, están más expuestos a repetirlos en la relación con su hijo, lo que retorna en forma de fantasmas que se apoderan de la guardería.

Brazelton y Cramer (1993) plantean que otra situación que puede presentarse, es que los padres le asignen al hijo características de familiares fallecidos. Puede suceder que el niño conduzca a los padres a recordar el vínculo pasado con ese familiar, pero en otros casos puede llegar a convertirse en el reemplazo de la persona fallecida. Esto suele ocurrir cuando muerte y nacimiento se producen en lapsos cercanos de tiempo, lo que puede afectar la vinculación. También, puede resultar que los padres experimenten un profundo temor a que su hijo muera. Esto puede estar relacionado con la muerte de un hijo anterior poco tiempo antes del nacimiento, por lo que los temores tienen un motivo claro; también puede deberse a que los padres perciben al hijo como reemplazo de una persona hacia quien se experimentó gran ambivalencia. En otros casos, el niño es ubicado en el lugar de abastecedor tanto de gratificaciones como de críticas, de guía, como si ocupara el lugar de los propios padres. Al ser ubicado en esta posición, se niegan las necesidades infantiles y la madre experimentará frustración por no obtener lo que desea. Esto suele suceder en madres adolescentes, que esperan que el bebé sea el principal proveedor de amor, desconociendo la dependencia de él hacia ella, lo que implicaría renunciar a su *status* de hija para sumir el de madre. El bebé ubicado en el lugar de progenitor, puede ser sentido como un progenitor que enjuicia por lo que todas las conductas del bebé se interpretan como críticas o rechazo. Los celos y la rivalidad fraterna aparecen nuevamente cuando el bebé es colocado en el lugar de un hermano que obtiene todas las atenciones y cuidados. Ricardo Rodulfo (2010), sostiene que cuando el nacimiento de un niño se produce próximo a la muerte de un hijo mayor, y en especial cuando se le asigna el mismo nombre, el nuevo hijo es anulado en su diferencia específica, en su particularidad. El nacimiento de este hijo tiene como finalidad anular la muerte, por lo que existe en un estatuto ambivalente de muerto vivo. Esta situación puede estar acompañada de excesivos cuidados maternos a fin de evitar que se repita la historia, cuidados que se presentan bajo el temor de la muerte, sin alegría y acompañados de culpa.

Brazelton y Cramer (1993) afirman, que, en algunos casos, los padres intentan establecer con su hijo una relación totalmente opuesta a la que tuvieron con sus propios padres. Así, si los propios padres fueron exigentes y estrictos en la disciplina, a su hijo intentan no imponerle ningún tipo de límite o frustración, satisfaciendo todos sus deseos. El niño se convierte así en “su majestad el bebé”, demandando la gratificación inmediata de todas sus aspiraciones. A pesar que la idealización del bebé es necesaria para la vinculación, cuando es excesiva puede reforzar la omnipotencia y será imposible ponerle límites y postergar las satisfacciones. Otros padres intentan crear con su hijo una relación

perfecta, como les hubiera gustado tener a ellos. Los padres buscarán gratificar al máximo a su hijo, al mismo tiempo que se gratifican a sí mismos. Para el desarrollo saludable se necesitan tanto experiencias de fusión como de separación. Cuando este equilibrio no se presenta, los padres pueden reaccionar excesivamente a intenciones que le atribuyen al bebé, que pueden verse influidas por la apariencia física y el sexo del mismo. Si los padres proyectan en el hijo aspectos negativos, rechazados o indeseables de sí mismos, el bebé puede ser percibido por ellos como encarnando estas características, y el mismo puede llegar a desarrollar aspectos de conducta que confirman la profecía de los padres.

Los autores mencionan que a menudo puede ocurrir que los padres sientan una desilusión frente a su hijo. Si bien es esperable que luego del nacimiento los padres lloren al bebé imaginario para adaptarse al bebé real, cuando el hijo presenta algún defecto físico visible, una enfermedad o es prematuro, la discordancia entre el bebé imaginario y el real es mayor, por lo que pueden presentarse dificultades en el vínculo. Los padres sienten que el defecto del bebé revela una inadecuación de ellos para tener un hijo sano. Si bien las relaciones padre-hijo siempre se ven teñidas por las relaciones pasadas, se presentarían dificultades cuando existen actitudes esquivas y defensivas de los padres hacia una conducta específica del bebé, así como la transferencia de celos, resentimientos y hostilidades de las relaciones anteriores al vínculo con el hijo. El vínculo con el hijo está influido en gran medida por el pasado de los padres, pero el bebé también aporta sus propias características al vínculo. Se trata de una combinación entre la constitución y el estilo de conducta del bebé, más la interpretación que los padres realizan de la misma, lo que moldea la interacción diádica (Brazelton y Cramer, 1993).

2.2.5.7. Los modelos de-estar-con y la representación de-estar-con

Stern (1997), se dedicó a indagar de manera minuciosa acerca de estos aspectos y sostiene que el mundo representativo de los padres ejerce una gran influencia en la relación que mantienen con su hijo. Estas representaciones de las interacciones se construyen a partir de un-estar-con, es decir de la experiencia subjetiva de estar con la otra persona. La experiencia interactiva puede ser real y vivida o virtual, imaginada, fantaseada, pero siempre habrá una experiencia subyacente.

Según Stern (1997), el bebé puede parecer distinto o incluso comportarse diferente según las representaciones que se tengan sobre él, a lo que se le agrega que el bebé en sí mismo posee un temperamento propio. Estas representaciones se construyen en la mente de la madre de la mano del crecimiento del feto durante el embarazo. A los 4 meses de gestación las representaciones son simples y escasas. Sin embargo, entre los 4 y los 7 meses se produce un rápido incremento en cantidad, riqueza y especificidad de las representaciones sobre el futuro bebé. Entre el séptimo y el noveno mes, las representaciones disminuyen, se tornan menos específicas y ricas. Se trataría de un mecanismo mediante el cual las madres se protegen de la discordancia entre el bebé imaginado y el bebé real, a fin de conectar con él con la menor cantidad de interferencias posibles. Esto puede alterarse en el caso de los bebés prematuros, ya que la madre no cuenta con el tiempo para reorganizar sus representaciones del feto que pronto se

convierte en bebé, por lo que las representaciones pueden estar desfasadas y acarrear consecuencias patógenas. Luego del nacimiento, al momento de encontrarse con el hijo en sus brazos, la madre comienza a construir nuevamente representaciones sobre ese bebé real, especialmente en base al sexo y su temperamento, y sobre el futuro de ese hijo.

Stern (1997) establece que, con el nacimiento del bebé, la madre también erige modelos sobre ella misma como madre, como mujer, como esposa, como hija, con un papel diferente en la sociedad, como poseedora de otro cuerpo. La llegada de un hijo, conlleva el pasaje de una pareja a una triada, y por consiguiente altera los modelos de la madre sobre su pareja en tanto acompañante, padre y hombre. Muchas de las representaciones que la madre puede tener sobre el bebé implican una representación particular sobre su pareja, por ejemplo, el bebé entendido como el nexo marital supone que este hombre capaz de abandonarla, ahora está atado al matrimonio o a la relación. El autor asevera que las representaciones que la familia de origen tiene sobre el bebé tienen una influencia enorme sobre el desarrollo y las relaciones que se establezcan con el mismo, por ejemplo, el hijo puede existir para mantener la continuidad familiar, la niña es inteligente y estudiosa como la tía quien nunca se casó y se la catalogó de solterona.

Las representaciones de la familia de origen también tienen gran incidencia en el desempeño de los padres dentro de la tríada, cada uno de ellos lleva consigo modelos de-estar-con que comprenden su propia familia de origen. La interacción que mantenga una familia en una generación aporta parte de las representaciones que ordenan las interacciones de la nueva familia. Las interacciones familiares se organizan como guiones, mitos, leyendas, historias y secretos; son generalizaciones y abstracciones de acontecimientos interactivos. El guion familiar sería una red de modelos de-estar-con compartido por todos los miembros de la familia que definen quien realiza una determinada acción, dónde lo hace, cuándo y cómo. Algunas representaciones de la madre pueden basarse en acontecimientos que ella no ha experimentado en la realidad, pero han estado presentes de forma semántica o narrada, representantes de ideales y normas valoradas por la familia y la cultura (Stern, 1997).

Los medios de comunicación también son una fuente de representaciones maternas, ya que ofrecen modelos acerca de cómo debe ser y actuar un bebé y una madre ideal. En ciertos casos, las representaciones acerca del hijo pueden estar deformadas respecto de una visión objetiva de la realidad. Si bien todas las construcciones que los padres realizan sobre su hijo son subjetivas, en algunos casos la deformación es evidente, por ejemplo, cuando los padres, aun sabiendo que el hijo tiene una discapacidad, lo ven perfectamente normal y se niegan a realizarle intervenciones. Por el contrario, existen deformaciones positivas que los padres realizan sobre su hijo que contribuyen a la vinculación. En otros casos, las representaciones acerca del hijo se organizan en torno a un tema dominante, conflictivo y problemático que permanece sin resolver, este sería el ejemplo del bebé que nace para sustituir a un hijo previo abortado o muerto. Las representaciones de la madre sobre su hijo, sobre sí misma y sobre su pareja van variando durante el embarazo y después del parto. Algunas situaciones impiden a los padres representarse a su hijo en el futuro, o bien se adelantan al curso de los acontecimientos.

Por ejemplo, cuando se trata de un bebé con un retraso importante en el desarrollo, debido a la prematurez o una discapacidad, las representaciones acerca del desarrollo normal no son útiles y los padres tienen dificultades para imaginar a ese hijo en el futuro, por lo que se ven invadidos por la incertidumbre, lo que sin dudas incide sobre la interacción (Stern, 1997).

Para el autor, el niño también construye sus representaciones a partir de la experiencia interactiva con alguien, que le permiten prever, saber cómo actuar, percibir, sentir e interpretar la relación con sus padres. Estas representaciones surgen a partir de experiencias repetidas del niño con sus padres, especialmente en torno a actividades cotidianas como la alimentación, el sueño y el juego, así como también a partir de experiencias menos repetidas. Estas representaciones de la experiencia de la interacción se construyen desde adentro, a partir de la propia experiencia de estar con otro, e incluyen sensaciones, percepciones, afectos, acciones, pensamientos, motivaciones y elementos del contexto, y dan lugar a modelos de-estar-con otro. La calidad y la cantidad subjetiva de sentimientos que acompañan la experiencia influyen en la representación, además la experiencia debe tener una duración temporal y una coherencia suficiente para ser representada. El niño podrá elaborar diferentes modelos de-estar-con la madre a partir de la experiencia subjetiva de la interacción, estos serán distintos si por ejemplo se trata de una interacción con una madre deprimida, si se trata de un reencuentro luego de una separación breve, entre un gran abanico de posibles experiencias.

Stern (1997) se interroga acerca del modo en que los modelos de representaciones parentales influyen en la conducta interactiva observable, partiendo del supuesto de que estas representaciones pueden dar lugar a un síntoma o a una dificultad en la interacción con el bebé. El niño no puede sino captar la vida mental de su madre a menos que ésta se expresa a través de la conducta, debe transformarse en un comportamiento interactivo. Cuando la madre se relaciona con su hijo se activan a nivel inconsciente sus redes de modelos de-estar-con, que dan sentido al momento interactivo e inciden en los acontecimientos posteriores. El autor sostiene que los modelos activados (conscientes o inconscientes) de-estar-con, dirigen las conductas y los modos de ejecución.

Sin embargo, a medida que se despliega la interacción, los modelos pueden permanecer activos o desactivarse dando lugar a la activación de nuevos modelos. Se trata de una modificación mutua, ya que los modelos y las conductas interactivas se influyen mutuamente activándose y desactivándose, siempre cambiantes. La actuación de una representación materna sobre un bebé no es un acontecimiento unilateral, requiere de ciertas acciones recíprocas o complementarias de parte del bebé para que puedan ser actuadas. En este sentido, el bebé no es un receptor pasivo de las representaciones maternas, sino que en cierta manera colabora con ellas. Stern y Cramer (citado en Stern, 1997) investigaron el pasaje de la representación a la interacción, para ello identificaron el tema representativo central en la madre y luego observaron sus manifestaciones comportamentales en la interacción con su hijo. Esta relación constituye la principal vía de influencia del exterior sobre el niño, tanto de factores económicos, sociales, y

culturales, por lo que los mismos solo podrán tener un influjo patógeno sobre el niño si influyen en la díada o la tríada.

2.2.5.8. La elección del nombre del bebé

Las representaciones que los padres construyan sobre sus hijos se plasmarán, entre otras, en la elección del nombre. Berenstein (1984) se dedicó a estudiar los nombres propios en la estructura familiar. Todas las personas llevan un nombre con el cual se lo denomina, dado por lo general por los padres. El apellido designa a todos los integrantes de un grupo familia, que en nuestra cultura remite a la línea paterna, mientras que el nombre propio establece una diferenciación que a veces se ve oscurecida por la repetición. Los nombres propios tienen como características la unicidad, lo que supone que cada nombre se refiere a un sujeto único; permiten la identificación, se trata de una marca a partir de la cual se puede distinguir a las personas entre sí; denotan un valor que se le asigna a la persona dentro de la estructura familiar. El nombre propio es la expresión de ciertos aspectos inconscientes presentes en la relación entre el receptor y el dador del nombre, en él se condensan los deseos maternos y paternos vinculados con ese hijo. Es interesante saber quién pone el nombre de un niño, ya que el tipo de nombre y la pertenencia a la rama materna o paterna se establece a partir de la estructura latente conformada por la relación de la familia conyugal con la familia materna o paterna. El nombre es una marca que identifica no solo a una persona, sino también a todo un grupo familiar y un momento histórico.

2.2.6. Dificultades en el vínculo temprano madre-hijo

Gutton (1987) establece que todo síntoma es el resultado de un compromiso entre las demandas del bebé y los cuidados maternos. Las desarmonías madre-hijo pueden presentarse de dos formas inadecuadas. En la primera, la atención materna, la seducción materna, desborda las demandas del hijo. La madre mantiene a su hijo en un estado de vigilancia patológica, hay una erotización desenfrenada y disrítmica. Los cuidados maternos carecen de su carácter operatorio, es decir, que el objetivo principal es la realización del deseo materno sin adecuarse a las demandas biológicas del bebé, las que son desconocidas por la madre. Esto contribuye a desarmonías en las relaciones tempranas, dando lugar a una dinámica perversa de los cuidados maternos. Por ejemplo, la angustia de muerte que provoca el dormir del bebé, puede llevar a algunas madres a despertarlo repetidas veces para confirmar que sigue con vida. En la segunda forma, la seducción materna es insuficiente respecto de las demandas de su hijo; la madre se ocupa del bebé, pero sin desearlo, por lo que las actividades libidinales son pobres. En estos casos, los cuidados maternos son esencialmente operatorios, es decir, carentes de actividad libidinal. El hijo no es objeto de deseo sino de actividad; la madre considera que debe responder a las exigencias biológicas sin poder representarse a ese hijo ni a la relación con él.

Winnicott (1971/1987, 1962/2002) sostiene que cuando el apoyo yoico de la madre en los momentos de mayor dependencia, no existe, es débil o tiene altibajos, el

bebé no puede desarrollarse en forma personal, y entonces el desarrollo está condicionado más por una serie de reacciones frente a las fallas ambientales que por sus exigencias internas. Si la actitud materna no es lo bastante buena, si la madre es incapaz de reaccionar de forma adecuada ante los gestos del bebé, éste se va adaptando y sometiendo a las intrusiones del ambiente, a las iniciativas y demandas de su madre, perdiendo gradualmente su espontaneidad. Así el verdadero *self* del niño nunca llega a formarse o queda oculto tras un falso *self* que se somete a los golpes del mundo y en general trata de evitarlos, protegiendo al verdadero *self* de la aniquilación. Por medio de introyecciones el bebé busca imitar, crecer para ser igual a la madre, a los hermanos, o quien domine en el entorno. Estos bebés tienden a parecerse entre sí en cuanto a los patrones de conducta, son inquietos, suspicaces, apáticos, inhibidos, sometidos. Esto se puede detectar clínicamente por irritabilidad general, perturbaciones en la alimentación y en otras funciones, como un modo de protesta a vivir una existencia falsa.

En consonancia con lo mencionado, Golse (1998), sostiene que en los primeros meses de vida los trastornos que se presentan deben ser considerados en relación con dificultades en la interacción temprana. Si bien por mucho tiempo se sostuvo que la psicopatología materna era el principal determinante para un desarrollo perjudicial del niño, sin embargo, para que esto ocurra las capacidades de compensación del mismo deben ser sobrepasadas, así como haber fallado en sus funciones todas las otras personas que habrían podido proteger al niño del impacto negativo de los trastornos maternales, ya que un bebé y su madre rara vez están solos en el mundo. Es decir que las dificultades tempranas son inminentemente vinculares, por lo tanto, las intervenciones que se realicen deben ser de naturaleza diádica.

Winnicott (1962/2002, 1971/1987) afirma que en la relación madre-hijo, el rostro materno puede ser pensado como un espejo, en el que el bebé por lo general se mira y se ve a sí mismo. La madre le devuelve al bebé una imagen que él relaciona consigo mismo, interpretando que ese reflejo es él. Hay casos en los que el bebé se encuentra con una madre que refleja su propio estado de ánimo o la rigidez de sus propias defensas. También hay casos en que las madres no pueden responder, estos niños tienen la experiencia de no recibir de vuelta lo que dan, miran y no se ven a sí mismos perturbándose de esta manera, el proceso de integración psique-soma. Surgen consecuencias en el modo en que un bebé se relaciona con su ambiente, primero se empieza a atrofiar la capacidad creadora y de una u otra manera busca que el ambiente les devuelva algo de sí. Una madre cuyo rostro se encuentra inmóvil puede responder cuando el bebé está molesto o agresivo, y en especial, cuando se encuentra enfermo. En segundo lugar, el niño acepta la idea de que el rostro de la madre no es un espejo. Algunos bebés no abandonan del todo las esperanzas y estudian al objeto y hacen todo lo posible para ver en él algún significado. Otros, atormentados por este fracaso materno relativo, estudian la variación del rostro de la madre, en un intento de predecir su estado de ánimo.

En los estudios conducidos por Brazelton y Cramer (1993) sobre la llamada situación del rostro inexpresivo, se evidencia como el niño intenta suscitar respuestas en la madre, acompañado de una expresión triste, desvío de la mirada y finalmente,

retraimiento. El bebé trata de reconquistar a la madre, lo que prueba su vulnerabilidad y la dependencia de la envoltura y las respuestas maternas predecibles. Las madres depresivas suelen mostrar este patrón, abandonando al bebé en la desesperanza. Frente a esto, el niño primero intenta no recurrir a la mirada de su madre, luego trata de cancelar el medio que lo rodea, y por último ensaya sus propias técnicas para autoconfortarse. Lebovici (citado en Huberman, 2003) afirma que para el bebé la mímica neutra no existe, para el infante la presencia de la madre frente a él y la mirada cara a cara supone una intención de interactuar, que se contradice con el rostro inmóvil. El bebé se ve atrapado en un mensaje contradictorio. Continúa diciendo el autor, que el papel activo del bebé en la interacción solo puede mantenerse por la respuesta recíproca de la madre, el rostro inexpresivo de ésta tiene un efecto desorganizador en el niño. Para el bebé, las acciones no simbolizan nada, son lo que son.

Schejtman (2004) sostiene que la respuesta inapropiada de la madre frente a las iniciativas del bebé trastoca el proceso de regulación mutua y constituye una fractura en la intersubjetividad. El fracaso materno puede estar en relación con un rostro inexpresivo, retraído o bien con la intrusión caracterizada por un exceso de estimulación ofrecida. Los bebés de madres retraídas, al no lograr respuestas sociales de su parte, se desregulan, y en su reemplazo emplean recursos auto-calmantes para controlar ese estado, o bien pierden el interés y finalmente se retraen. En cambio, los bebés de madres hostiles e intrusivas se ven constantemente sometidos a cambios de actividades por parte de la madre. Estos bebés responden enojándose, alejándose y son difíciles de consolar, lo que puede funcionar como un límite a la intromisión de la madre; luego estos infantes introyectan este estilo de manejarse por lo que el enojo es protector y se emplea defensivamente anticipándose a la intrusión materna.

Desde un enfoque diferente, Tronick (1989) desarrolló un modelo de regulación mutua, para lo cual investigó el interjuego que se producía entre los encuentros (*matches*) y los desencuentros (*mismatches*) en las interacciones diádicas madre-bebé. Este investigador y su equipo demostraron que los encuentros sincrónicos ocurren sólo en una pequeña proporción del tiempo mientras que los desencuentros son habituales en la interacción diádica. Estos desencuentros implican un fallo en la percepción y la atribución de sentido por parte de uno de los miembros de la díada al despliegue emocional del otro. En las interacciones poco saludables, los miembros de la díada se encuentran atrapados en estados interactivos no coordinados, teñidos de afectos negativos, donde los intentos de cambio son ignorados. La reparación de estos errores en la comunicación, de estos momentos de desencuentro, conducirá a la regulación mutua. Cuando los errores de comunicación se prolongan, así como los fracasos reparatorios, y no se transforman los afectos negativos en afectos positivos, se produce un aumento del sentimiento de desvalimiento en los bebés, dificultades en el logro de la regulación afectiva y en la posibilidad de vinculación con otros, así como el establecimiento de una disposición afectiva negativa.

2.2.6.1. Continuidad/discontinuidad

Tustin (1972/2010) estudió la relación temprana madre-hijo en el caso particular de los niños que luego fueron diagnosticados de autismo. La autora plantea que, en la normalidad, en los estadios más tempranos la concurrencia de las pautas innatas del niño junto con la respuesta adecuada del mundo externo es la primera situación sostenida que vive el niño. Una madre que se encuentra infeliz e insegura tendrá dificultades para prestar atención a su bebé, para sostenerlo, estas dificultades pueden deberse a problemas infantiles no resueltos, a hechos o personas externas, al propio bebé, a la relación entre los propios padres, o a una combinación de todo lo anterior. Cuando esto ocurre, la madre se halla ausente y se quiebra la situación sostenida, que es experimentada por el bebé como una separación corporal traumática. La ruptura en la situación sostenida implica que el bebé queda solo para enfrentar ansiedades intolerables, con el consecuente incremento del uso de su propio cuerpo y las implicancias que esto tiene para su futuro desarrollo. La ausencia de estimulación externa explicaría que el bebé recurra exclusivamente a sensaciones generadas en su cuerpo como un modo de enfrentar esta vivencia; también pueden presentarse impedimentos en el niño (como ceguera, sordera, retraso mental) que requieren que los cuidados sean mayores a fin de compensar esa situación. Tustin (1990/2006) alerta a los profesionales de la salud acerca de aquellas madres y sus hijos que parecen no mantener un contacto recíproco. En los casos que se presentan dificultades, hubo una madre que no pudo estar con su bebé como habría querido, un bebé particularmente sensible que no pudo tolerar ciertos grados de frustración que otros bebés habrían podido enfrentar, y un padre que no pudo funcionar como respaldo de la madre y su hijo.

Soulé y Lauzanne (1993) enfatizan acerca de las consecuencias a corto y largo plazo que tienen las separaciones tempranas del niño de su madre. Se pueden distinguir: la carencia, que implica una falta cuantitativa de interacciones madre-hijo; la separación que supone un alejamiento de la madre y de la familia entera, que no necesariamente está acompañado de una falta cuantitativa de interacciones, esta situación conduce a reacciones que van desde la aflicción a la depresión; la insuficiencia relacional cualitativa hace referencia a la falta de adecuación de las respuestas maternas frente a las necesidades del bebé. Las separaciones repetidas más o menos breves del bebé respecto de su madre conducen a una carencia precoz prolongada más o menos severa. La discontinuidad en los investimentos afectivos objetales desorganiza la vivencia del niño, la imagen de su propio cuerpo y dificulta la instauración de nuevos lazos o la restitución de los previos.

Las consecuencias de la carencia de cuidados maternos deben ser consideradas en función de las experiencias anteriores del niño. Si la carencia es remediada, la respuesta del niño estará en relación con la intensidad de los procesos desencadenados a partir de la frustración relacional. Cuanto menos tiempo dure la carencia y mayor sea el niño, mejores son las posibilidades de un desarrollo normal. Las frustraciones graves y prolongadas durante los primeros años afectan particularmente la función verbal, ya sea retardando la aparición del lenguaje o provocando una regresión en las habilidades lingüísticas adquiridas por el niño. Los niños carenciados tienen dificultades para

interesarse por los objetos que los rodean. También el desarrollo somático tiene menor riesgo de verse afectado que las funciones intelectuales, aunque suelen ser frecuentes las infecciones, las enfermedades intestinales que conducen a repetidas hospitalizaciones. Los efectos de la carencia son variados, lo que se debe a que dependen no solo del tipo de carencia, del grado de la misma, sino también de la historia del niño y de la respuesta de los padres o sustitutos frente a la misma. Todos los niños no reaccionan de igual manera frente a la carencia y la separación, y en aquellos que dejan huellas éstas no son siempre irreversibles, podrán ser retomadas en su desarrollo posterior (Soulé y Lauzanne, 1993).

Capítulo 3 Bebés de Alto Riesgo

El parto

Tres días de parto y el hijo no salía:

-Tá trancado. El negrito tá trancado – dijo el hombre. Él venía de un rancho perdido en los campos.

Y el médico fue. Maletín en mano, bajo el sol del mediodía, el médico anduvo hacia la lejanía, hacia la soledad, donde todo parece cosa del jodido destino; y llegó y vio.

Después se lo contó a Gloria Galván:

-La mujer estaba en las últimas, pero todavía jadeaba y sudaba y tenía los ojos muy abiertos. A mí me faltaba experiencia en cosas así. Yo temblaba, estaba sin criterio. Y en eso, cuando corro la cobija, vi un brazo chiquito asomando entre las piernas abiertas de la mujer.

El médico se dio cuenta que el hombre había estado tirando. El bracito estaba despellejado y sin vida, un colgajo sucio de sangre seca, y el médico pensó: No hay nada que hacer.

Y sin embargo, quién sabe porque, lo acarició. Rozó con el dedo índice aquella cosa inerte y al llegar a la manito, súbitamente la manito se cerró y le apretó el dedo con alma y vida.

Entonces el médico pidió que le hirvieran agua y se arremangó la camisa.

Eduardo Galeano (El Libro de los Abrazos, 2003).

Nikodem (2009) define a los neonatos de alto riesgo como aquellos que, por circunstancias prenatales, como perinatales o posnatales requieren de cuidados especiales, indispensables para lograr su supervivencia, así como para disminuir la posibilidad de la aparición de trastornos funcionales graves durante la infancia. Puede tratarse tanto bebés que han nacido prematuros como de aquellos nacidos a término pero que presentan alguna patología cardiovascular, pulmonar, renal, neurológica, genética, infecciosa que los hace más vulnerable que el resto de los recién nacidos (Guías de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, 2012). La Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2003) agrega que estos bebés permanecen internados en su periodo neonatal en una UCIN, y tienen un riesgo elevado de presentar secuelas, especialmente aquellos con antecedentes de prematurez, bajo peso al nacer, patologías neonatales y problemas psicosociales importantes.

En la mayoría de los casos, durante el embarazo y/o el parto ya puede establecerse que se trata de un bebé de riesgo. Esto permite implementar un manejo adecuado del bebé de alto riesgo aún antes del nacimiento lo que contribuye a una reducción de la mortalidad y de la morbilidad neonatal (Fanaroff, Kiwi y Shah, 1973/2001). Para los neonatos de alto riesgo la transición de un medio intrauterino a uno extrauterino en el momento del nacimiento no se produce sin dificultad, para ellos las primeras horas de vida pueden ser muy difíciles. Es sabido que durante el embarazo la salud de la madre puede afectar el bienestar del feto influyendo sobre la evolución posnatal del recién nacido. A esto se suman, ciertos factores que pueden intervenir en el momento del parto, como complicaciones obstétricas, el tipo de atención brindado a la madre y las características del parto, que también pueden impactar en el estado del recién nacido. Cuando se espera que se produzca un nacimiento prematuro o de riesgo, es muy importante anticipar a los padres sobre la prolongada internación de su hijo y los riesgos a los que se ve expuesto (D'Harlingue y Durand, 1973/2001).

En los primeros momentos de vida, el equipo médico realiza un examen físico completo del recién nacido a fin de determinar su estado de salud y de diagnosticar si se trata de un neonato de riesgo. Esta evaluación supone examinar los signos vitales, el ritmo cardíaco, respiratorio y la temperatura que varían considerablemente durante las primeras horas de vida. El puntaje Apgar es una de las primeras mediciones clínicas utilizadas para evaluar el bienestar del recién nacido inmediatamente después del nacimiento (Bear, 2004).

3.1. Factores asociados al nacimiento prematuro

El término bebé de alto riesgo incluye recién nacidos a término que presentan diversas patologías, como así también recién nacidos pretérmino, estos últimos forman un grupo considerablemente extenso dentro de los nacidos de riesgo por lo que merecen una consideración especial. Ceriani Cernadas, Fustiñana, Mariani, Jenik y Lupo (2009) afirman que la prematurez representa uno de los principales trastornos en medicina perinatal y está asociado con las tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad neonatal

e infantil, incrementando la posibilidad de secuelas en el neurodesarrollo. En nuestro país, dos tercios de las muertes neonatales se deben a la prematurez, aumentando el riesgo a medida que disminuye el peso de nacimiento. Cuando el nacimiento se produce antes de tiempo, el bebé se ve expuesto a un medio inhóspito y con condiciones ambientales hostiles como es la UCIN donde experimenta dolor, estrés, soledad. Además, el bebé se ve exigido a enfrentar situaciones para las que aún no se encuentra preparado como alimentarse, respirar, ver, oír, moverse sometido a la gravedad.

Existen numerosos factores asociados a la prematurez, dentro de los que se destacan los factores sociales y biológicos, los factores ligados a una asistencia de salud inadecuada y los factores médicos como enfermedades previas al embarazo, o complicaciones en el embarazo actual. Los determinantes socioeconómicos permiten explicar algunas características biológicas de las madres, como la baja talla, el bajo peso y un estado nutricional inadecuado, que se han asociado con el parto prematuro; también las condiciones desfavorables de trabajo, la pobreza entendida como la principal forma de estrés crónico, la edad materna menor a los 19 años o superior a 35 años, el consumo de drogas, tabaco o alcohol, un escaso intervalo de tiempo entre un nacimiento y el siguiente, la inadecuada educación materna y los ingresos familiares insuficientes han sido relacionados con el parto prematuro y el bajo peso al nacer. Por otro lado, se puede consignar que los cuidados prenatales inadecuados constituyen un elemento importante en el desenlace de un parto prematuro, así como también las enfermedades maternas o antecedentes médicos, entre los que se destacan haber tenido un nacimiento prematuro previo, o abortos espontáneos durante el segundo trimestre. Entre los trastornos en el embarazo actual que aumentan la posibilidad de parto prematuro podemos mencionar el estrés, los embarazos múltiples, la rotura prematura de membranas, la infección urinaria, la hipertensión arterial, antecedentes genéticos, entre otros. En algunos casos, el parto prematuro se debe a una acción médica iatrogénica en la que se indica una cesárea anticipada sin justificación médica suficiente (Ceriani Cernadas et al., 2009).

Diversos estudios han demostrado también la incidencia de los factores psicológicos en las complicaciones del embarazo y del parto, comprobándose la influencia que estos pueden llegar a tener en la aparición de la prematurez y/o en la patología neonatal (Oiberman, 2005). Alrededor del 90% de los recién nacidos con un peso inferior a 1,500 g presentan alguna patología en su periodo neonatal, lo que está justificado por la inmadurez de sus órganos, y aumenta a medida que disminuye la edad gestacional. Entre los trastornos más frecuentes se encuentran los respiratorios, del Sistema Nervioso, del sistema gastrointestinal y hepático, en la regulación de la temperatura, en el sistema cardiovascular e inmunológico (Ceriani Cernadas et al., 2009). La prematurez y el bajo peso aumentan la severidad de algunas condiciones que también afectan a los nacidos a término, como la ictericia, la anemia, las infecciones y el ductus arterioso persistente. Mientras que otras condiciones, como el distress respiratorio, la displasia broncopulmonar, la apnea del prematuro, la enterocolitis necrotizante, las hemorragias intraventriculares, la retinopatía del prematuro, ocurren con más frecuencia en los recién nacidos pretérmino (Kelly, 2006).

3.2. Algunas definiciones desde la Neonatología

A fin de comprender las características de los recién nacidos en estudio, es necesario definir algunos conceptos. Se entiende por Edad Gestacional (EG) al tiempo trascurrido entre el primer día del último periodo menstrual hasta el día del parto. La Edad Cronológica (ECr) se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de evaluación (Kelly, 2006). Otro concepto a tener en cuenta es el de Edad Corregida (EC) que se define como la edad gestacional al nacer sumada a la edad posnatal en semanas hasta las 40 semanas (Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, 2012).

Kelly (2006) señala que la clasificación de los recién nacidos ha variado a través de los años, en 1935 la Academia Americana de Pediatría estableció que se consideraban prematuros aquellos recién nacidos vivos con un peso de nacimiento de 2,500 g. o menos. Sin embargo, la práctica puso en evidencia que no todos los niños que nacían con un peso de 2,500 g. o menos habían nacido prematuramente, por lo tanto, se comenzó a clasificar a los recién nacidos no solo por el peso de nacimiento sino también por su edad gestacional. A partir de esto, se utilizó el término Bajo Peso de Nacimiento (BPN) para designar a aquellos recién nacidos con un peso menor de 2,500 g. independientemente de su EG. Se designó Muy Bajo Peso de Nacimiento (MBPN) a aquellos recién nacidos con un peso inferior a 1,500 g. y Extremo Bajo Peso de Nacimiento (EBPN) para aquellos infantes nacidos con menos de 1,000 g. Respecto de la edad gestacional, se clasificó como prematuros a los recién nacidos con menos de 37 semanas completas de gestación; se consideran infantes a término aquellos que nacen entre las 37 y 41 semanas completas de gestación, y finalmente se denominó postérmino a aquellos nacidos luego de las 42 semanas de gestación.

Dentro de los recién nacidos prematuros se diferencia a los prematuros moderados que son los nacidos entre 36 y 32 semanas de EG, los muy prematuros nacidos entre 31 y 28 semanas de EG, y los prematuros extremos que son aquellos bebés que nacieron antes de las 28 semanas. La relación entre Bajo Peso de Nacimiento y prematuridad varía en cada país, sin embargo, se ha observado que la mayoría de los infantes de BPN son prematuros en los países en vías de desarrollo, mientras que en los países desarrollados la mayoría de los recién nacidos de BPN son nacidos a término (Southgate y Pittard, 1973/2001).

A partir de la asociación entre EG y peso de nacimiento se puede discriminar a los recién nacidos en tres categorías: pequeño para la edad gestacional (PEG) cuando el peso se encuentra por debajo del percentil 10 esperable para la edad, grande para la edad gestacional (GEG) cuando el peso supera el percentil 90 para la edad, y adecuado para edad gestacional (AEG) cuando el peso se encuentra entre los percentiles 10 y 90 esperables para la edad (Kelly, 2006). Los progresos en el conocimiento científico, en la utilización de nuevas tecnologías y en la capacitación de recursos humanos han permitido la sobrevida de los recién nacidos de 24 y 25 semanas de EG. Sin embargo, la

supervivencia de estos bebés sigue siendo muy baja, los tiempos de internación son muy prolongados y muy alta la posibilidad de trastornos futuros. A partir de la semana 27 de EG los resultados mejoran notablemente, alcanzando casi un éxito total en los casos de nacidos a las 32 semanas de gestación (Larguía, Schapira y Aspres, 2008).

El esfuerzo médico por devolver a la familia un bebé sano, lleva a que sea necesario separarlo durante un tiempo de su medio natural para que pueda recibir los cuidados necesarios en la terapia neonatal. El bebé debe adaptarse de manera forzada al ritmo de la UCIN aún a costa de la desorganización de sus propios estados, se trata de una exigencia y una sobreestimulación para la cual no está preparado. El cerebro del prematuro es hipersensible, por lo que no es capaz aún de amortiguar, regular la intensidad, la complejidad y/o duración de los estímulos. Estas dificultades, presentes desde el comienzo de la vida, pueden tener efectos en la estructuración psíquica del niño, así como en la vinculación con sus padres (Boccaccio, Dinerstein, Schapira, González y Ascurra, 1994).

3.3. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

La neonatología (*natos*: nacer y *logos*: estudio) es una rama de la pediatría que se dedica a la atención del recién nacido, tanto sano como enfermo. Esta rama de la medicina ha presentado importantes avances en las últimas décadas, en particular a partir de 1970. Los recién nacidos que requieren de una vigilancia especial, ya sea por su prematurez, por algún factor de riesgo o porque no pueden ser recibidos por su madre, serán ingresados al sector de internación de neonatología. En la época previa a la Revolución Industrial, los nacidos prematuros o enfermos eran atendidos en el hogar, y podían morir o sobrevivir sin atención médica. Recién a mediados del siglo XIX los médicos y obstetras empiezan a considerar que los prematuros pueden ser atendidos, por lo que se realizan importantes avances en Francia, Alemania e Inglaterra (Philip, 2005).

Históricamente, el médico Pierre Budin ha sido considerado el padre de la Neonatología, ya que fue el primero en diferenciar en 1892 en Francia a los recién nacidos pequeños de los grandes según la edad gestacional y realizó consideraciones acerca de la importancia de la temperatura ambiente en la mortalidad del prematuro. En 1902, logró reducir la mortalidad de los recién nacidos pretérmino a partir de introducir el lavado de manos, el mantenimiento de la temperatura del bebé y la cercanía con la madre. En 1900 diseña las primeras incubadoras con aire humidificado, diseñadas con el propósito de mantener estable la temperatura del prematuro y preservar su vida (Ganso, Mosquera y Paiva, 2005). Budin junto al médico Stéphane Tarnier enfatizan en la idea de utilizar las incubadoras para lograr la regulación de la temperatura del recién nacido, tomando como modelo las incubadoras utilizados para los huevos de aves. Un discípulo de Budin fue el médico Martin Couney, quien realizó numerosas y controvertidas exposiciones de niños prematuros durante 40 años; además la necesidad de trasladar la exhibición lo llevó a diseñar incubadoras adaptadas a tal fin (Philip, 2005).

Otro avance importante, se produce en 1953, cuando Virginia Apgar desarrolla el test que lleva su nombre, para evaluar el grado de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y la asfixia perinatal. En la década del 70, se producen importantes progresos en lo referente a la alimentación mediante la utilización de sondas y vías parenterales. Para la sobrevida de los recién nacidos internados en UCIN es fundamental el cuidado especializado de enfermería, el mantenimiento de la asepsia y la prevención de infecciones intrahospitalarias. La introducción de los cuidados intensivos de los recién nacidos permitió el control estrecho de los problemas respiratorios, así como la utilización de la ventilación mecánica (Ganzo, Mosquera y Paiva, 2005).

En nuestro país, el desarrollo de la neonatología se produce a partir de la década del 60 de la mano de tres reconocidos médicos: el Dr. Jacobo Halac en Córdoba quien funda el primer servicio de neonatología en el país en 1966, el Dr. Alfredo Larguía en la Maternidad Sardá en Buenos Aires y el Dr. Vicente Climent en La Plata. Hasta la década del 40 el modelo estaba centrado en la atención del bebé, que complicaba el vínculo materno-filial e impedía la lactancia. El incremento de tecnología en la atención del recién nacido durante la internación puso en evidencia las dificultades que enfrentaban las instituciones a la hora de realizar un seguimiento adecuado luego del alta, que contemplara la complejidad de la situación, la vulnerabilidad del niño y el estrés al que estaba expuesto la familia (Vega, 2006).

Los recién nacidos que deben permanecer internados en la UCIN requieren de muchos cuidados por parte de médicos y enfermeras. En un Servicio de Neonatología existen numerosos equipos destinados al monitoreo del bebé, incubadoras, respiradores, entre otros. Este ambiente suele ser ruidoso, con frecuentes sonidos de alarmas, de numerosas voces de médicos y enfermeras que comentan el estado de los pacientes; también suele estar muy iluminado tanto durante el día como en la noche (Larguía et al., 2008). Los cuidados que puede recibir el neonato se diferencian en tres niveles: mínimos, intermedios e intensivos, siendo posible que se requieran diferentes niveles de atención en el mismo bebé durante su internación. Dentro de la terapia intensiva, cada “isla neonatal” comprende además de la incubadora, una importante serie de tomas eléctricas; fuentes de aire, oxígeno y aspiración; ménsulas para apoyar instrumentos como monitores, bombas perfusivas, ventiladores y otros instrumentos necesarios para el monitoreo del bebé (Simioni y Allegro, 1993). Muchos de los procedimientos realizados en la UCIN son dolorosos: punciones, drenajes, sondajes, tracciones, necesarios para diversos tratamientos o análisis. Se ha demostrado que aliviar las situaciones que producen dolor facilita el desarrollo del recién nacido y la vinculación con el entorno (Vega, 2006).

Una de las situaciones más frecuentes por la que atraviesan los recién nacidos son las dificultades en la regulación de la temperatura corporal, por lo cual deben permanecer dentro de las incubadoras cerradas o abiertas, llamadas estas últimas servocunas. Las incubadoras se utilizan para mantener al recién nacido en una temperatura normal de 36,5 C°, de tal manera que todas las calorías que reciba sean utilizadas para su crecimiento (Larguía et al., 2008). El recién nacido reconoce sus propios límites corporales, tanto

internos como externos, a partir de los movimientos que realiza dentro de la incubadora en los que busca tocar los bordes como un modo de encontrar el límite (Vega, 2006).

El recién nacido es colocado sobre un nido formado por dos hemicilindros que lo mantienen en flexión y le dan la sensación de estar contenido. Para evitar la pérdida de temperatura se lo cubre con una "sabanita" que consiste en una lámina de plástico que evita la pérdida de calor por convección, y se le coloca un gorro en la cabeza ya que ésta representa un porcentaje importante de su superficie corporal por donde puede perder calor, lo que tiene una influencia crítica en la sobrevida y el crecimiento de los neonatos. También es frecuente que los recién nacidos de riesgo presenten intolerancia a la alimentación con sonda, que se evidencia por la presencia de residuos en el estómago. Por este motivo estos bebés suelen ser canalizados a fin de garantizar que cuenten con la hidratación y los niveles de glucosa en sangre normales, además se le proporciona agua, sales y alimentos en las proporciones necesarias. De todos estos monitoreos la medición del oxígeno en sangre es uno de los más importantes, esto se realiza mediante un saturómetro que consiste en la aplicación de un sensor sobre la piel de las manos o los pies del bebé (Larguía et al., 2008).

Es muy frecuente que, durante la internación neonatal, los bebés requieran asistencia respiratoria. El dispositivo más usado en oxigenoterapia en la naricera o cánula nasal, que consiste en un tubo dividido en uno de sus extremos en dos segmentos terminales, llamados puntas nasales, que descansan en la porción externa de los orificios nasales del bebé entregándole oxígeno humidificado. Este dispositivo permite que el bebé tenga mayor movilidad, facilita la alimentación y la interacción social (Branson, Hess y Chatburn, 1998). También es frecuente que se utilice el Halo, que consiste en un hemicilindro o caja de acrílico transparente abierto en los extremos que se coloca rodeando la cabeza del bebé. Por una de las aberturas se introduce una manguera corrugada a través de la cual se le proporciona oxígeno en las concentraciones que requiere. Otra de las técnicas utilizadas de manera frecuente debido a su utilidad es la Presión Positiva Continua en la Vía Aérea, conocida por sus siglas en inglés como CPAP. Esta técnica consiste en colocar en el rostro del paciente una pieza nasal conectada a un circuito que entrega una mezcla de aire y oxígeno al recién nacido a través de un humidificador. Esta técnica se utiliza cuando el impulso respiratorio es normal y la enfermedad respiratoria no es de extrema gravedad (Carlo, 1973/2001). La técnica que se usa cuando el bebé no puede mantener por sí mismo una respiración efectiva es la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), que se aplica utilizando distintos modelos de respiradores pero que tienen en común el uso de un tubo endotraqueal. Una vez que el bebé no necesita del ARM puede ser asistido mediante las otras técnicas descriptas (Larguía et al., 2008).

La duración del tiempo de internación y el pasaje de un nivel de mayor complejidad a otro de menor complejidad depende de la gravedad del bebé, de las complicaciones que presente y de la evolución de las mismas, del peso, de la edad gestacional y de la rapidez con que adquiera una homeostasis satisfactoria (Zorzi, 1993).

3.3.1. Paradigma de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia

El Servicio de Neonatología en el que se desarrolló la presente investigación adhiere al modelo de Maternidades Centradas en la Familia, que constituye un paradigma de atención perinatal desarrollado a lo largo de los últimos 35 años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. En sus inicios, en la Maternidad Sardá se incorporaron diferentes intervenciones innovadoras, que progresivamente fueron integrándose como piezas de un proceso continuo y complejo. En los últimos años, se comenzó a estructurar su marco teórico, hasta que finalmente en 2007 se publicó una guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (MCF), enmarcada en la reglamentación legal argentina e internacional (Larguía, Lomuto, y González, 2006).

El programa de MCF responde a un cambio de paradigma en la atención de la madre y el recién nacido, lo que supone realizar una atención integral humanizada, incluir lo humanístico, pero sin dejar de lado lo tecnológico y redefinir el lugar de los padres como verdaderos protagonistas en las instituciones donde nacen y se asiste a los recién nacidos. En este nuevo paradigma la recuperación de un recién nacido no se limita a lo orgánico, a lo biológico, sino que se requiere de otras disciplinas para su cuidado el de y su familia (González y Naddeo, 2007).

Una MCF responde a una cultura organizacional que reconoce a los padres y la familia, junto a los médicos, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, permitiendo el ingreso irrestricto de los padres a las UCIN para desplegar una participación activa en el cuidado de su hijo, tan pronto como sea posible y en la medida que la condición del bebé lo permita, ya que esto contribuye al vínculo madre-bebé y evita que éste pueda verse afectado por la separación en la internación. En este programa se define a la seguridad como fundamental en la atención, a su vez, respeta y protege los derechos de la mujer y del bebé, lo que también supone una perspectiva intercultural que reconoce y respeta a las mujeres embarazadas, los recién nacidos y a sus familias que poseen una cultura diferente a la argentina o criolla; también se estimulan iniciativas como la lactancia materna. En todo momento se busca favorecer el contacto piel a piel entre la madre y su hijo mediante salidas transitorias de la incubadora, para ello se garantiza que las madres cuenten con una Residencia donde alojarse durante la internación de su hijo. Se organizan visitas programadas de abuelos y hermanos que permiten que se despejen las fantasías acerca del recién nacido y favorece la inclusión del bebé en la familia; además se ofrece contención a los padres en los momentos de crisis mediante un equipo interdisciplinario (Guías de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, 2012; Larguía et al., 2008; Larguía et al., 2006).

3.4. Funciones vitales en el recién nacido de riesgo: implicancias psicológicas

3.4.1. Alimentación

La deglución es una función primaria y vital que está en estrecha relación desde el nacimiento con la respiración, cuando ambas funciones coexisten de manera armónica y sincrónica se podrá alcanzar una alimentación oral adecuada. En el mecanismo de la deglución también intervienen coordinadamente estructuras de otros sistemas como el neurológico y el digestivo. En el momento del nacimiento el bebé a término está preparado para alimentarse por succión. Sin embargo, el bebé frente al pezón suele hacer arcadas y escupir antes de comenzar a succionar; una madre ansiosa puede interpretarlo como rechazo, peligrando su confianza en la capacidad de amamantar. El reflejo de succión debe ser introducido paulatinamente y reforzado lo que puede llevar varios días (Brazelton y Cramer, 1993).

Al tomar una decisión sobre la alimentación del recién nacido de riesgo, el equipo médico deberá considerar tanto el desarrollo de la succión, la deglución, la motilidad gástrica y el vaciamiento del estómago. La coordinación entre succión, deglución y respiración no se presenta antes de las 32-34 semanas de EG, incluso puede presentarse después en los niños muy inmaduros. Esto se debe a la ya señalada coordinación que debe existir entre los procesos de succión-deglución con la respiración, compartiendo el canal nasofaríngeo y laringofaríngeo. Cuando el recién nacido no se encuentra preparado aún para coordinar estos procesos pueden producirse ahogos, vómitos, aspiraciones durante la alimentación (Kalhan y Price, 1973/2001).

En la mayoría de los casos, los bebés de alto riesgo no pueden alimentarse por vía oral inmediatamente después de nacer ya que la relación entre los procesos arriba mencionados aún no está establecida, por lo que deberán esperar varias semanas o inclusos meses para poder hacerlo. Previamente a la presentación del pecho, los recién nacidos de riesgo pueden ser alimentados mediante la nutrición parenteral, que consiste en el aporte de nutrientes por vía intravenosa; otra técnica utilizada es la nutrición enteral, que debe realizarse paulatinamente e ir incrementándose a medida que avanzan los días. La nutrición por vía enteral se realiza mediante una sonda orogástrica o nasogástrica a través de la cual se le administra al bebé la leche materna o la fórmula láctea. La alimentación por sonda favorece el proceso digestivo normal y las respuestas hormonales del bebé (Kalhan y Price, 1973/2001).

La introducción del pecho se produce de manera paulatina. El número de amamantamientos irá aumentando a medida que el bebé sea capaz de realizarlo. La evaluación de la tolerancia del recién nacido a la alimentación es un proceso continuo, en el cual se intentará determinar el método de alimentación más adecuado, el tipo de fórmula láctea y el incremento o avance en la alimentación. En aquellos infantes que aún no se encuentran preparados para ser alimentados mediante el pecho materno o presentan riesgo severo, se puede implementar la técnica de succión no nutritiva en la que no se

administra volumen alguno. Se ha asociado esta técnica con un aumento en la ganancia de peso y un periodo de internación menor en niños prematuros, así como también se ha demostrado su papel acelerador en el pasaje de la nutrición por sonda a la alimentación por vía oral (Kalhan y Price, 1973/2001).

Si bien la leche materna es considerada el alimento por excelencia e ideal en los recién nacidos a término, no solo por sus beneficios nutricionales sino también por los psicológicos e inmunológicos, en el caso de algunos recién nacidos pretérminos, la leche materna debe ser fortificada o suplementada con proteínas, calcio, vitamina D, fósforo y sodio ya que éstos recién nacidos requieren cantidades mayores de nutrientes. En los casos en que, por razones especiales, los recién nacidos no pueden ser alimentados por leche materna se utilizan las fórmulas lácteas para prematuros (Kalhan y Price, 1973/2001). La lactancia le permite a la madre y su hijo mantener una unión semejante a la que poseían antes de nacer. Es por este motivo, que el destete posterior, así como el logro de la locomoción en el niño, pueden ser significados por la madre como una ruptura, un alejamiento del cuerpo materno; los progresos evolutivos del niño, su creciente independencia, tienen su correlato en la psiquis materna (Oiberman, 2011). La introducción de semisólidos con cuchara se realiza a partir del 6to mes de edad corregida considerando el desarrollo psicomotor y la maduración del infante; antes de este momento seguramente la comida será empujada fuera de la boca ya que el sistema digestivo y neurológico del bebé no se encuentran aún preparados (Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, 2012).

3.4.2. El sueño

Otro aspecto importante que nos permite comprender la condición en que se encuentran los bebés de riesgo es el sueño, dividido en cuatro etapas que se caracterizan por la actividad eléctrica cerebral, la actividad autonómica, la actividad motora y el comportamiento. Estas etapas son: el sueño tranquilo, también llamada NREM (*no rapid eye movement*) que se asocia con ausencia de movimientos oculares rápidos, ausencia de movimientos corporales, tono muscular conservado, respiración regular y frecuencia respiratoria disminuida; el sueño activo o REM (*rapid eye movement*) está asociado a un aumento del metabolismo y del consumo de oxígeno, los disturbios respiratorios son más frecuentes en este estadio y durante las primeras semanas de vida las características más importantes de esta etapa son la hipotonía muscular y los movimientos rápidos; el sueño de transición está representado por cortos periodos que duran entre uno y tres minutos que se observan durante la transición de sueño NREM a REM y viceversa; el sueño indeterminado es aquel que no puede describirse de acuerdo a ninguna de las variables antes mencionadas. Durante el periodo prenatal y neonatal predomina el sueño REM (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003).

El sueño ejerce una influencia muy importante sobre la respiración. Debido a los impedimentos anatómicos es muy difícil para los bebés prematuros mantener el control respiratorio por periodos prolongados, a lo que se agrega que estos bebés permanecen durante un periodo significativo de tiempo en sueño REM. Esto está asociado con la

mayor incidencia de apneas en el prematuro, que ocurren con mayor frecuencia durante el sueño REM, las que disminuyen a medida que aumenta la EG. La presencia de apneas ha sido asociada a un incremento del riesgo de retrasos en el desarrollo posterior (Pillekamp et al., 2007).

Una vez en el hogar, los recién nacidos de riesgo, en particular aquellos prematuros y con bajo peso al nacer, deben dormir en posición supina, es decir, boca arriba sobre una superficie firme, evitando hacerlo sobre almohadas, acolchados o pieles de abrigo. La superficie recomendada para acostar al bebé debe ser un colchón duro cubierto con una sábana que no supere la altura de los hombros del bebé para que su rostro quede descubierto. Así mismo, en la cuna no debe haber ropa de cama suelta ni objetos como almohadas, juguetes, entre otros. Es recomendable que el bebé duerma en su cuna o moisés junto a la cama de los padres en la misma habitación ya que esta cercanía favorece el amamantamiento y el contacto con el hijo. Sin embargo, se desaconseja que los bebés duerman en la misma cama que los padres o con otros niños, ya que estas prácticas se han asociado con un aumento del riesgo de Muerte Súbita del Lactante, definida como la muerte inesperada de un niño menor de un año sin causa aparente (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003).

3.5. Encuentros y desencuentros. Los primeros momentos de la díada madre-bebé en la internación

Oiberman (2008) sostiene que el nacimiento de un hijo representa una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar, y el modo en que la mujer atraviese por esta crisis estará en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación conyugal, familiar y social, las características del bebé, la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia. Cuando las condiciones que rodean al nacimiento son diferentes a lo esperado por la mujer y su pareja, a esta crisis evolutiva se le agrega una crisis accidental, representada por la prematurez y/o la patología del recién nacido, que podrá incidir en el desarrollo de este proceso psicoafectivo en la mujer y por ende, en la vinculación madre-bebé. Se ha demostrado que aquellos bebés que nacen con problemas de salud y cuyas madres experimentan en mayor medida ansiedad y depresión presentan un riesgo elevado de dificultades en el proceso de vinculación (Obeidat et al., 2009). Cuando el embarazo y el nacimiento coinciden con la adolescencia, a la crisis normal del embarazo se le agrega la crisis normal de la adolescencia. Ambas tienen puntos en común, como la transformación corporal y hormonal, las fluctuaciones pulsionales, la crisis en torno a la identidad, por lo que del entrecruzamiento de estas dos crisis podrá surgir un vínculo con características especiales entre la madre y su hijo, que posiblemente sea diferente al que establecerá una madre adulta (Grisolía, 2005).

El “momento de encuentro” se verá postergado ante el nacimiento de un bebé de alto riesgo quien deberá ser trasladado a una UCIN donde permanecerá internado. La sobrevida del bebé es la primera preocupación de la madre, quien necesita asegurarse de que su hijo está vivo, experimentando en sus brazos el peso de su cuerpo, el olor, la

textura, el calor que le permita comprobar que su hijo se encuentra anatómicamente capacitado y vital. La madre podrá en ese momento apropiarse de su bebé, reconociéndolo como un nuevo miembro de la familia, a quien le asignará similitudes físicas y comportamentales reconocidas en otros integrantes de la misma (Brazelton y Nugent citado en Bruschweiler-Stern, 2009).

Sin embargo, en muchos casos este primer contacto inmediatamente luego del parto no es posible, lo que genera en los padres, especialmente en la madre, elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión, a lo que se agrega que cuando se trata de un bebé prematuro, el nacimiento ocurre antes de la madre haya logrado disponerse completamente a nivel mental para recibir a un hijo ya que como ha descripto Bruschweiler-Stern (2009) se trata de "madres prematuras". Lo excepcional de estas condiciones determina que en la mayoría de las situaciones sea el padre quien vea primero al bebé, deba hacer frente a la preocupación y las responsabilidades, para luego transmitirle las noticias a su pareja. Frente a una situación difícil para el hijo, es el padre quien recibe el diagnóstico y el pronóstico de su hijo y se ve obligado a decidir lo que le trasmitirá a su mujer, encontrándose muy solo para tomar estas decisiones (Kreisler y Voyer, 1990).

Si la madre se encuentra en condiciones físicas adecuadas, puede ser trasladada a la terapia neonatal para establecer un contacto visual y táctil con su bebé; en algunos casos esto ocurre durante el posparto inmediato mientras que en otras situaciones la madre deberá esperar algunos días. Antes del traslado a la UCIN, en la mayoría de los casos, la madre desconoce la realidad de su bebé y los equipos técnicos que lo asisten. La madre se encuentra con un bebé delgado, pequeño, muy diferente al ideal de bebé rozagante que había imaginado, ella deberá hacer el duelo por la pérdida anticipada de este bebé ideal y ajustarse a la realidad de su bebé con complicaciones y necesidades especiales. Los tubos, las luces, las alarmas y otros instrumentos utilizados en el cuidado del bebé pueden ser percibidos como perturbadores y obstáculos en el contacto con su hijo. La madre puede sentirse ansiosa y con miedo de dañar a su hijo si lo toca, lo que puede llevarla a rechazar la idea de visitarlo (Klaus y Kennell, 1973/2001). El equipamiento técnico que se ocupa de mantener con vida al recién nacido le recuerda a la madre su "insuficiencia", por lo que es percibido como algo que se interpone entre ellos, como un perseguidor. Algunas madres intentan evadir las visitas a su hijo para evitar esta confrontación, pero se obligan a hacerlo para garantizar la supervivencia del mismo (Kreisler y Soulé, 1990).

Los padres suelen experimentar una gran desorientación y sorpresa ante el nacimiento con complicaciones y la internación. Pueden aparecer dificultades para pensar a ese hijo en el futuro y un estado depresivo. Los sentimientos de culpa por no haber dado a luz al niño esperado suelen expresarse al retornar al hogar, cuando la situación de urgencia ha pasado (Fava Vizziello, Bricca y Cassibba, 1993). Se ha demostrado que la situación en sí misma no es lo que produce estrés inevitablemente, sino que es la evaluación que la persona realiza de los recursos disponibles frente a la crisis lo que favorece el desarrollo de la experiencia de estrés (Vega, 2006).

La madre suele sentirse como una extraña frente a ese hijo en la incubadora, puede creer que ha fallado en su rol de madre según los estándares sociales, experimentar culpa y desilusión por ese hijo “mal hecho” que no se corresponde con las expectativas del hijo esperado. Además, puede sentirse responsable del nacimiento antes de tiempo y de la enfermedad del bebé, creyendo que la ambivalencia que pudo haber experimentado durante el embarazo ha sido la fuente de lo que ocurrió en la realidad, aumentando el miedo y la inseguridad, también puede experimentar aflicción por la idea de que su hijo no sobrevivirá. Estos sentimientos tendrán efectos sobre la vinculación con ese bebé y la crianza posterior. En muchos casos, la madre esperará que su hijo responda de un modo esperable para un bebé de término, lo que funcionará aumentando su frustración (Nikodem, 2009).

La simple organización del comportamiento y las señales indefinidas de la conducta del bebé incrementan el estrés en las madres, quienes sienten que no son capaces de cuidarlos, lo que contribuye a representaciones negativas de ese hijo, incrementa las dificultades para adaptarse en las interacciones (White-Traut y Norr, 2009). Estos bebés trasmiten mensajes difíciles de interpretar durante un periodo prolongado de tiempo. Por estas razones, durante muchos meses pueden presentarse investimentos recíprocos muy cambiantes antes de alcanzar una modalidad de interacción relativamente estable al finalizar el primer año de vida. A los escasos y difíciles mensajes del bebé se le agrega la incertidumbre de las madres acerca de cómo actuar con sus hijos, por ejemplo, frente a la obstaculización del contacto corporal. La madre podrá empezar por tocarlo tímidamente y con temor en las extremidades, para luego acariciarlo en el rostro, encontrando sus propias modalidades corporales. Al principio las madres suelen ser menos activas pero superada esta primera etapa de temores, las madres estimulan mucho a sus hijos, quienes suelen ser más activos motrizmente, pero responden menos a nivel visual (Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello, 1993).

A medida que la madre comprende qué implica la prematurez, la patología del niño o el bajo peso, podrá encontrar el modo más adecuado de interactuar con su hijo y de obtener respuestas de su parte, favoreciendo un intercambio afectivo-emocional positivo. Se trata de infantes que han logrado sobrevivir a partir de la asistencia de las máquinas y cuyos padres deberán aprender a relacionarse con ellos en una situación diferente a lo que esperaban, en este contexto particular donde las interacciones estarán mediatizadas por elementos técnicos como respiradores, sondas, monitores (Nikodem, 2009).

Klaus y Kennell (1973/2001), afirman que los momentos iniciales suelen caracterizarse por la desorganización, pero a medida que va pasando el tiempo las madres pueden ir reorganizándose, realizando adecuaciones, a medida que trascurre la internación. Poco a poco, los encuentros frecuentes madre-bebé en la UCIN le permitirán experimentar a la madre que sus conductas son retroalimentadas por las respuestas del bebé, así si el hijo la mira, responde a ella, deja de moverse o muestra conductas particulares en respuesta a sus intentos de interacción, la madre se siente estimulada y más dispuesta a vincularse. Las madres más conectadas e interactuantes con su bebé

suelen visitarlo más seguido durante la internación y lo estimulan más en el hogar. Por el contrario, las madres que los visitan menos durante la hospitalización suelen estimularlos menos allí y en su hogar luego del alta. Las madres que tocan y acarician frecuentemente a sus hijos durante la internación, tienen niños que abren sus ojos de manera más seguido a modo de respuesta. Por otra parte, en muchos países del mundo, incluida la Argentina, las madres de niños internados tienen la posibilidad de vivir en una habitación contigua a la terapia neonatal. Esta organización tiene múltiples beneficios, entre ellos, permite a la madre continuar produciendo leche, encargarse del cuidado de su hijo de manera más fácil y todo el tiempo que desee, reduce el tiempo de atención de enfermería requerido por el infante, estimula la comunicación y el sostén mutuo de las madres de los bebés (Klaus y Kennell, 1973/2001).

3.5.1. Primeras interacciones entre la madre y su bebé de alto riesgo

Klaus y Kennell (1973/2001) señalan que las madres cuando se encuentran con su hijo recién nacido prematuro durante la primera hora de vida, suelen comenzar por tocarlos suave y lentamente con la punta de los dedos en las extremidades, luego de unos minutos los acarician y coloca su palma sobre el tronco de sus hijos. Establecer un contacto visual con el hijo mientras éste se encuentra aún en la incubadora, ha sido descripto como un modo en que las madres se aseguran que el bebé está bien y les pertenece, aún a pesar de la separación y las dificultades que supone la internación. Los bebés prematuros ven al nacer, pueden fijar la mirada y seguir un objeto que se mueve lentamente, aunque suelen ser aún más cortos de vista que los recién nacidos a término. A pesar de su condición de alto riesgo, el bebé desempeña un rol activo en las interacciones con su madre. Por ejemplo, en el simple acto de mirar el rostro materno, el bebé realiza coordinadamente múltiples acciones: mantiene un estado de alerta, es capaz de mover su cabeza hacia el objeto, suprimir los reflejos motores que lo distraen y a su vez fijar la mirada (Brazelton y Cramer, 1993).

Esto permite comprender por qué un bebé puede ser más susceptible o resistente frente a situaciones como la internación, dado que esto no estaría determinado solo por factores biológicos sino también por factores psicológicos. El recién nacido no es totalmente indefenso ni dependiente del medio que lo rodea, ya que cuenta con mecanismos fisiológicos y conductuales que le permiten adaptarse de manera más o menos exitosa al ambiente en constante cambio de la UCIN. Aquellos padres que pueden observar atentamente a sus hijos pueden reconocer mejor sus estados de ánimo a partir del rostro y de los movimientos corporales (Nikodem, 2009).

Con estos bebés inmaduros, Brazelton y Cramer (1993) recomiendan utilizar una estimulación unimodal en las interacciones, por ejemplo, sostenerlo con los brazos sin mirarlo a la cara y sin hablarle; una vez que el bebé está relajado se le puede hablar y gradualmente introducir una tercera modalidad de comunicación como la visual. La capacidad de los bebés para participar en las interacciones irá aumentando en frecuencia y duración de la mano de la maduración. El bebé se encuentra estresado cuando trata de evitar el contacto visual, bosteza, arquea su cuerpo, se protege la cara, aparecen náuseas,

estornudos, hipo, regurgitaciones, se queja o llora sin causa aparente. Para evitar una estimulación excesiva o lograr calmar al bebé se puede disminuir la estimulación ambiental, reduciendo por ejemplo la luz, o interrumpiendo la interacción y reiniciándola con menor intensidad (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003). El padre también deberá participar de las primeras interacciones con el recién nacido, dedicado a sostenerlo, mirarlo y tocarlo (DeCasper y Fifer, 1980).

Los bebés nacidos con bajo peso tienen mayores dificultades para atender a los estímulos, responden de manera pobre a las interacciones interpersonales, presentan dificultades en la adaptación tónico-postural (por ejemplo, al ser sostenidos) y les resulta más difícil auto-calmarse y consolarse. Estas características conductuales pueden influir en las interacciones con la madre, por lo que estos bebés podrían obtener menos respuestas positivas de parte de los cuidadores. Los recién nacidos que han experimentado sufrimiento fetal durante el nacimiento suelen estar menos dispuestos para la interacción, las aptitudes motoras se encuentran disminuidas, presentan mayores dificultades para organizar y regular sus estados por ejemplo para recobrar el equilibrio luego de una fase de irritación o de llanto (Costa-Moragas, 2009).

Por lo general, los bebés prematuros al mes de vida suelen estar despiertos menos tiempo, pasan mucho tiempo llorando o gritando, son más difíciles de calmar, suelen estar menos alerta y responden menos a los estímulos en comparación con un bebé a término. Los padres mantienen menos contacto corporal y visual con ellos, les sonríen y les hablan en menor frecuencia; así como las madres los acarician y les hablan menos durante la alimentación. Las madres tienden a compensar las inadecuaciones del bebé, mostrándose hiperactivas, pueden mostrar fallas en la contingencia y volverse intrusivas porque no perciben mensajes adecuados y retroalimentación de parte del bebé. Las diferencias individuales juegan un papel en el modo en que el bebé participará de la interacción, así como en la forma en que responderán sus padres. También los progenitores tienen rasgos de personalidad que delimitan la clase de bebé que les resultaría más fácil de tratar. Así, padres más enérgicos pueden sentirse más cómodos con un bebé activo, mientras que un padre sereno podría sentirse abrumado y molesto frente al mismo bebé. Los bebés hipersensibles, dispersos, desorganizados y que lloran frecuentemente resultan más difíciles de comprender para los padres (Brazelton y Cramer, 1993).

Kreisler y Soulé (1990) exponen de manera resumida algunas de las particularidades interactivas del prematuro. Citan a Field quien evidenció déficit interactivo en los niños prematuros, lo que se caracteriza por la poca reacción frente al rostro y la voz de una persona, así como a estímulos visuales y auditivos en general, no se amoldan con facilidad al cuerpo materno y desvían la mirada con frecuencia. La madre ha atravesado por un traumatismo psíquico grave, dado por la interrupción del embarazo, por lo que el vínculo con su hijo puede resentirse. A esto se agrega la indeterminación acerca del origen del hijo, ya que coexisten la edad a partir de la fecha de nacimiento real y la edad a partir de completar las semanas de gestación.

Frente a este grupo de bebés de alto riesgo es especialmente importante que los padres puedan adaptar sus estilos de interacción al repertorio conductual de sus hijos, apreciar las características conductuales específicas de sus hijos, percibir las señales de los mismos e implementar modos adecuados de responder a estas señales. Se ha demostrado que esto promueve la salud mental materna y el desarrollo neuroconductual de los bebés, estimulando las interacciones positivas entre los miembros de la díada (Ohgi y Akiyama, 2009).

Brazelton y Cramer (1993), postulan que cuando se ofrecen estímulos adecuados, positivos y no intrusivos, en los estados de conciencia apropiados, aún hasta los bebés extremadamente prematuros son capaces de animarse, atender y responder al medio. Los estados de conciencia se diferencian en base al nivel de accesibilidad del recién nacido, determinando la clase y el grado de respuesta que producirán. De este modo, una de las tareas más importantes de los padres es reconocer en qué estado de conciencia se encuentra su bebé para saber si estará o no accesible para la interacción. Los estados de conciencia son: sueño profundo, sueño activo, estado intermedio o de somnolencia, estado de alerta despierto, estado de alerta inquieto, llanto. En el sueño profundo, los ojos del bebé están firmemente cerrados, la respiración es profunda y regular, no hay actividad motriz. El bebé puede sobresaltarse, pero no se despierta, permaneciendo inaccesible a los estímulos externos, generalmente se trata de ciclos de 4 horas en bebés a término. Los prematuros tienen ciclos menos definidos en este estado, su aparición es un signo de madurez. A medida que el bebé madura es capaz de retrasar cada vez por más tiempo la necesidad del sueño profundo. En el sueño activo los bebés son más permeables a los estímulos del mundo, sus ojos están cerrados, pero pueden observarse movimientos oculares. Pueden presentarse pequeñas sacudidas y estiramientos, la respiración es irregular y más rápida. El bebé puede tener el ceño fruncido, realizar muecas y sonrisas, movimientos con la boca y succionar.

Continúan diciendo Brazelton y Cramer (1993), que en el estado intermedio o de somnolencia, los ojos del bebé pueden abrirse y cerrarse, estar total o parcialmente abiertos con aspecto obnubilado. La respiración es irregular pero rápida y superficial, pueden observarse movimientos suaves de brazos y piernas. Si se lo estimula en este estado, el bebé probablemente ingrese a un estado de mayor alerta y receptividad. En el estado de alerta despierto, el rostro y el cuerpo del bebé están tranquilos e inactivos, sus ojos bien abiertos y brillantes, los estímulos provocan respuestas predecibles. La duración de este estado aumenta a medida que el bebé madura, llegando a durar entre 20 y 30 minutos. En el estado de alerta inquieto, el bebé se encuentra accesible a los estímulos externos, frente a los cuales puede inquietarse si son excesivos. Los movimientos del bebé son bruscos, desorganizados y espasmódicos; los estímulos pueden ayudar a calmarlo si son positivos o provocarle aún mayores sobresaltos. El estado de llanto, es la forma más eficaz de la que dispone el bebé para atraer a la persona que lo cuida, siendo la modalidad por excelencia de comunicación al comienzo de la vida. El llanto provoca una respuesta automática de preocupación, responsabilidad y culpa en los cuidadores, quienes se sienten incitados a responder. Cuando los padres logran identificar la causa del llanto se sienten

reforzados en su rol, en cambio cuando hay desajustes y los padres no logran comprender los estados del bebé, las interacciones están teñidas de ansiedad y desorden (Brazelton y Cramer, 1993).

Numerosos estudios citados por Obeidat, Bond y Callister (2009) demuestran que cuando las madres son incorporadas al cuidado del recién nacido durante la internación, las madres se sienten más seguras, con mayor control sobre la situación y conectadas con sus hijos. En la medida en que la madre responda a las necesidades de su hijo de manera sensible y a tiempo, se establecerá un patrón de interacciones mutuamente provechosas y sincronizadas. Si la madre y el hijo continúan así día tras día, el niño podrá desarrollarse de manera segura. Si todo funciona de manera exitosa, se logrará un cuidado eficaz y un verdadero vínculo madre-hijo, por el contrario, cuando existen dificultades podrían aparecer los trastornos en la crianza, problemas emocionales o del desarrollo en los niños de alto riesgo, tales como, el síndrome del niño vulnerable, dificultades en el crecimiento, maltrato. Otros factores pueden intervenir afectando el comportamiento parental y la vinculación entre los padres y su hijo, como por ejemplo el temperamento del recién nacido, su estado de salud, enfermedad o malformación. En los momentos iniciales de encuentro entre los miembros de la díada, aquellos padres que presentan dificultades marcadas para adaptarse a su hijo, generalmente lo visitan poco o durante periodos muy breves durante la internación, parecen asustados o no realizan ningún tipo de pregunta sobre el estado de salud del bebé. En otros casos, pueden presentarse como hostiles o irritables, mostrando niveles llamativamente bajos de ansiedad (Klaus y Kennell, 1973/2001).

Fava Vizziello, Zorzi y Bottos (1993) describen diferentes interacciones que pueden establecerse entre las madres y sus hijos. La interacción satisfactoria se caracteriza por una madre que inviste a su hijo con placer, puede percibir las necesidades del mismo y adecuarlas a su nivel de desarrollo, interpretar las señales del bebé y darles un significado. La madre es capaz de controlar su agresividad e integrarla sin sentir culpa, favoreciendo la autonomía y creatividad de su hijo. El niño muestra claramente el placer y el displacer en la exploración del mundo y las interacciones; presenta un desarrollo armónico, posee numerosos intereses e investimentos.

3.5.2. La estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: relaciones de las madres con el personal médico y de enfermería

El modo en que se transite por la experiencia de la internación de un hijo estará en relación con la propia historia infantil, lo que también se pondrá de manifiesto en la relación que se establezca con el equipo profesional. En este contexto de intensas emociones, los padres pueden proyectar en el equipo médico y de enfermeras, afectos y significados que remiten a aspectos primitivos de los vínculos tempranos, fundamentalmente de esa madre. Así, por ejemplo, una enfermera puede ser vista como una madre que critica y juzga, o bien que acompaña y alienta. Esto permitiría pensar en el efecto que tienen en muchas madres, aún a pesar del paso del tiempo, palabras o comentarios del equipo médico respecto del bebé durante la internación. Si bien la

trascendencia que tengan esas palabras está ligado a aspectos internos, resuenan en las madres y pueden afectar el acercamiento de ellas al bebé y a la construcción de su identidad como madres (Pose, 2004). También numerosas prácticas hospitalarias pueden perjudicar la vinculación de la madre con su bebé, por ejemplo, alejarlo rápidamente de su lado inmediatamente luego del nacimiento impidiendo que la madre lo vea, prohibir el ingreso de la madre a la UCIN para conocer a su bebé. En la actualidad, a pesar de los cambios que se han producido en las prácticas hospitalarias, muchas veces los padres son separados de sus hijos, lo que conlleva que los padres experimenten una situación de expropiación de sus bebés (Fava Vizziello, 1993).

Las madres, así como los padres, suelen sentir que las máquinas gracias a las cuales sus hijos sobreviven son inteligentes y omnipotentes, así como los médicos y enfermeros que las accionan. Esto lleva a que los padres consideren que deben competir con el buen desempeño de estas máquinas, ya que ellos no fueron suficientes en su capacidad para lograr el bienestar de sus hijos, que quedó depositado en la máquina y en las enfermeras como responsables de nutrirlo y de garantizar la vida del bebé. Es frecuente que los padres de bebés muy graves intenten subrayar la gravedad de la condición de sus hijos, quizás como un intento de conjeturar lo temido o darle una cierta identidad a ese hijo. En cambio, los padres de bebés que no tienen mayores complicaciones, suelen expresar que sus hijos están allí solo por precaución, sin percatarse de las posibles complicaciones y posteriores amenazas para la salud del bebé, tal vez en un intento de darle una representación de bebé sano (Fava Vizziello, Bricca y Cassibba, 1993). Estos autores señalan que el periodo de la internación puede ser pensado como un proceso que permite a los padres, luego del alta médica, empezar en el hogar una relación con su hijo contando con una mayor comprensión del mismo.

Lefrak y Houska Lund (1973/2001), afirman que el personal de enfermería en la UCIN debe contribuir a minimizar los efectos de la enfermedad, del nacimiento prematuro, así como de la separación de los padres. Una parte esencial del trabajo de enfermería en la UCIN estriba en favorecer las relaciones que se establecen con las madres y la familia de cada bebé internado. El enfermero neonatal debe asistir a los padres para que puedan empezar a conocer y apreciar a su hijo dentro de ese contexto altamente tecnológico, donde tocarlo y sostenerlo parece muchas veces algo difícil de lograr, favoreciendo así el proceso de vinculación en este periodo de crisis.

Debido a que los enfermeros en la UCIN suelen ocuparse la mayor parte del tiempo del cuidado del infante, es importante que se percaten de no favorecer que la madre experimente celos hacia ellos o se sienta incapaz de cuidar a su hijo por sí misma. En este sentido, un comentario positivo del enfermero acerca de una tarea desarrollada por la madre redunda en un aumento de la autoestima y la confianza de la misma para atender a su hijo. Las madres de los infantes internados en la UCIN suelen describir sentimientos de celos hacia los enfermeros por cuidar a sus hijos, pero a su vez también describen con placer la dedicación e idoneidad del personal de enfermería (Lefrak y Houska Lund, 1973/2001; Obeidat et al., 2009).

Las intervenciones que se realicen en la UCIN, tendientes a fortalecer la autoestima materna, reducir el estrés y la depresión son parte fundamental del cuidado del bebé de riesgo; las enfermeras de las terapias neonatales parecen tener un rol clave en tanto facilitadoras de interacciones positivas entre la madre y el bebé. Guillaume et al. (2013) formulan que la mayoría de los padres de bebés internados en UCIN se representan como dependientes de los cuidadores, considerando que el cuidado y la actitud de parte de éstos es fundamental para el tipo de interacciones que ellos establezcan con sus hijos. Contar con información sobre la salud del bebé en la sala de parto, durante la internación en la UCIN, acerca de situaciones imprevistas que pueden acontecer en la misma, acerca de las capacidades relacionales del bebé, así como acerca del significado de sus reacciones, contribuye a reducir los sentimientos de inadecuación de los padres, y fortalecer el sentimiento de paternidad. Los padres, reforzados en su rol se sentirán útiles, capaces e irremplazables para cuidar a sus hijos. Flacking et al. (2012) sostienen que, desde una perspectiva de atención centrada en la familia, el rol del equipo médico ya no se limita a hacer y supervisar, para convertirse en facilitadores de las interacciones familiares. Se ha demostrado que el sostén de los padres por parte de los profesionales integrantes del equipo de salud favorece el bienestar y la evolución del neonato internado en la UCIN. Los padres de infantes de alto riesgo suelen creer que no podrán hacer frente a los cuidados y tratamientos que el niño puede requerir (Nikodem, 2009).

Comprender el proceso de vinculación y la importancia de este proceso debe llevar a evitar prácticas hospitalarias que interfieran en el temprano y sostenido contacto madre-padre-hijo, por el contrario, se debe favorecer las experiencias de encuentro entre ellos (Klaus y Kennell, 1973/2001). Autores de reconocida trayectoria en investigaciones acerca de la temprana infancia como Kreisler y Soulé (1990), sugieren que siempre que pueda anticiparse un nacimiento prematuro, debe prepararse a la familia desde el punto de vista físico y psicológico. Los profesionales deben abogar desde el nacimiento para que la madre supere el sentimiento de que su hijo es extraño y anormal, permitiéndole, siempre que sea posible, un contacto directo con él para tocarlo, verlo, alimentarlo con su propia leche, cambiarlo, ocuparse de él. La separación debe ser lo más breve posible, y se recomienda trabajar para desculpabilizar, tranquilizar a la madre y desmitificar la idea de un niño frágil y anormal.

3.5.2.1. Las huellas de la internación en UCIN en la vinculación

Pose (2004), postula que la experiencia vivida por las madres en la UCIN, los sentimientos y las fantasías que experimentaron, dejan marcas que pueden influir en el vínculo con ese hijo. La culpa, la sensación de ser una mala madre, la desvalorización, la ambivalencia, el temor de no poder amar a ese hijo distinto a lo esperado, puede perdurar a través del tiempo e interferir en el vínculo con el niño. Distintos momentos a lo largo de la vida de un hijo pueden reactivar estos sentimientos; algunas madres se ven en apuros para leer el gesto espontáneo de su hijo, no pueden identificarse con sus emociones y solo responden a las indicaciones médicas.

Gutton (1987), sostiene que todos los cuidados de una madre son operatorios ya que se realizan para atender a las necesidades biológicas del bebé y tienen que ser eficaces, pero el problema aparece cuando el cuidado es solamente operatorio. Es decir, que la madre atiende a su hijo sin poder investir emocionalmente su cuidado, no establece una interacción emocional con él, no lo inviste libidinalmente. Por ejemplo, una mamá que cumple con las tareas, está ocupada en vestirlo, cambiarlo, higienizarlo, pero tal vez no le habla, no lo mira, no lo acaricia.

En algunos casos, la prematurez y/o la patología del bebé se instalan como una representación sobre la que se condensan otros aspectos relacionados con la historia y las características de la personalidad de los padres, quedando la prematurez al servicio de la psicopatología parental y de los vínculos familiares. A esto se suma que el bebé prematuro es un bebé que ha pasado por situaciones de estrés, dolor, ha sido manipulado e intervenido en gran medida por lo que suele ser irritable, lo que puede dificultar aún más la vinculación. La internación de un hijo puede tener efectos no solo sobre la vinculación con el mismo, sino también sobre el vínculo conyugal, muchas veces esta experiencia une a los padres mientras que en otras separa y profundiza las fracturas previamente existentes. En algunos casos, la madre puede percibir entonces a ese hijo como el causante de las dificultades de pareja que ha provocado el alejamiento del padre. A veces ocurre que el embarazo, el nacimiento y/o la internación del bebé coinciden con otras situaciones dolorosas vividas por la pareja, como por ejemplo la enfermedad o muerte de los propios padres, lo que se resignificará en estos momentos y puede incidir en la vinculación con ese hijo. La pérdida de embarazos o hijos anteriores también se resignifica en este momento, especialmente si se ha producido en un tiempo cercano por lo que éste nuevo bebé puede venir a ocupar el lugar dejado por su hermano, con las consecuencias que puede tener esta situación en el psiquismo temprano (Pose, 2004).

Brazelton y Cramer (1993) remarcan la importancia de evaluar las interacciones madre-bebé durante la primera infancia, señalando que cuanto menor es el bebé las evaluaciones deben ser más frecuentes, como ocurre en el caso de los bebés prematuros y de riesgo. La observación de la conducta del bebé es fundamental para su evaluación, considerando que se trata de la expresión de su experiencia subjetiva. Sin dudas, también debe evaluarse la experiencia subjetiva de la madre y del padre, las fantasías, las proyecciones, que moldean la relación entre ellos y su hijo. Como subrayan los autores, factores subjetivos presentes en la madre se interrelacionan de un modo particular con las características del bebé, creando interacciones distorsionadas que moldean la conducta del niño.

Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993) plantean que se puede distinguir a los padres en: defectólogos, que consideran a la menor dificultad real o imaginada en el niño como motivo de una inmediata intervención y reparación; los padres entusiastas, que son aquellos que solo pueden percibir cosas maravillosas acerca de su hijo, sin detenerse a prestar atención a pedidos, necesidades del niño quien debe responder a la representación de niño ideal; los padres inseguros, que continúan depositando su absoluta confianza y saber sobre el niño en los médicos, a quienes consultan frecuentemente,

estando siempre preocupados por el desarrollo de su hijo. Estos autores afirman que solo después del sexto mes, durante el segundo semestre de vida del niño, se produce la organización de una interacción y de un apego estable. A partir de este momento, la presencia de una madre y un padre sanos lleva a una organización interactiva cada vez más satisfactoria, mientras que las modalidades interactivas relativamente adecuadas que habían logrado establecer los padres con estructuras patológicas de personalidad, empiezan a resentirse entre los 7-8 meses por las problemáticas relacionadas al proceso de separación-individuación. En sus propias investigaciones han encontrado que las modalidades interactivas son muy inestables durante los primeros meses de vida, estando más relacionadas a situaciones reactivas que a la condición orgánica del niño y la estructura de personalidad de los padres. Solo a partir de los nueve meses, estos factores devienen más determinantes de la modalidad interactiva, que tiende a permanecer a lo largo de los años dando lugar a un estilo de relación.

Field (citado en Kreisler y Soulé, 1990), afirma que, debido a la separación de la madre y su hijo por la internación en la UCIN, la relación se establece en estas condiciones difíciles, ya que se encuentra una madre poco preparada y un niño difícil. En estos momentos, el ritmo, la armonía y la sincronicidad necesarias en la relación pueden verse afectadas. En la evolución de la relación intervienen factores como el apoyo familiar, la necesidad de la madre de volver a trabajar, la experiencia de otras separaciones, la personalidad de la madre, la posibilidad de contar con apoyo o ayuda especializada.

Gutton (1987) afirma que la observación detallada pone en evidencia que la relación madre-hijo varía con el tiempo, en particular en aquellos casos de internaciones hospitalarias del lactante. Sostiene que la actividad fantasmática de la madre se ve conmocionada frente al anuncio de la enfermedad de su hijo, por lo que los cuidados maternos se vuelven esencialmente operatorios. Las madres se transforman en enfermeras como un modo de reestructurarse frente a la enfermedad de su hijo. En algunos casos, esto puede revertirse dando lugar a actividades libidinales en los cuidados maternos.

3.5.2.1. El egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

El momento en que el bebé es dado de alta de la UCIN luego de una prolongada internación, es un acontecimiento de gran trascendencia para los padres y la familia en su totalidad. Allí se ponen en juego una multiplicidad de sentimientos: temor por ese bebé que tendrán a su cuidado y al que todavía perciben como vulnerable, ansiedad y dudas respecto de su desempeño como cuidadores, lo que puede tornan difíciles los primeros momentos en el hogar. Pose (2004) sostiene que el alta debe ser entendida como la puerta de entrada al seguimiento de ese bebé. La mayoría de los bebés reciben el alta al cumplir entre 36 y 40 semanas de EC, aunque algunos lo harán más tarde; cuando alcancen un peso de alrededor de 2,000 g; cuando regulen la temperatura corporal estando vestidos y en la cuna; se alimenten correctamente por succión; no presenten apneas y no necesiten recibir oxígeno suplementario; y mantienen un peso estable en los últimos 5 días de internación. Una planificación ideal del alta también debería realizarse considerando el

estado emocional en el que se encuentran los padres, que éstos hayan comprendido la importancia de asistir a los controles de seguimiento de su hijo, que las condiciones socioeconómicas sean las necesarias para el cuidado del bebé y que cuenten con redes de apoyo a nivel familiar y social (Rodríguez, 2013). Cuando la condición familiar es favorable, se puede considerar darle el alta al bebé a pesar de que no reúna todas las condiciones arriba mencionadas, en un intento de brindarle mejores condiciones para su desarrollo psicoafectivo (Zorzi, Fava Vizziello y Bottos, 1993).

Desde un punto de vista psicológico, el alta implica una separación, que será tramitada en función del vínculo que se estableció con la institución y el equipo de salud, las transferencias que tuvieron lugar y la posibilidad de ir apoderándose del rol de padres de ese bebé. En aquellas madres que la prematurez y/o la patología del bebé provocaron sentimientos de desvalorización, desconfianza sobre su capacidad maternal, culpabilidad y frustración, los cuidados brindados al bebé por el equipo médico y profesional son idealizados siendo la neonatología el único lugar seguro para la asistencia del mismo. En estos casos, luego del alta la madre se encuentra en el hogar sumamente atemorizada y sintiéndose incapaz de desempeñar su función materna. El vínculo con este bebé queda marcado por la fragilidad y la vulnerabilidad con la que será percibido por estos padres en el futuro (Pose, 2004).

Estos sentimientos pueden obstaculizar el despliegue de fantasías, el investimento libidinal de ese bebé, por lo que éste puede ser cuidado de forma operatoria. Es decir, la madre lleva a cabo de manera eficaz todas las tareas que tienen que ver con atender las necesidades físicas del bebé, pero sin poder investir emocionalmente su cuidado (Gutton, 1987). Se trata de madres “terapeutas”, es decir que se comportan como debe ser, pero sin la autenticidad de los investimentos maternales (Kreisler y Soulé, 1990). Esto se puede observar en aquellas madres que alimentan, cambian, higienizan a sus bebés, pero no establecen una interacción emocional con el mismo, no se despliega una investidura libidinal sobre el hijo. En otros casos, en un intento de posicionarse como padres de ese bebé, aliviando la culpa y la responsabilidad por el nacimiento con dificultades, se disocian los aspectos favorables y desfavorables, quedando estos últimos depositados en la UCIN y el equipo de salud, mientras que los padres son portadores de todos los aspectos buenos. Esta situación hace peligrar la continuidad del seguimiento del bebé luego del alta. La experiencia de la internación, la sobrevida y la relación con ese hijo cristaliza en un vínculo idealizado y victorioso, donde se niegan las dificultades (Pose, 2004).

3.5.3. Introducción de la Psicología Perinatal en el ámbito de las Maternidades

Los avances en el conocimiento científico y tecnológico han dado lugar a una reducción de la morbilidad, así como la mortalidad materna y neonatal. La actual medicalización de la procreación está asociada con nacimientos cada vez más prematuros, embarazos múltiples, aumento del número de embarazos en madres de mayor edad. A pesar de que esta medicalización ha reducido la mortalidad y morbilidad en el parto y el nacimiento, no podemos desconocer que ha traído aparejado un debilitamiento de los

rituales y de aquellas prácticas destinadas históricamente a conjurar el riesgo de vida que suponían estos momentos, a acompañar y sostener a la futura madre y su hijo. La Psicología Perinatal se inserta allí, en el vacío que deja el hipertecnicismo en el cuidado de la madre y el recién nacido, allí donde es fundamental el reconocimiento, la expresión de las emociones y la inclusión de la palabra en un momento de crisis y vulnerabilidad. La introducción de la psiquiatría, y posteriormente de la psicología perinatal en el ámbito de las maternidades ha dado lugar a una verdadera colaboración entre los profesionales que atienden el cuerpo y aquellos que se dedican al psiquismo temprano del niño (Candilis-Huisman y Fabre-Grenet, 2009; Oiberman, 2000; Golse, 1998).

La Psicología Perinatal es un área de la psicología de la primera infancia y constituye un nuevo campo de inserción del psicólogo, que abarca el embarazo, el parto, el puerperio y los primeros meses de vida del bebé. Se trata de un campo esencialmente interdisciplinario ya que el trabajo del psicólogo perinatal se desarrolla junto a neonatólogos y obstetras, comprendiendo su ubicación dentro del campo de la salud materno infantil e intentando superar la fragmentación en la atención física y psíquica de la madre y el recién nacido. Esta modalidad de trabajo supone una confluencia de saberes y prácticas diversas y un estilo de trabajo conjunto con los otros profesionales del hospital, así como la aceptación de encuadres diferentes, ya que en ciertas oportunidades es necesario modificarlos cuando la madre debe ser entrevistada frente a la incubadora o en la sala de parto, in situ, donde la crisis se presente. La adaptación del encuadre supone reconocer el carácter de urgencia para intervenir ante la emergencia, cuando no se pueden esperar los tiempos programados de la interconsulta (Oiberman et al., 2008; Oiberman, 2013). Se trata, por lo tanto, de un trabajo que se orienta a la prevención, lo que supone actuar con anterioridad al desencadenamiento de la crisis para evitar una patología en la madre y en el niño (Schneider, 2005).

La función del psicólogo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales consiste en dar lugar a la palabra, capaz de permitir que esos bebés cuyos cuerpos son asistidos, y en cierto sentido, invadidos puedan acceder a lo subjetivo, a lo particular, en tanto fundamento para la filiación y para su identidad. Es importante que las intervenciones, en un contexto donde reina la urgencia, apunten al rescate de lo temporal, a propiciar un momento para la escucha. El psicólogo deberá valorizar y confirmar el lugar de los padres, ya que se ha demostrado que no hay recuperación posible si el bebé se encuentra aislado, separado de su madre y su familia (González y Naddeo, 2007). El psiquiatra de niños, y podemos agregar el psicólogo, es cada vez más necesario en las unidades de neonatología, ya que el recién nacido de riesgo se enfrenta a condiciones vitales totalmente diferentes a las de los otros niños. Por este motivo, el psiquiatra debe investigar mediante la observación, la influencia que estas condiciones pueden tener sobre las interacciones y su futuro comportamiento (Kreisler y Voyer, 1990).

Mathelin (1995) sostiene que con frecuencia los médicos demandan la participación de un especialista en psiquiatría y/o psicología infantil en los Servicios de Neonatología, lo que ocurre por lo general frente a padres que se descompensan. Una modalidad diferente de abordaje supone orientar el trabajo hacia la situación que vive el

bebé, llevándose a cabo dentro del Servicio y durante la hospitalización del recién nacido. Se estimula a los padres a hablar de este hijo contemplándolo desde una perspectiva integral, ya no solo en relación al peso o la edad gestacional, sino de las circunstancias de su nacimiento, de su historia, de ese bebé imaginario al que, poco a poco, le devuelven la humanidad frente al horror de lo real que están viviendo. Las entrevistas se realizan con la frecuencia que los padres deseen mientras dure la internación, tanto en un consultorio como junto a la incubadora de su hijo, dando lugar a la demanda de los mismos. El trabajo del analista en un Servicio de Neonatología no es tranquilizar o intentar suprimir el sufrimiento a cualquier costo, es necesario hablar de la violencia, del odio que la situación provoca. En el encuentro entre una madre y su hijo prematuro o enfermo, la culpabilidad aparece siempre en primer plano, por lo que es fundamental evitar que el frágil vínculo entre padres e hijos se quiebre.

Los padres necesitan que se les ofrezca un espacio para expresar sus preocupaciones, temores y dudas que no se animan a plantear abiertamente (Brazelton y Cramer, 1993). Estos padres, durante la internación de su hijo, requieren de un importante sostén psicológico, específico a sus necesidades durante este periodo y luego del alta. Este tipo de intervención tiene como finalidad responder a las preguntas que los padres pueden plantearse durante la internación; crear un espacio para la palabra y establecer una relación con el equipo médico que permita afrontar los momentos de dificultades interactivas que los padres y sus hijos puedan enfrentar durante la internación; conocer el desarrollo psíquico del bebé a fin de brindarle la atención que requiera (Fava Vizziello, Bricca y Cassibba, 1993).

En nuestro país, un grupo de investigadoras desarrollan desde 1990 un programa de trabajo en el Hospital Ana Goitía de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, acoplándose a la guardia neonatológica e interviniendo en las crisis. La labor consiste principalmente en acompañar y sostener psicológicamente a la madre y su familia ante la internación del bebé en la terapia neonatal; decodificar las angustias, emociones y la historia familiar de ese bebé; sostener al equipo cuidador de médicos y enfermeras y realizar observaciones vinculares madre-hijo durante la internación. Estas investigadoras realizan entrevistas a los padres de los bebés que se encuentran internados en la UCIN, ofreciendo una oportunidad de considerar la situación estresante y sostenerlos durante la misma; se coordinan talleres de reflexión y contención mediante reuniones semanales con las madres que permanecen en la residencia para madres; luego del alta del bebé, se realiza un seguimiento de los niños que estuvieron internados en la UCIN.

La inclusión del psicólogo en el equipo de salud perinatal supone tener en cuenta que el embarazo, el parto y el puerperio no se pueden pensar sólo desde el acto médico, sino que la constelación familiar, de pareja y social, son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y de nacimiento. Es frecuente que la intervención se realice a pedido del equipo de salud, sin que sea la madre y/o la familia quien demande atención (Oiberman et al., 2008). Por lo general, se trata de intervenciones que se realizan en una única ocasión ya que, una vez resuelta la situación médica, es común que la madre y su hijo no regresen al hospital. El punto central de la tarea consiste en sostener a las madres

y la familia en los momentos de crisis. El trabajo con las madres y sus hijos internados permitió reconocer, que, en muchos casos, las madres se ven agobiadas por preocupaciones que les generan angustia e inhibiciones, que muchas veces no están directamente conectadas con la internación o el estado de salud de su hijo (Oiberman, 2005).

Vega (2006) sostiene que el rol del psicólogo en un servicio de neonatología implica ser un facilitador del desarrollo de personas que atraviesan una situación de crisis e incertidumbre, para esto se debe operar desde una óptica bio-psico-social. Se trata de un trabajo que se realiza "en la trinchera", es decir que se lleva a cabo allí donde la situación se presenta, donde transcurren los hechos. El recién nacido que es atendido en una UCIN se encuentra expuesto a un ambiente con numerosos sonidos, alta iluminación y movimiento, por lo que es esperable que presente alteraciones en el sueño, en el llanto y la conducta, tanto durante la internación como posteriormente en el hogar. Cuando los padres se enteran que deben separarse de su hijo porque éste debe permanecer internado, la información genera nuevos interrogantes. Por este motivo la comunicación entre el profesional psicólogo y los padres debe apuntar a ordenar la información. Frente al diagnóstico, los padres inician un proceso de búsqueda de significados, a veces a través de la negación, la rebeldía o el aislamiento, para dar lugar finalmente a la aceptación del diagnóstico y del tratamiento. La esperanza es un elemento que ayuda a los padres a atravesar por esta situación, que los lleva a sentir que pueden ser ayudados por el psicólogo o bien pueden recurrir a una dimensión religiosa para aliviar el sufrimiento. El sentimiento de los padres de estar involucrados en los cuidados de su hijo, así como en la toma de decisiones permite a los padres dar significado a la situación.

En los contextos institucionales el vínculo inicial madre-bebé merece una especial atención, ya que en estas circunstancias el modo de vincularse inicialmente se ve alterado. Es necesario pensar la problemática en forma relacional, es decir, integrando al bebé, al adulto cuidador y a la institución, considerando como fundamental el modo de comunicación que el terapeuta utiliza en sus intervenciones a lo largo de los diferentes momentos de la internación. Comenzando con el bebé, las intervenciones destinadas a favorecer un proceso de apego son fundamentales, ya que si esto no ocurre se genera el terreno propicio para posteriores dificultades; en este sentido la evaluación temprana permite detectar problemas o bien facilitar el normal desarrollo del cerebro. El trabajo con los padres supone focalizarse en lo que sienten, en lo que piensan en estas circunstancias, estimulando las estrategias que cada uno tiene para la toma de conciencia y la posibilidad de resolver las dificultades; en este sentido es importante conocer si los padres cuentan con redes familiares y sociales de apoyo. La intervención destinada al equipo de salud supone cuidar al cuidador, atender a sus necesidades, reconocer las propias limitaciones y las del equipo de salud, la importancia de los lazos significativos, del humor (Vega, 2011; Vega, 2013).

3.6. Desarrollo durante el primer año de vida

"…El progreso de un bebé es el resultado de la interacción entre la naturaleza y la crianza… solo si el bebé no dependiera del ambiente para desarrollarse uno podría predecir su futuro…"

Brazelton, 2009.

Se denomina desarrollo infantil a todos aquellos cambios físicos, emocionales, mentales y sociales que tienen lugar en el niño a medida que éste crece, alcanza una mayor autonomía y se adapta al medio que lo rodea. Los primeros años de vida son decisivos en este proceso, constituyendo las bases para la salud futura del niño. Nikodem (2009) define el desarrollo como un proceso dinámico que continúa durante toda la vida y que consiste en la sucesión de una serie de etapas, lo que supone la transformación de la estructura y de las funciones de un organismo, básicamente como resultado de la interacción de los procesos de maduración y del aprendizaje. El cerebro del recién nacido se desarrolla rápidamente durante los primeros 5 años de vida, pero especialmente durante los primeros 3 años, por lo que se considera que se trata de un periodo de grandes avances en el desarrollo a nivel lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor. Este periodo es considerado de carácter crítico en el desarrollo cerebral, ya que al aplicar un estímulo específico se puede producir una acción específica. El cerebro del niño pequeño es extremadamente plástico, por lo que puede recuperarse y lograr una reestructuración neuronal luego de sufrir una lesión, logrando compensarse a nivel funcional aún a pesar de que se conserve el área cerebral dañada. Esta capacidad del cerebro de reorganizarse funcionalmente se encuentra en estrecha dependencia con las experiencias precoces, que tienen una gran influencia en el logro de las adquisiciones, no solo debido a que se presentan desde los comienzos de la vida, sino también debido a su estabilidad a largo del tiempo.

Numerosas investigaciones, desde aquellas llevadas a cabo con niños encontrados en estado salvaje hasta las investigaciones de Spitz sobre la hospitalización, han puesto en evidencia que el recién nacido detiene su desarrollo si no cuenta con un vínculo afectivo que lo aloje (Schejtman, 2008). Las características que tengan las interacciones y las relaciones interpersonales son fundamentales en los primeros tres años de vida del niño, ya que estas experiencias tempranas pueden llegar a modificar aspectos funcionales y anatómicos, así como de la conducta. En este sentido, lograr un desarrollo adecuado ya no depende exclusivamente de contar con un Sistema Nervioso intacto sino también con experiencias tempranas enriquecedoras y variadas, que proporcionen estimulación por medio de los distintos canales sensoriales y que permitan ensayar diversas y variadas respuestas frente a esa estimulación. Como se señaló anteriormente, la ausencia de experiencias afectivas satisfactorias y de contacto puede afectar el crecimiento y el desarrollo del niño tanto como la falta de alimentos y nutrientes adecuados (Nikodem, 2009).

Los factores que intervienen en el desarrollo se pueden describir como pertenecientes a tres categorías: lo dado, lo apropiado y lo autodeterminado. Lo dado comprende la naturaleza, la herencia, las potencialidades con las que cuenta el bebé y que madurarán. Se refiere a aquello que está presente desde la gestación, lo innato, que se actualiza y manifiesta en relación con el mundo. Lo apropiado es aquello que se va construyendo a partir de lo dado y mediante la relación con el mundo, tiene que ver con lo aprendido, lo adquirido. Finalmente, la autodeterminación remite a la libertad del sujeto, al interjuego entre lo dado y las oportunidades con las que interactúa el niño (Griffa y Moreno, 2010). El crecimiento, el desarrollo y la conducta están afectados por el medio en el que el niño vive, en un grado comparable a la influencia que puede tener su constitución biológica. El niño en desarrollo y el medio interactúan y se modifican mutuamente a lo largo del tiempo. Cuanto más estimulante, contenedor y apropiado sea el medio ambiente mayor será la posibilidad de lograr un desarrollo y conductas óptimas. En cambio, las probabilidades de dificultades aumentan cuando coinciden un niño biológicamente vulnerable y un ambiente inadecuado (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003). Para que se produzca un desarrollo sano los estímulos deben estar presentes en cantidad, calidad y momentos adecuados. La estimulación fluctuante, a destiempo y/o la hiperestimulación son tan nocivos para el desarrollo como la escasa o nula estimulación. La calidad y la temporalidad de la estimulación justificarían porque muchos niños presentan trastornos del desarrollo a pesar de no haber sufrido agravios durante el periodo perinatal, atento a que las influencias del ambiente actúan sobre el desarrollo (Schapira et al., 1998).

Desde el momento del nacimiento el cerebro crece y se desarrolla a partir de los estímulos que recibe. En estos primeros años, sostener en brazos al bebé, acunarlo y hablarle suavemente son acciones que estimulan el crecimiento del cerebro y favorecen el desarrollo emocional del infante. Por el contrario, aquellas situaciones estresantes como las situaciones de violencia, adicciones, maltrato, pueden producir retraso a nivel cognitivo, dificultades emocionales, sociales y en la conducta del niño (Para la vida, 2011). Las personas se desarrollan en relación con los otros y con su ambiente, y que al igual que las personas, las relaciones cambian a través del tiempo. En este sentido, los cambios que se producen en el desarrollo se dan dentro del marco de las relaciones interpersonales y responden a ciertos patrones o leyes (Fogel, Garvey, Hsu y West-Stroming, 2006). Si bien el ritmo de desarrollo es singular en cada niño, ya que inciden las características propias, la maduración del Sistema Nervioso, el estilo de las interacciones con los adultos y las características del ambiente, existen una serie de hitos que pueden considerarse como esperables.

3.6.1. El Desarrollo Cognitivo durante el primer año

El desarrollo cognitivo abarca desde la vida fetal hasta alcanzar la maduración completa del individuo, y depende no sólo de los patrones genéticos sino también de las influencias psico-sociales como del medio ambiente en el que crece el bebé. Si bien existen bases neurofisiológicas que influyen sobre las funciones cognoscitivas, también

debe considerarse el efecto que la cultura tiene sobre la forma de pensar o utilizar la inteligencia (Schapira, 2007). Se trata de un proceso que se da en una relación dinámica con el ambiente a través de dos procesos fundamentales, que son la asimilación y la acomodación. Piaget (1936/1969, 1956/1988) mantiene una posición constructivista del desarrollo cognoscitivo del ser humano y para él la inteligencia es esencialmente operativa. Diferencia cuatro grandes períodos en el desarrollo de la inteligencia: el sensorio motor -desde el nacimiento hasta los 2 años-; el preoperatorio -de 2 a 6-7 años-; el operatorio concreto -de 6-7 a 11-12 años- y el de las operaciones formales u operatorio formal -de 11-12 años en adelante-. Estos periodos a su vez se dividen en estadios.

En la investigación que se presenta se focalizó en el primer periodo que Piaget (1936/1969, 1956/1988) denominó Inteligencia Sensorio-Motriz. Éste se caracteriza por la capacidad del bebé de resolver problemas a partir de acciones en las que intervienen principalmente la percepción, las actitudes, el tono y los movimientos, sin recurrir a operaciones simbólicas, es decir sin utilizar el lenguaje verbal. Dentro de este período el infante progresivamente va relacionando objetos y actos, distinguiendo los medios de los fines y utilizando hacia fines del período procesos de inferencia.

El periodo mencionado se divide en seis estadios (Piaget, 1936/1969, 1956/1988): el Estadio I -0 a 1 mes- que se caracteriza por actividades totales y espontáneas del organismo. El bebé utiliza esquemas reflejos innatos como el de succión, que se afinan con el sucesivo ejercicio. En el Estadio II -2 a 6 meses- se desarrollan las reacciones circulares primarias, que consisten en una acción que ha producido un resultado agradable y tiende a realizarse nuevamente. El bebé por casualidad descubre esta acción, por ejemplo, chuparse el dedo, y luego intentará repetirla para obtener el placer. La adquisición de las habilidades depende de la repetición de acciones placenteras provocadas casualmente. A estas conductas adquiridas Piaget las denominó *hábitos elementales* porque aún el bebé no distingue los medios de los fines.

Piaget (1936/1969, 1956/1988) postula que en el Estadio III -6 a 8 meses-, el bebé logra las reacciones circulares secundarias. Se caracterizan por la intencionalidad, ya que descubre que cuando repite una acción logrará el mismo fin. El bebé repite voluntariamente sus actos para obtener un resultado, por lo que el interés recae sobre éste. Estas reacciones circulares contribuyen a ampliar el mundo de los objetos con los que juega el bebé. En el Estadio IV -9 a 12 meses- el bebé aplica a situaciones nuevas los esquemas sensorio motrices ya adquiridos. El logro de la locomoción facilita la experimentación con más objetos y nuevas situaciones, el bebé comienza a explorar, es capaz de esperar y dejar que se desarrollen situaciones para observar los resultados, comienza a diferenciar entre medios y fines. En el Estadio V -13 a 16 meses- el infante logra las reacciones circulares terciarias, que se caracterizan por conductas de búsqueda activa de algo nuevo. El infante es capaz de resolver los problemas por tanteo y experimentación con las cosas y las situaciones, va a producir una gran diversidad de estrategias de una cierta originalidad en su conducta. Finalmente, en el Estadio VI -17 a 24 meses- la imitación desempeña un papel clave en las nuevas adquisiciones. El infante puede acomodar los esquemas con los que cuenta a situaciones y objetos nuevos. Posee

la capacidad de recordar, combinar mentalmente e inventar nuevos esquemas de acción, además comprende la relación de causalidad entre los hechos. Debido a su capacidad para recordar imágenes y de relacionarlas con experiencias anteriores, el niño comienza a anticipar y prever acciones, e incluso se da una invención de medios nuevos por combinación mental, y se logra la construcción del esquema de objeto permanente.

3.6.2. El Desarrollo Psicosocial y motor durante el primer año

Schapira, Roy y Cortigiani (2002) afirman que el desarrollo psicosocial y motor que alcance el bebé durante el primer año de vida dependerá de una nutrición adecuada, de los cuidados y afectos que reciba, así como de la maduración de su Sistema Nervioso. Algunos infantes desarrollarán más habilidades en los aspectos motores, otros en lo social o el lenguaje, lo que da cuenta de las variaciones individuales que pueden presentarse. A continuación, se exponen una serie de conductas esperables en los distintos momentos del desarrollo. En el recién nacido los movimientos son espontáneos, accidentales y automáticos. El bebé ejercita los reflejos presentes antes y luego del nacimiento como tragar, succionar, apretar el dedo que se le ofrece, fijar la mirada, oler y oír. El recién nacido llora, cierra los párpados y se sobresalta ante un ruido intenso; se chupa la mano o el pulgar; tiene la mano cerrada con el pulgar incluido, o cierra los dedos de manera involuntaria al tocarlo en la palma de su mano. Al ser colocado en posición prona mantiene todo su peso sobre la parte inferior y anterior del cuerpo, es capaz de girar la cabeza hacia ambos lados para liberar la boca y los orificios nasales. A medida que el bebé está más alerta comienza a levantar y girar su cabeza. Ante un movimiento o un sonido brusco aparece la Reacción de Moro que consiste en una repentina apertura y cierre de los brazos y piernas acompañada de llanto en algunos casos. El recién nacido es capaz de fijar la mirada en el rostro de su madre y se siente atraído con colores brillantes y la luz intensa. Si el bebé tiene entre 28 y 40 semanas la fijación visual existe, pero es fugaz, discontinua, se agota fácilmente y requiere de facilitación, es decir contención y alineación corporal. A partir de las 36 semanas la respuesta mejora y al alcanzar las 40 semanas hay un buen “enganche visual” mientras dure el interés del bebé. El recién nacido desde el nacimiento e incluso con anterioridad muestra sensibilidad a los sonidos, tranquilizándose al escuchar la voz de su madre, a quien mira, y abre la boca. Al colocarlo de pie sobre una superficie dura descarga peso sobre sus piernas, lo que es una preparación para la bipedestación. El recién nacido llora para comunicar sus necesidades, su malestar, sus estados emocionales y se amolda a los brazos de quien lo sostiene (Schapira, Roy yCortigiani, 2002).

Entre el primero y el tercer mes de vida, las reacciones primarias o primitivas (reflejos arcaicos), como la de Moro y la Marcha Automática comienzan a disminuir en intensidad para desaparecer al final del primer trimestre. Las manos ya no se cierran tan fuertemente, los miembros superiores e inferiores están menos flexionados. El bebé incrementa su actividad, lo que se observa en el movimiento permanente de la cabeza, que contribuye al desarrollo del seguimiento visual y a la coordinación, también patalea enérgicamente. Si se lo coloca boca abajo es capaz de levantar la cabeza y los hombros,

alrededor de los 3 meses si está sentado puede sostener la cabeza y alinearla con el tronco. Al finalizar el tercer mes puede tomar algunos objetos con las manos, llevarlos a la boca y a la línea media del cuerpo. Al estar tendido sobre su espalda adopta la posición de "esgrimista", manteniendo extendidos el brazo y la pierna del lado al que está orientado el rostro mientras que los del lado contrario están flexionados. Emite sonidos, que en un primer momento son guturales, para dar lugar luego a arrullos, gorjeos y ajó acompañados de movimientos de brazos y piernas, así como de sonrisas. Al escuchar un ruido intenso responde inhibiendo su motricidad. En estos meses, el bebé logra fijar mejor la mirada y seguir un objeto que se ubica frente a sus ojos, primero hasta la línea media y al final del trimestre en un giro de 180º. Se interesa más por las cosas y las personas que lo rodean, apareciendo la sonrisa social al tercer mes frente a la Gestalt de un rostro humano (Schapira et al., 2002).

Entre los 4 y los 6 meses se produce un momento importante en el desarrollo cerebral, ya que se combinan las acciones de ambos hemisferios, todo lo que el bebé toma ahora también es mirado y succionado. El bebé logra la línea media, las manos están bien abiertas y puede llevarlas a la boca, juntarlas en el centro del cuerpo logrando la coordinación mano-boca y ojo-mano. Ahora reconoce las características de los objetos -duro, blando, dulce, amargo-; puede dirigir la cabeza y la mirada hacia los objetos y los sonidos con facilidad; puede golpear los objetos contra la mesa, pasarlos de una mano a la otra, buscarlos en el piso si se le caen. El bebé se incorpora con mayor facilidad; aún no logra sentarse solo, pero permanece con el cuerpo inclinado hacia adelante, apoyando las manos en forma de trípode. Alrededor de los 6 meses ya logrará sentarse sin ayuda; algunos infantes se levantan apoyándose en las manos y las rodillas lo que se conoce como gateo. Aparecen en este momento sonidos silábicos como *da, pa, ta, ma*. Al acercarse a los 6 meses gira su cabeza al ser llamado por su nombre o apodo, se tranquiliza con la música. Es capaz de encontrar un objeto que se encuentra parcialmente cubierto, disfruta de jugar e imitar juegos y gestos simples. A esta edad el bebé es capaz de reconocer a los familiares y llorar ante los extraños, puede expresar su alegría, su enojo mediante gritos y llantos. Al ver su imagen en un espejo busca acariciarla, emite sonidos; aún no se reconoce a sí mismo, pero está interesado en la imagen de un bebé. Puede esperar un corto tiempo mientras le preparan la comida, quiere comer solo y con las manos (Schapira et al., 2002).

En el periodo que abarca entre los 7 y los 9 meses, el bebé logra el dominio de la posición sentada. Cuando se encuentra boca abajo puede mover la cabeza hacia ambos lados, separa el pecho, el abdomen y la cabeza de la base gracias al apoyo de las manos que están abiertas. Puede sentarse solo, pasando de la posición de cuatro miembros ala de sentado; logra gatear coordinadamente e intenta pararse aferrándose de los muebles, también puede alcanzar objetos cercanos o más alejados. El bebé es capaz de sostener un juguete en cada mano, pero aún no encuentra la solución frente a un tercero, juega activamente con objetos sonoros y de colores brillantes, los alcanza por sí mismo; toma objetos pequeños con participación del pulgar como apoyo y acercándolo con otro dedo o con los cuatro restantes -*pinza inferior*-; señala con el índice cuando se le muestran

objetos pequeños. En este momento aparecen las primeras conductas intencionales, sabe cómo lograr lo que desea; si se oculta completamente un objeto ante su vista puede descubrirlo para encontrarlo, esto indica que el bebé mantiene la imagen interna del objeto o de la persona en su ausencia. Comienza a arrojar los objetos para explorar el espacio, la gravedad y el tiempo; explora orificios de su propia cara o de las personas que lo cuidan. El bebé emite silabas como *má, pá, tá* que carecen de significado, pero la comunicación es intencional; grita en demanda de atención; aprende el significado del "no" por el tono y la actitud de quien se lo dice. En este momento aparece la llamada "angustia del 8vo mes" (Spitz, 1965/2003) que se manifiesta en llanto frente a los extraños buscando en forma casi permanente a su madre o a personas conocidas. A esta edad el bebé imita gestos, toses y mímicas; al final del trimestre puede decir papá, mamá con significado (Schapira et al., 2002).

En el periodo que abarcan los 10 hasta los 12 meses, el bebé es capaz de expresar sus emociones, reconocerlas en los otros, actúa con intencionalidad y busca la aprobación de los que lo rodean. Puede imitar gestos, sonidos y conductas; se encuentra más desarrollado el lenguaje comprensivo por lo que entiende lo que se le dice especialmente si va acompañado de gestos, puede repetir una o dos palabras; aparecen las onomatopeyas, la palabra-comodín y la jerga. Aún le cuesta separarse de la madre; entrega un objeto cuando se le pide y no teme perderlo; es capaz de tomar objetos pequeños utilizando el pulgar y el índice denominado -*pinza superior*-, puede señalar los objetos con el índice para pedirlo. El bebé es capaz de ensartar anillos en un palo, colocar objetos pequeños dentro de un recipiente y sacarlos; arruga y rompe papeles; señala partes del cuerpo; mueve su cuerpo como si bailara al escuchar música o melodías que son familiares. Descubre el llamado: paso de oso, donde camina apoyando las manos y los pies en el suelo; aún puede que no logre caminar solo, pero si lo hace tomado de los muebles, puede quedarse parado solo sin ayuda abriendo las piernas para aumentar la base de sustentación y luego se deja caer sentado. El bebé logra subir a las sillas, a la cama, puede subir y bajar escaleras gateando; hace rodar una pelota; abre cajones y armarios para ver lo que hay en su interior; le gusta dar vuelta las páginas de libros o revistas con dibujos de animales u objetos llamativos y que reconoce; ayuda a vestirse; puede tomar de un vaso derramando parte del contenido y quiere comer solo (Schapira et al., 2002).

3.6.3. El lenguaje

El lenguaje puede ser definido como la utilización sistemática y convencional de sonidos (signos o símbolos escritos) con el propósito de comunicarse o auto-expresarse (Crystal citado en Hoff, 2014). Para algunos infantes la adquisición del lenguaje puede ser dificultosa debido a discapacidades intelectuales, impedimentos auditivos o lesiones cerebrales, mientras que otros niños tienen dificultades aún en ausencia de algún tipo de deterioro. La capacidad humana para el lenguaje reside en la posibilidad del cerebro de recibir los estímulos que provienen del ambiente y producir como resultado el habla y la capacidad para comprender el lenguaje. Desde una perspectiva interaccionista, la adquisición del lenguaje resulta de la interacción de las características innatas de la mente

del infante y de las experiencias lingüísticas que éstos tienen en el contexto de interacciones comunicativas. Un aspecto crucial en la adquisición del lenguaje es la interacción social con otra persona, de ahí que la capacidad para producir lenguaje depende en gran medida del ambiente que provee al infante de experiencias en torno al lenguaje, así como, de un funcionamiento adecuado del aparato vocal y del cerebro humano (Hoff, 2014).

La autora plantea que los diferentes ambientes en los que los niños se encuentran generan diferencias en el desarrollo del lenguaje, en las habilidades lingüísticas y el vocabulario que ellos despliegan en cualquier edad. Cuando los adultos les hablan a los niños modifican su discurso de numerosas maneras, proveyéndoles así de mejores datos para adquirir el lenguaje. Las respuestas maternas a los sonidos del bebé también influyen en el desarrollo del lenguaje, aquellas madres que no solo responden, sino que lo hacen de un modo acorde a las señales verbales y no verbales de su hijo parecen contribuir mayormente al desarrollo del lenguaje. La experiencia del infante de oír los sonidos que él mismo produce también es un acontecimiento significativo, ya que le permite conocer la correspondencia entre lo que hace con su boca y los sonidos que escucha. Las diferencias a nivel socioeconómico, como el nivel educativo de los padres y la ocupación, también han sido asociadas a variaciones en el desarrollo del lenguaje. A pesar de que es cierto que los niños adquieren el lenguaje a lo largo del mundo, a pesar de las diferentes circunstancias en las que se encuentran inmersos, éstas tienen un claro efecto en las tasas de desarrollo del lenguaje, la velocidad con la que se da este proceso y en el vocabulario (Hoff, 2014).

3.6.4. Los cinco estadíos en el desarrollo preverbal

Stark (citado en Hoff, 2014) describe cinco estadios en el desarrollo preverbal. El primero abarca el llanto y los sonidos vegetativos que realiza el bebé y que acompañan las funciones biológicas de respirar y succionar. Estos sonidos luego serán utilizados para los sonidos del habla. El segundo estadio comienza entre las 6 y las 8 semanas cuando los bebés comienzan a realizar arrullos y reír cuando están contentos y contenidos. Los primeros arrullos del bebé suenan como vocales largas y las primeras risas aparecen alrededor de las 16 semanas. El tercer estadio de juego vocal o de expansión tiene lugar entre las 16 y 30 semanas, se caracteriza por un aumento de sonidos que suenan como vocales y consonantes. Las largas series de sonidos que el bebé produce hacia el final de este estadio se han denominado balbuceo marginal. En el cuarto estadio, entre los 6 y los 9 meses, la cualidad de las vocalizaciones del bebé cambia y empieza a balbucear. Este balbuceo propiamente dicho, se distingue de las vocalizaciones previas porque consiste en sílabas que son reduplicadas en series donde se combina la misma vocal y la misma consonante (*dada, baba*). El quinto estadio se presenta entre los 9 y los 12 meses, se caracteriza por la rápida expansión en el número de vocales y consonantes que el bebé pronuncia, que son combinadas en diferentes series. El bebé produce la melodía del lenguaje, pero sin palabras, lo que generalmente se conoce como jerga que luego dará

lugar a *las palabras de bebé*, que consisten en palabras inventadas que suenan como verdaderas palabras, pero no pueden identificarse con ninguna de ellas.

3.6.5. Dificultades en el desarrollo en los bebés de alto riesgo

Nágera (1983) plantea el concepto de interferencias en el desarrollo, entendidas como cualquier evento que perturba el curso típico del mismo. Se pueden distinguir las interferencias accidentales, que no son deliberadas, por ejemplo, las separaciones de la madre y el hijo debido a enfermedades u hospitalizaciones; y las interferencias intencionales, que se imponen activamente al niño desde la cultura, la sociedad u alguna figura de autoridad, por ejemplo, una enseñanza rígida y temprana de los hábitos higiénicos. Las interferencias suponen que la estimulación e interacción mínima entre la madre y el niño no se produce, y los efectos que éstas tengan dependerán del carácter del niño y de la fase del desarrollo durante la cual se producen. Los niños suelen reaccionar ante las interferencias con ansiedad, regresiones, abandonando adquisiciones ya adquiridas o exhibiendo conductas anormales.

La posibilidad de aparición de alteraciones en el desarrollo es elevada en bebés de alto riesgo, especialmente si se asocia con el riesgo ambiental (Schapira et al., 2005). Comprender el desarrollo del niño supone considerar de manera interrelacionada tanto los componentes biológicos como las experiencias, ya que por separado ninguno permite entender tan complejo proceso (Tinsley y Parke, 1984). La investigación sobre el desarrollo permite detectar posibles fallas que se han producido en las relaciones tempranas, que junto a la confluencia de otros factores pueden dar lugar a determinados problemas en el desarrollo. Afortunadamente, inclusive un bebé prematuro o con daños congénitos puede superar las dificultades si cuenta con un ambiente comprensivo, sensible y adecuado (Brazelton y Cramer, 1993).

Las alteraciones más frecuentes en los bebés de alto riesgo se presentan en el crecimiento, en el desarrollo tanto en el área motora como dificultades en la adquisición de la marcha y/o en la coordinación de los movimientos; en el área sensorial pueden presentar problemas de visión o de audición, retrasos en el desarrollo del lenguaje; asimismo posteriormente pueden surgir problemas de aprendizaje, de atención y de conducta, entre otros (Schapira, 2008). En un estudio multicéntrico realizado en nuestro país, Paolini, Santos y Oiberman (2014) hallaron una asociación entre los percentiles de riesgo o retraso en el desarrollo cognitivo y las variables edad gestacional y situación laboral del padre. Las autoras concluyen que la frecuencia de retraso en el desarrollo cognitivo tiende a aumentar a medida que disminuye la EG, también se observó una frecuencia significativamente mayor de niños con retraso en el desarrollo cognitivo entre aquellos cuyos padres estaban desempleados.

Se conocen desde hace tiempo, los efectos significativamente adversos, que tienen en el desarrollo emocional las situaciones de privación afectiva y sensorial, las agresiones externas en momentos iniciales de la vida como las intervenciones punzantes y cortantes (Tustin citada por Hoffmann, 2008), pero lo más llamativo es que en muchos casos estas

condiciones no dejan huellas en la subjetividad (Hoffmann, 2008). Así es que, en el desarrollo que alcance un bebé prematuro y/o de alto riesgo, intervienen un sinnúmero de variables, que tienen que ver con el alto riesgo biológico, que incluye los antecedentes perinatales, escaso control prenatal, prematurez; así como también con el riesgo ambiental, si es que los recién nacidos provienen de un ambiente con condiciones sociales, culturales y/o afectivas poco favorables, con ausencia de apoyo familiar, la falta de cuidado o interacciones adecuadas y el maltrato, entre otros. Los recién nacidos prematuros parecen ser especialmente vulnerables a ambientes sociales de riesgo, tales como la pobreza, el bajo *status* social y escaso nivel educativo (White-Traut y Norr, 2009). Esto puede dar lugar a un riesgo mixto en este grupo de bebés lo cual está asociado con elevados índices de retraso/riesgo en el desarrollo de los infantes. Esto supone que el efecto de la patología orgánica se potencia a raíz del ambiente desfavorecedor. Por otro lado, para resaltar la influencia del entorno, se ha descripto el impacto que la internación prolongada en la UCIN tiene en el desarrollo del bebé, por el aumento de estímulos, de prácticas invasivas, la alteración de los vínculos familiares, la depresión materna y el estrés materno entre otros (Rodríguez, Vivas, Cangelosi y Schapira, 2008).

El desarrollo neurológico, motor y sensoperceptivo (audición y visión) del bebé se puede ver impactado por factores de riesgo biológico, entre los que se encuentra el nacimiento anterior a las 30 semanas de EG, el peso de nacimiento inferior a 1,250g., y patologías como la asfixia perinatal severa, la hipoglucemia, las hemorragias intraventriculares, la hidrocefalia, la meningitis, la displasia broncopulmonar, la enterocolitis necrotizante, el retardo en el crecimiento intrauterino y el sufrimiento fetal. A su vez, el riesgo ambiental está relacionado con el bajo nivel intelectual, la labilidad atencional, los trastornos de memoria, del lenguaje, de la comunicación o psicomotores, las dificultades en el aprendizaje y/o en la conducta. Estas alteraciones del desarrollo están vinculadas con varios factores: la escasez de controles prenatales durante el embarazo, la madre soltera y/o adolescente, los duelos maternos no resueltos como por ejemplo abortos previos o la muerte de un hijo, el bajo nivel de instrucción materna, la enfermedad orgánica o psíquica de la madre, las dificultades en el vínculo con el recién nacido, y la inestabilidad afectiva. La deprivación materna o sensorial puede afectar el campo motor y del lenguaje, así como también la prematurez, las enfermedades generalizadas y las infecciones recurrentes pueden impactar y retrasar el desarrollo durante el primer año de vida aún en bebés con un sistema nervioso intacto (Rodríguez et al., 2008; Bear, 2004).

Retomando los aportes de Lezine acerca del desarrollo psicomotor en el prematuro, Kreisler y Soulé (1990) afirman que el desarrollo evidencia un retraso en comparación con el de los nacidos a término; el mismo es proporcional al grado de prematurez más que al peso de nacimiento; se suele observar el retraso en las funciones posturales, motrices y en el lenguaje; el tiempo de recuperación está asociado al tiempo de adelanto en el parto. El ritmo de desarrollo es relativamente variable en cada individuo lo que denota la importancia de los factores externos sobre el mismo. Se destaca que la

presencia de trastornos en la segunda infancia está asociada al tiempo que el niño ha estado en incubadora.

Schapira et al. (2005) señala que los ambientes deficitarios, empobrecidos y con carencias múltiples tienen una influencia negativa sobre el desarrollo psicosocial y los aspectos físicos de la salud. El desarrollo psicosocial y afectivo infantil que el bebé alcance en los dos primeros años de vida está en relación con el aporte que realicen los padres en este periodo. Durante mucho tiempo se ha asociado el retraso psicomotor y el retraso mental con la prematurez, el bajo peso de nacimiento, los problemas metabólicos o genéticos, daños cerebrales ocurridos durante el parto, causas que se encuentran presentes en el 25% de los casos; sin embargo, en el restante 75% de los niños con déficits mentales moderados las causas son ambientales y no responden a las mencionadas anteriormente. Investigaciones realizadas en nuestro país, Chile y Uruguay arrojaron que la deprivación cultural, ambiental y psicosocial impacta negativamente en el desarrollo psicosocial como en el bienestar físico de los niños, quienes no podrán desarrollar su potencial ya que los primeros años de vida son un periodo crítico y fecundo para el desarrollo.

Schapira et al. (2005) enfatiza que en contextos de pobreza socioeconómica y de educación, los estímulos que reciben los bebés son escasos; los padres agobiados por el trabajo y las preocupaciones económicas tienen mayores limitaciones para brindarse emocionalmente a sus hijos, por lo que el sostén necesario y la experiencia de dependencia emocional se ven amenazados. A partir de su investigación, Vega (2006) coincide al señalar que el factor social genera una gran vulnerabilidad en estos niños. Se ha demostrado que los niños que pertenecen a clases sociales bajas se encuentran expuestos a mayor cantidad de situaciones estresantes y presentan mayores perturbaciones que los niños de sectores socioeconómicos más elevados. No obstante, estas condiciones, Schapira y colaboradores (2005) afirman que el desarrollo final que el niño alcance dependerá del interjuego entre los factores de riesgo y los factores protectores, los problemas biológicos pueden ser modificados por los factores ambientales, mientras que ciertas condiciones de vulnerabilidad en los bebés pueden deberse a factores sociales-ambientales y no exclusivamente a los de tipo biológico. Algunos de los factores protectores que pueden estar presentes en los padres y contribuir al desarrollo del niño son: las estrategias de afrontamiento cambiantes y adaptadas a las circunstancias, contacto madre-bebé y padre-bebé continuo y prologado, alimentación a pecho, calidad del “maternaje”, organización de la vida cotidiana, apoyo de familiares, amigos, vecinos y equipo de salud.

Kreisler y Cramer (1990) sugieren que en los primeros años de vida las alteraciones más frecuentes se presentan en la alimentación y el sueño; la otra gran vía de expresión es el comportamiento motor (hiperactividad, excitación, agitación, apatía, inercia, organizaciones motrices inhabituales, autoeróticas o exploratorias; y los trastornos del desarrollo. En el niño pequeño, la distinción entre las dificultades de origen físico y psicológico es más difícil. El cuerpo es el medio privilegiado por el cual el niño expresa su malestar, en el que siempre es posible pesquisar la incidencia etiológica de la

organicidad y de los factores del entorno. La deprivación afectiva, la discontinuidad y ruptura en la relación, las separaciones prolongadas y no anticipadas, la inestabilidad en los lugares y en las personas encargadas del cuidado del niño, la irregularidad en los comportamientos maternos, la incoherencia o el exceso en los cuidados, la sobrecarga de excitaciones o sobre estimulación, constituyen las mayores causas de desequilibrios en la infancia.

La edad materna también es un factor que ha sido asociado a dificultades en el desarrollo posterior de los bebés de alto riesgo. Marotta (2007) a partir de una investigación conducida en Uruguay, sostiene que los hijos de madres adolescentes, quienes en muchos casos pertenecen a sectores pobres de la sociedad, presentan mayores índices de retraso en el desarrollo, especialmente del lenguaje y del pensamiento simbólico. Esto está asociado a las interacciones tempranas que estas madres establecen con sus hijos, caracterizadas por una menor disponibilidad emocional debido a la edad y a la condición de pobreza, por la ambivalencia, por el conflicto que se genera entre sus propias necesidades y las de sus hijos. Las dificultades en el ejercicio de la maternidad se presentan al tener que resignar la posición subjetiva de hija para asumir la de madre, lo que supone un proceso de reorganización psíquica. Nikodem (2009) enfatiza que desde la gestación hasta los 3 años el cerebro se encuentra en un periodo crítico de crecimiento, en el cuál es altamente susceptible a las influencias ambientales adversas, a los déficits nutricionales y a las experiencias interpersonales desorganizadas, que podrán tener un impacto altamente negativo en su desarrollo futuro, tanto físico como mental, poniendo en evidencia la interrelación entre la naturaleza y el ambiente.

3.6.6. Interferencias en el desarrollo en bebés de alto riesgo

Estos bebés pueden presentar en su evolución morbilidades tanto a corto plazo como a largo plazo. Dentro del primer grupo, se destacan las anomalías transitorias del tono muscular; el retraso en la aparición de hitos del desarrollo, fundamentalmente los neuromotores; los trastornos sensoriales tanto en la visión como la audición; el retraso en el desarrollo del lenguaje expresivo aún en presencia de una audición normal, y sin compromiso de la conducta, la comunicación y el desempeño social; desórdenes a nivel del procesamiento sensorial, que conlleva dificultades en la autorregulación que también pueden estar asociadas a las pautas de crianza. El primer año de vida es el periodo donde las consideraciones acerca del desarrollo motor son muy relevantes, sin embargo, no deben descuidarse la interacción, la comunicación, la atención. A largo plazo, las dificultades suelen presentarse en el ingreso escolar y se manifiestan como trastornos del aprendizaje, especialmente por dificultades visoespaciales, del lenguaje y de la percepción, y/o trastornos de conducta. La incidencia de estos trastornos aumenta a medida que disminuyen el peso de nacimiento, la edad gestacional, y se incrementan los trastornos médicos y los problemas sociales (Oreiro, 2013). Los niños que están más expuestos a presentar déficits cognitivos son aquellos que tuvieron extremo bajo peso de nacimiento, hemorragias intracraneana, asfixia perinatal, retardo en el crecimiento intrauterino, déficits sensoriales, o que crecen en un medio familiar y/o social inadecuado

(Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003). Se ha señalado que el extremo bajo peso de nacimiento, la presencia de Enterocolitis Necrotizante (NEC), patología pulmonar y el sexo masculino son predictores de alteraciones a nivel neurológico, sensorial y del desarrollo. Por el contrario, factores como el mayor peso de nacimiento, el sexo femenino, el mayor nivel de educación materna y pertenecer a la raza blanca están asociados con menor morbilidad en el desarrollo (Vohr et al., 2000).

Los bebés de riesgo están expuestos a una serie de factores que pueden impactar en el normal desarrollo visual. Las diferentes patologías que pueden afectar la visión inciden por consecuencia en la escolaridad dando lugar a trastornos del aprendizaje (Bizzarro, et al., 2006; Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003). La audición es la vía principal por la cual se adquiere el lenguaje oral a partir del cual el niño podrá simbolizar la realidad y desarrollar su capacidad para pensar. Debido a que el lenguaje, el pensamiento y el habla están íntimamente relacionados cuando se presentan problemas de audición se origina una problemática global que impacta no solo en el desarrollo del lenguaje sino también en el desarrollo cognitivo, social, conductual y afectivo del bebé, así como en el desempeño académico futuro. Algunos indicadores de la presencia de daño auditivo son: el bebé de 0 a 4 meses no se sobresalta ante ruidos fuertes o repentinos; el bebé no escucha una voz familiar - 2-4 meses -; no gira la cabeza ante sonidos suaves - 3-8 meses -; no localiza la fuente del sonido, no balbucea - 4-12 meses - (Brik, 2013).

Dentro del grupo de bebés de alto riesgo, la prematurez es considerada como un factor que incrementa el riesgo tanto a nivel audiológico como del lenguaje, que puede presentarse con retraso o con desórdenes. Se ha observado que el juego vocal de los bebés prematuros, si bien sigue las mismas etapas que el de los bebés a término, suele ser más pobre, a nivel de las vocalizaciones y del diálogo con la madre. Casiro, Moddermann, Stanwick y Cheang (1991) encontraron que el puntaje de los bebés prematuros en las pruebas de evaluación del lenguaje a los 12 meses suele ser significativamente menor que el de los bebés a término, evidenciando retraso en un 39% de los bebés evaluados. Estos investigadores señalan que los bebés prematuros muestran menor disponibilidad para ejecutar órdenes simples, más dificultad para comprender preguntas sencillas y para designar objetos, menor tendencia a imitar palabras y a utilizarlas de manera consistente. La aparición de las primeras palabras suele verse retrasada mientras que la comprensión del lenguaje parece ser normal, o bien la aparición de las palabras es normal pero el desarrollo posterior del vocabulario es lento. Se consideran como signos de alarma el empleo de una jerga pobre alrededor de los 12 meses de EC, que las primeras palabras no aparezcan antes de los 15 meses, dificultades para la comprensión de órdenes y consignas. Debido a esto, durante el primer año es importante observar las conductas comunicativas del bebé y de la madre, qué tipo de sonidos produce el bebé en cada etapa (desarrollo vocal) y si es acorde a lo esperable, los factores afectivos y vinculares (Jansson-Verkasalo et al., 2004; Martínez, 2013).

Kreisler y Soulé (1990) describen el Síndrome del Antiguo Prematuro, en el que se destacan numerosas perturbaciones en la primera y la segunda infancia. Respecto de la

primera infancia, mencionan: trastornos en la conducta alimentaria; trastornos del sueño, en la forma de insomnio inquieto; actividades rítmicas como balanceos, girar la cabeza, actividades de manipulación del cuerpo que adoptan la forma de descargas autoagresivas como golpearse la cabeza, arrancarse pelo, o autoeróticas; rituales en torno a la alimentación, la limpieza, el dormir; trastornos del comportamiento como berrinches y espasmos del sollozo. En la segunda infancia este síndrome se evidencia principalmente a partir de trastornos psicomotores; problemas de adaptación y fracaso escolar; inadecuación gestual, postural y mímica; dificultades en las relaciones y la comunicación con los demás. La mayoría de los prematuros que evidencian este síndrome presentan inteligencia normal. Los autores señalan que existen marcadas diferencias individuales entre los ex prematuros. Estas manifestaciones se pueden presentar en muchas circunstancias, pero se han descripto especialmente cuando existen fallas en la relación temprana, a nivel familiar y social. De esto se deduce, que intervienen dos factores en la aparición del síndrome: aquellos propios del niño, y otros relacionados al entorno. El futuro desarrollo de los niños prematuros no depende tanto de las complicaciones médicas en los primeros momentos de vida, sino que son los factores del entorno, en particular la relación padres-hijo, los que inciden de manera significativa en el desarrollo del niño. A su vez, se ha demostrado la plasticidad del psiquismo humano, ya que se producen cambios sorprendentes cuando varían, aunque de manera tardía, las condiciones familiares, sociales y vinculares.

3.6.7. Inclusión de los bebés de alto riesgo en un programa de Seguimiento del Desarrollo

Los primeros intentos de seguimiento de bebés prematuros y de riesgo estaban centrados en la supervivencia, solo con el paso de los años se empieza a realizar distinciones entre factores de riesgo orgánico, ambientales y socioeconómicos. Los aspectos psicológicos empezaron a ser tenidos en cuenta en la década del 70, una vez que se resolvieron los mayores problemas ligados a lo orgánico y la supervivencia de estos bebés. Es así que en los años 70 y 80 se empiezan a estimar los efectos a largo plazo, sin embargo, los factores psíquicos, afectivos y relacionales estaban considerados en un segundo plano. En los años siguientes, el acento parecería estar ubicado en lo que ocurre entre los padres y el bebé. Los investigadores comienzan a interrogarse acerca de los efectos que la hospitalización desde el nacimiento puede tener sobre las interacciones tempranas. Estos interrogantes conducen a una apertura de los servicios para que los padres puedan interactuar con sus hijos desde la hospitalización, conocerlos mejor y atenderlos personalmente; también surgen nuevos interrogantes en relación a cuanto de las dificultades psicológicas y del desarrollo que pueden presentar estos bebés se debe a la prematurez y/o la patología, y cuanto a las dificultades de adaptación de los padres en estas complejas relaciones iniciales (Fava Vizziello, Bricca y Zingarello, 1993).

La frecuencia de anomalías en el desarrollo es mayor en los niños de alto riesgo, lo que justifica su inclusión en un programa de seguimiento. Estos niños han sufrido numerosas injurias durante la gestación, el parto y/o el periodo neonatal, también han sido

expuestos a injurias relacionadas al entorno hostil de la UCIN y a la demora en el establecimiento del vínculo madre-hijo. Estas condiciones pueden conducir a anomalías en el crecimiento, el desarrollo y en el establecimiento de los vínculos, que pueden ser transitorias si son reconocidas y modificadas oportunamente en el contexto del seguimiento durante los primeros años de vida (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003). La detección temprana permite evitar que la persistencia en el tiempo de los déficits pueda potenciar el riesgo, y produzca un impacto psicobiológico negativo y contribuya a la aparición de patologías graves. El seguimiento de los bebés de alto riesgo es imprescindible para disminuir su morbimortalidad y mejorar su calidad de vida, debe ser conducido por un equipo interdisciplinario formado por un pediatra y/o neonatólogo, un psicólogo especializado en desarrollo, un fonoaudiólogo, un terapista físico y un terapista ocupacional capacitados para la detección precoz y la intervención temprana.

Ballard (citado en Pose, 2004) enumera una serie de factores que sustentan la importancia del seguimiento de estos bebés, destacando la temprana vulnerabilidad de su salud, el riesgo de discapacidad, un desarrollo frecuentemente irregular durante la etapa escolar y la aparición de problemas de aprendizaje. En los niños que han sido prematuros pueden aparecer problemas temporarios o permanentes, manifestándose por lo general con el aumento de la edad y de la maduración cerebral. Pose (2004) sostiene que hay que considerar el modo en que contribuye el vínculo y los cuidados parentales para que estos cuadros se presenten, ya que el equilibrio somático que el bebé pueda alcanzar se asienta en las interacciones tempranas. Sin embargo, tampoco hay que perder de vista, que estos cuadros tienen un impacto profundo en la dimensión vincular que se conforma entre estas madres y sus hijos. Sin duda, cada una de las recaídas en la progresión de los avances en el desarrollo como la emergencia de alguna dificultad influyen en la fantasmática vincular.

Cada institución establece los criterios en base a los cuales se determina la población que será incluida en el seguimiento, lo cual se relaciona con las características de los pacientes que se reciben en la UCIN y la accesibilidad o no de los sujetos a otras instituciones sanitarias. Por lo general, se trata de infantes nacidos con un peso inferior a 1,500 g y/o con menos de 32 semanas de EG; en ciertos casos se incluyen recién nacidos con mayor peso y EG con presencia de morbilidades que pueden comprometer su crecimiento y desarrollo. En algunos casos el seguimiento se limita a los bebés con un peso de nacimiento inferior a 1,000 g porque se considera que éstos tienen mayor riesgo de padecer secuelas a nivel neurológico, del desarrollo y del crecimiento (Vohr, O´Shea y Wright, 2003). La Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo (2012) establece que el seguimiento de estos recién nacidos forma parte de lo que se considera prevención en salud, enfocada en la detección precoz durante los primeros meses de vida, lo que supone brindarle a los recién nacidos un seguimiento integral desde el momento de egreso de la UCIN hasta los 6 años que coincidirá con el ingreso escolar y pueden presentarse dificultades. Se aspira a ofrecer una atención integral propiciando la igualdad en las oportunidades de inserción familiar, social, educativa, a

partir de un desarrollo físico, psíquico y emocional saludable. Las primeras consultas en el consultorio de seguimiento son muy importantes, donde el equipo de salud deberá ofrecer el apoyo, la contención y el sostén que los padres necesitarán a fin de garantizar el seguimiento de su hijo. Lo recomendable es que los controles se realicen con una frecuencia mensual durante el primer año de vida, sin embargo, esto puede variar en función de la disponibilidad de la institución.

En cada control médico se apreciará el crecimiento y el desarrollo del bebé. Por crecimiento se entiende el aumento en el número y tamaño de las células del cuerpo, que se traduce en el peso, la talla y el perímetro cefálico, los cuales serán evaluados en base al sexo y la edad gestacional al nacer (González, 2006). El crecimiento en esta población se ve generalmente afectado por la edad gestacional, el peso de nacimiento, la patología neonatal, las enfermedades recurrentes durante los primeros años de vida, el ambiente familiar y los factores hereditarios. El control del crecimiento reviste gran importancia durante la internación del bebé en la UCIN y luego del alta hospitalaria (Bertino et al., 2006; Pasqualini et al., 2007). También a lo largo del seguimiento de cada bebé, el profesional médico determinará la realización de los controles con otros especialistas (oftalmología, fonoaudiología, cardiología, neurología). Así mismo el médico pediatra ofrecerá pautas a los padres para el cuidado del niño en el hogar, en relación al sueño, la alimentación, y la prevención de enfermedades (Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, 2012).

La Guía de seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo (2012), señala que la inclusión de un bebé de riesgo en un programa de seguimiento supone reconocer la importancia que el medio familiar tiene en el desarrollo de la personalidad y de la inteligencia del bebé, por lo que se deben aunar esfuerzos para favorecer la temprana interacción con el bebé. Es fundamental trasmitir a los padres la importancia de su participación e integración desde los primeros momentos durante la internación en la UCIN, sosteniéndola luego del alta en el seguimiento ambulatorio, mantenido una comunicación clara y fluida con los padres acerca de la evolución y complicaciones por las que atraviesa su hijo. El seguimiento no se limita solo al cuidado físico del bebé de alto riesgo, también representa una oportunidad única para observar el "empoderamiento" y la participación de la familia en el proceso, la conducta del bebé, la actitud de la familia, las interacciones entre el bebé y los padres. Durante este periodo, el equipo profesional debe estar atento a las situaciones de riesgo que exigen intervenciones específicas.

Entre los aspectos a observar, la Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo (2012) destaca el interés del bebé hacia su madre, las verbalizaciones de la madre y la familia respecto del bebé, las características de la lactancia materna, la especificidad del entorno familiar y el apoyo con el que cuenta la madre. Varios indicadores pueden advertir de la existencia de irregularidades en el curso del seguimiento, uno de ellos se presenta cuando la madre no cumple con las derivaciones a los especialistas, también si el bebé está descuidado o sucio, o bien si la madre utiliza medicación casera o medica al niño por su cuenta, del mismo modo si la situación familiar se agravó a partir del nacimiento, o si la madre se ve exasperada,

deprimida, violenta. También algunos riesgos sociales pueden ser detectados durante el seguimiento, como, por ejemplo, ausencia de figura paterna, violencia familiar, adicciones, desempleo, entre otros. Numerosas investigaciones han puesto en evidencia que los padres que son capaces de percibir las señales de sus hijos y se interesan en que éstos alcancen un desarrollo adecuado, tienden con mayor frecuencia a adherir positivamente a programas de salud preventiva en beneficio del niño, cumpliendo con los controles de niño sano, las inmunizaciones, estimulando la lactancia materna y las prácticas saludables en el niño (Brandt, 2009). Por el contrario, cuando se producen abandonos del seguimiento, Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993) han encontrado que las buenas condiciones del bebé, así como la lejanía del hogar respecto del hospital influyen en el abandono. En otros casos, los padres han perdido las esperanzas de alguna mejora en el estado de salud de su hijo por lo que deciden renunciar, mientras que otros padres no aceptan la condición de su hijo por lo que peregrinan en busca de una resolución al problema.

Pose (2004) sostiene que el bebé que llega al consultorio de seguimiento no debe ser considerado solo en función de su historia neonatal, de sus antecedentes clínicos y/o tratamientos recibidos, sino también debe tenerse en cuenta la singularidad de ese bebé, por ejemplo, si llora mucho, si se desorganiza fácilmente, si cae fácilmente en estados de irritabilidad. La autora enfatiza la importancia de conocer cómo son esos padres o esa madre y cómo es el vínculo entre ellos, aspectos que se pueden inferir a partir del modo de interactuar con el bebé, de atenderlo, de mirarlo, de hablarle. En el momento de la consulta en el consultorio de seguimiento, las conductas de la madre permiten conocer cómo ha procesado la prematurez y/o la patología de ese hijo, por ejemplo, respecto del desarrollo, el aumento del peso, la locomoción, entre otros. Cuando la aceptación y la comprensión de lo que implica la prematurez y/o la patología ha sido dificultosa, si los sentimientos y pensamientos respecto de los problemas del bebé no han podido ser metabolizados, es probable que la madre aún espere que su hijo se desarrolle como un bebé nacido a término o sin complicaciones, por lo que el bebé será exigido a responder según ritmos de tiempos que no son los propios y la madre se sentirá desilusionada por los lentos progresos. En otras madres, donde el riesgo de muerte o las fantasías de muerte han sido muy intensas, la sobrevida de su hijo parece compensarlo todo, presentando dificultades para reconocer situaciones de discapacidad o de retraso en el desarrollo. En este sentido, Pose (2004) señala que en general se puede distinguir dos grupos de padres en cuanto a la información que poseen acerca de la prematurez y de los posibles efectos que ésta puede tener sobre el desarrollo de sus hijos. En primer lugar, aquellos padres que poseen una sobreinformación, es decir que tramitan la angustia y la culpa por lo que ocurrió con su hijo mediante visitas a interminables especialistas; y otro grupo de padres, que por desinformación o por negación no tienen claro cuáles son las posibles consecuencias de la prematurez en el desarrollo futuro de sus hijos.

3.6.8. Evaluación del desarrollo en bebés de alto riesgo

Según la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2003) se recomienda que las evaluaciones del desarrollo deben realizarse de manera exhaustiva a las 40 semanas de EC, a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses de EC, para continuar una vez por año a partir de ese momento. La evaluación del desarrollo cognitivo debe llevarse a cabo a los 12 y 18 meses de edad corregida, así como también a los 2 años y medio, 4 años y medio y a los 7 años de vida.

Las primeras evaluaciones formales y con pruebas estandarizadas del desarrollo de bebés prematuros se realizaron en 1920. A partir de los aportes de Mohr y Barthelme en la década del 30, se comienza a evaluar a estos bebés considerando la edad post-concepcional en lugar de la edad cronológica. Posteriormente, se empieza a reconocer la importancia que tienen los factores ambientales en el desarrollo de los niños. Brazelton en los años 70, elaboró un método de examen neurológico y del comportamiento en recién nacidos a término y resaltó la existencia de complejos patrones de conducta que pueden ser evaluados objetivamente. Posteriormente, Als en los años 80, elaboró un método de observación de la conducta en recién nacidos prematuros. En las últimas décadas muchos test fueron desarrollados en todo el mundo, incluido en América Latina, para evaluar de manera sistémica y confiable el desarrollo de bebés prematuros y de riesgo (Schapira et al., 1998).

La evaluación del desarrollo representa uno de los aspectos centrales del seguimiento de los infantes de alto riesgo, y se puede definir como la medición indirecta de la integridad del Sistema Nervioso Central en términos de habilidad de desempeño, según un rango de edad y las características del medio. Existen diferentes instrumentos diseñados y utilizados con frecuencia en esta evaluación, la mayoría se basa en el estudio de hitos del desarrollo derivados de test psicológicos y test del desarrollo elaborados especialmente para lactantes (Schapira et al., 1998). Las primeras escalas de evaluación del desarrollo se focalizaban en aspectos como la motricidad fina, la motricidad gruesa, la comunicación, las capacidades adaptativas y sociales, estableciendo las conductas esperables para cada edad cronológica según la maduración del Sistema Nervioso Central (Nikodem, 2009).

Sin embargo, dado que los avances tecnológicos y técnicos han permitido la supervivencia de bebés prematuros cada vez más pequeños y con patologías más graves, las escalas de evaluación necesariamente se han ido modificando. Es importante que esta evaluación sea sistemática y que se utilicen pruebas estandarizadas ya que esto aumenta la fiabilidad en el juicio del examinador; las pruebas utilizadas podrán ser seleccionadas en función de la edad de los bebés, las características de la población y de la institución. También es importante que las pruebas escogidas sean apropiadas para evitar la irritabilidad, los cambios en la organización y la estabilidad del bebé. Las pruebas deben ser sensibles a lo que se desea evaluar permitiendo identificar la existencia de una dificultad específica para evitar falsas detecciones. En la medida de lo posible las pruebas deben ser aplicadas por un equipo interdisciplinario para arribar a una apreciación

unificada de la situación del bebé (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003; Nikodem, 2009). Las evaluaciones conductuales parecen ofrecer información útil y más confiable para predecir el desarrollo ulterior (Brazelton y Cramer, 1993).

En la evaluación del desarrollo, el equipo de seguimiento es el encargado de detectar tempranamente disfunciones a nivel vincular, mental, motor, sensorial, de la conducta propiamente dicha, tanto de los riesgos a los que se encuentran expuestos estos infantes, así como también debe monitorear el impacto que tienen las intervenciones y los cuidados llevados a cabo durante la internación en UCIN en los logros a largo plazo (González, 2006; Vohr et al., 2003). El control del desarrollo debe basarse en la observación del modo en que el niño se desempeña en el área motora, por ejemplo cómo se mueve, se sienta, gatea, camina; en el área social, que supone observar cómo se relaciona con el ambiente que lo rodea y las personas; en el área de la coordinación se puede observar si coordina los movimientos, si combina dos o más habilidades para tomar un juguete con los dedos, girar la cabeza ante un sonido; en el área del lenguaje se debe evaluar el modo en que se expresa, si utiliza gestos, palabras, y el modo en que comprende cuando se le habla. Algunos niños pueden presentar retrasos en estas áreas lo cual está relacionado con la desnutrición, el bajo peso de nacimiento, problemas médicos y/o daños cerebrales derivados del embarazo o el parto (Schapira, 2008). No solo es importante el puntaje final que el bebé obtenga en la evaluación, sino que también deberá considerarse el proceso neurocognitivo, los recursos que utiliza el bebé para realizar una tarea, así como también si comete errores y los mecanismos de los que dispone para corregirlos (Rodríguez, 2013).

La evaluación del neurodesarrollo permitirá realizar un diagnóstico temprano cuando se presentan alteraciones, lo que favorece la intervención precoz y el inicio de la estimulación, la rehabilitación o de las intervenciones que se consideren oportunas. Vericat y Orden (2010) afirman que es importante elegir una prueba de evaluación del desarrollo psicomotor que sea coherente con las costumbres locales; Latinoamérica y América del Sur cuentan con pruebas que fueron construidas con baremos locales. Esto se debe a que si bien el desarrollo es un proceso universal tiene rasgos propios de cada país o región.

Los instrumentos de evaluación del desarrollo se clasifican en (Schapira, 2007):

Pruebas de screening, tamizaje o pesquisa que permiten detectar o identificar individuos presuntamente enfermos o con patología, en una población supuestamente sana mediante un examen u otro procedimiento de aplicación rápida y sencilla. Los individuos que se detectan como sospechosos son derivados para realizar otros exámenes a fin de confirmar o descartar la sospecha. Dentro de este grupo se encuentra la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1978).

Pruebas diagnósticas: confirman y/o caracterizan una patología a partir de realizar una evaluación. Por ejemplo el Test de Bayley (Bayley, 1969/1997), el Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) (Wechsler, 1949).

Test de supervisión: permiten detectar trastornos motores sutiles, supervisar la evolución y la eficacia de los tratamientos de los niños con alteraciones neuromotoras.

El examen neurológico también es utilizado para detectar alteraciones o enfermedades neurológicas que en algunas oportunidades pueden pasar desapercibidas por los métodos de screening. En nuestro país algunas de las pruebas de evaluación del desarrollo más utilizadas son: la Escala Infantil del Desarrollo y Comportamiento de Bayley (Bayley, 1969/1997), la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Rodríguez et al. (1978), la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R) (Wechsler, 1949), The Cognitive Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale (CAT/CLAMS) de Hoon (1993), el Test de Desarrollo Psicomotriz de 2 a 5 años (TEPSI)de Haeusslery Marchant (2002), la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) de Lejarraga, Kelmansky, Pascucci y Salamanco (2005), la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (EAIS) de Oiberman, Mansilla y Orellana (2002). Se trata de pruebas para evaluar el desarrollo en menores de 2 años, elaboradas a partir de test psicológicos para lactantes y niños preescolares. Permiten realizar una determinación global del desarrollo y/o por áreas de manera cuantitativa y/o cualitativa; en su mayoría evalúan la aparición de hitos del desarrollo, pero no el proceso, a excepción de la EAIS. Schapira (2007) considera que la EAIS es un método que permite determinar con mayor precisión los mecanismos intelectuales, que se complementa de manera muy adecuada con la administración de la EEDP.

Es fundamental que la evaluación del bebé se realice en un ambiente cálido y tranquilo, en presencia de los padres o de la persona que lo acompaña, a quienes debe explicárseles cual es el propósito de la evaluación. El bebé debe encontrarse en buen estado de salud (sin enfermedad aguda), sin sueño y alimentado. Es necesario realizar la evaluación al menos una vez por cuatrimestre durante el primer año de vida, ya que estas pruebas permiten realizar un Perfil del Desarrollo apreciando los aspectos cualitativos del mismo. Algunos bebés obtienen un cociente de desarrollo adecuado a expensas de algunas áreas en las que presentan debilidades o retrasos. Independientemente del tipo de prueba que el profesional escoja es fundamental que la misma posea una sensibilidad y especificidad adecuada, para evitar la no detección de dificultades o el sobrediagnóstico, así como también debe ser una prueba que cuente con baremos locales, o bien que se haya elaborado en una población con características similares a la población evaluada (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003).

Capítulo 4 Metodología

4.1. Diseño de investigación

La investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre agosto de 2011 a noviembre de 2014 en un Servicio de Neonatología perteneciente a una institución pública en la provincia de San Luis. Se utilizó un diseño descriptivo-interpretativo en tanto se persiguió la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de una determinada unidad social. Este diseño permitió recoger datos de forma predominantemente descriptiva, interpretarlos y desde allí aportar a la comprensión del fenómeno en estudio. Se utilizó un diseño prospectivo, comenzando con la observación de las interacciones madre-hijo y avanzando longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias. El interés fue identificar y describir las modalidades del vínculo mamá- bebé de alto riesgo y la influencia que éstas pueden tener en el desarrollo durante el primer año de vida de los niños. Desde dicha lógica se abordó el objeto de estudio en la realidad concreta de la que forma parte, realizando observaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y posteriormente en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo en la institución mencionada. Se estudió a estas madres e hijos en el contexto natural en el que desarrollaban las interacciones.

En esta investigación se utilizó una metodología mixta. El método cuantitativo permitió analizar regularidades, frecuencias, indicadores y tendencias observables, que pudieron ser enumeradas y posibilitaron comprender la realidad social en estudio. El método cualitativo permitió aproximarse a la lógica interna del proceso de vinculación en estudio, elaborando hipótesis, construyendo indicadores y tipologías a partir de captar los aspectos subjetivos y los significados de un grupo específico. La decisión de escoger una metodología mixta se sustenta en la idea que tanto las propiedades numéricas como las cualidades intrínsecas son características de todos los fenómenos sociales y humanos, por lo cual asignarle prioridad a una sobre la otra reduce la importancia de los resultados que se pueden alcanzar (Souza Minayo, 2013). A raíz de la utilización de esta metodología mixta, se exponen los resultados cuantitativos y cualitativos de manera separada, pero que se integran posteriormente en la presentación de las modalidades vinculares.

4.2. Descripción del ámbito de estudio

La investigación se desarrolló durante los primeros 18 meses en el Servicio de Neonatología que se encontraba ubicado en un primer momento en el Hospital San Luis, en la provincia de San Luis. Posteriormente, debido a una reestructuración en la institución, el Servicio de Neonatología se trasladó a la recién inaugurada Maternidad Provincial “Dra. Teresita Baigorria”. Este cambio en el ámbito de estudio no estaba previsto inicialmente por lo que no se había consignado.

En un primer momento, cuando el Servicio de Neonatología se encontraba en el Hospital San Luis, éste estaba ubicado en una zona céntrica de la provincia. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales contaba con una capacidad máxima para 16 niños, distribuidos en cuatro salas: la sala 1 y 2 “Unidad de Cuidados Intensivos”, la sala 3 “Unidad de Cuidados Intermedios” y la sala 4 “Unidad de Cuidados Medios” también

llamada pre alta. La UCIN se encontraba ubicada frente a la sala de médicos, cada una de las primeras tres salas contaba con un ingreso y se encontraban intercomunicadas por puertas internas mientras que la sala de cuidados medios tenía su propia puerta de acceso sin comunicarse con las anteriores. Por razones de prevención el lavado de manos era obligatorio al ingresar a todas las salas, por lo que cada una de éstas contaba con lavamanos específicamente equipados con desinfectantes. Salvo circunstancias especiales, las madres no necesitaban ingresar con batas, gorros para el cabello o guantes. En el centro de cada sala se ubicaba el escritorio ocupado por los enfermeros de guardia, frente al cual se disponían en forma de media luna las incubadoras, junto a cada una de ellas se encontraban los equipos técnicos necesarios para el monitoreo del bebé y una silla para la madre.

En el Servicio también existía una Residencia para madres que consistía en una habitación con capacidad para 12 personas donde las madres podían alojarse durante el tiempo que durara la internación de su hijo. Esta residencia se encontraba ubicada dentro del Servicio, separada por una puerta de la terapia neonatal. Los padres de los bebés internados tenían prohibido el ingreso a la Residencia por lo que eran recibidos en el pasillo. Junto a la residencia se encontraba el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo. Este consultorio poseía un escritorio con una computadora que estaba colocado de frente a la puerta, dos camillas ubicadas contra las paredes a ambos lados del escritorio, balanzas, instrumentos médicos para realizar las mediciones, un lavamanos ubicado en una esquina de la sala y varios armarios en los que se encontraban las historias clínicas de los pacientes. Además, contaba con una mesa y sillas para niños más algunos juguetes de los que podían disponer. Para realizar las observaciones se adoptó una posición de frente a la camilla donde era colocado y revisado el bebé, de manera de poder observar la situación que allí se desarrollaba sin interferir con las prácticas médicas. Desde el punto de vista de recursos humanos, el servicio contaba con médicos neonatólogos, enfermeros y una psicóloga. A su vez intervenían mediante interconsulta médicos de otras especialidades, una kinesióloga y fonoaudiólogas.

En febrero de 2013, el Servicio de Neonatología se trasladó a la Maternidad Provincial ubicada aproximadamente a 9 kilómetros del centro de la ciudad. Esta nueva institución cuenta con los servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Este último servicio amplió su capacidad de internación, disponiendo de 20 lugares para recién nacidos, distribuidos en salas de cuidados medios, intermedios e intensivos. Al ingresar a la UCIN se acciona un timbre para que acuda un enfermero, solo los padres de los bebés internados pueden ingresar por una puerta lateral siempre abierta. Las tres salas que forman la terapia se encuentran interconectadas, separadas entre sí solo por paneles transparentes; frente a la puerta de ingreso de médicos y enfermeros se encuentra un lavamanos con espacio para cuatro personas y el escritorio para el personal de enfermería de guardia. Las madres deben higienizar sus manos al ingresar sin necesidad de utilizar ropa especial.

Las incubadoras se encuentran ubicadas junto a la pared en la que se encuentran los dispositivos necesarios para el monitoreo del bebé. Cada incubadora dispone de un

sillón reclinable en el que las madres pueden permanecer sosteniendo a sus bebés cuando practican contacto piel a piel. En un pequeño sector de la sala, separado por paneles se encuentra el sector de aislamiento destinado para casos especiales. Junto a la terapia neonatal se encuentra el lactario donde se almacena la leche que cada madre extrae para su bebé y se preparan las fórmulas lácteas para aquellos bebés que lo requieren. Al igual que en la institución anterior se mantuvo la Residencia para Madres, ahora dividida en dos habitaciones con espacio para 4 mujeres cada una. En los momentos en que la cantidad de madres supera la oferta de camas, éstas pueden permanecer en las salas del Servicio de Obstetricia. La Residencia se encuentra ubicada en el pasillo que conduce a la terapia neonatal, frente a las habitaciones las madres cuentan con una sala que funciona como comedor y donde se recibe a los padres de los bebés, se realizan actividades como talleres de psicología, artísticos entre otros.

El Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo se encuentra ubicado fuera del servicio, junto a otros consultorios externos. Posee una dimensión de 5 metros por 3,6 metros aproximadamente. Está equipado con una computadora, dos escritorios y un armario donde se guardan las historias clínicas. En un costado del consultorio se ubica la camilla en la que se revisa a los niños y detrás hay otra camilla donde las madres pueden apoyar la ropa y los bolsos. El consultorio posee balanzas, un tensiómetro, un pediometro, varias cintas métricas, así como folletería para entregarles a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna, una guía para comenzar con la alimentación de sólidos, información acerca de las vacunas, prevención de accidentes y enfermedades respiratorias, entre otras. Además, cuenta con un baño propio y un lavamanos. En una esquina de la sala se encuentra una mesa con dos sillas infantiles y algunos juguetes que pueden ser utilizados por los niños. Debido al reducido espacio del consultorio, la observación se realizaba desde un lugar cercano al escritorio de frente a la camilla; en los momentos en que la madre se colocaba de espaldas era necesario desplazarse para obtener una mejor visión de las interacciones. En la Maternidad Provincial el Servicio de Neonatología dispone de un equipo interdisciplinario conformado por médicos neonatólogos, un amplio número de enfermeros, cuatro psicólogas, dos fonoaudiólogas, una kinesióloga y cuatro trabajadoras sociales. Además, intervienen mediante interconsulta médicos de otras especialidades.

El Servicio de Neonatología adhiere al paradigma de “Maternidades Centradas en la Familia”, cuyo objetivo es la humanización de la atención perinatal. Desde esta perspectiva se considera que la presencia de los padres continuamente en la UCIN es parte del proceso de cura que resulta impensable si el bebé está aislado y separado de su familia. Esta concepción se refleja en la existencia de una Residencia para madres, única en la provincia, y de visitas programadas para hermanos y abuelos.

En esta investigación, se seleccionó como ámbito de estudio al Servicio de Neonatología, ya que al pertenecer en un primer momento al Hospital San Luis y luego a la Maternidad Provincial, ambas instituciones públicas de referencia en la provincia, presentan un afluente de pacientes mayor que en otras instituciones públicas o privadas en la ciudad. El Anuario de Estadísticas Vitales elaborado por el Ministerio de Salud de

la Provincia de San Luis establece que en el año 2011 se produjeron 7.721 nacimientos vivos, de los cuales solo el 6,8% presentaron un peso inferior a 2,500 g. De este grupo de recién nacidos, el 8,2% fueron prematuros, el 91,4% fueron nacidos a término y el 0,2% postérmino. La edad materna predominante fue entre 20-24 años con el 26,7%. Esta tendencia se mantiene en el año 2012 y 2013, donde hubo 7.486 y 7.560 nacidos vivos respectivamente. En el año 2012, el 7% de estos nacidos presentó bajo peso (≤ 2,500 g); en cuanto a la EG, el 8,8% fueron prematuros, el 90,3% a término y 0,3% recién nacidos postérmino. Se mantiene la prevalencia de la edad materna entre 20-24 años (26,6%). Hasta el momento, el último informe del que se dispone es el del año 2013, donde el 7% de los nacidos vivos presentaron bajo peso, siendo prematuros el 8,7%, a término el 89,9% y postérmino el 0,2%. Como en años anteriores, la mayoría de las madres tuvieron entre 20-24 años (27,3%).

4.3. Muestra – Unidades de análisis

La población a la que se pretende extender los resultados de esta investigación está constituida por madres y bebés de alto riesgo que permanecieron internados desde el primer momento de vida en una terapia neonatal en la provincia de San Luis. Las unidades de análisis fueron entonces las interacciones diádicas madre-bebé de alto riesgo. Se realizó un muestreo aleatorio simple con el propósito de definir el subconjunto de individuos representativos de la población sobre los que se efectuarían las mediciones durante el primer año de vida del bebé. La muestra final está formada por 36 díadas mamá–bebé de alto riesgo. Para la selección de la misma se consultó periódicamente el listado médico completo de los bebés ingresados a la UCIN. Se incluyeron díadas con bebés de ambos sexos que no superaran el mes de vida y que fueran considerados medicamente de alto riesgo por lo que permanecían internados. Las madres de estas díadas eran adolescentes o adultas, con o sin pareja al momento del nacimiento de su hijo. Respecto de los criterios de exclusión, se estableció que no serían incorporados aquellos infantes que nacieron con un buen estado de salud pero que debieron retornar al hospital luego del alta con alguna afección; tampoco se incorporaron díadas cuyas madres presentaban un diagnóstico previo de trastorno mental. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todas las madres de las díadas que participaron en el estudio bajo la consigna de que consistía en un estudio sobre el desarrollo infantil normal.

4.4. Instrumentos utilizados para la recolección de datos

Se realizaron observaciones de las interacciones madre-bebé a partir de la utilización de dos escalas que se aplicaron durante la internación del bebé en la UCIN y durante los controles mensuales en el Consultorio de Seguimiento.

Escala de observación de vínculo madre-bebé internado en UCIN (N-EOV-INC) (Santos, 2010): este instrumento indaga 6 funciones: acercamiento, contacto con la incubadora, corporal, visual, verbal, postural. El observador se ubica a una distancia de un metro frente a incubadora de tal manera de poder observar las interacciones.

La función de acercamiento contempla la posición y la distancia que adoptan los miembros de la díada para la interacción. Esta función contiene ítems referentes a la distancia física entre la madre y la incubadora al momento de la observación, así como también a la posición en la que se ubica la madre respecto del bebé en la incubadora. La función contacto con la incubadora se refiere específicamente a las conductas maternas respecto de la incubadora en la que se encuentra su hijo, incluye tres ítems de contacto: si la madre no toca la incubadora, toca la incubadora en la que se encuentra su hijo, e introduce las manos en la misma. La función corporal se refiere a conductas de contacto corporal y táctil entre ambos miembros de la díada abarcando la conducta y la respuesta del otro miembro. Incluye ítems referentes a la ausencia de contacto corporal entre la mamá y el bebé; así como también incluye conductas de contacto iniciadas por la madre sobre la ropa y/o el cuerpo y las conductas de contacto corporal establecidas por el infante.

La función visual contempla conductas de contacto visual y de miradas entre ambos miembros de la díada, distinguiendo las conductas iniciadas por la madre, las iniciadas por el bebé y la búsqueda de miradas. Los ítems de esta función contemplan la distancia entre ambos miembros al realizar las conductas, a su vez incluyen una distinción cualitativa dentro de las miradas – codificadas como A (recorre el cuerpo del bebé con la mirada) y B (mira al rostro del bebé). La función verbal se refiere a conductas verbales, vocales y de sonidos comunicativos iniciadas por la madre y las respuestas del bebé frente al estímulo verbal. La función postural se refiere a la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y la consecuente modificación - o no- de la postura corporal del otro miembro de la díada, como respuesta al cambio introducido. Esta función contiene ítems dinámicos de acercamiento y alejamiento para ambos miembros de la díada y la modificación de la postura corporal del otro miembro como respuesta. Se define la modificación postural como las maniobras que realizan la madre y/o el bebé con su cuerpo para acercarse o alejarse del otro miembro de la díada.

Los ítems de cada una de las funciones tienen un puntaje asignado que se otorga dependiendo de que la conducta sea realizada por un solo miembro de la díada o por ambos, al ser sumados los puntajes de cada ítem se obtiene el puntaje total de la función. Luego se adiciona el puntaje de todas las funciones obteniendo el puntaje total de la escala. Este valor se corresponde con un percentil y un puntaje Z. El instrumento establece que un percentil de 25 o menos (puntajes entre 2 y 8) supone que la díada se encuentra en riesgo vincular, un percentil entre 30 y 40 (puntajes de 9) supone que la situación vincular es poco adecuada y un percentil superior o igual a 50 (puntajes entre 10 y 16) supone una situación vincular adecuada. La escala cuenta además con una grilla que permite visualizar el nivel de encuentro alcanzo por la díada. En esta grilla, se engloba con un círculo el puntaje máximo alcanzado por la díada en cada función, posteriormente cada círculo se une con una línea obteniendo así un perfil del nivel de encuentro alcanzado en cada díada, que puede ser lejano, medio o cercano, además esta grilla permite comparar cómo avanzan los puntajes a lo largo de las observaciones y en qué áreas las interacciones presentan más dificultades. Cada función además posee un indicador de reciprocidad, que se computa de manera fija en base a las conductas realizadas por la madre y el bebé.

Luego estos puntajes por función se suman dando lugar a un indicador final de reciprocidad que permite ver la cantidad de conductas realizadas y las respuestas de ambos miembros de la díada. El presente instrumento ha superado los estudios de confiabilidad y validez, fue administrado luego de recibir un entrenamiento con la autora.

Escala de observación del vínculo madre-hijo (Oiberman, 2008): este instrumento se centra en las interacciones comportamentales entre la madre y el bebé, poniendo el énfasis en lo observable, en especial en las interacciones corporales, verbales y visuales. Esta técnica se aplica durante la consulta pediátrica y no requiere de la utilización de equipamiento de video y/o filmación. La misma se divide en dos perfiles: de 0 a 6 meses (grilla 1) y de 7 a 15 meses (grilla 2). El perfil 1 se aplica en dos momentos: al iniciar la consulta pediátrica, cuando la madre coloca a su hijo sobre la camilla para desvestirlo, y al finalizar la consulta pediátrica cuando vuelve a vestirlo. El perfil 2 se aplica cuando la madre ingresa al consultorio y permanece sentada con su hijo en brazos, antes de iniciar la consulta propiamente dicha, y al finalizar la misma cuando viste a su bebé. El tiempo de aplicación es de 10 a 20 minutos en ambos perfiles.

En cada perfil se indagan tres funciones, considerando tanto las conductas maternas, como las conductas del bebé y aquellas conductas de interacción mutua, que deben tener una duración de 20 segundos o más para ser puntuadas. En el Perfil 1 (0-6 meses), la función visual estudia los comportamientos visuales que realizan ambos miembros de la díada. Los indicadores abarcan desde la mirada momentánea, la búsqueda activa de miradas tanto de la madre como del bebé, la aceptación de la mirada del otro por un breve periodo de tiempo, y las miradas mutuas que se consignan como interacción visual. La función corporal, se refiere a las conductas táctiles entre ambos miembros de la díada, como puede ser la búsqueda de contacto con el cuerpo del otro, permitir ser tocado y la conducta interactiva que supone que hay un juego o contacto de parte de ambos en el cuerpo de alguno de los miembros de la díada. La función verbal considera si la madre busca comunicarse verbalmente con su bebé, si éste responde mediante vocalizaciones y si ambos se comunican a través de palabras, balbuceos o sonidos lo que se considera interacción verbal. En el Perfil 2 (7-15 meses) la función visual posee indicadores de búsqueda de contacto visual de parte de ambos miembros de la díada y la respuesta del otro miembro frente a estas conductas visuales. La función corporal indaga los intentos de la madre y del bebé por tocar corporalmente al otro, así como la aceptación de dichas conductas. La función verbal contempla las conductas de parte del bebé, de reclamar verbalmente la atención de su madre, así como las respuestas frente a las palabras o el diálogo propuesto por la misma; también contempla si la madre le habla y cómo responde cuando el bebé se dirige verbalmente hacia ella. A partir de los 7 meses se incluye la función de sostén, que permite estudiar el modo en que el bebé es tenido en brazos por su madre, si él busca acurrucarse en el cuerpo de su madre y cómo se amolda a éste.

En ambos perfiles los comportamientos de la madre y el bebé pueden tener un valor de 0, 1 y 2 en cada función. Indicando el 0, una ausencia de relación, ni el bebé ni la madre se comunican; el 1 implica que solo uno de los miembros de la díada realiza la

conducta sin obtener respuesta del otro y el 2 supone que ambos miembros realizan la conducta. Todos los puntajes obtenidos en la función se suman dando lugar a un puntaje total por función, en el Perfil 1 los valores indican ausencia de comunicación, comunicación inadecuada, comunicación buena o muy buena, mientras que en el Perfil 2 los puntajes suponen ausencia de comunicación, comunicación buena y comunicación muy buena. La escala no ofrece un puntaje general que incluya todas las funciones evaluadas. Este instrumento permite una observación detallada de las conductas del bebé, de la madre y de la interacción entre ambos, que complementan la mirada clínica de dicha relación. A su vez, esta escala resulta útil ya que ha sido diseñada específicamente para ser aplicada en el consultorio pediátrico, en atención primaria de la salud materno infantil con un costo económico mínimo.

Observaciones no estructuradas y no participantes: Se realizaron observaciones no estructuradas y no participantes en la sala de espera cuando las madres y sus hijos asistían a los controles en el Consultorio de Seguimiento. La observación no estructurada consiste en reconocer y anotar los hechos a partir de guías de observación poco estructuradas y de escasa sistematización; la observación no participativa supone que el observador permanece ajeno a la situación que observa, igualmente es consciente, dirigida y ordenada hacia la meta establecida inicialmente (Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, 1997). Se elaboró una guía de observación, en la que se detallaron algunos puntos a ser observados teniendo en cuenta el objetivo de la investigación (Souza Minayo, 2013). Algunos de estos puntos a observar fueron: quien acompañaba a la díada en los controles, cómo esa mamá sostenía a su bebé; cómo era el estado emocional del niño durante el tiempo de espera, cuál era la modalidad de respuesta y de regulación de esa madre frente a las demandas del niño.

Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) (Oiberman, 2005; Oiberman et al., 2008): en la investigación se utilizó el protocolo de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), con el fin de investigar sobre aspectos tales como: las características del grupo familiar (edad de los miembros de la familia, nivel educativo, situación laboral, vivienda), la historia de la pareja parental (tiempo de relación, separaciones, hijos de otras parejas), planificación del embarazo, reacción frente a la noticia del mismo (aceptación, rechazo, deseo de interrumpirlo), actitud de la pareja frente al embarazo, controles obstétricos y ecografías, estado físico y emocional de la madre durante el embarazo, apoyo emocional que recibió la madre durante el embarazo y la internación del hijo, fantasías en torno al bebé durante el embarazo (aspecto, sexo, nombre), expectativas acerca del parto, primer encuentro con el bebé en la UCIN, temores y fantasías respecto a la salud del bebé, alimentación, sueño del bebé, cambios en relación con la propia madre, entre otros. Se trata de una guía de entrevista semi-estructurada que establece algunos tópicos que orientan la conversación hacia una determinada finalidad (Souza Minayo, 2013).

Se trata de un instrumento que permite la expresión de emociones y problemáticas en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento. El objetivo de este dispositivo es ayudar a las madres a transitar por estas situaciones de crisis e introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades (Oiberman et al., 2008). Este

instrumento indaga de qué manera la madre puede significar y resignificar a su hijo, tomando en consideración los conceptos de bebé imaginado, fantasmático y real de Lebovici (1985). Identificar los sucesos significativos ocurridos en el último año, así como también conocer sobre la planificación del embarazo, la aceptación o rechazo del mismo, si la madre imaginó al bebé y soñó con él, si percibió los movimientos del mismo en su vientre, las respuestas emocionales frente a las primeras imágenes en las ecografías, permiten conocer las características del bebé imaginado por esa mamá; la indagación sobre los conflictos infantiles, la relación con su propia madre, permiten conocer las características del bebé fantasmático; mientras que el relato sobre la experiencia de encontrarse con un recién nacido prematuro, en la internación permite conocer las características del bebé real que pueden incidir en las dificultades en la lactancia y en el fenómeno de la extrañeza ante el bebé (Oiberman, Santos y Nieri, 2010). La EPP contempla los sucesos significativos de vida (*life event*) que se registran como la preocupación principal de la madre en ese momento estén o no relacionados con la maternidad, que son resignificados por la madre en el momento de la entrevista, considerando el modo en que éstos pueden influir en el embarazo y el parto. La administración de la EPP permite conocer el modo en que en muchos casos situaciones o problemáticas anteriores que no estaban relacionadas con la maternidad son resignificadas por las madres en este momento. Los datos obtenidos en las entrevistas fueron volcados al protocolo óptico de la EPP, que facilita su visualización, caracterizando de forma diferencial los sucesos significativos, la problemática física y psicológica, los conflictos infantiles y el impacto ante el nacimiento con complicaciones.

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (**EEDP**) **(Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1978)**: se evaluó el desarrollo psicomotor de los bebés de la muestra mediante esta escala que consiste en un instrumento de medición del desarrollo diseñada a partir de lactantes chilenos a término entre los 0 y 2 años. La escala consta de materiales simples para su administración y puede ser conducida tanto por profesionales especializados como no especializados. La batería de la prueba está compuesta por once objetos muy simples y de bajo costo, el manual de administración y las hojas de registro, que incluyen el protocolo, el perfil de desarrollo psicomotor y el gráfico de desarrollo psicomotor. Esta escala evalúa el desarrollo por medio de la observación de las conductas del niño en una situación específica provocada por el examinador, así como también, por medio de preguntas dirigidas a la madre o el familiar acompañante sobre aquellas conductas que no pueden ser provocadas artificialmente durante la prueba, por lo tanto, no pueden ser observadas. La EEDP consta de 75 ítems, 5 por cada edad; puede ser administrada a lactantes entre los 0 y los 24 meses. Se agrupan las tareas propuestas considerando las edades más significativas, en el sentido de adquisición de nuevas conductas en el desarrollo psicomotor del niño, por esto se formaron quince grupos de tareas, que se administran mensualmente entre el 1° y el 10° mes, luego a los 12, 15, 18, 21 y 24 meses del niño.

La EEDP cumple con los criterios de objetividad, validez y confiabilidad, presentando alta consistencia en sus ítems. Evalúa cuatro áreas de funcionamiento

relativamente específicas e independientes, el área Motora (M), el Lenguaje (L), el área Social (S) y la Coordinación (C). La conducta motora comprende la motilidad gruesa, la coordinación corporal general y específica como las reacciones posturales y la locomoción. El área del lenguaje incluye, tanto el lenguaje verbal como el no verbal, representado por medio de las reacciones del niño frente a los sonidos, las vocalizaciones que realiza, la comprensión del lenguaje y las emisiones verbales. El área social abarca la habilidad del niño para establecer contactos con otras personas, las respuestas al mismo, y el aprendizaje por imitación. El área de la coordinación incluye aquellas reacciones del niño que implican una combinación de funciones, por ejemplo, de lo táctil, lo motor, lo visual, auditivo.

Para la administración es necesario calcular, en primer lugar, la edad cronológica del niño a ser evaluado, tanto en días como en meses; en caso de los niños prematuros, es necesario calcular la edad corregida. La escala admite solo dos posibilidades de evaluación, éxito o fracaso para cada ítem. Al finalizar la administración, se obtiene un Puntaje Estándar que debe ser interpretado en función de lo que las autoras proponen como el Coeficiente de Desarrollo (CD). De este modo un CD mayor o igual a 0.85 sería normal; un CD entre 0.84 y 0.70 sería de riesgo; un CD menor o igual a 0.69 indicaría retraso en el desarrollo psicomotor. La EEDP también incluye un perfil de desarrollo psicomotor, que resulta de mucha importancia, ya que un Coeficiente de Desarrollo normal puede encubrir retraso en algún área de desarrollo, o bien un CD muy bajo puede deberse a fallas en una o dos áreas más que a un retraso generalizado. De este modo, elaborar el perfil de desarrollo psicomotor permite conocer de forma más precisa y visible el rendimiento máximo del niño para cada una de las áreas. A partir de esto, se puede detectar fácilmente en qué áreas es necesario intervenir rápidamente.

En la presente investigación, se decidió utilizar la EEDP debido a que es el instrumento implementado por las profesionales del Consultorio de Seguimiento de Niños de Alto Riesgo del Hospital desde el año 1998 durante la evaluación mensual. Si bien la EEDP no ha sido validada en nuestro país es muy utilizada en el ámbito pediátrico y de la primera infancia. Con la intención de no introducir una nueva prueba de evaluación del desarrollo psicomotor, que implicaría citar a la familia en un día y horario diferente, se decidió implementar esta escala de evaluación. Al ser las profesionales del consultorio quienes administraban la escala del desarrollo, se efectuó una evaluación inter-juez, lo que significa que una de las médicas administraba y puntuaba la prueba, mientras que la observadora otorgaba independientemente su puntuación. Luego se comparaban los resultados obtenidos según las dos personas y se discutían los mismos a fin de que fueran objetivos y confiables. Al seleccionar este instrumento, se consideró que, aunque la EEDP fue elaborada a partir de una población de niños en Chile, la muestra en estudio presenta características regionales similares a la de los niños chilenos, así como contiene elementos que son conocidos por nuestra población. En una investigación conducida en nuestro país por Roy, Cortigiani, Acosta y Schapira (1988) se concluyó acerca de la aplicabilidad de este instrumento para evaluar el desarrollo en niños argentinos. Esta escala posee una gran sensibilidad que resulta útil para detectar situaciones de riesgo de alteraciones en el

desarrollo lo que justifica la aplicación en nuestro medio. Si bien, el objetivo inicial de esta investigación fue la re-parametrización de la escala adaptándola a nuestro país, por haber sido aplicada a un segmento específico de la población, las conclusiones no pueden extenderse a la población general.

Otra dificultad referida al instrumento reside en que la escala no ha sido específicamente diseñada para ser aplicada en bebés pretérminos. Por lo que, en nuestra investigación al considerar la edad de los niños para la evaluación, se utilizó la edad corregida en lugar de la edad cronológica. Esta decisión responde a la indicación general de realizar evaluaciones del neurodesarrollo en niños pretérminos considerando la edad corregida hasta los 2 años (Schapira et al., 1998). En este estudio realizado por Schapira y colaboradores en la Maternidad "Ramón Sardá" de Buenos Aires con 90 nacidos prematuros se estimó la eficacia de la EEDP en una población argentina utilizando la edad corregida para captar variaciones en el desarrollo psicomotor. En este estudio se demostró que la EEDP mediante la utilización de la EC es capaz de captar las variaciones en el desarrollo en nacidos prematuros. Los autores afirman que por el menor tiempo que demanda su aplicación es un instrumento facilitador del seguimiento de niños de riesgo, además al detectar precozmente trastornos en las distintas áreas del desarrollo permite realizar intervenciones oportunas.

Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS)(Oiberman, Mansilla, Orellana, 2002): se trata de una escala diseñada por un equipo de investigación argentino a partir de la revisión y la traducción de la Escala de Casati y Lezine elaborada en Francia en 1968. Del instrumento francés se conservaron los aspectos cognoscitivos evaluados y el ordenamiento por estadio. A fin de validarlo en nuestro país, se aplicó el instrumento a una población de 323 bebés argentinos de la Ciudad de Buenos Aires y la ciudad de Avellaneda pertenecientes a un nivel social medio alto, medio y bajo. Como consecuencia de esta validación, se produjeron modificaciones en los materiales buscando que los mismos fueran atractivos para los bebés locales, así como también se modificó el procedimiento de administración debido a la aplicación en otro país y en otro momento histórico. La Escala se administra a partir del Estadio III de la inteligencia sensorio motriz según Piaget (alrededor de los 6 meses) hasta los 24 meses, y está compuesta por cuatro series (A, B, C, D). Posteriormente, las investigadoras administraron la escala a 800 bebés a nivel nacional, en diferentes ciudades de diez provincias argentinas, con el objetivo de construir baremos nacionales. La importancia de este instrumento reside en que permite evaluar si el bebé presenta un desarrollo intelectual acorde a la edad y/o detectar tempranamente retrasos o alteraciones en su desarrollo (Oiberman et al., 2012).

La Serie A denominada Exploración del objeto consta de 7 ítems. La prueba permite al niño manipular y explorar los objetos y realizar conductas cada vez más complejas. Tiene como fin observar el avance del niño en la manipulación del objeto y el descubrimiento del uso del mismo. En los ítems 0, 1 y 2 se le presenta un espejo de una sola cara, tratando de observar la reacción del bebé que abarca desde manipularlo hasta descubrir que puede ver su rostro en él. Esta prueba se administra hasta los 14 meses. En

los ítems 3, 4, 5 y 6 se le presenta una caja con clips. Se observa la orientación con o sin tentativa de apertura, los tanteos en el mecanismo de apertura, la apertura inmediata hasta el logro del cierre de la cajita. Esta prueba se administra a partir de los 14 meses. La Serie B denominada Búsqueda del objeto consta de 8 ítems. Evalúa la construcción de la noción de objeto desde una perspectiva momentánea hasta la adquisición de la noción de objeto permanente. Se observa la capacidad del niño de mirar un objeto en movimiento; seguir un objeto con la vista y poder descubrirlo si se esconde dejando una porción al descubierto, donde ya puede construir el todo a partir de una porción visible del objeto; descubrir un objeto que se oculta por completo siempre que sea testigo de las maniobras de ocultamiento; buscar un objeto sin haber visto los desplazamientos; buscar el objeto desaparecido por deducción. Se utiliza en los ítems 0 y 1 una muñeca con una pantalla para ocultarla y se administra hasta los 9 meses; en los ítems 2, 3, 4, 5, 6 y 7 se usan paños rojos y amarillos, un autito chato, una cajita con clips y una muñeca de madera. Esta prueba se administra a partir de los 9 meses.

La Serie C denominada Utilización de Intermediarios presenta tres sub fases en las que el niño debe alcanzar un objeto utilizando una cinta, un soporte y un rastrillo. En las dos primeras situaciones, la cinta y el soporte, el niño debe relacionar estos intermediarios con el objeto que quiere alcanzar. En el caso del rastrillo el niño debe crear la relación, trasformando al rastrillo en un instrumento para alcanzar el objeto. En la prueba de la Cinta, se espera que el bebé pueda relacionar el objeto que está dentro de una argolla con la cinta que le permite acercarlo, relacionando el medio para alcanzar un fin. Esta prueba se administra entre los 4 y los 13 meses. Para la prueba de Soporte se utilizan dos elementos, un paño de tela y un disco de madera apoyado sobre un soporte. Se pretende que el niño atraiga hacía sí el objeto deseado tirando de la tela, comprendiendo la relación entre la tela y el objeto; o haciendo un movimiento más complejo como rotar el disco de madera. Las pruebas que utilizan el paño de tela se administras hasta los 12-13 meses, mientras que las que involucran el soporte de madera desde los 12-13 meses en adelante. En la prueba del Instrumento se busca que el niño pueda crear una relación entre el rastrillo, utilizado como instrumento, y dos muñecos de madera que se encuentran alejados. Se coloca el rastrillo con los dientes hacia arriba para comprobar si el niño lo puede ubicar en la posición correcta de arrastre. En el ítem 6 de esta prueba se le ofrece al niño un palo y un cubo pequeño de madera, donde se observa si el niño posee la representación mental de realizar un movimiento de arco para atraer el cubo. Esta prueba se administra a partir de los 9 meses.

La Serie D denominada Combinación de Objetos comprende dos sub series: tubo-rastrillo y tubo-cadena. En ambas series se busca estudiar la invención práctica elemental del niño, registrando el comportamiento espontáneo del mismo. Estas pruebas comienzan a administrarse a partir de los 13-14 meses. La sub serie tubo-rastrillo tiene como fin observar de qué manera el niño va avanzando progresivamente en la combinación de los dos objetos para alcanzar un fin: sacar bolitas de papel de adentro del tubo. Esto implica observar si el niño utiliza o no el rastrillo; si lo usa inadecuadamente; si utiliza el mango del rastrillo, pero no lo logra; si lo logra con tanteos o lo hace inmediatamente. La sub

serie tubo-cadena tiene como finalidad observar el comportamiento del niño referido a introducir una cadena formada por clips en el tubo. Se observan las estrategias que utiliza para ello: si trata de introducir la cadena por segmentos; si trata de realizar transformaciones de la cadena, pero falla; si la transforma en un bollito y lo logra; si la introduce como un objeto rígido y largo; si descubre inmediatamente el mecanismo.

La EAIS evalúa de manera esencialmente cualitativa los procesos cognoscitivos en el niño, donde importa tanto el logro final alcanzado como el modo en el cual el niño intenta solucionar el problema propuesto. En esta escala es posible localizar a cada niño en un estadio final o resumen, de acuerdo a los resultados obtenidos en todas las pruebas administradas. Se considera como una medida resumen del nivel de inteligencia del niño, a la mediana de los estadios alcanzados en todas las pruebas administradas, denominado *Estadio Mediano*. El procedimiento para determinar la mediana consiste en ordenar de manera creciente los estadios alcanzados en todas las pruebas que el niño realizó y la mediana corresponde al estadio que ocupa la posición central. Este estadio mediano se traduce luego en un percentil que indica el nivel de desarrollo alcanzado por el niño de acuerdo a su edad, el P1 (mínimo) y P10 suponen retraso en el desarrollo cognitivo, el P25 indica riesgo y los percentiles superiores o iguales a 50 indican que el desarrollo cognitivo se encontraría dentro de los parámetros esperables o normales para la edad. La evaluación cognitiva en los bebés que nacieron prematuros se realiza considerando la EC, en los restantes bebés de alto riesgo que nacieron a término se evalúa considerando su edad cronológica. Para la administración de esta escala, se recibió entrenamiento por parte de los autores para su aplicación.

4.5. Procedimiento

En un primer momento se realizó una visita a la institución con el propósito de conocer las características y el modo de funcionamiento de la misma, establecer el contacto con los profesionales médicos del Servicio a quienes se les explicó el encuadre de trabajo y el plan de actividades a seguir. La directora del Servicio sugirió que el horario de tarde podría ser más conveniente para realizar las observaciones ya que había menos movimiento de médicos y enfermeros. A lo largo de toda la investigación se profundizó en la revisión bibliográfica y el estudio de los desarrollos teóricos de diversos autores acerca del vínculo madre-hijo, las características particulares de los niños de alto riesgo, el vínculo entre madres y bebés durante la internación y el desarrollo durante el primer año de vida. Se realizó un estudio de la metodología específica a utilizar en la investigación.

La muestra se seleccionó a partir de consultar periódicamente en la hoja de registro de los profesionales médicos quienes eran los recién nacidos que habían ingresado en las últimas horas, luego se le preguntaba al médico a cargo sobre el estado en el que se encontraba el recién nacido y si consideraba que reunía las condiciones para ser derivado al Consultorio de Seguimiento luego del alta de la terapia neonatal. Mediante este procedimiento se escogía a las díadas que serían observadas, sin embargo, en numerosas oportunidades se observó a las díadas durante la internación ya que se

consideraba que cumplían con estos requisitos, pero al momento del alta el equipo médico decidió que debido a su evolución y/o estado actual no era necesario derivarlas al Consultorio de Seguimiento por lo que se vio interrumpida su participación en la investigación. A cada díada que accedía a participar, se le asignó un número para identificarla que se mantuvo durante toda la investigación. Previo a comenzar con las observaciones se contactó personalmente y de forma privada con las madres y en algunos casos también con los padres, con la finalidad de explicarles en qué consistía la investigación y obtener el consentimiento informado por escrito. Se les explicó a las madres que se trataba de una investigación promovida por la Universidad, que se contaba con la autorización del Hospital y que la investigadora no trabajaba como psicóloga del Servicio, sino que se encontraba abocada al estudio del desarrollo de los bebés. Fue necesario realizar esta diferenciación ya que en muchos casos se esperaba recibir asistencia psicológica de parte de la investigadora, luego de esta aclaración las madres me asignaban el nombre de "la psicóloga de bebés".

Antes de comenzar con la recolección de datos se efectuó una Prueba Piloto con la finalidad de conocer las particularidades del objeto de estudio. Se realizaron 20 observaciones de prueba en 5 díadas madre-bebé durante la internación en la UCIN. En ese periodo se evaluó la pertinencia de las técnicas e instrumentos de recolección de datos y consecuentemente se obtuvo un entrenamiento en este tipo particular de técnica de observación. Se procedió al registro escrito de cada una de las observaciones, el que se sometió a una supervisión teórica y metodológica. A partir de la prueba piloto se evidenció que las madres ingresaban a la UCIN predominantemente en los horarios destinados a la atención de sus hijos (alimentarlos mediante la sonda, tomarles la temperatura, cambiarles el pañal) por lo que las interacciones se producían conjuntamente con estas actividades. Por este motivo se decidió puntuar en la observación vincular aquellas conductas que la madre realizaba espontáneamente y que no estaban determinadas por las tareas de cuidado del bebé, se consideró fundamentalmente si la finalidad de la conducta era interactuar con el bebé o atenderlo corporalmente.

Luego de esta prueba piloto se comenzó formalmente con la recolección de datos. Se realizaron las observaciones vinculares mediante la aplicación de la escala de observación vincular N-EOV-INC durante el periodo de internación del bebé en la UCIN. Se realizaron las observaciones vinculares cuando la madre ingresaba en la unidad de cuidados intensivos para ver a su hijo que estaba en la incubadora, la primera observación de la díada debía realizarse durante el primer mes de vida del bebé, realizando las siguientes con intervalos de dos o tres días a fin de conocer si se producían variaciones con el transcurso del tiempo de internación y la maduración y crecimiento del bebé. El número de observaciones realizadas varió según cada díada, ya que no se pudo establecer previamente la cantidad de observaciones a realizar. A los fines organizativos, se tomó como base el criterio médico respecto del tiempo probable de internación de cada recién nacido, que dependía de la gravedad del mismo, así como de su evolución. A partir de la evaluación diaria del bebé, realizada por los médicos y el pronóstico que establecían a corto plazo, se planificaban las observaciones a realizar en cada caso. Esta planificación

se vio alterada en numerosas oportunidades por situaciones imprevistas como fueron el repentino agravamiento del bebé que implicaba una internación más prolongada, o por el contrario, un incremento en la demanda de incubadoras en la terapia por lo que los recién nacidos en mejores condiciones y capaces de tolerarlo eran trasladados de un momento a otro a la sala de internación conjunta con sus madres. Por estos motivos, aquellas díadas en las que el bebé permaneció internado por un periodo menor cuentan con un número inferior de observaciones vinculares en la UCIN, mientras que las díadas cuyos bebés estuvieron internados un tiempo más prolongado poseen mayor cantidad de observaciones.

Una vez que el bebé se encontraba en condiciones de abandonar la incubadora, pero aún debía ser monitoreado, se lo trasladaba a la sala con su madre, quien estaba completamente a cargo de alimentarlo, higienizarlo, dormirlo. Durante estos días próximos al alta de la institución se realizaron las entrevistas a las madres, generalmente éstas sostenían a sus hijos en brazos durante la entrevista que se realizaba en el consultorio de psicología, en el comedor de madres o en la habitación de la misma. Las entrevistas tenían una duración de una hora aproximadamente dependiendo de los tiempos de la madre y en algunos casos de las actividades que tuviera que realizar. Al momento de obtener el alta médica de la terapia neonatal, la médica a cargo le entregaba a la madre y su bebé un turno para el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo, generalmente este turno era en el mes siguiente o cercano a la fecha en que el bebé cumplía 40 semanas de EC.

En el Consultorio de Seguimiento también se realizaron observaciones de las interacciones madre-bebé hasta el momento en que el infante cumplía 12 meses de EC mediante la aplicación de la Escala de Observación del Vínculo Madre-hijo. A partir de comunicaciones personales con la autora se introdujo una modificación en el modo de administración de la escala, que establece que debe comenzarse con la observación cuando la madre se sienta con su bebé en brazos antes de comenzar con la revisación médica. Debido a particularidades del consultorio las madres en rara oportunidades adoptaban esta posición, por lo que se modificó este requisito comenzando con la evaluación cuando la madre permanecía de pie con su bebé en brazos antes de la revisación o después de la misma. De acuerdo al instrumento, la función de sostén debe evaluarse cuando la madre permanece sentada con el niño en brazos; sin embargo, luego de conversarlo con la autora de la escala, se decidió evaluar el sostén durante el tiempo que la madre permanecía de pie cargando a su hijo. Cabe destacar que las díadas eran citadas al control médico por la enfermera del consultorio, al cual me incorporaba en calidad de observadora.

En un primer momento se planificó realizar una observación por mes de cada díada en el Consultorio de Seguimiento. Sin embargo, esto no pudo concretarse en todos los casos debido a varios factores que intervinieron: ligados al funcionamiento de la institución, al incremento en el número de bebés derivados al consultorio por lo que no era posible citarlos en todos los casos una vez al mes, siendo muchos de ellos citados mes por medio. A esto se agregaba que en los meses de enero y febrero el consultorio no

funcionaba debido a la reducción del personal médico como consecuencia de las vacaciones de verano. De parte de las díadas los factores que intervinieron fueron la inasistencia de muchas de ellas al turno pautado, por lo que al reprogramarse el turno se extendía el plazo en el que se realizaba la observación; por otra parte, muchas madres viajaban desde el interior de la provincia hacia la institución lo que representaba un gasto que ellas no podían afrontar, motivo por el cual solicitaban que se las citara de forma más espaciada. Esta última característica de la muestra implicó que se produjera una modificación del plan de actividades, ya que no resultaba viable desde el punto de vista de los recursos y el tiempo disponible, acceder al domicilio familiar para realizar las observaciones de pautas de crianza en relación a la lactancia, la alimentación, el sueño y las interacciones lúdicas en la díada. Se resolvió indagar acerca de estos aspectos en la entrevista y en las observaciones realizadas en la institución.

Por otra parte, a medida que se realizaban las observaciones en el Consultorio de Seguimiento se pudo conocer el elevado índice de deserción en los controles. De un total de 53 díadas que fueron observadas en la UCIN, 2 debieron ser descartadas debido a dificultades para realizar las observaciones, 14 abandonaron los controles médicos en el transcurso del primer año, mientras que un total de 36 díadas asistieron a control durante el primer año de manera relativamente constante. A partir de esto, se decidió modificar el tiempo de observación propuesto en el plan de trabajo, reduciendo el mismo al primer año de vida del niño.

Durante los controles en el Consultorio de Seguimiento también se evaluó en cada visita el desarrollo psicomotor alcanzado por los bebés mediante la EEDP y a partir de los 6 meses se realizó una evaluación del desarrollo cognitivo mediante la EAIS. En un primer momento se consideró la posibilidad de utilizar para la evaluación del desarrollo la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) (Lejarraga, Kelmansky, Pascucci y Salamanco, 2005) una prueba de screening elaborada en Argentina en el Hospital Garrahan, sin embargo, esto no fue posible debido a que la capacitación, requisito ineludible para acceder a la batería de la prueba, estaba limitada en ese momento solo a los profesionales médicos, motivo por el cual se decidió utilizar la EEDP. Aquellos infantes que presentaron alteraciones en las evaluaciones del desarrollo fueron derivados por el equipo médico para realizar interconsultas con especialista o bien a estimulación temprana. De los 9 infantes de esta investigación que finalizaron el primer año de vida con puntajes inferiores a lo esperable para su edad, solo 4 asistían a estimulación temprana a pesar de lo cual persistieron las dificultades.

A partir de los datos obtenidos en las observaciones de las interacciones madre-bebé en UCIN y en el Consultorio de Seguimiento, así como también las evaluaciones del desarrollo se procedió a la organización del material recolectado y posterior análisis del mismo. Durante la internación en UCIN se observó un total de 70 díadas madre-bebé, de las cuales 60 fueron derivadas al Consultorio de Seguimiento. De este número de díadas que ingresaron al seguimiento, 3 debieron se excluidas de la investigación, una madre manifestó que no deseaba continuar participando y dos díadas debieron ser excluidas por las numerosas inasistencias que impedía su observación; 21 díadas

abandonaron el seguimiento médico y por ende dieron por terminada su participación en la investigación. Finalmente 36 díadas completaron su participación en el estudio al año de vida del bebé. Al momento de dar por concluida su participación, la investigadora obsequió a cada díada un juguete didáctico para el niño junto a un ejemplar del libro "Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés" de Oiberman y Mercado (2009).

4.6. Procesamiento y análisis de datos

4.6.1. Variables

Variables sociodemográficas: describen aspectos sociales, económicos, educativos, médicos de la muestra. Estas variables se definieron a partir de la recolección de datos de la historia clínica del bebé y de las entrevistas con las madres.

- Edad materna: el tiempo trascurrido desde el nacimiento de la madre hasta la entrevista, considerado en años. El Código Civil y Comercial de la Nación (2014), considera adolescente a las personas entre 13 y 18 años. UNICEF (2011), considera adolescentes a las personas que tienen entre 10 y 19 años.
- Edad paterna: el tiempo trascurrido desde el nacimiento del padre hasta el momento de la entrevista, considerado en años.
- Nivel educativo de la madre: máximo nivel de instrucción formal alcanzado por la madre. Las categorías fueron no posee estudios (no finalizó los estudios primarios); primario completo; secundario completo; terciario/universitario completo.

Nivel educativo del padre: máximo nivel de instrucción formal alcanzado por el padre. Las categorías fueron no posee estudios (no finalizó los estudios primarios); primario completo; secundario completo; terciario/universitario completo.

Situación laboral materna: actividad u ocupación que le permite la satisfacción de las necesidades familiares de alimentación, vivienda, educación. Las categorías fueron ama de casa, desempleada, trabajo esporádico, trabajo estable.

Situación laboral paterna: actividad u ocupación que le permite la satisfacción de las necesidades familiares de alimentación, vivienda, educación. Las categorías fueron: desempleado, trabajo esporádico, trabajo estable.

- Situación de pareja de la madre: se definió como la presencia o ausencia de pareja junto a la madre. Las categorías fueron madres sola como aquella madre que no recibió apoyo de parte del padre del bebé, es decir que no estuvo presente durante el embarazo, en el nacimiento y durante la internación en UCIN o no conocía a su hijo; pareja inestable; pareja estable no convivientes; pareja estable conviviente.

- Apoyo familiar: se definió como la presencia continua y colaboradora de algún miembro de la familia (no incluye el apoyo de la pareja) ya sea materna o paterna, que sostenía a la madre tanto en aspecto materiales como emocionales.

Composición familiar: se refiere al grupo de convivencia donde se inserta el bebé. Las categorías fueron: familia nuclear (padres, hermanos); familia monoparental (uno de los padres con los hijos); familia extensa (padres, hermanos, abuelos, tíos); familia ensamblada (padres, hijos de parejas anteriores).

Controles médicos durante el embarazo: cantidad de visitas médicas durante el embarazo.

Lugar en que se realizaron los controles médicos durante el embarazo: institución en la que se realizaron los controles médicos. Las categorías fueron: no asiste a los controles; institución pública; institución privada.

Dificultades en embarazos y/o partos anteriores: la madre presenta antecedentes de abortos espontáneos, nacimientos prematuros, hijos fallecidos.

Permanencia en la Residencia: la madre permanece durante la mayor parte del tiempo de internación del bebé en la residencia para madres del hospital.

- Orden de nacimiento del bebé: lugar que ocupa el bebé internado entre los hijos de la pareja.

Sexo: condición masculina o femenina del bebé, determinada por los órganos sexuales.

- Edad Gestacional (EG): semanas completas transcurridas entre el primer día del último periodo menstrual de la madre y el momento del parto. Las categorías fueron: prematuro extremo (menos de 28 semanas); muy prematuro (28 a 31 semanas); prematuro moderado (32 a 36 semanas); recién nacido a término (37 a 41 semanas); recién nacido postérmino (más de 42 semanas).

Peso de nacimiento: es la primera medida en gramos del peso del recién nacido hecha después del nacimiento. Las categorías fueron: extremo bajo peso; muy bajo peso; bajo peso; peso adecuado de nacimiento.

Relación EG y Peso de nacimiento: clasificación de los recién nacidos en función de la edad gestacional al nacer y el peso de nacimiento. Las categorías fueron: Pequeño para la Edad Gestacional, Adecuado para la Edad Gestacional; Grande para la Edad Gestacional.

Tiempo de internación: días completos de internación del bebé en la UCIN desde el momento del nacimiento hasta el alta médica.

Diagnóstico principal: calificación médica que determina el ingreso del recién nacido en la UCIN. Las categorías fueron: Enfermedad Respiratoria; Retardo en el

Crecimiento Intrauterino; Sepsis Neonatal; Enfermedad Gastrointestinal; Enfermedad Genética; Ictericia; Enfermedad Neurológica; Enfermedad Cardiovascular.

1. En la categoría Enfermedad Respiratoria se incluyó:

— el Síndrome de Dificultad Respiratoria o Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH) que es la enfermedad más frecuente y de mayor incidencia en los prematuros, constituyendo una importante causa de mortalidad y trastornos a corto y largo plazo. El mayor factor de riesgo asociado a la EMH es la menor edad gestacional (Ceriani Cernadas et al., 2009). Se ha descripto mayor frecuencia de déficit en el neurodesarrollo en los recién nacidos que presentaron dificultades respiratorias severas, aunque no se puede establecer una relación causal (Ceriani Cernadas et al., 2009).

— La Taquipnea transitoria del recién nacido (SDR II), también conocido como pulmón húmedo o Síndrome de Dificultad Respiratoria II, es muy común y tiene características compartidas con la EMH. El síndrome de taquipnea transitoria suele presentarse tanto en niños pretérmino y de término. Se trata generalmente de una enfermedad transitoria, que persiste entre 12 y 24 horas en las formas leves y hasta más de 72 en los casos más graves, siendo generalmente de evolución favorable (Abu-Shaweesh, 2011).

— La Apnea del recién nacido (RN) es otra enfermedad respiratoria frecuente en este grupo de bebés, consiste en el cese de la respiración por más de 20 segundos acompañado de bradicardia, desaturación de oxígeno, cianosis, palidez, hipotonía o acidosis metabólica. Es un hecho frecuente en los prematuros, aumentando su incidencia a medida que disminuye el peso de nacimiento (Suárez-Morán et al., 2011). Se considera que la presencia de apneas reiteradas puede tener consecuencias en el neurodesarrollo, ya que se asocian a una disminución de oxígeno y bradicardia lo que está relacionado con una mala evolución neonatal y a largo plazo (Ceriani Cernadas et al., 2009).

— El Síndrome Aspirativo de Líquido Amniótico (SALAM) constituye una de las complicaciones respiratorias más graves de la asfixia perinatal. Se produce por la aspiración de meconio presente en el líquido amniótico, lo que indica la presencia de hipoxia fetal. Se observa una mayor presencia del cuadro, en recién nacidos de término. La presencia de meconio es un marcador de sufrimiento del feto, asociado a mayor morbilidad perinatal. Los

niños suelen estar deprimidos, presentando una depresión neurológica y respiratoria secundaria a la injuria hipóxica (Ganso et al., 2005).

2. La categoría Retardo en el Crecimiento Intrauterino supone que el crecimiento y desarrollo fetal no se ha producido en condiciones intrauterinas adecuadas. Aquellos recién nacidos en los que, por patología materna, placentaria o fetal, se ha restringido su crecimiento constituyen un grupo de alto riesgo y son clasificados como pequeños para su edad gestacional (PEG). El crecimiento fetal anormal conocido como retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) puede presentarse en bebés prematuros y a término, afecta la supervivencia intrauterina, el parto y la posterior adaptación neonatal. El neurodesarrollo de los niños con retardo del crecimiento dependerá no solo del RCIU sino también de la presencia de otros eventos perinatales adversos. Los neonatos PEG pueden presentar dificultades en el rendimiento escolar, trastornos de conducta y del aprendizaje. Una influencia determinante sobre el desarrollo neurológico de los recién nacidos PEG es el estado socioeconómico familiar. Se ha observado que el nivel educacional, la ubicación del recién nacido en la familia y las condiciones ambientales ejercen una gran influencia sobre la evolución; siendo la estimulación ambiental y familiar adecuada un factor primordial para la evolución óptima de los recién nacidos PEG (Kliegman, 2011).

3. La categoría Sepsis Neonatal se define como un síndrome séptico que conduce a un fallo multiorgánico debido a la infección por microorganismos. Este cuadro se divide en sepsis neonatal temprana y sepsis neonatal tardía. Ganso y colaboradores (2005) señalan que la sepsis temprana afecta a los recién nacidos durante la primera semana de vida, es fulminante y multisistémica. La infección se adquiere antes o durante el momento del parto. En la sepsis neonatal tardía, los síntomas pueden aparecer en la segunda semana de vida o incluso después. El agente etiológico más frecuente es nosocomial, pudiendo ocurrir durante la internación en la UCIN a consecuencia de tratamientos invasivos, vías intravenosas, vías respiratorias y un sistema inmunológico inmaduro (Kelly, 2006). Las infecciones tienen graves implicancias en la evolución posterior del recién nacido, estando asociada a una elevada mortalidad. Se ha descripto que en los prematuros que presentaron sepsis confirmada, la evolución neurológica fue menos favorable y los puntajes en las pruebas de evaluación de desarrollo fueron menores que en aquellos recién nacidos de igual edad gestacional que no presentaron sepsis (Ceriani Cernada et al., 2009).

4. La categoría Enfermedad Gastrointestinal incluye principalmente dos complicaciones:

— La Intolerancia alimentaria, que se trata de una dificultad muy común dentro del grupo de los recién nacidos prematuros. Los signos más frecuentes suelen ser la aparición de residuos gástricos, distensión abdominal y el comienzo de crisis de apnea/bradicardia (Lucchini, Bizzarri, Giampietro y De Curtis, 2011).

— El Reflujo Gastroesofágico que es una condición normal en el grupo de recién nacidos. En muchos casos, un reflujo significativo durante los primeros meses de vida suele ser fisiológico y se resuelve sin dejar consecuencias (Safder, Arora y Chelimsky, 2011). El reflujo gastroesofágico se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago y la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico se define como los síntomas o complicaciones del reflujo gastroesofágico. En los prematuros el reflujo representa un riesgo particularmente alto de ocasionar alguna patología. (Suárez-Morán et al., 2011).

5. La categoría Ictericia se define como el color amarillo de la piel y las mucosas por aumento de la concentración de la bilirrubina en sangre (Ganso et al., 2005). Este cuadro aparece en los prematuros típicamente en el quinto día de vida; es muy frecuente observar en los prematuros más que en los recién nacidos a término un mecanismo de disminución de la excreción de bilirrubina. La ictericia del recién nacido implica una excesiva producción de bilirrubina o una limitada transformación de la misma, por lo que la bilirrubina no conjugada aparece en sangre (Maisels, 1973/2001). Ganso y colaboradores (2005) señalan que uno de los riesgos mayores tiene que ver con la entrada de bilirrubina al Sistema Nervioso Central, lo que puede producir, por ejemplo, daño cerebral. En caso de no tratarse la ictericia tiene graves implicancias en la evolución posterior. La injuria cerebral a causa de la ictericia se denomina “encefalopatía bilirrubínica” o “Kernicterus” (Ceriani Cernadas et al., 2009).

6. La categoría Enfermedad Neurológica incluye:

— la Hemorragia Intracraneana (HIC) que ocurre en un 25 a 30% de los recién nacidos de muy bajo peso, la mayoría sin consecuencias neurológicas significativas. A menor edad gestacional más riesgo de sufrir una HIC. La hemorragia suele clasificarse en cuatro grados (Kelly, 2006). Ceriani Cernadas et al. (2009) señalan que las hemorragias Grado I y II no suelen tener repercusiones a largo plazo, sin embargo, en prematuros muy pequeños pueden tener algún tipo

de secuela. Las formas graves, Grado III y IV, suelen estar asociadas a mayor mortalidad neonatal y trastornos en el neurodesarrollo.

— La Asfixia Perinatal, o encefalopatía hipóxico-isquémica, consiste en una condición seria, causante de mortalidad y morbilidad significativa, así como de discapacidades a largo plazo (Torres Muñoz y Rojas, 2010). Etimológicamente asfixia significa falta de respiración o de aire. La asfixia afecta a todos los órganos y sistemas en diversos grados, entre tanto, es en el Sistema Nervioso Central donde se producen la injuria más significativa debido a las secuelas como a la mortalidad. Las manifestaciones clínicas referidas a la injuria en el SNC se han englobado bajo el término de Encefalopatía Hipóxico Isquémica, frecuentemente asociada a parálisis cerebral, retraso mental, trastornos del aprendizaje y epilepsia. Este cuadro suele estar acompañado de un anormal estado del sensorio, ya sea por depresión o irritabilidad; respecto al tono muscular, el recién nacido puede presentar desde una hipotonía a una hipertonía generalizada; una succión débil o ausente; crisis convulsivas de diferente intensidad y duración (Ganso et al., 2005).

7. La categoría Enfermedad Cardiovascular se refiere al cuadro denominado Ductus Arterioso Persistente (DAP). El ductus arterioso es una estructura vascular que conecta la aorta descendente proximal con la arteria pulmonar principal cerca del origen de la rama pulmonar izquierda. Esencial para la vida fetal, se cierra espontáneamente después del nacimiento en la mayoría de los recién nacidos a término antes del cuarto día de vida ya que no resulta útil que permanezca abierto. Sin embargo, en los prematuros el cierre del ductus se produce con frecuencia más allá de los primeros días o semanas de vida, especialmente en aquellos que precisan ventilación mecánica. Si el ductus permanece abierto, comprometiendo la función cardiopulmonar nos encontramos en presencia de persistencia sintomática del ductus arterioso (DAP). El retraso del cierre ductal está inversamente relacionado con la edad gestacional, no se ha asociado la presencia de ductus con alteraciones en la evolución a largo plazo (Ceriani Cernadas et al., 2009).

Asistencia respiratoria: ayuda que requirió el bebé para respirar durante la internación. Se considera el dispositivo de mayor complejidad utilizado por el bebé. Las categorías fueron: no requiere asistencia respiratoria; cánula nasal; CPAP nasal; halo de oxígeno; asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Lactancia: proceso de alimentación del bebé exclusivamente con leche. Las categorías fueron: pecho; mamadera; mixta.

Para realizar el análisis cuantitativo se definieron las variables interactivas a analizar. Éstas se delimitaron a partir de los datos obtenidos tanto mediante la aplicación de las escalas durante la internación como en el Consultorio de Seguimiento y a partir de la descripción narrativa de las observaciones. Se consideró la descripción de los ítems propuesta en las escalas, pero se establecieron modificaciones y/o reagrupamiento de las conductas. Se trata de variables numéricas continuas en las que se asignó un puntaje en función de la frecuencia con la que se presentaba la conducta en cada observación; se establecieron variables referidas a las conductas iniciadas por cada miembro de la díada y las respuestas del otro miembro en lo corporal, visual, verbal y sostén.

Variables interactivas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: describen las conductas corporales, visuales y verbales realizadas por ambos miembros de la díada en la interacción durante la estadía del bebé en la UCIN. Se codificaron las conductas de iniciación y de respuesta tanto de la madre como del bebé. Se estableció que uno de los miembros de la díada Inicia la conducta cuando propone de manera espontánea, intenta, busca activamente interactuar con el otro de forma corporal, visual o verbal. En cambio, se estableció que se trata de una Respuesta cuando la conducta se presenta en un tiempo inmediatamente posterior a una conducta del otro miembro de la díada y utiliza el mismo canal de comunicación.

Interacciones de parte del bebé:

Inicia la conducta Corporal el Bebé (ICB):

Se confirió un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto corporal definida como el bebé que no realizaba ningún movimiento corporal intentando tocar a su madre especialmente en la mano y/o el antebrazo. Se otorgó 1 punto por cada conducta del bebé de tocar el cuerpo de su madre, ya sea que el bebé tomaba la iniciativa y salía en búsqueda de un contacto corporal o bien respondía al tocamiento materno con una nueva conducta de contacto corporal. Generalmente estiraba sus brazos intentando tocar con sus dedos la mano o el antebrazo de su mamá, o cerraba sus dedos en torno a la mano materna cuando ésta lo tocaba.

Respuesta del Bebé al Contacto Corporal materno (rCB):

Se otorgó un puntaje de 0 ante el rechazo del contacto corporal que se evidenciaba en el comportamiento del bebé de alejar la parte del cuerpo que era tocada, moverse bruscamente, comenzar a llorar, o realizar activamente un movimiento para retirar la parte de su cuerpo acariciada. Se otorgó 1 punto por cada conducta en que el bebé fue receptivo al tocamiento materno, lo que suponía que el bebé mantenía la parte de su cuerpo acariciada en la misma posición, accedía al contacto. Expresaba el agrado moviendo suavemente su cuerpo, abriendo los ojos, dejando de llorar, esbozando una sonrisa. El bebé manifestaba esta aceptación al permanecer en la misma posición, al no alejar la parte del cuerpo acariciada, no llorar o realizar movimientos bruscos.

Inicia la conducta Visual el Bebé (IViB):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto visual, es decir, que el bebé no buscaba iniciar el contacto visual con su madre, permaneciendo con los ojos cerrados, mirando en otra dirección. Se otorgó 1 punto por cada conducta del bebé de mirar a su madre, el bebé realizaba movimientos oculares sostenidos de búsqueda del rostro y el cuerpo materno. El bebé seguía al objeto y detenía su mirada al encontrarlo, buscando captar la atención del mismo. Podía realizar movimientos corporales para alcanzar una posición que le permitiera mirar mejor a su madre.

Respuesta del bebé a la Conducta Visual materna (rViB):

Se otorgó un puntaje de 0 si la conducta del bebé fue de rechazo del contacto visual, definido como la no respuesta a la mirada de su madre, que implicaba que éste volteaba la cabeza en dirección opuesta a la mirada materna, tenía la mirada perdida o lloraba. Se otorgó 1 punto por cada conducta receptiva del bebé a la mirada de su madre, es decir, que éste tenía los ojos abiertos y respondía mirando hacia el rostro materno a través del plástico o a través del orificio abierto de la incubadora sosteniendo el contacto visual.

Respuesta del Bebé a la Conducta Verbal materna (rVeB):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto verbal, esta conducta supone que el bebé no era hablado por lo que no modificaba su actitud durante la observación, o bien, cuando la madre se dirigía verbalmente a él, éste no respondía a los estímulos verbales: no modificaba su postura corporal, no abría los ojos o giraba la cabeza hacia el sonido. Se asignó 1 punto por cada conducta en la que el bebé respondía al estímulo verbal, reaccionando frente a los sonidos verbales cesando sus movimientos corporales y/o el llanto, girando su cabeza en busca de la fuente del sonido, abriendo los ojos.

Dada las características de la muestra y la dificultad que supone la investigación en el contexto de la UCIN, no se consideró la iniciación de conductas verbales por parte del bebé.

Interacciones de parte de la madre:

Inicia la conducta Corporal la Madre (ICM):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto corporal, definido como la madre que no buscó tocar a su bebé. La madre no introducía las manos en la incubadora o si lo hacía no lo tocaba o manipula el cuerpo solo para tareas de vestido e higiene, pero no se detenía a “tocar o acariciar comunicativamente” el cuerpo de su hijo. En cambio, se asignó 1 punto por cada conducta en la que la madre tocó el cuerpo o la ropa del bebé, ya sea apoyando su mano sobre él o acariciándolo. La madre se desentendía del ambiente de la internación, concentrándose solo en procurar el contacto corporal con su hijo por sobre otras actividades que se le requerían en la UCIN. Es decir, la madre se interesaba en la interacción con su hijo, el encuentro afectivo y comunicacional entre ambos.

Respuesta de la Madre ante el Contacto Corporal del bebé (rCM):

Se otorgó un puntaje de 0 ante el rechazo del contacto corporal, es decir que la madre no permitió que el bebé la tocara. Esta conducta se manifestó cuando el bebé buscaba tocarla y ella no detenía sus movimientos corporales, alejando su cuerpo, por lo que el contacto se veía impedido rápidamente, ella parecía no captar la búsqueda de cercanía corporal por parte del bebé. En otras situaciones, la madre alejaba activamente su cuerpo al sentirse tocada por el bebé interrumpiendo el contacto de manera intencional. En cambio, se otorgó 1 punto cada conducta en que la madre fue receptiva al tocamiento del bebé, siendo capaz de percibir la sutil conducta de su hijo, manteniendo su mano y/o su antebrazo al alcance del mismo para ser tocada.

Inicia la conducta Visual la Madre (IViM):

Se concedió un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto visual, la madre no dirigió la mirada hacia su hijo que se encontraba en la incubadora, lo hacía brevemente, ligeramente o por encima, sin detenerse a interactuar visualmente. La madre no evidenciaba una "actitud de mirar a su bebé", es decir, una disposición de observar, atender, informarse acerca del estado físico y/o emocional de su hijo. Se otorgó 1 punto por cada conducta materna de mirar al bebé, entendido como la madre que dirigía la mirada hacia su hijo. Podía hacerlo desde una posición alejada (> 30 cm), lo que supone una conducta visual más distante debido a la distancia. También podía mirarlo desde una posición cercana (menor o igual a 30 cm) al plástico de la incubadora o bien inclinando su cuerpo hasta lograr mirarlo a través del orificio abierto de la incubadora. Estas madres buscaban captar el interés visual aun cuando sus bebés tenían los ojos cerrados.

Respuesta de la Madre a la Conducta Visual del bebé (rViM):

Se otorgó un puntaje de 0 ante el rechazo del contacto visual, la madre no respondió a las miradas del bebé dirigidas hacia ella o lo hacía brevemente, ligeramente o por encima, sin detenerse a interactuar visualmente. La madre parecía no percibir que su hijo la miraba o si lo hacía no sostenía el contacto visual. Por el contrario, se asignó 1 punto cada vez que la madre fue receptiva a la mirada del bebé, la madre se percataba de la mirada de su hijo dirigida hacia ella y se detenía, sosteniendo el contacto visual. Esta conducta podía ir acompañada de vocalizaciones, sonrisas y caricias. Esta dimensión supondría que la madre no lo miraba en un primer momento y respondía visualmente como consecuencia de la mirada del bebé.

Inicia la conducta Verbal la Madre (IVeM):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto verbal, la madre no utilizó el lenguaje verbal como un modo de interactuar con su hijo, permaneciendo en silencio. Se asignó 1 punto por cada conducta en la que la madre se dirigió verbalmente a su hijo, realizando sonidos vocales y/o guturales para intentar atraer la atención de su hijo, buscar que participe en la interacción o consolarlo si está llorando.

Variables interactivas en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo: Describen las conductas corporales, visuales, verbales y de sostén realizadas por ambos miembros de la díada en la interacción durante los controles médicos en el Consultorio de Seguimiento. Se codificaron las conductas de iniciación y de respuesta tanto de la madre como del bebé. Se estableció que uno de los miembros de la díada Inicia la conducta cuando propone de manera espontánea, busca activamente interactuar con el otro de forma corporal, visual, verbal o de sostén. En cambio, se estableció que se trata de una Respuesta cuando la conducta se presenta en un tiempo inmediatamente posterior a una conducta del otro miembro de la díada y utiliza el mismo canal de comunicación.

Interacciones de parte del bebé:

Inicia la conducta Corporal el Bebé en el Consultorio de Seguimiento (ICBs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto corporal, el bebé no realizó ninguna conducta que implicara intentar tocar el cuerpo de su madre, permaneciendo distante corporalmente. En cambio, se otorgó 1 punto por cada conducta del bebé de tocar el cuerpo de su madre, ya sea que tomaba la iniciativa y salía en búsqueda de un contacto corporal o bien respondía al tocamiento materno con una nueva conducta de contacto corporal. Generalmente estiraba sus brazos o piernas intentando alcanzar el torso o el antebrazo de su mamá, cerraba sus dedos en torno a la mano materna que lo acariciaba; cuando el bebé era mayor tocaba a su mamá en el rostro o apoyaba sus manos sobre sus hombros.

Respuesta del Bebé al Contacto Corporal materno en el Consultorio de Seguimiento (rCBs):

Se asignó un puntaje de 0 ante el rechazo del contacto corporal, el bebé no permitió ser tocado por su madre. El bebé podía rechazar el contacto corporal intentando alejar la parte del cuerpo que era tocada, moviéndose bruscamente, comenzando a llorar, realizando activamente un movimiento para retirar la parte acariciada como rotar su cuerpo o intentar escabullirse. Por el contrario, se otorgó 1 punto por cada conducta receptiva del bebé al tocamiento materno, lo que supone que mantenía la parte de su cuerpo acariciada en la misma posición. Expresaba la aceptación y el agrado de ser tocado moviendo suavemente su cuerpo, mirando a su mamá, dejando de llorar, esbozando una sonrisa, permaneciendo en la misma posición sin alejar la parte del cuerpo acariciada. Se producía un momento de contacto corporal mutuo que se mantenía por varios segundos.

Inicia la conducta Visual el Bebé en el Consultorio de Seguimiento (IViBs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto visual, el bebé no buscó iniciar el contacto visual con su madre, permaneciendo con los ojos cerrados, mirando en otra dirección, con la mirada perdida o llorando. Se asignó 1 punto por cada conducta de mirar a su madre, el bebé realizaba movimientos con los ojos y /o la cabeza buscando encontrar la mirada de su madre. Podía recorrer con la vista el consultorio y los objetos, pero se detenía al encontrarse con el rostro y la mirada de su mamá. Por lo general, se

trataba de conductas de poca duración en los primeros meses de vida, por lo que, si no encontraba una respuesta de forma relativamente rápida, el bebé abandonaba su búsqueda y dirigía la mirada hacia otro punto de interés en el consultorio o en algunos de los objetos presentes.

Respuesta del Bebé a la Conducta Visual materna en el Consultorio de Seguimiento (rViBs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto visual, el bebé tenía los ojos abiertos, pero no respondía a la mirada de su madre, miraba en otra dirección, tenía la mirada perdida. En cambio, se otorgó 1 punto por cada conducta receptiva ante la mirada de su madre, lo que se definió como el bebé que respondía a la búsqueda de miradas por parte de su madre, estableciendo un contacto visual con ella. Podía tratarse de una conducta visual breve o más prolongada y sostenida. Se producía un momento de contacto visual mutuo, lo que suponía un momento de interacción ya que el bebé era capaz de responder de manera más extensa a la propuesta de otro.

Inicia la conducta Verbal el Bebé en el Consultorio de Seguimiento (IVeBs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto verbal, el bebé no tomó la iniciativa de dirigirse verbalmente hacia su madre, no vocalizaba ni balbuceaba permaneciendo en silencio. Se asignó 1 punto por cada conducta en la que el bebé se dirigía verbalmente, llamaba a su madre, emitía sonidos, vocalizaciones o palabras en un intento de atraer la atención de su madre hacia él. Esta conducta solía estar acompañada de miradas dirigidas hacia la madre y de contactos corporales. A medida que aumentaba la edad del bebé, podía dirigirse a su madre utilizando sonidos conocidos por ella, para pedirle que le alcanzara juguetes u otros objetos que llamaban su atención.

Respuesta del Bebé a la Conducta Verbal materna en el Consultorio de Seguimiento (rVeBs):

Se asignó un puntaje de 0 ante la conducta de rechazo del contacto verbal, es decir que el bebé no respondió a las manifestaciones verbales de su madre, manteniendo su actitud durante la observación, sin realizar sonidos o decir palabras a modo de réplica. En cambio, se otorgó 1 punto cada vez que el bebé emitía sonidos como vocalizaciones o balbuceos en un primer momento y posteriormente algunas palabras, inmediatamente posterior a las verbalizaciones maternas. Se producía un momento de intercambio verbal mutuo que se mantenía por algunos segundos.

Inicia la conducta de Sostén el Bebé en el Consultorio de Seguimiento (ISBs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de conductas de sostén, el bebé no llevó a cabo ninguna conducta que indicara un intento de acobijarse, ampararse en el cuerpo materno. No extendía los brazos hacia ella, no se amoldaba cuando era levantado en brazos. En cambio, cada vez que el bebé tendió los brazos hacia su madre o se acurrucó en ella se le asignó 1 punto. El bebé estiraba los brazos hacia su madre buscando que ésta lo tomara y lo levantara en sus brazos. La conducta de acurrucarse se pudo observar de

dos maneras: cuando la madre estaba sentada y sostenía al bebé sobre su regazo; o cuando la madre estaba de pie y lo sostenía en brazos. En ambos casos, el bebé intentaba voltear hacia el cuerpo materno y refugiarse en el pecho de su madre, apoyando la cara en ella, encogiéndose. Se observó esta conducta frecuentemente cuando las médicas se dirigían verbalmente o se acercaban al bebé para pedirle que realizara alguna tarea o cuando se descubría observado por las personas del consultorio.

Respuesta del Bebé a la Conducta de Sostén materno en el Consultorio de Seguimiento (rSBs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante el rechazo del sostén por parte del bebé, quien no respondió frente a la invitación materna de ser recibido en su cuerpo. Permanecía en la misma posición o se oponía activamente por ejemplo intentado liberarse de los brazos de su madre. Se le otorgó 1 punto por cada conducta de entrega a los brazos de su madre, en la que el bebé respondía positivamente a la invitación materna, arrojándose a los brazos de ella, acurrucándose en su pecho.

Interacciones de parte de la madre:

Inicia la conducta Corporal la Madre en Consultorio de Seguimiento (ICMs):

Se asignó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto corporal por parte de la madre, es decir, que ésta no buscó tocar o acariciar a su bebé durante el control pediátrico. La madre se limitaba a realizar las tareas indicadas como desvestir y vestir a su hijo para la revisación médica, pero no se detenía a tocarlo o acariciarlo con la finalidad de interactuar afectivamente con él. Se le otorgó 1 punto cada vez que la madre acarició el cuerpo o la ropa del bebé. A pesar de la rapidez con la que se espera que la madre actúe en el control médico pediátrico, ya que suelen asistir muchos pacientes, ella se tomaba unos minutos para interactuar corporalmente con su bebé, aprovechando las pausas realizadas por las médicas o bien introduciendo ella mismas pequeñas pausas. La madre se interesaba en el contacto con su hijo, el encuentro afectivo, comunicacional entre ambos.

Respuesta de la Madre al Contacto Corporal del bebé en Consultorio de Seguimiento (rCMs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante el rechazo del contacto corporal, la madre no permitió que el bebé la tocara durante la consulta. Cuando el bebé buscaba tocarla, la madre no detenía sus movimientos corporales o aleja su cuerpo para continuar con la tarea, por lo que el contacto se veía impedido rápidamente. La madre parecía no captar la búsqueda de cercanía corporal por parte del bebé. Por el contrario, cada vez que la madre fue receptiva al tocamiento del bebé se le asignó 1 punto. La madre era capaz de percibir y responder a la búsqueda de contacto corporal por parte de su hijo manteniendo su cuerpo al alcance de él para ser tocada, esto solía ir acompañado de sonrisas y/o vocalizaciones. Se producía un momento de contacto corporal mutuo que se mantenía por varios segundos.

Inicia la conducta Visual la Madre en Consultorio de Seguimiento (IViMs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto visual, la madre no dirigió la mirada hacia su hijo durante el control médico pediátrico. La madre no se detenía a mirar afectivamente a su hijo, por el contrario, se abocaba a realizar las tareas de vestido y/o higiene con la vista dirigida solo al cuerpo, la ropa o hacia otras personas. Se le asignó 1 punto por cada conducta materna de mirar al bebé, la madre dirigía la mirada al bebé para establecer un contacto visual con él. Se podía tratar de una conducta visual más breve, como al pasar o bien podía dirigir su mirada de forma sostenida al rostro de su hijo buscando captar su interés visual. La madre intentaba estimular a su hijo visualmente para que éste respondiera y participara en la interacción, podía realizar movimientos como inclinar su cuerpo, colocarse de cerca y de frente a su hijo.

Respuesta de la Madre a la Conducta Visual del bebé en Consultorio de Seguimiento (rViMs):

Se asignó un puntaje de 0 ante cada conducta de rechazo del contacto visual. La madre no respondió a las miradas del bebé dirigidas hacia ella. La madre continuaba con la mirada en otra dirección, ya sea hacia el cuerpo o la ropa del bebé, sin percatarse de los intentos de su hijo de captar su interés visual. En cambio, se le otorgó 1 punto cada vez que la madre fue receptiva a la mirada del bebé, la madre se percataba de la mirada del bebé que se dirigía hacia ella y detenía sus movimientos, sosteniendo el contacto visual por varios segundos. Esta conducta podía ir acompañada de vocalizaciones, sonrisas y caricias. La madre no se encontraba mirando al bebé en un primer momento y respondía visualmente como consecuencia de la mirada del mismo. Se produce un momento de contacto visual mutuo que se mantiene por varios segundos.

Inicia la conducta Verbal la Madre en Consultorio de Seguimiento (IVeMs):

Se confirió un puntaje de 0 ante la ausencia de contacto verbal por parte de la madre. En estas observaciones la madre no utilizó el lenguaje verbal como un modo de interactuar con su hijo, permaneciendo en silencio cuando él emitía sonidos o se dirigía verbalmente hacia otras personas en el consultorio, pero no hacia su hijo. Se le asignó 1 punto por cada conducta en la que la madre le hablaba a su hijo, se dirigía verbalmente a su bebé, buscaba establecer un contacto verbal con él mediante la utilización de palabras, frases o expresiones conocidas por el niño. En las etapas posteriores la madre podía iniciar un diálogo con su hijo. La madre podía intentar estimularlo mediante el lenguaje, tranquilizarlo si estaba llorando o simplemente comunicarse con él.

Respuesta de la Madre a la Conducta Verbal del bebé en Consultorio de Seguimiento (rVeMs):

Se asignó un puntaje de 0 ante el rechazo del contacto verbal. Frente a los sonidos, balbuceos del bebé, la madre no respondió con una conducta verbal, permaneciendo en silencio o dirigiéndose verbalmente hacia otras personas en el consultorio, pero no hacia su hijo. Por el contrario, se le concedió 1 punto por cada conducta de respuesta al llamado de su hijo, la madre al escuchar los sonidos emitidos por su hijo podía decodificarlos

como un llamado dirigido a ella, por lo que respondía verbalmente para averiguar qué ocurría o atribuyéndole un significado al llamado y respondiendo de acuerdo a eso; esta conducta podía estar acompañada de contactos visuales, corporales. Se producía un momento de intercambio verbal mutuo que se mantenía por algunos segundos.

Inicia la conducta de Sostén la Madre en Consultorio de Seguimiento (ISMs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante la ausencia de conductas de sostén. La madre no llevó a cabo ninguna conducta que invitara al bebé a sus brazos, no ofrecía su cuerpo como sostén. En cambio, se le asignó 1 punto por cada conducta de sostén iniciada por la madre. Esto se definió como la madre que estiraba los brazos abiertos en dirección a su hijo, en un intento de transmitirle que se encontraba disponible para recibirlo en un abrazo o levantarlo. Esta conducta solía ir acompañada de expresiones verbales, de miradas o de sonrisas para atraer a su hijo hacia ella.

Respuesta de la Madre a la Conducta de Sostén del bebé en Consultorio de Seguimiento (rSMs):

Se otorgó un puntaje de 0 ante cada conducta de rechazo del sostén, la madre evitó activamente que el bebé se acurrucara en su cuerpo, alejándolo, retirando su cuerpo, no reaccionando frente a los brazos extendidos del bebé. En cambio, se le asignó 1 punto cada vez que la madre recibió a su hijo en brazos. En esta conducta de sostén, la madre acogía a su hijo en sus brazos o en su cuerpo cuando éste se acercaba a ella en busca de contacto, intentando acurrarse o ampararse en su cuerpo. La madre solía envolver con sus brazos al niño que permanecía contra su pecho.

4.6.2. Análisis de los datos

4.6.2.1. Análisis Cuantitativo

Se realizó un primer análisis de los datos recabados en las entrevistas e historias clínicas de los bebés internados a fin de caracterizar socio demográficamente a la muestra. Los datos obtenidos en las entrevistas, así como en las observaciones fueron organizados en dos matrices de datos en planillas de cálculo de Excel. En el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS 21) se trabajó con la base de datos demográficos de la muestra y se realizó el análisis estadístico que permitió caracterizarla en este aspecto.

El análisis cuantitativo de las interacciones diádicas permitió conocer las características de las mismas durante la internación en UCIN y en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo, los comportamientos más frecuentes, las diferencias entre los miembros de la díada en cuanto a iniciación y respuesta de los comportamientos, así como también las diferencias de las díadas entre sí. A partir de este análisis se construyeron grupos de díadas cuyas interacciones tenían características similares, tanto para las interacciones en la UCIN como para las del Consultorio de Seguimiento.

El análisis cuantitativo se realizó en el Software libre R a partir de la base de datos construida con las frecuencias de cada variable tanto de iniciación como de respuesta en lo corporal, visual, verbal y postural. En esta base de datos, en las filas se ubicaron las unidades de análisis, es decir, cada observación de las díadas, mientras que en las columnas se ubicaron las variables. Así, por ejemplo, si en la primera observación la madre tocó al bebé dos veces el puntaje en la variable ICM era de 2, mientras que si el bebé permitió ser tocado solo una vez el puntaje en la variable rCB sería de 1. Esta organización de los datos permitió apreciar con claridad las diferencias entre las díadas a partir de la frecuencia de las conductas interactivas.

4.6.2.2. Análisis de Cluster

En el Software R se realizó un Análisis de Clúster, que consiste en la separación de los casos en grupos en función de las variables observadas en los datos. Se trata de una técnica estadística descriptiva que permite identificar grupos homogéneos de objetos o casos a los que se denomina clústeres, cuya traducción al español es la de grupos o racimos. Los casos que se ubican en un grupo específico comparten muchas características, por lo que tienen una alta semejanza; mientras que son muy disímiles de los casos que no pertenecen a ese grupo. El objetivo principal del análisis de clúster es discriminar, a partir de un conjunto previamente determinado de variables, grupos naturales de casos similares, por ejemplo, grupos de díadas, de madres, de bebés. Este tipo de análisis es utilizado frecuentemente en ciencias como la psicología, la medicina y la biología ya que permite dividir los casos en grupos en función de clases previamente conocidas o desconocidas. Cada clúster o grupo de casos puede ser caracterizado a partir del centro, que se entiende como el valor medio de todas las variables observadas. A fin de que cada variable contribuya de igual manera a la distribución de las díadas en los grupos, las mismas se estandarizaron calculando el valor medio por díada para cada variable, de esta manera se evita que las díadas con mayor número de observaciones incidan en mayor medida en las características de los clústeres (Mooi y Sarstedt, 2011).

Una decisión importante a tomar es el procedimiento de clúster a partir del cual se van a formar los grupos, aspirando a que los casos dentro de un mismo grupo sean tan similares como sea posible entre ellos, y tan diferentes como sea posible de los casos ubicados en otro grupo. En esta investigación se utilizó la técnica k-means, la más recomendada para muestras de tamaño mediano, donde a partir de un número preestablecido de grupos se distribuyen los casos. En este algoritmo k significa el número de clústeres que uno desea obtener, en donde cada caso es asignado a un grupo intentando que la distancia con el centro del clúster sea la menor posible. Específicamente este procedimiento busca segmentar los datos de tal manera que la variación dentro del clúster sea minimizada. Los casos son asignados a los diferentes grupos de manera tal de disminuir la variación dentro de cada uno de ellos; la variación es entendida básicamente como la distancia entre cada observación y el centro del clúster. Una vez que todos los casos son asignados a los grupos se calcula nuevamente el centro del clúster basado en todos los casos que lo integran (Mooi y Sarstedt, 2011). Una de las dificultades del k-means es que previamente se debe especificar el número de clústeres que se desea obtener

de los datos. En la presente investigación, a partir de los análisis estadísticos previamente realizados se conocía que las díadas se podían agrupar en tres grupos, por lo que se definió ese número en el algoritmo k-means. A partir de este análisis se obtuvo el número de díadas que pertenecen a cada grupo, así como los valores medios de cada grupo en cada una de las variables incluidas en el análisis.

Una de las dificultades que presenta el análisis multivariable es la visualización, ya que graficar más de tres dimensiones (x,y,z) resulta problemático, por este motivo se han desarrollado diferentes métodos gráficos para múltiples variables. En esta investigación se utilizó un método denominado Radviz, que consiste en una visualización radial con dimensiones asignadas a puntos llamados anclas dimensionales, DAs por sus siglas en inglés (Dimensional Anchors) ubicados en la circunferencia de un círculo. A cada dato se le asigna una localización dentro del círculo en función de la atracción que ejerce cada DAs sobre él. Existen diferentes maneras de interpretar la localización de un punto en el gráfico Radviz, una de ellas supone que si la ubicación de un punto resulta de la atracción que ejercen sobre él cada una de las DAs, cuanto mayor sea el valor de una de estas dimensiones más cerca se ubicará el punto de la misma. Aquellos datos cuyas variables poseen valores similares se ubican cercanos al centro de la circunferencia (Hoffman, Grinstein, Marx, Grosse, y Stanley, 1997; Sharko, Grinstein y Marx, 2008). Otro método de visualización muy utilizado desde hace varias décadas es el llamado Curva de Andrews, que permite representar adecuadamente numerosas variables, pero tiene como desventaja el tiempo que supone hacerlo. El valor obtenido por cada sujeto en relación a las múltiples variables es representado como una línea curva usando la función: $f(t)=x1 + x2 \sin t + x3 \cos t + x4 \sin 2t + x5 \cos 2t + \ldots$. Esta función usualmente se grafica en el intervalo de $-\pi$ a π (Andrews, 1972).

4.6.2.3. Análisis Cualitativo

En un segundo momento, se llevó a cabo un análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a todas las madres. Los datos obtenidos en las entrevistas se sometieron a un "análisis cualitativo de teorización" (Mendicoa, 2003) a partir del cual se construyeron diversas categorías, que no estaban establecidas con anterioridad. Se elaboraron 24 categorías de análisis en virtud de los aspectos más relevantes que surgieron durante las entrevistas, apreciados a la luz de los conceptos del marco teórico. Cada una de estas categorías posee diferentes dimensiones que dan cuenta de la singularidad de las respuestas maternas.

Las entrevistas realizadas fueron transcriptas, leídas y se codificaron los conceptos emergentes a fin de generar un primer grupo de categorías y dimensiones. Estas últimas fueron extraídas de las entrevistas realizadas a la totalidad de madres de la muestra. Todas las categorías y dimensiones fueron examinadas y discutidas con los directores de la presente tesis, a fin de evitar superposiciones. Para realizar la categorización, se analizó el discurso de las madres durante la entrevista y se seleccionaron los fragmentos referidos a temáticas o situaciones similares. Por medio de las categorías, se traduce una situación que ha sido recogida a través de la entrevista y

reviste significado en función de la pregunta de investigación. Se ordenaron y clasificaron los datos en planillas de Excel y en tablas con diferentes colores a fin de diferenciar con facilidad las verbalizaciones de las madres.

Luego de elaborar las categorías, se delimitaron las dimensiones de cada una de las mismas. Las dimensiones surgieron a partir de las diferencias en las verbalizaciones maternas en relación a una situación o experiencia en particular. Las dimensiones dan cuenta de la singularidad de las díadas, de las diferentes maneras de atravesar por la experiencia del embarazo, el nacimiento prematuro y/o con dificultades, la internación en la UCIN, la lactancia, entre otros aspectos. Posteriormente, para denominar a cada dimensión se escogieron palabras que condensaran las diferentes expresiones analizadas en el discurso materno. Se identificó la convergencia y divergencia de un mismo tema a lo largo de las entrevistas, prosiguiendo con el análisis hasta el momento de saturación de los datos. Se eliminaron las dimensiones que sólo se presentaban en una entrevista o que resultaron irrelevantes para la pregunta de investigación. Las dimensiones que se mantuvieron fueron contrastadas con los datos de las entrevistas a fin de comprobar su validez y que las mismas reflejaran el significado transmitido por las madres entrevistadas. Cada una de las dimensiones que integran una categoría posee una cita textual extraída de las entrevistas a fin de ilustrar su significado. Una vez concluido el proceso de categorización, se procedió a comparar y relacionar las diferentes categorías y dimensiones a fin de obtener inferencias sobre los datos estudiados en un mayor nivel de abstracción.

Tal como señala Souza Minayo (2013), estas categorías construidas *a posteriori*, a partir de la comprensión del punto de vista de los entrevistados, son categorías empíricas. Se trata de clasificaciones que contienen, por un lado, expresiones de los propios entrevistados acerca de una determinada realidad, que les permite dar sentido a sus vidas, a sus relaciones y aspiraciones; y, por otro lado, son elaboraciones del investigador que a partir de su sensibilidad y agudeza va develando la lógica interna del grupo, capta estas expresiones colmadas de sentido, las explora y crea construcciones de segundo orden.

De acuerdo a los resultados obtenidos, del análisis de las interacciones y de las entrevistas se construyeron los tipos de modalidades del vínculo madre-bebé de alto riesgo. Estas tipologías se elaboraron a partir de los elementos que las distinguían, considerando tanto las características de las interacciones en UCIN, en el Consultorio de Seguimiento y las entrevistas realizadas a las madres. Mediante la construcción de las modalidades se pretendió dar cuenta del modo en que se vincularon las díadas a lo largo del primer año de vida, puntualizando si estas mantuvieron el estilo de vinculación o presentaron modificaciones en el transcurso del primer año. Posteriormente, se escogió la díada más representativa de cada modalidad y se realizó un análisis de la misma, a partir de categorías previamente construidas que daban cuenta de aspectos de las observaciones que no podían ser cuantificados. La reflexión e interpretación de los resultados que permitió definir los tipos de vínculo madre-bebé de alto riesgo se realizó a posteriori del análisis de los datos. Este distanciamiento del dato concreto, y la reflexión

respecto de los mismos, permitió que se comprendieran en mayor profundidad las interacciones madre-bebé y dio lugar a la elaboración de las modalidades. La observación es un instrumento de suma importancia para investigar las interacciones, sin embargo, requiere del complemento de la entrevista, con la que se puede ahondar, reflexionar sobre aspectos que pasan desapercibidos en la observación, y dan mayor sustento a lo observado.

Finalmente, se relacionaron las diferentes modalidades vinculares con el desarrollo alcanzado por el bebé de alto riesgo al año de vida, con el propósito de determinar si el estilo de vinculación madre-hijo puede incidir en el desarrollo del infante. Los puntajes obtenidos por los bebés tanto en la evaluación del desarrollo psicomotor como cognitivo fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo a fin de calcular la media, los valores mínimos y máximos obtenidos. La cantidad de evaluaciones del desarrollo psicomotor varió en cada niño, dependiendo de las inasistencias, así como de la dinámica institucional. Por este motivo, se consideró el puntaje final al que arribó el bebé al finalizar el año de vida. Esto supone que previamente pudieron presentarse otros puntajes, que fueron variando a lo largo del crecimiento y el desarrollo. Se estableció que este último puntaje da cuenta del nivel de desarrollo alcanzado a los doce meses de EG corregida. La evaluación cognitiva se realizó en una única oportunidad, por lo que consideró el percentil obtenido en ese momento por el bebé. En los casos en que el instrumento ubicaba al bebé entre dos percentiles, a los fines estadísticos, se tomó como criterio seleccionar el percentil mayor. Posteriormente se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson a fin de obtener información acerca de la posible asociación entre los puntajes obtenidos por los bebés en las dos evaluaciones. Se estableció un valor alfa de 0,05 para determinar el nivel de significancia. También se analizó si existía asociación entre los puntajes obtenidos por los bebés de las diferentes Modalidades Vinculares en las evaluaciones del desarrollo con variables sociodemográficas.

4.7. Consideraciones éticas

La presente investigación se enmarca en los lineamientos propuestos en la Res. 1480/11 del Ministerio de Salud que establece los objetivos y la Guía para Investigaciones con Seres Humanos, a fin de asegurar que la misma se atenga a pautas éticas, técnicas científicas y metodológicas aceptables.

De esta manera, en este estudio a fin de respetar los lineamientos éticos, se solicitó el consentimiento informado a todos los sujetos involucrados previo a su participación. Debido a que la investigación involucra a niños menores de edad que no pueden dar su consentimiento, fue necesario que el mismo estuviera firmado por uno o ambos progenitores como representantes legales del niño. En el estudio se tomaron todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes. Se omitieron, en todo momento, los datos que permitieran identificar a los individuos, los cuales sólo quedaron en conocimiento de la investigadora. Tanto ésta como los directores se apegaron al respeto del principio de confidencialidad con las excepciones previstas en los Códigos de Ética profesional. Los

datos obtenidos fueron utilizados sólo a los fines de esta investigación explicitada en el consentimiento informado. La publicación de los resultados estuvo a cargo exclusivo de la investigadora y los directores y se realizó respetando la confidencialidad de los participantes.

Resulta importante consignar que, durante el periodo de internación de sus hijos, las madres eran entrevistadas periódicamente por profesionales psicólogas pertenecientes a la institución, a fin de conocer sus preocupaciones, temores o dudas respecto de la salud su bebé. En aquellos casos, en los que las profesionales consideraban que era necesario, las madres eran citadas para mantener entrevistas de manera más frecuente pero no se realizaban intervenciones vinculares madre-hijo. La investigadora no estaba habilitada por la institución para realizar intervenciones, por lo cual ante la identificación de dificultades vinculares debía derivar a las madres a las profesionales psicólogas del Hospital. A lo largo del estudio cuándo se detectaron dificultades vinculares importantes, se informó a los profesionales idóneos que se desempeñaban en el Servicio para que se realizara la intervención pertinente. Se derivaron para atención psicológica un total de 10 madres, de las cuales solo una concurrió a las entrevistas con las psicólogas durante el primer año de su hijo, mientras que las demás abandonaron la asistencia psicológica, y en 4 casos también su asistencia al programa de seguimiento en el que participaba su hijo.

4.8. Comentarios sobre el método

El estudio de las modalidades vinculares madre-bebé de alto riesgo se realizó en dos momentos. En el primero, fue necesario observar las conductas, las interacciones comportamentales de las madres y los bebés, para lo cual se definieron las variables mencionadas previamente. Posteriormente, se realizaron las entrevistas a las madres, lo que permitió indagar acerca de los aspectos fantasmáticos de la relación entre ellos. A partir de la información recabada en las observaciones y en las entrevistas, fue posible teorizar acerca de las modalidades vinculares que se establecen entre las madres y sus bebés de alto riesgo durante el primer año de vida. Se trata entonces, de una construcción realizada por el investigador a partir de las conductas de ambos miembros de la díada y de las verbalizaciones maternas.

Los instrumentos utilizados permitieron recoger datos respecto de las interacciones diádicas. Estos instrumentos otorgan un puntaje de acuerdo a la ausencia de una conducta por parte de ambos miembros de la díada, la realización de la conducta por uno solo de los miembros, o por parte de ambos. Este tipo de puntaje no considera la frecuencia con que se presenta una conducta o una respuesta. En la presente investigación, se considera que esto es un aspecto relevante que debe ser apreciado, ya que permite distinguir a las díadas entre sí. Por ejemplo, no es igual una díada en la que uno de los miembros inicia repetidamente una conducta y en un determinado momento obtiene una respuesta, de otra díada en la que sólo hay una iniciación y una respuesta. Estas diferencias se desdibujan en el instrumento, motivo por el cual se construyeron variables de interacción específicas a los objetivos del estudio. Durante el análisis, se decidió otorgar un punto en cada variable por cada conducta iniciada y por cada respuesta, así

como cero puntos por la ausencia de conducta o por el rechazo frente a la propuesta del otro miembro de la díada. Esto permite discriminar con mayor claridad aspectos referidos a las interacciones madre-hijo, a la continuidad en la propuesta interactiva y la tendencia a responder.

Capítulo 5 Resultados

5.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra

En el presente capítulo se exponen los resultados a los que se arribó en la presente investigación. Es necesario advertir al lector, que, en la presentación de los mismos, se puede advertir cierta reiteración en la utilización del vocabulario (palabras tales como grupo, categoría y dimensiones), ya que no resultó posible reemplazarlas por otras más adecuadas y que resultaran apropiadas.

A partir de las entrevistas realizadas a las 36 madres y del relevamiento de datos de las historias clínicas de sus bebés internados, se realizó una descripción de los aspectos sociodemográficos de la muestra.

Se halló que la edad promedio de las madres participantes fue de 23 años, con una edad mínima de 16 y una máxima de 35 años. Se clasificó a las madres en 5 grupos según la edad, lo que se expone en la Tabla 1. Respecto del máximo nivel educativo alcanzado, se obtuvo que la mayoría de las madres poseían estudios primarios completos (17 madres), de las cuales 12 iniciaron estudios secundarios, pero no pudieron concluirlos. De la muestra total 15 madres finalizaron los estudios secundarios, mientras que 5 de ellas iniciaron algún estudio terciario/universitario, pero sin proseguirlo al momento del nacimiento del bebé. En menor medida, 2 madres tenían estudios terciarios/universitarios completos y 2 madres no habían logrado completar el nivel de instrucción primario. En lo que respecta a la situación laboral, 21 madres de la muestra eran amas de casa, 5 madres estaban desocupadas al momento del nacimiento de su bebé, 7 tenían trabajos esporádicos, lo que describieron como “changas”, mientras que 3 contaban con trabajos estables.

Al indagar respecto de la situación de pareja de las madres involucradas en la investigación, así como el apoyo familiar con el que contaban, se obtuvo que 24 madres convivían con una pareja estable, solo 2 de ellas manifestaron no contar con apoyo familiar durante el embarazo, el nacimiento y la internación de su bebé. Otras 6 madres expresaron encontrarse en una relación de pareja estable, pero sin convivencia, solo 1 de ellas no contó con apoyo familiar en ese momento. Las restantes 6 madres manifestaron haber contado con apoyo familiar durante el embarazo, el nacimiento y la internación del bebé, a pesar que 4 madres declararon no poseer pareja al momento del nacimiento de su hijo, y 2 refirieron una situación de pareja inestable con la que no convivían.

El grupo de convivencia de estas madres estaba representado en 19 casos por la familia nuclear, en 7 casos se trataba de familias monoparentales, y otros 8 casos conformaban familias extensas; finalmente 2 casos constituían familias ensambladas. En solo 2 de las díadas en estudio, las madres no realizaron controles médicos durante el embarazo; 13 madres asistieron a menos de 5 controles prenatales; 11 de las madres asistieron a 6 controles médicos, y 10 madres realizaron 7 o más consultas prenatales. La gran mayoría de las madres que realizaron controles médicos asistieron a instituciones públicas (29 madres) y solo 6 madres lo hicieron a instituciones o centros privados. También se indagó respecto de las dificultades en embarazos y/o partos anteriores. De las

16 madres que habían cursado por un embarazo anterior, 3 sufrieron uno o varios abortos espontáneos, otras 3 dieron a luz a hijos que fallecieron durante la primera semana y 6 tuvieron hijos prematuros que permanecieron internados en la UCIN y sobrevivieron. Solo 4 madres no experimentaron ninguna complicación durante los embarazos y partos previos. La totalidad de las madres se alojaron, durante la mayor parte del tiempo de internación de sus hijos, en la residencia específicamente destinada para ellas en el Servicio de Neonatología.

Tabla 1. Edad de las madres

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
16 a 19 años	11	30,6
20 a 24 años	15	41,7
25 a 29 años	4	11,1
30 a 34 años	4	11,1
Mayor o igual a 35 años	2	5,6
Total	36	100,0

Respecto de los 36 padres de los bebés internados, observamos que aumenta la edad promedio siendo la misma de 27 años, con un valor mínimo de 15 y un máximo de 45 años. Los padres se agruparon en 5 grupos de acuerdo a la edad (ver Tabla 2). En cuanto al máximo nivel de educación alcanzado por los padres, se encontró que 18 poseían estudios primarios completos, dentro de los cuales 12 iniciaron estudios secundarios, pero no pudieron concluirlos. Por otro lado, 8 padres terminaron los estudios secundarios, y solo 1 inició estudios terciarios/universitarios sin poder finalizarlos. En los extremos, encontramos que 7 padres no habían alcanzado a completar el nivel primario y solo 1 padre había finalizado una carrera terciaria/universitaria. En cuanto a la condición laboral, solamente 1 padre se encontraba desocupado al momento del nacimiento de su hijo, mientras que 23 realizaban trabajos esporádicos, y 12 tenían un trabajo estable.

Tabla 2. Edad de los padres

Edad paterna	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	4	11,1
20 a 24 años	14	38,9
25 a 29 años	7	19,4
30 a 34 años	4	11,1
Mayor o igual a 35 años	7	19,4
Total	36	100,0

Por otra parte, también se caracterizó a los bebés que participaron en la investigación. De los 36 infantes, 23 pertenecían al sexo masculino mientras que 13 bebés

eran de sexo femenino. En lo que respecta al orden de nacimiento, 20 bebés fueron el primer hijo de la pareja. En 8 díadas se trató del segundo hijo y en 4 díadas del tercer hijo. En menor medida, los bebés ocuparon el cuarto (1 bebé), el quinto (1 bebé), y el séptimo (2 bebés) lugar en el orden de nacimientos. La EG de los infantes varió entre 27 y 41 semanas, siendo la edad media 32 semanas de gestación. Se caracterizó a los bebés según la EG y el peso de nacimiento, lo que se expone en la Tabla 3. A partir de la relación entre las variables Peso de nacimiento y EG se clasificó a 24 bebés de la muestra en Adecuados para la EG (AEG), 11 en Pequeños para la EG (PEG), y solo 1 en Grande para la EG (GEG). El tiempo promedio de internación de los bebés estudiados fue de 40 días, con un mínimo de 9 y un máximo de 79 días. La mayoría de los bebés permanecieron internados en la terapia neonatal entre 16 a 30 días (10 bebés), y entre 31 a 45 días (10 bebés). En los extremos encontramos que 3 bebés estuvieron en la UCIN de 1 a 15 días, mientras que 7 permanecieron más de 61 días. Finalmente, en 6 de los bebés observados la internación se extendió entre 46 y 60 días. Se analizó si existía relación entre la EG y el tiempo de internación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, lo que arrojó un valor de -0,675, a partir de lo que se puede afirmar que existe una asociación negativa entre estas dos variables, ya que a medida que aumenta la edad gestacional disminuye el tiempo de internación del bebé.

Tabla 3. Edad Gestacional y Peso de nacimiento de los bebés de alto riesgo

		Peso de nacimiento				Total
		Extremo bajo peso	Muy bajo peso	Bajo peso	Peso adecuado	
Edad Gestacional	Prematuros extremos (≤28 semanas)	1	6	0	0	7
	Muy prematuros (29-31 semanas)	1	4	3	0	8
	Prematuros moderados (32-36 semanas)	0	3	13	1	17
	Nacidos a término (≥37 semanas)	0	1	0	3	4
Total		2	14	16	4	36

Otro aspecto interesante que permite caracterizar a los bebés es el diagnóstico por el que fueron clasificados de riesgo y debieron permanecer internados en la UCIN, en la mayoría de los casos este diagnóstico se agrega a la condición de prematurez (ver tabla 4). El diagnóstico principal estuvo acompañado de un diagnóstico secundario, que incrementa la gravedad del recién nacido, en 29 casos, siendo lo más frecuente la ictericia, la sepsis y la enfermedad cardiovascular. En la tabla 5 se presentan los requerimientos de los bebés en cuanto a la asistencia respiratoria. Una vez que los infantes se encontraron en condiciones de alimentarse por succión, 7 lo hicieron mediante pecho exclusivo

mientras que 6 bebés solo se alimentaron con mamadera; a los restantes 23 se les indicó una alimentación mixta, es decir, con pecho y mamadera.

Tabla 4. Diagnóstico del recién nacido al momento de la internación

Diagnóstico del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad respiratoria	21	58
Retardo en el crecimiento intrauterino	10	28
Sepsis neonatal	1	3
Ictericia	1	3
Enfermedad gastrointestinal	1	3
Enfermedad neurológica	1	3
Enfermedad cardiovascular	1	3
Total	36	100,0

Tabla 5. Asistencia respiratoria requerida por el bebé durante la internación en UCIN

Asistencia respiratoria durante la internación	Frecuencia	Porcentaje
No requirió asistencia respiratoria	24	67
Cánula Nasal	1	3
CPAP Nasal	4	11
Halo de oxígeno	3	8
Asistencia respiratoria mecánica (ARM)	4	11
Total	36	100,0

5.2. Resultados cuantitativos

5.2.1. Interacciones madre-bebé de alto riesgo en UCIN

A partir del análisis de las conductas de las díadas se caracterizaron las interacciones durante las 167 observaciones realizadas en la UCIN. Esto permitió conocer no solo que miembro iniciaba de manera más frecuente las conductas sino también, y principalmente, en el modo en que el otro miembro de la díada respondía a las mismas. Para llevar a cabo este análisis, se incluyó para la madre y su hijo tanto las variables de iniciación de conductas como de respuesta a la conducta del otro miembro de la díada a nivel corporal, visual y verbal. La diferencia en el tiempo de internación de los infantes, supone que no se pudo realizar la misma cantidad de observaciones en todas las díadas. Por este motivo, fue necesario equilibrar el peso estadístico de cada diada en el grupo total, evitando así que se vea afectado por la diferencia en la cantidad de observaciones. Se calculó un valor medio para cada diada para cada una de las variables. Se obtuvieron 3 grupos (clústeres) con las características que se detallan a continuación.

El grupo 1 está integrado por 9 díadas madre-bebé de alto riesgo (Diada 8, 21, 24, 26, 42, 56, 62, 63 y 69). Las interacciones observadas en estas díadas fueron escasas, especialmente en lo que se refiere a las conductas propuestas por las madres. En el plano corporal, las madres tocaron pocas veces el cuerpo de sus hijos, por lo que el valor medio

de esta variable es 0,76, sin embargo, los bebés respondieron positivamente permitiendo ser tocados por estas madres en un 89% de las veces. Las conductas visuales son las más frecuentes en este grupo de madres (media=0,94) pero las respuestas de los bebés a las miradas son escasas presentándose solo ante un 6% de las propuestas maternas. Finalmente, las madres de este grupo no se dirigieron verbalmente hacia sus bebés en ningún momento durante las observaciones. De los valores medios obtenidos se deduce que la mayoría de las madres no iniciaron interacciones corporales, visuales y verbales en cada una de las observaciones. Respecto de las conductas de los infantes, se observa que éstos buscaron en su mayoría tocar el cuerpo materno, con un valor medio de 0,34, a lo que las madres respondieron positivamente en el 77% de las situaciones. Las conductas visuales son marcadamente menos frecuentes, con una media de 0,08 frente a lo cual las madres respondieron mirándolos en el 47% de las propuestas. Se analizaron algunas características sociodemográficas de las díadas de este clúster, que se presentan en la Tabla 6.

El grupo 2 está formado por 13 díadas (Diada 18, 32, 33, 39, 40, 41, 45, 47, 52, 57, 58, 60 y 65). Las madres de este grupo se caracterizaron por ser las que tuvieron mayor número de conductas visuales y verbales, con valores medios de 1,31 y 0,89 respectivamente. Los bebés respondieron aceptando las miradas maternas en un 53% de las situaciones, y a las verbalizaciones realizadas por las madres en el 75%. Las conductas corporales iniciadas por las madres estuvieron presentes en todas las observaciones, con un valor medio de 1,13, frente a lo cual los bebés respondieron permitiendo ser tocados en el 98% de las situaciones. Los infantes de este grupo en pocas oportunidades buscaron tocar a sus madres (media=0,10), además en menor medida dirigieron la mirada hacia ellas (media=0,03); sin embargo, éstas pudieron captar los escasos inicios de sus hijos y respondieron positivamente a la totalidad de las conductas. En la Tabla 6 se presentan los aspectos demográficos de este grupo.

El grupo 3 incluye 14 díadas (Diada 15, 17, 19, 20, 22, 23, 30, 31, 43, 44, 50, 53, 55 y 68). Las madres de este grupo se distinguen por ser quienes tocaron la mayor cantidad de veces el cuerpo del bebé, con una media de 2,10. En menor medida, aunque en todas las observaciones, ellas miraron a sus hijos (media=1,25) pero no siempre se dirigieron verbalmente a ellos, por lo que el valor medio de esta variable es 0,76. Se observa una mayor discrepancia entre los valores medios de cada variable, por lo que podríamos decir que la conducta materna es más heterogénea en ese sentido. Los valores permiten demostrar que en este grupo la mayoría de las madres tocaron más de dos veces el cuerpo de sus hijos durante las observaciones, lo miraron al menos una vez, pero no siempre le hablaron. Por su parte, los bebés respondieron permitiendo ser tocados en el 95% de las situaciones, mirando a las madres en el 37% y respondiendo al estímulo verbal en el 85%. Al momento de proponer la interacción, los bebés buscaron tocar el cuerpo materno (media=0,33) y miraron a sus madres (media=0,05) en pocos momentos; las madres respondieron permitiendo ser tocadas en el 98% de las oportunidades y mirando a sus hijos en el 85%. En la Tabla 6 se exponen los aspectos sociodemográficos de este grupo.

Tabla 6. Aspectos sociodemográficos representados por grupos de díadas

	EG	Peso de nacimiento	Días de internación	Edad materna	Nivel educativo materno
Grupo 1	M= 31 semanas	M= 1,625 g	M= 43 días	M= 20 años	Prim. Comp.: 2 Sec. Incomp.: 4 Sec. Comp.: 2 Terc. /Univ. Comp.: 1
Grupo 2	M= 34 semanas	M= 1,755 g	M= 34 días	M= 24 años	Prim. Incomp.: 1 Prim. Comp.: 2 Sec. Incomp.: 4 Sec. Comp.: 4 Terc. /Univ. Incomp.: 1 Terc. /Univ. Comp.: 1
Grupo 3	M= 32 semanas	M= 1,575 g	M= 43 días	M= 23 años	Prim. Incomp.: 1 Prim. Comp.: 1 Sec. Incomp.: 4 Sec. Comp.: 4 Terc. /Univ. Incomp.: 4

A partir de estos resultados, resultó interesante estudiar si la cantidad de respuestas que obtuvo uno de los miembros de la diada incidió sobre la cantidad de conductas que propuso a continuación para mantener la interacción. La relevancia de este análisis reside en poder conocer si la respuesta del otro miembro ante la propuesta de la interacción incide, estimulando o no, las posteriores interacciones. Es decir, si el estilo interactivo de uno de los miembros de la díada puede incidir en el del otro. Para esto se realizó un análisis de covarianza entre las variables referidas a iniciación de las conductas y aquellas referidas a las respuestas para ambos miembros de la díada. Respecto de las variables ICM y rCB, se obtuvo una asociación positiva en 14 díadas, ya que a medida que se incrementan las respuestas del bebé aumentan la cantidad de conductas corporales iniciadas por la madre. En cuanto a las variables visuales (IViM y rViB) y verbales (IVeM y rVeB) no se encontró asociación, es decir que el incremento de respuestas no necesariamente se corresponde con un incremento de propuestas conductuales por parte de las madres. En cuanto a las variables que tienen que ver con las conductas promovidas por el bebé, para ICB y rCM se encontró una asociación positiva en 1 sola diada, es decir que la mayor respuesta corporal de la madre estaría en relación con una mayor cantidad de propuestas corporales del bebé. Mientras que para las variables IViB y rViM no existiría asociación desde el punto de vista estadístico.

En la Figura 1 podemos observar qué variables ejercen una mayor atracción o influencia en las interacciones de cada grupo de díadas. Si trazamos dos líneas perpendiculares imaginarias sobre el gráfico, observamos cuáles son las variables que tienen mayor incidencia en cada uno de los grupos. Esto se infiere a partir de observar la cercanía de los puntos de colores, que representan a cada grupo, con las variables ubicadas en la circunferencia. Las variables en las que los grupos obtuvieron los valores más altos se corresponden con las conductas más frecuentes, y los puntos de colores se ubican más cercanos a ellas. La atracción que cada variable ejerce varía en cada uno de los grupos asignándole características particulares. En la figura se observa que los puntos rosas, que representan al grupo 1 se encuentran atraídos en mayor medida hacia las variables que se refieren a las conductas visuales iniciadas por la madre, y en menor medida hacia las conductas corporales, lo que muestra que las conductas más frecuentes en este grupo se presentaron en ese orden; por el contrario, no hay ningún punto cercano a la variable IVeM ya que no existieron propuestas verbales en este grupo. También, los puntos que representan a este grupo de díadas se encuentran más próximos a las variables de respuestas maternas; por la ubicación de estos puntos se infiere que los infantes propusieron repetidas conductas corporales, y en menor medida conductas visuales, frente a lo cual las madres respondieron mayoritariamente a las primeras y no así a las segundas. Además, los puntos de color rosa se posicionan muy alejados de las variables que se refieren a la respuesta del bebé, lo que evidencia que se trató del grupo con menor cantidad de propuestas interactivas maternas, y por consiguiente, de respuestas de los infantes. Se podría hipotetizar, que la escasa respuesta de los bebés podría estar relacionada con las pocas propuestas maternas, lo que indicaría la importancia que tiene un medio estimulante para estos bebés recién nacidos. Estos infantes, frente a un ambiente poco estimulante, buscarían de forma más reiterada interactuar con sus madres.

En la *Figura 1* se puede ver que los puntos azules que representan al grupo 2, se encuentran localizados cerca de todas las variables referidas a conductas iniciadas por las madres, por lo que en éstas se obtuvieron los puntajes más altos. La inclinación de los puntos de este grupo hacia la izquierda de la figura señala que las madres iniciaron conductas, pero también los bebés respondieron en gran medida especialmente a las propuestas corporales y verbales. Además, podemos apreciar que los puntos pertenecientes a este grupo se encuentran realmente distantes de las variables que se refieren a conductas propuestas por el bebé, lo que evidencia la escasez de las mismas, sin embargo, las madres respondieron siempre que tuvieron la oportunidad. En el grupo 3, los puntos verdes se distribuyen más cercanos a las variables corporal y visual iniciadas por las madres, y un poco más alejados de la variable verbal, lo que nos permite inferir que las conductas iniciadas por ellas fueron en su mayoría corporales y visuales. La mayor proximidad de los puntos a las variables que denotan respuestas del bebé permite deducir que estos correspondieron a las propuestas maternas, especialmente a nivel corporal y verbal. Al momento de proponer interacciones, estos infantes utilizaron preferentemente el canal corporal, y en menor medida el visual, y sus madres respondieron ampliamente en ambas situaciones. Finalmente, resulta interesante mostrar que si se divide la figura por la mitad, en la porción superior donde se ubican las variables que indican

interacciones iniciadas por las madres y respuestas de los bebés, se encuentran predominantemente los puntos correspondientes a los grupos 2 y 3. Si bien en esta porción se observan puntos pertenecientes al grupo 1, éste es el único grupo cuyos puntos se localizan en la porción inferior de la figura, más próximos a las variables que dan cuenta de conductas propuestas por el bebé. En suma, en los tres clústeres existen, en diferentes proporciones, conductas iniciadas y respuestas de ambos miembros de la díada, pero claramente el grupo 1 se diferencia de los otros dos.

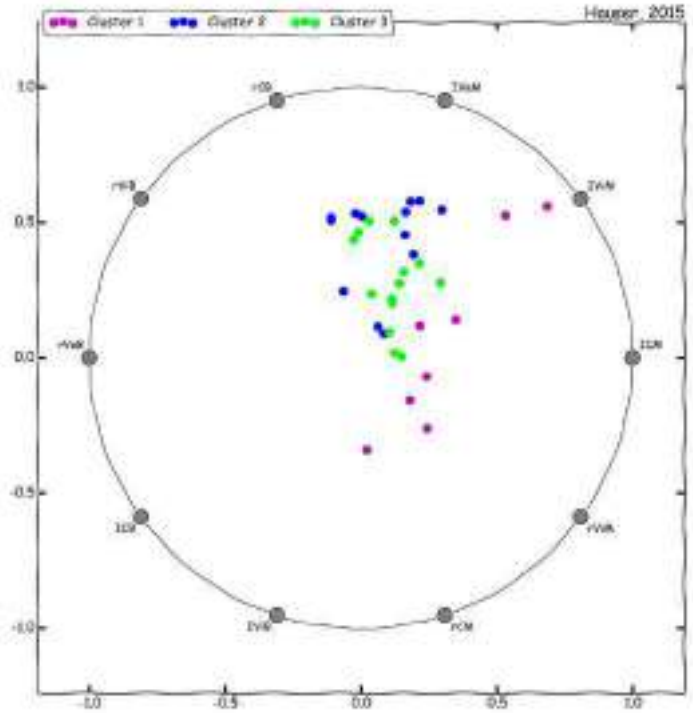


Figura 1. Radviz. Grupo de díadas en función de las Interacciones en UCIN representados por diferentes colores. Cada punto indica una díada de la muestra. En la circunferencia externa de la figura están representadas de forma equidistante las variables analizadas en las interacciones.

En la *Figura 2* se presenta otro modo de visualizar los resultados, se observa la distancia entre las líneas de un mismo grupo, la que puede ser interpretada como la similitud de las díadas entre sí en cada uno de los clústers. Claramente notamos que las líneas que representan a las díadas del grupo 1 son más diferentes entre sí debido a que las curvas se encuentran más distantes, mientras que las líneas curvas que representan a las díadas del grupo 2 y 3 se encuentran más próximas por lo que se trataría de grupos con valores más equivalentes. A su vez, observamos que la curva más elevada del gráfico pertenece al grupo 3 que cuenta con los valores más altos en las interacciones, luego le sigue el grupo 2 y finalmente el grupo 1 con los valores más bajos en las interacciones, cercano al 0 en la figura. Las líneas de puntos en la ilustración permiten visualizar la manera en que se distribuyen los valores medios de cada grupo de díadas en torno a las variables analizadas; se nota que los valores más altos pertenecen al grupo 3 y van disminuyendo a medida que nos desplazamos en dirección a 0.

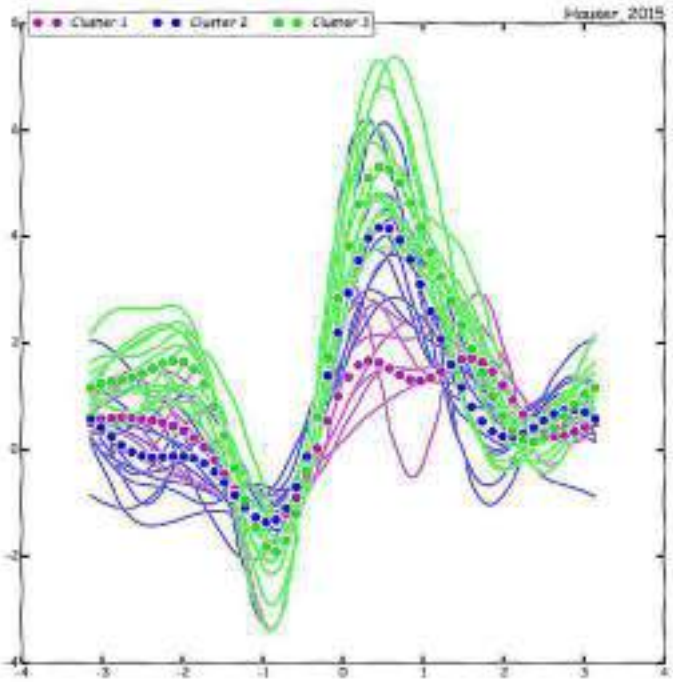


Figura 2. Curva de Andrews. Grupo de díadas en función de las Interacciones en UCIN. Cada grupo está representado por un color, dentro del cual cada línea curva indica una díada. Las líneas de puntos de diferentes colores señalan la media de los grupos.

Síntesis de los Resultados: en primer lugar, se puede diferenciar el grupo 1 de los dos restantes en cuanto es el que tiene menor cantidad de interacciones, éste se caracteriza por estar integrado por las madres que menor cantidad de conductas propusieron y los bebés que menos respondieron en comparación con el resto de la muestra. Esta situación se revierte llamativamente en cuanto a la búsqueda de conductas por parte de los bebés, ya que éstos son los que más propuestas realizaron en la muestra total, en cambio las madres son las que menos respondieron a la conducta de sus hijos. Podemos señalar entonces, que no solo las interacciones son escasas en este grupo, sino que también se observa un desencuentro entre las madres y los bebés, ya que éstas proponen pocas conductas o bien en mayor medida conductas visuales, siendo a las que menos responden los bebés. Por su parte, los lactantes buscan en repetidas oportunidades los contactos tanto corporales como visuales, pero obtienen la menor cantidad de respuestas maternas de la muestra. Respecto del grupo 2 y 3 podemos resaltar que en ambos se producen interacciones a nivel corporal, visual y verbal. En el grupo 2 se destaca que las madres prefieren las conductas visuales y verbales en comparación con el resto de la muestra, y son las que responden de forma frecuente a las propuestas conductuales de sus hijos. Los bebés de este grupo son los que más responden a nivel corporal y visual, un poco menos a nivel verbal, pero por el contrario son los que menos propuestas realizan dentro de la muestra total. Resulta muy interesante señalar que frente a estos bebés que buscan poco el contacto, las madres responden siempre a las propuestas. En cambio, el grupo 3 se distingue por estar integrado por las madres que más tocaron a sus hijos, y por los bebés que más respondieron a los estímulos verbales. Finalmente, podemos notar que las

conductas visuales presentan los porcentajes más bajos de respuesta y de búsqueda en los bebés en estudio. De parte de las madres, la conducta verbal parece ser la menos presente en las observaciones, de igual modo se presentan sus respuestas a la conducta visual de sus hijos.

Al considerar en profundidad, las conductas maternas en estos grupos, visiblemente el grupo 1 está integrado por aquellas madres que menos conductas propusieron, mientras que los dos grupos restantes poseen una mayor cantidad de conductas de iniciación de interacción. En el grupo 2 los valores de las tres variables son muy similares, mientras que en el grupo 3 encontramos una mayor divergencia entre la media corporal, visual y verbal. A su vez, se pueden señalar diferencias en cuanto a la modalidad de las conductas de las madres en los diferentes grupos. En los grupos 1 y 2 observamos un predominio de conductas visuales, en el grupo 3 prevalecen los contactos corporales, mientras que en los tres grupos las conductas verbales son las menos frecuentes lo que permite pensar acerca del predominio de las interacciones no verbales en la relación temprana madre e hijo en UCIN. En lo que respecta a los bebés, se infiere que éstos buscan una menor cantidad de conductas durante las observaciones, entre las que prevalecen claramente las conductas corporales ya que las visuales tienen los valores medios más bajos en los tres grupos.

Al relacionar las interacciones realizadas en cada grupo y las características sociodemográficas de los mismos, se observa que no existen diferencias relevantes entre estos aspectos. Sin embargo, analizándolo de forma más detenida, se observa que los bebés del grupo 2 se distinguieron de los bebés de los otros grupos, ya que estos infantes tuvieron la mayor EG, el mayor peso de nacimiento y el menor tiempo de internación. Estos bebés, a pesar de contar con los valores medios más altos arriba mencionados, que podrían ser considerados como condiciones favorables para la vinculación, son los que menos buscaron interactuar. Las madres de este grupo fueron las que en promedio tuvieron mayor edad. Sin embargo, esto no se reflejó en diferencias importantes a la hora de interactuar.

El grupo 1 y el grupo 3 presentan valores más cercanos entre sí y tienen en común la media del tiempo de internación en UCIN. Los bebés que integraron el grupo 1 fueron las más pequeños, con un promedio de EG de 31 semanas. Estos bebés fueron, dentro de la muestra total, quienes intentaron de manera más frecuente interactuar con sus madres. Por su parte, las madres fueron en promedio las más jóvenes, y quienes menos interacciones propusieron. Se podría inferir que en los bebés del grupo 1 la escasa EG, el bajo peso de nacimiento o el mayor tiempo de internación no influyeron en la búsqueda de interacciones por parte de los infantes, quienes frente a pocas propuestas de las madres tomarían un rol más activo en la interacción. Sin embargo, se podría hipotetizar que la baja edad materna estaría asociada a una menor cantidad de propuestas interactivas por parte de las madres. No se encontraron asociaciones significativas entre el nivel educativo materno y las interacciones propuestas por las madres de estos grupos.

5.2.1.1. Incidencia del tiempo de internación en la UCIN sobre las interacciones madre-bebé

Se consideró que el tiempo que el bebé permanece internado en la UCIN puede ser una variable que incida en la manera en que se desarrollan las primeras interacciones madre-hijo, por lo que se analizó si los puntajes obtenidos en las interacciones variaban con el transcurso del tiempo de internación. Para realizar este análisis se tuvo en cuenta el puntaje obtenido mediante la aplicación de la N-EOV-INC (Santos, 2010), que permite clasificar la situación vincular de la díada en cada observación según los tres grupos propuestos por el instrumento: Situación Vincular No Adecuada -puntajes entre 2 y 8-, Situación Vincular Poco Adecuada (puntaje de 9) y Situación Vincular Adecuada -puntajes entre 10 y 16-.

A fin de estudiar si el transcurso del tiempo de internación incidía sobre las interacciones madre-bebé se realizó un análisis de ANOVA de un factor con medidas repetidas. Este análisis consistió en medir el puntaje de las interacciones en diferentes momentos de tiempo (número de observación). El orden creciente de observación (observación 1, observación 2…) implica un incremento del tiempo transcurrido en la UCIN, por lo que se hipotetizó que los puntajes de las interacciones podrían variar de una medición a otra. Para llevar a cabo este análisis se incluyeron las díadas con mayor cantidad de observaciones, selección que se realizó a partir de calcular el valor medio de observaciones por díada (m=4,6), escogiendo aquellas que contaban con un número de observaciones cercano a la media, es decir 5 o más. De la muestra total se escogió una submuestra de 16 díadas para analizar la incidencia del tiempo de internación en las interacciones observadas. El análisis se redujo a las primeras cinco observaciones presentes en todas las díadas de la submuestra, realizándose finalmente el análisis sobre 104 observaciones (62% de la muestra total).

El periodo total de internación difiere en cada caso. De los 16 bebés seleccionados para este análisis 5 permanecieron internados de 46-60 días y 7 bebés más de 61 días. En menor medida, 2 bebés permanecieron en la incubadora por un tiempo de 16-30 días y otros 2 bebés entre 31-45 días. Al momento de la primera observación, los bebés en promedio habían permanecido internados por 8 días; en la segunda observación durante 13 días, en la tercera durante 18 días, 24 días en la cuarta observación y finalmente un promedio de 27 días en la quinta observación.

Los resultados señalan que el transcurso del tiempo en internación no tendría una incidencia significativa sobre los puntajes obtenidos en las interacciones diádicas. En las cinco mediciones el valor de los estadísticos multivariados es de 0,870 siendo superior al nivel crítico (Sig = 0,05), esto supone que no hay diferencias relevantes entre las medias en cada punto de tiempo (m=10,13; 10,81; 10,88; 10,38; 10,75). En la Figura 3 se visualiza que en la primera observación las díadas obtuvieron los puntajes más bajos; esto cambia en la segunda observación donde se presenta un incremento pronunciado en los puntajes obtenidos para continuar incrementándose de manera menos marcada en la tercera observación. Sin embargo, en la cuarta observación se produce una disminución

de los puntajes de las interacciones, aunque sin llegar a ser tan bajos como en la primera, para finalmente volver a aumentar en la quinta observación. Esta figura permite observar que, si bien la media de los puntajes interactivos varía levemente con el transcurso del tiempo de internación entre el valor 10 y 11, no se puede afirmar que el tiempo incida significativamente en los mismos de manera negativa o positiva.

Estos resultados sugieren que el transcurso del tiempo de internación no incidiría en la cualidad de las interacciones diádicas durante la UCIN, al menos en las 16 díadas analizadas. A pesar de que se visualiza una variación de los puntajes a medida que transcurren las observaciones, ésta no es significativa ya que el valor medio entre 10 y 11 continúa siendo adecuado. Esta leve fluctuación de los puntajes interactivos parecería deberse a las características mismas de la vinculación, que no sigue un patrón definido de manera rígida e irreversible, sino que por el contrario se trata de un proceso dinámico, en constante movimiento, que sin duda se ve atravesado e influido por los diferentes elementos propios del contexto de la internación, entre los que podemos mencionar el delicado estado emocional de la madre, lo impredecible de la condición clínica del bebé, el apoyo familiar recibido, entre otros. Como se mencionó anteriormente, Brazelton y Cramer (1993) conciben a las interacciones como un proceso, es decir que puede haber momentos de participación y de cese de la participación por parte de ambos miembros de la díada. Sin lugar a dudas, esta concepción puede aplicarse al seguimiento de las interacciones de madres y bebés durante la internación, donde se presentan estos diferentes momentos de encuentro y desencuentro. Quizás la tarea decisiva sea poder decodificar cuáles son los momentos que prevalecen y la influencia que éstos pueden tener en el desarrollo del vínculo temprano.

Cuando este proceso de vinculación tiene lugar durante la internación las madres deberán “adoptar” a esos hijos, apropiarse de sus funciones maternas, y para eso, probablemente, algunas necesiten más tiempo que otras. Los resultados muestran que en la primera observación los puntajes obtenidos en las interacciones son relativamente más bajos, lo que podría deberse a la necesidad de las díadas de adecuarse al contexto de la UCIN, la madre debe llevar a cabo el duelo por el hijo imaginado y empezar a contactarse con el hijo real, el bebé debe alcanzar un mayor estado de alerta y actividad. Las interacciones mejoran sutilmente en la segunda y tercera observación para disminuir nuevamente el puntaje en la cuarta, alrededor de los 24 días de internación. Se puede hipotetizar que: en este momento cercano al mes de hospitalización, las díadas comienzan a resentirse frente al estrés y el gasto de energía psíquica que supone la internación, las presiones y exigencias del ambiente médico, el alejamiento familiar, las dificultades económicas y sociales profundizadas por la prolongada internación. Las díadas parecen reacomodarse frente a esta situación en la quinta observación ya que las interacciones mejoran levemente.

Este proceso de acomodación en las interacciones permite suponer que los cambios en las mismas no remitirían tanto al tiempo de internación como sí a sus cualidades intrínsecas. Fogel, Garvey, Hsu y West-Stroming (2006), afirman que las relaciones cambian debido a su variabilidad intrínseca, la cual no puede ser ignorada o

considerada un error en las mediciones. Las díadas por lo general, se involucran en un patrón de conducta a la vez, eventualmente este patrón finaliza y otro diferente comienza dentro de una secuencia temporal. Las diferencias entre las diadas se pueden explicar a partir de la utilización de patrones distintos y por ende, de las acciones disímiles llevadas a cabos dentro de ellos. Si bien en una diada, ambos participantes se encuentran involucrados en el mismo patrón hay lugar para la novedad, para que nuevos patrones emerjan espontáneamente y se produzcan los cambios en las relaciones.

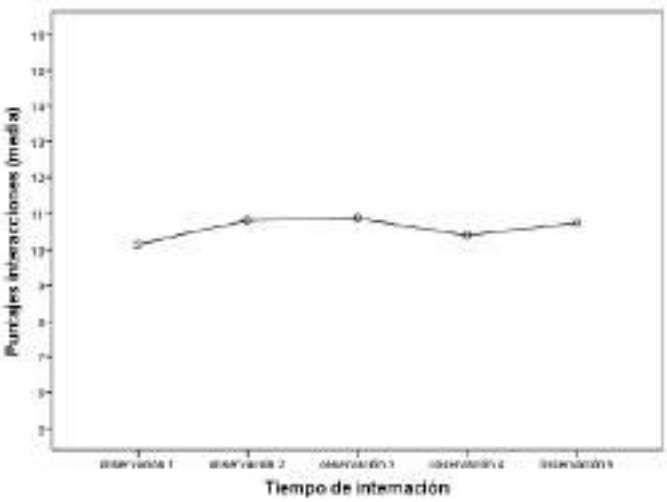


Figura 3. Incidencia del tiempo de internación en las interacciones diádicas en UCIN (N=16)

5.2.2. Interacciones madre-bebé en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo durante el primer año de vida

Tal como se aclaró en el capítulo de metodología, el número de observaciones realizadas durante el primer año de vida estuvo sujeto a numerosas circunstancias que escapaban al control del investigador, por ejemplo la inasistencia de las díadas al control médico (por enfermedad, por internación del bebé, por motivos económicos), abandono del seguimiento, interrupción de los controles durante el receso de verano e invierno, la cantidad de pacientes en seguimiento que determinaba la frecuencia con la que se daban los turnos, entre otras circunstancias. Por estos motivos, la edad de los infantes al momento de las observaciones fluctuó en función del modo en que éstos transitaron por el seguimiento médico. No obstante, todos los infantes se observaron hasta los 12 meses de Edad Gestacional Corregida.

Se realizó un análisis de clúster que permitió agrupar a las díadas madre-bebé en función de las características de las interacciones en el Consultorio de Seguimiento durante el primer año de vida. En este análisis, se incluyeron 223 observaciones, considerando las variables que remiten a conductas de iniciación y de respuesta, tanto de la madre como del bebé, en el área corporal, visual, verbal y de sostén. Debido a la diferencia en el número de observaciones en cada díada, también fue necesario calcular

un valor medio por diada para cada variable a fin de equilibrar el peso estadístico de la diada en el grupo total. Finalmente, se obtuvieron 3 grupos.

El grupo 1 está constituido por 15 díadas (Díada 8, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 32, 33, 40, 50, 52, 55, 57 y 62). Los infantes propusieron en mayor medida conductas verbales (media= 1,21) y visuales (media= 1,01) al momento de interactuar con sus madres, en menor medida buscaron tocar el cuerpo de las mismas (media= 0,52). Ante estas conductas propuestas por los bebés, las madres respondieron utilizando el lenguaje solo en el 50% de las situaciones, mirándolos en el 66% y permitiendo ser acariciadas o tocadas en el 90% de las oportunidades. Por su parte, las madres de este grupo, intentaron establecer en mayor medida un contacto visual con sus hijos (media= 1,13) así como verbal (media= 1,05), mientras que las conductas corporales fueron las menos frecuentes (media= 0,57). Los infantes permitieron ser tocados o acariciados en su cuerpo siempre (100%) pero no ocurrió lo mismo con las respuestas visuales y verbales, ya que estás estuvieron presentes solo en el 71% y el 31% de las situaciones respectivamente. Las madres en pocas observaciones buscaron sostener a sus hijos en sus brazos (media= 0,02), es decir, ellas no realizaron el gesto de apertura de brazos que invita a ser sostenido. Sin embargo, los infantes respondieron de forma positiva en la totalidad de las situaciones en las que este gesto estuvo presente. De parte de los bebés, ellos propusieron mayor cantidad de conductas de sostén (media= 0,56), es decir, estirar los brazos en dirección a su madre o acurrucarse sobre el cuerpo materno; estas conductas fueron correspondidas en el 64% de las oportunidades.

El grupo 2 está formado por 13 díadas (Díada 15, 17, 18, 23, 42, 47, 53, 56, 58, 60, 65, 68 y 69). Los infantes de este conjunto buscaron en mayor medida establecer un contacto verbal con sus madres (media= 1,55) y visual (media= 0,97); mientras que intentaron tocar el cuerpo materno en menos oportunidades durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento (media= 0,58). Las madres respondieron permitiendo ser tocadas en el 95% de las situaciones y mirando a sus bebés en el 72% de las mismas. Sin embargo, estas mamás no respondieron con tanta frecuencia a las conductas verbales de sus hijos (55%) durante las observaciones. En lo que respecta a las interacciones iniciadas por las madres, claramente se observa un predomino de las conductas verbales (media= 2,28), obteniendo como respuesta vocalizaciones o palabras por parte de sus hijos en el 28% de las oportunidades. En segundo lugar, estas mamás utilizaron el canal visual para interactuar con los infantes (media= 1,94) frente a lo que obtuvieron mayor cantidad de respuestas de parte de los bebés (83%) durante las observaciones. Las conductas de contacto corporal propuestas por las madres fueron las menos presentes (media= 1,41) pero consiguieron siempre una respuesta positiva de parte de sus hijos (100%). En cuanto a las conductas de sostén, los bebés de este grupo iniciaron mayor cantidad de conductas que sus madres (media= 0,72) a las que ellas respondieron en la totalidad de las situaciones aceptando a sus hijos en brazos. Las conductas de sostén iniciadas por las madres estuvieron menos presentes (media= 0,13) y los bebés respondieron a la propuesta en un 85% de las situaciones.

El tercer grupo está formado por 8 díadas (Díada 19, 31, 39, 41, 43, 44, 45 y 63). En este grupo, los bebés predominantemente emitieron sonidos y/o palabras intentando comunicarse de modo verbal con sus madres (media= 1,41), también buscaron interactuar mediante las conductas visuales (media= 1,08), y en menor medida propiciaron el contacto corporal con ellas (media= 0,67). Las madres respondieron mirando a sus hijos en el 87% de las veces y permitieron ser tocadas en el 95% de las mismas. Las conductas verbales de estos bebés obtuvieron una respuesta materna en la mitad de las oportunidades (50%). En lo que respecta a las interacciones propuestas por las madres, se obtuvo que ellas recurrieron preferentemente al lenguaje para interactuar con sus hijos (media= 1,79) y a los intercambios visuales (media= 1,65). Estas mamás, también tocaron y/o acariciaron, aunque en menor medida, el cuerpo de sus hijos (media= 1,20). Los bebés respondieron permitiendo ser acariciados siempre que las madres lo hicieron (100%). Las respuestas visuales de los infantes estuvieron presentes en el 75% de las observaciones mientras que las respuestas verbales solo se observaron en el 26% de las mismas. En cuanto a las conductas de sostén, se halló que los bebés buscaron en numerosas oportunidades acurrucarse en el cuerpo materno o tendieron los brazos intentando ser alzados por las madres (media= 2,10), siendo recibidos de manera positiva en el 85% de las situaciones. Por el contrario, estas madres no ofrecieron espontáneamente su cuerpo como sostén para sus hijos en ninguna oportunidad.

Las diferencias entre los tres grupos de interacciones observadas en el Consultorio de Seguimiento, se visualizan en la *Figura 4*, donde se puede notar que los puntos que representan a los tres grupos se encuentran inclinados hacia las variables verbales y visuales, tanto de iniciación como de respuesta. Esto da cuenta del predominio de este tipo de conductas durante las interacciones, tanto de parte de las madres como de los infantes. Los puntos color rosa, que identifican a las díadas del grupo 1, señalan que las madres propusieron su cuerpo como sostén con cierta frecuencia, así como un alto porcentaje de respuesta por parte de los infantes. Se observa que en el grupo 2, los puntos están más cerca de las variables de iniciación materna, lo que indica que se trató de las madres que más conductas verbales, visuales, corporales y de sostén propusieron. Los puntos más cercanos a las variables maternas, indicaría una mayor diferencia en cuanto a la cantidad de conductas propuestas por ellas y por los infantes. Los puntos verdes, que representan al grupo 3 están ubicados en su mayoría en el centro de la circunferencia. Esto permite suponer, que existiría un mayor equilibrio entre las conductas iniciadas y las respuestas de ambos miembros de las díadas. Además, se trata del grupo de infantes que más conductas iniciaron.

En la *Figura 5* se presenta otro modo de visualizar los resultados, se observa la distancia entre las líneas de un mismo grupo, la que puede ser interpretada como la similitud de las díadas entre sí en cada uno de los clústers.

Síntesis de los Resultados: en los tres grupos se evidencia que los bebés buscaron interactuar de manera predominante mediante conductas verbales y en segundo lugar conductas visuales. Lo mismo ocurre en los grupos de madres, excepto en el grupo 1 donde esto se invierte siendo más frecuentes las conductas visuales y en segundo lugar

las verbales. Sin embargo, aun cuando son las conductas verbales de iniciación tanto de parte de las madres como de los infantes las que predominan en todos los grupos, se observa que las madres y los bebés no respondieron en la misma medida. Es decir, que las respuestas verbales obtuvieron el menor porcentaje tanto de parte de los bebés como de las madres. Aun así, se puede señalar que las díadas recurrieron a intercambios de mayor carácter simbólico. También se evidencia que las conductas de sostén parecen provenir en la mayor parte de las observaciones de una búsqueda del bebé y no de un ofrecimiento materno.

En el grupo 3 se encuentran los bebés que más conductas corporales, visuales y de sostén propusieron; las madres de este grupo respondieron en gran medida y buscaron interactuar con sus hijos mediante lo corporal, lo visual y lo verbal pero no iniciaron conductas de sostén. En el grupo 2 se encuentran las díadas que más utilizaron vocalizaciones y palabras para interactuar. Las madres fueron quienes más conductas corporales, visuales, verbales y de sostén propusieron en la muestra, mientras que los infantes también fueron quienes más respondieron a lo corporal, visual y verbal. Los porcentajes de respuesta tanto de las madres como de los bebés en el grupo 2 y 3 son similares, la diferencia estaría en la cantidad de conductas iniciadas y en quien lo realiza. En cambio, el grupo 1 se caracteriza por estar formado por las díadas que menos interacciones corporales y

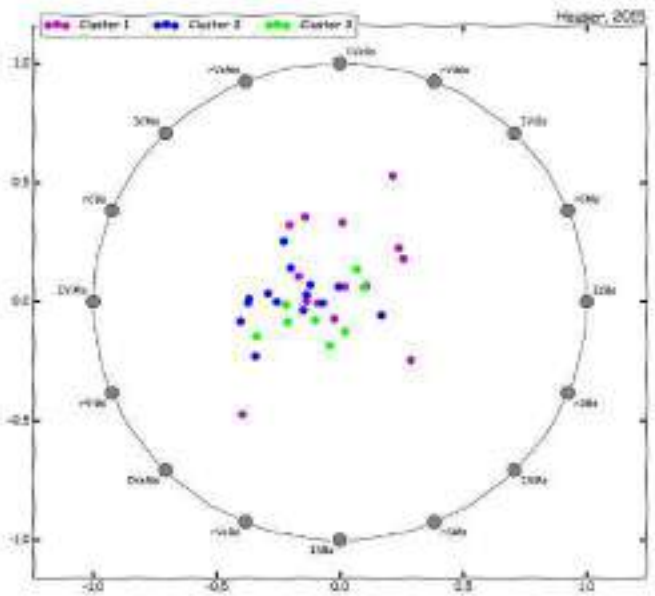


Figura 4. Radviz. Grupo de díadas en función de las Interacciones en Consultorio de Seguimiento representados por diferentes colores. Cada punto indica una díada de la muestra. En la circunferencia externa de la figura están representadas de forma equidistante las variables analizadas en las interacciones.

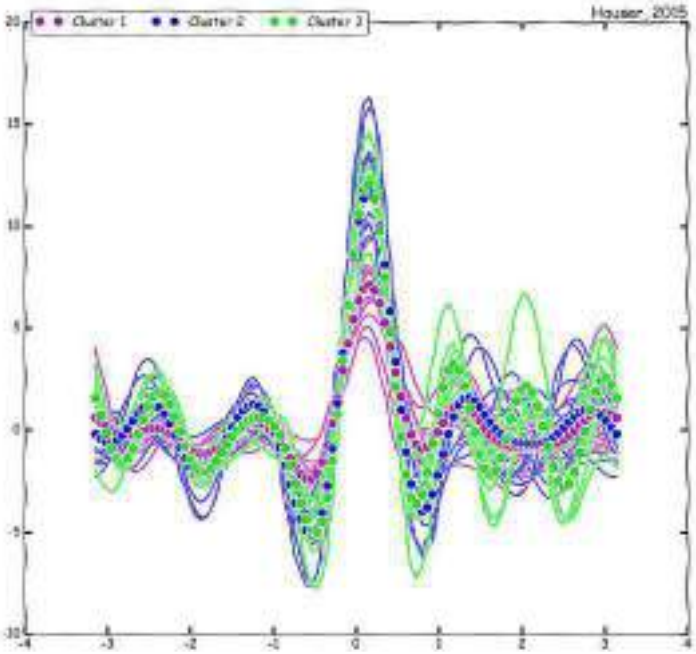


Figura 5. Curva de Andrews. Grupo de díadas en función de las Interacciones en Consultorio de Seguimiento. Cada grupo está representado por un color, dentro del cual cada línea curva indica una díada. Las líneas de puntos de diferentes colores señalan la media de los grupos.

verbales iniciaron. Los infantes de este grupo fueron quienes en menor medida buscaron el sostén materno. Las madres de este grupo 1 fueron las que en menor medida miraron a sus hijos y presentaron los porcentajes de respuesta más bajos frente a las conductas corporales, visuales y de sostén.

5.3. Resultados cualitativos

5.3.1. Entrevistas

A partir de los datos recabados en las entrevistas mediante la utilización de la EPP, se elaboraron categorías, con sus respectivas dimensiones. La cantidad de categorías y dimensiones responde a la intención de contemplar la heterogeneidad, los diferentes rasgos y aspectos que aparecieron en las entrevistas. En la Tabla 7 se presentan y se describen las 24 categorías, las que luego se definen e ilustran con las viñetas más distintivas de los aspectos estudiados.

Tabla 7. Categorías y dimensiones elaboradas a partir de las entrevistas a las madres

1. Planificación del embarazo	Ausencia de proyecto de tener un hijo Decisión conjunta de tener un hijo Insistencia en tener un hijo
2. Sospecha de embarazo	"Estoy embarazada" Negación del embarazo
3. Reacción inicial ante la confirmación del embarazo	Felicidad Rechazo
4. Reacción inicial del padre ante la confirmación del embarazo	Felicidad Rechazo
5. Respuesta materna ante las complicaciones médicas en el embarazo	Adherencia a las indicaciones médicas Indiferencia ante las complicaciones médicas
6. Sentimientos e ideas antes las imágenes del bebé en las ecografías	El feto como parte del propio cuerpo "Voy a tener un bebé"
7. Estado emocional materno durante el embarazo	Apacible Penoso
8. Imaginando al bebé	No es posible imaginar al bebé Sexo del bebé Características familiares
9. Atribución de significado a los movimientos fetales	Movimientos intencionales Movimientos de órgano
10. Nombre del bebé	Connotación religiosa y/o espiritual Externo a la familia Recuerdo de un familiar
11. Preparativos para recibir al bebé	Anidando Los objetos del bebé son heredados A destiempo
12. Experiencia del parto	Agradable Padecimiento
13. Temores durante el parto	Temor a las futuras complicaciones Temor a la muerte del bebé

	Temor por la salud de ambos
14. Sentimientos e ideas frente al primer contacto con el bebé en incubadora	Conmoción Angustia Optimismo
15. Temores respecto de la salud del bebé	A la muerte del bebé Por la evolución del bebé Sin temores
16. Semejanza del bebé	Línea paterna y línea materna Parecidoal padre No reconoce en el bebé rasgos de la familia
17. Cuidado del bebé durante la internación	Periodo de aprendizaje Periodo estresante
18. Acompañamiento del padre durante el embarazo, el parto y la internación	Inexistente Confiable
19. Interpretación materna de las dificultades del bebé en la lactancia	Esperables dado el estado de salud del bebé Atribuidas al temperamento del bebé Percepción “inadecuada” de sí misma
20. Sueño del bebé	Inquieto Calmo
21. Irritabilidad del bebé	Ante la necesidad fisiológica Irritabilidad inespecífica
22. Modo de calmar al bebé	Satisfacción de la necesidad fisiológica Maniobras de apaciguamiento
23. Relación de la madre con la propia madre	Lejana Conflictiva Afectuosa
24. Situación preocupante en el último año	No manifiesta Salud del bebé Enfermedad o fallecimiento de un familiar Dificultades laborales y/o económicas Conflictos de pareja/familiares

Categoría *Planificación del embarazo*: esta categoría indaga si en la mujer y su pareja estaba presente la intención, el proyecto de tener un hijo. Brazelton y Cramer (1993) afirman que existirían fuerzas biológicas, ambientales y fantasías que llevan a que una pareja desee tener un hijo. Aulagnier (citada por Huberman, 2003) sostiene que se puede distinguir el deseo de hijo, que supone el anhelo de tener un hijo con un hombre que se lo puede dar, como un ser diferente y separado de uno mismo, del deseo de maternidad, donde lo que se pretende es repetir la relación con su propia madre, la historia infantil. En esta última situación, el deseo de completud es satisfecho por medio del embarazo y del nacimiento de un hijo, que representa una oportunidad de sentirse plena, completa, en un cuerpo productivo y potente, que remite al deseo de retornar a la unidad con la propia madre (Brazelton y Cramer, 1993).

- Dimensión *Ausencia de proyecto de tener un hijo*: las madres expresaron que no estaba en sus proyectos tener un hijo, que no lo anhelaban, sin embargo, no utilizaban métodos anticonceptivos para evitarlo. Estas madres expresaron que el embarazo ocurrió sin que estuvieran convencidas de tener un hijo, tomándolas por sorpresa. Se trató de madres que mostraron ciertas dudas, inseguridad frente a la idea de un embarazo en ese momento de sus vidas.

> …el embarazo no fue planeado! Primero quería terminar de estudiar, después irnos a vivir juntos y después un hijo... no lo podía asumir! Cambió todo! No eran mis planes, me cambió el cuerpo, no lo aceptaba, pero dije bueno voy a seguir…me olvidé de tomar una pastilla y acá está el fruto! pobrecita! (Díada 65)

- Dimensión *Decisión conjunta de tener un hijo*: las madres y sus parejas se proyectaban en un futuro siendo padres y decidieron tener un bebé, por lo que realizaron consultas médicas o resolvieron abandonar los métodos anticonceptivos. En algunos casos, la pareja consideró aspectos económicos y emocionales al momento de planificar el embarazo.

> …él ya hacía tiempo que quería tener un bebé, yo primero le decía que no pero después sí... queríamos estar bien de trabajo…de plata así que ahí decidimos que yo me quedara embarazada…dejé las pastillas… antes había ido a la partera y le había dicho que quería quedarme embarazada, que iba a dejar las pastillas (Diada 56)

- Dimensión *Insistencia en tener un hijo*: se trata de madres que habían sufrido complicaciones en embarazos anteriores, ya sea abortos espontáneos o hijos fallecidos, y que persistieron en la búsqueda de un nuevo embarazo. Estas madres insistieron en tener un hijo aún a pesar de haber tenido experiencias previas muy

dolorosas, en algunos casos parecen haber desconocido los riesgos que un nuevo embarazo implicaba para su salud y para la del bebé.

> …estábamos desesperados…después de que perdimos los otros bebés queríamos…el primer bebé nació hace 5 años, después tuvimos 2 nenas que también murieron, la primera nació muerta de 4 meses y la otra nació de 6 meses y murió a los días… (Díada 30).

Categoría *Sospecha de embarazo*: se refiere a la posibilidad de la madre de contactarse y reconocer los cambios corporales y/o en el estado de ánimo, que le permitirían sospechar acerca de un posible embarazo. Algunas mujeres pueden anticipar la noticia del embarazo a partir de los cambios en su propio cuerpo, aquellas señales como la ausencia del periodo menstrual, el cambio en la coloración de los pezones, las náuseas matinales y la fatiga, aún antes de que pueda percibirse al feto en crecimiento (Brazelton y Cramer, 1993). El reconocimiento del embarazo no siempre es fácil en una adolescente, ya que se ve dificultado por la irregularidad del periodo menstrual y el desconocimiento acerca de su cuerpo, que pueden llevar a un diagnóstico tardío del embarazo. En muchos casos, no reconocer el embarazo y posponer la toma de decisiones es una forma de negación, lo que trae aparejado que no se realicen los controles prenatales de manera adecuada (Deschamps, 1993).

- Dimensión *Estoy embarazada*: madres que, frente a las primeras vivencias de cambios corporales, por ejemplo: atrasos en el periodo menstrual, dolores abdominales, vómitos, consultaron al médico, se realizaron exámenes de sangre o test, porque suponían que se trataba de un embarazo. Estas madres leyeron estos indicios como signos de un embarazo. Otras madres "sintieron" que estaban embarazadas aún antes de que reconocieran signos corporales para suponerlo, no podían explicar en qué se basaba esa suposición, lo expresaron como un "presentimiento". Se podría pensar, que estas madres registraron el embarazo por cambios a nivel emocional, a nivel anímico, por conjeturas fundadas en indicio externos, creencias, antes de que aparecieran los síntomas físicos. Ellas habrían vivenciado una "corazonada", una premonición al contactarse intuitivamente con la existencia del embarazo.

> …me lo imaginaba…le dije me parece que estoy embaraza…él me decía no…tenía un atraso de 2 meses y medio casi y me sentía mal…tenía vómitos, mareos, síntomas típicos de embarazo (Díada 57).

- Dimensión *Negación del embarazo*: madres que, a pesar de vivenciar cambios en su cuerpo, por ejemplo, vómitos, mareos, mayor sensibilidad a los olores,

labilidad emocional, no pudieron asociarlo con la posibilidad del embarazo. Algunas de estas madres estuvieron embarazadas anteriormente, otras no utilizaban métodos anticonceptivos, pero aun así no pudieron asociar los cambios físicos con la existencia de un embarazo. En la mayoría de estos casos, las madres asociaron los malestares físicos a problemas ginecológicos previos o a situaciones en particular que podían haberlos causado, y consultaron al médico por estos motivos, pero sin esperar el diagnóstico de un embarazo.

> …no sospechaba nada porque tengo periodo irregular…además en esa época estaba cuidando a una anciana, tenía que higienizarla y pensaba que por eso me descomponía…también iba a comprar y me traía todo dulce…pensaba que golosa que estoy…pero nunca sospeché… (Díada 41).

Categoría *Reacción inicial ante la confirmación del embarazo*: se define como la primera reacción afectiva de las madres frente al anuncio de la existencia del embarazo por parte de un profesional o por el resultado de un test. Brazelton y Cramer (1993) sostienen que frente a la noticia los padres saben que han entrado en una nueva fase de sus vidas que implica una adaptación. En un primer momento los padres suelen sentirse eufóricos para luego dar lugar a la toma de conciencia de la futura responsabilidad, que en el caso de los embarazos planeados suele haber ocurrido antes. La mayor parte de los padres fantasea con evitarle al hijo los conflictos de su propia infancia y ser padres perfectos. Sin embargo, detrás de esta fantasía también hay ambivalencia, y comienzan a preguntarse porqué decidieron someterse a esta adaptación. En el mejor de los casos, la tarea de sobreponerse a los sentimientos negativos intensifica los deseos positivos respecto del hijo y los de ser padres perfectos.

- Dimensión *Felicidad*: madres que expresaron haber experimentado alegría frente al anuncio del embarazo. Se trató de un sentimiento grato que estaba acompañado de manifestaciones de alegría y aceptación expresadas en ganas de gritar, de saltar, de contarle a otras personas la buena noticia. En algunos casos, las madres experimentaron cierta incredulidad ante el informe y temían ilusionarse.

> …estábamos chochos…primero con miedo porque no sabía cómo íbamos a hacer, era mi primer bebé pero chochos…a veces pensaba que no sé qué hacer con mi vida y cómo iba a hacer con un bebé!...pero yo siempre decía que quería que fuera nena y antes de los 30! Eso sí se cumplió! al principio yo no lo creía…pensaba será cierto…no me quería ilusionar (Díada 39).

- Dimensión *Rechazo*: madres que manifestaron haber experimentado malestar, disgusto ante la noticia del embarazo. Estas madres sintieron que sus planes

futuros se veían truncados, que el embarazo llegaba en un mal momento, que su mundo daba un vuelco, lo que estuvo acompañado de deseos de morir, deseos de llorar, dolor frente a la noticia. Algunas madres experimentaron diferentes preocupaciones ante el anuncio del embarazo, ya sea de tipo económica, laboral, por la respuesta de la familia ante la gravidez, acompañado de sentimientos de no saber cómo responder, de desorientación, de no contar con recursos internos o externos, para enfrentar la situación.

> …no era lo que yo quería, me cambiaron todos los planes, me cambió el cuerpo, no me gustaba verme con panza, gorda…no lo aceptaba…para mí era empezar todo de nuevo, borrar todo lo planeado… (Díada 65).

La mitad de las madres que recibieron con pesar la noticia del embarazo evaluaron la posibilidad de interrumpir el mismo, para lo cual realizaron consultas médicas e incluso pagaron para hacerlo, pero no llegaron a concretarlo, cambiando de parecer; solo una de estas madres ingirió un medicamento para interrumpir el embarazo, pero no surtió efecto.

Categoría *Reacción inicial del padre ante la confirmación del embarazo*: se define como la primera reacción afectiva de los padres frente al anuncio del embarazo por parte de un profesional o por parte de la madre. Durante las entrevistas, fueron las madres quienes transmitieron cómo respondieron los padres a la noticia. Se considera que el modo en que el padre reciba la noticia del embarazo, podría ser un indicador de la disponibilidad que éste tendrá para generar, en torno de su pareja y el bebé, la envoltura (Winnicott, 1958/1999) necesaria que favorecerá la vinculación entre ambos.

- Dimensión *Felicidad*: los padres manifestaron su contento ante la idea de un hijo, por ejemplo, transmitiendo la noticia a la familia. En los casos en que existieron complicaciones en los embarazos previos o en la salud materna, los padres mostraron preocupación ante la posibilidad de atravesar nuevamente por una situación similar.

> …estaba chocho pero con miedo por lo que había pasado...él se enojó cuando me internaron en maternidad porque decía que íbamos a pasar por lo mismo (Díada 30).

- Dimensión *Rechazo*: estos padres verbalizaron su descontento ante la idea de un hijo. Esto se tradujo en acciones concretas, tales como terminar la relación con su pareja embarazada o proponer interrumpir el embarazo.

> …él no quiso saber nada…cuando yo le conté del embarazo...me contestó que él no sentía que pudiera hacerse cargo, hacerse padre…que cuando sintiera me iba a avisar…todavía lo estoy esperando…me dijo que en dos días íbamos a hablar y nunca más supe de él…después me eliminó del Facebook... (Díada 42).

Categoría *Respuesta materna ante las complicaciones médicas en el embarazo*: el modo en que la madre respeta las indicaciones médicas cuando se presentan dificultades durante el embarazo, como por ejemplo la indicación de reposo o de internación, puede ser considerado como un indicio de la conexión establecida por parte de la madre con el feto, la percepción que ella tiene del riesgo que la situación implica para la evolución del embarazo y de los esfuerzos que realiza para cuidar al feto en desarrollo. Parafraseando a Winnicott (1958/1999), se puede decir que las madres frente a estas dificultades, deberán renunciar a sus intereses y actividades para concentrase en el cuidado del niño que crece en su vientre. D'Harlingue y Durand (1973/2001) mencionan que la salud materna durante el embarazo puede afectar el bienestar del bebé, influyendo sobre su evolución posnatal; también pueden incidir en su evolución ciertos factores en el momento del parto, como las complicaciones obstétricas, el tipo de atención brindado a la madre y las características del parto. Ceriani Cernadas y colaboradores (2009) sostienen que los cuidados prenatales inadecuados, las enfermedades maternas o antecedentes médicos previos (como abortos espontáneos, partos prematuros) incrementan la posibilidad de dificultades durante el embarazo.

- Dimensión *Adherencia a las indicaciones médicas*: se trata de madres que frente a las complicaciones durante el embarazo adhirieron al tratamiento prescripto por los profesionales. Estas madres presentaron complicaciones médicas en embarazos y/o partos anteriores o bien conocían que era un embarazo de riesgo, por lo que experimentaron temores e inquietudes frente a las posibles complicaciones. En algunos casos, las madres se anticiparon a las dificultades, llevando a cabo maniobras preventivas: no realizaron demasiadas actividades, permanecieron en el hogar, no realizaron tareas que implicaran esfuerzo, entre otras acciones destinadas a evitar atravesar por situaciones similares a las ya experimentadas o bien temidas. Ante el mínimo indicio de malestar, estas madres consultaron a los médicos.

> …le decía a la doctora que era de alto riesgo, que había tenido dos bebés fallecidos al poco de nacer…me pasaba todo el día en mi casa, trataba de no hacer fuerza y cualquier cosa que me asustaba venía...estuve un mes en maternidad, porque encontraron la historia clínica… (Díada 15).

- Dimensión *Indiferencia ante las complicaciones médicas*: se trata de madres que desestimaron la gravedad y el riesgo que las complicaciones médicas tenían sobre el embarazo y el feto en desarrollo. Estas madres percibieron los malestares y/o anormalidades en el curso del embarazo, sin embargo, le restaron importancia a la

situación y pospusieron la consulta médica; en otros casos las madres no respetaron las indicaciones médicas ante las complicaciones atravesadas durante el embarazo. Estas madres, sostuvieron que no era posible cumplir con esas indicaciones como el reposo debido a que tenían que cuidar a otros hijos y obligaciones laborales que atender.

> …tenía infección urinaria me daban antibióticos y yo no me los tomaba…también tuve pérdidas durante todo el embarazo…me decían que hiciera reposo absoluto pero no lo hice, no podía con los otros chicos…tenía que atenderlos, llevarlos a la escuela…a los 6 meses me dijeron que pesaba 900g…yo no comía mucho porque fumaba todo el día…a la noche me ponía en la computadora a jugar a las cartas y me fumaba 2 o 3 atados... (Díada 31).

Categoría *Sentimientos e ideas antes las imágenes del bebé en las ecografías*: esta categoría se define como lo que la madre pensó o sintió frente a las primeras imágenes del bebé en las ecografías. Brazelton y Cramer (1993) afirman que, por lo general, a partir de las imágenes ecográficas, los movimientos fetales y los cambios visibles en el cuerpo materno, el feto adquiere poco a poco un carácter concreto para la madre, quien empieza a percibir los primeros indicios de su autonomía. Los autores sostienen que aquí es donde comienza el vínculo más temprano, ya que madre y bebé comienzan a ser percibidos como dos seres separados.

- Dimensión *El feto como parte del propio cuerpo*: estas madres no lograron visualizar en las ecografías al feto, aduciendo diferentes motivos por los cuales no lo veían en las imágenes. Se trataría de madres, que en las ecografías solo percibieron el interior de su propio cuerpo. El feto es apreciado como una parte de su cuerpo, sin que pueda ser discriminado como un organismo separado. Algunas madres, priorizaron describir sus sentimientos y sensaciones ante las imágenes ecográficas, lo que podría indicar que aún no podían reconocer al feto en crecimiento ante lo cual tendían a centrarse en sí mismas.

> …en la primera ecografía no se veía nada…no sé cómo la midió y todo el médico porque era todo negro lo que se veía… (Díada 43).

- Dimensión *Voy a tener un bebé*: estas madres verbalizaron que frente a las imágenes ecográficas se sintieron impactadas por el tamaño del feto, por la claridad con que distinguían ciertos rasgos faciales como la nariz y la boca, por los movimientos voluntarios que éste realizaba, por la posibilidad de asignarle un sexo. Hay un reconocimiento del feto como un ser diferente. Se puede decir, que estas madres al distinguir estas características particulares del feto lo reconocen como un ser singular y

separado de ellas. Muchas de estas madres, se interrogaron acerca de sus capacidades para satisfacer las necesidades particulares y propias de ese hijo.

> …me acuerdo y me emociono...le decía a mi marido que era igual a mi hijo mayor…él me decía yo veo una bolsita…yo le decía es igual al varón…que es igual al padre (Díada 60).

Categoría *Estado emocional materno durante el embarazo*: en este momento se produce un reequilibrio de hormonas y otros procesos físicos que van acompañados de importantes ajustes emocionales en la futura mamá; durante el embarazo, cada mujer reactualiza toda su vida previa a la concepción, lo que influye en su estado emocional (Brazelton y Cramer, 1993). Marisa Rodulfo (2010) plantea que, todo lo que ocurre en el cuerpo y en el psiquismo materno durante el embarazo tiene efectos sobre el feto. Debido a la estrecha comunicación afectiva propia del vínculo del bebé y su madre, tanto los traumatismos físicos como psíquicos sufridos por la madre durante el embarazo repercuten en el bebé y pueden convertirse en patógenos. Una mujer que atraviesa por un periodo difícil durante el embarazo tiene más probabilidades de tener un hijo demasiado activo, con dificultades en la alimentación y la eliminación, que llore mucho y duerma menos de lo esperable. En este aspecto, Griffa y Moreno (2010), aclaran que, si bien no puede afirmarse que el feto tiene conciencia de los estados de ánimo de la madre, de sus cambios metabólicos, endócrinos o afectivos que alteran su medio, éstos si repercuten en él provocando sensaciones de agrado o desagrado.

En esta categoría se describen los principales estados afectivos experimentados por las madres durante el embarazo.

- Dimensión *Apacible*: se refiere a aquellas madres que manifestaron que durante el embarazo se sintieron tranquilas, sin preocupación y contentas. Algunas de ellas experimentaron una sensibilidad exaltada, esperaban recibir atención y ayuda por parte de sus familiares, sentirse cuidadas y comprendidas en sus emociones. Otras madres expresaron que no notaron variaciones en su estado de ánimo, sintiéndose de manera habitual.

> …estaba chocha pero a veces sin saber porque me ponía a llorar. Mi mamá me decía que era así el embarazo! También una vez él me hizo una broma y sabía que era broma pero me puse a llorar! (Díada 44).

- Dimensión *Penoso*: se trata de madres que experimentaron un estado afectivo angustioso durante el embarazo, caracterizado por el malestar, los deseos de llorar, la inquietud, las dudas acerca del embarazo, los sentimientos de soledad, el

aburrimiento y la irritabilidad. Estas madres se sintieron oprimidas por exigencias familiares y/o del entorno social. En otras madres, este estado afectivo penoso se caracterizó fundamentalmente por la irritabilidad y la ansiedad. Las madres tuvieron discusiones con la pareja o con otros familiares, malestares físicos y dificultades para controlar estos estados, que desencadenaban un estallido nervioso. Otras madres experimentaron una intensa preocupación y/o temores respecto de la evolución del embarazo, la propia salud y la del feto. Estas aprensiones se vieron acrecentadas en el caso de aquellas madres que habían padecido previamente la pérdida de otro embarazo, también pudieron estar asociados a los deseos e intentos de interrumpir el embarazo y a un intenso rechazo del mismo.

> ...me enojaba…tenía miedo de que pasara algo, de morirme…por la culpa…por lo que había querido hacer (Díada 32).

Categoría *Imaginando al bebé*: las madres describieron cómo creían durante el embarazo que sería su bebé. Esto incluye aspectos tales como el sexo, el parecido físico y los sueños acerca del bebé. El desarrollo psíquico del bebé en gestación está en relación a lo que sus padres piensen y fantaseen acerca de él, de la manera en que interpreten sus movimientos y señales sensoriales (Ruíz, 2005). La madre imagina, se representa a su bebé y a sí misma como madre; esto incluye las fantasías acerca del hijo, los temores, los sueños, los recuerdos de la propia infancia, el modelo parental y las expectativas sobre el futuro del niño (Stern, 1997). Este estado de ilusión de la madre, en el que imagina a su bebé, le permite prepararse psicológicamente para recibirlo al mismo tiempo que la protege de la ansiedad y la duda (Brazelton y Cramer, 1993). El bebé imaginado durante el embarazo, es aquel al que se le atribuirá un nombre, un sexo y un destino futuro (Lebovici, 1985). Reconstruir los momentos previos al encuentro de la madre con el hijo recién nacido permiten comprender el desarrollo de las modalidades vinculares que se establecerán luego del nacimiento.

- Dimensión *No es posible imaginar al bebé*: estas madres verbalizaron que les resultó imposible fantasear con el aspecto, el sexo, las características del bebé durante el embarazo. En estas madres la actividad imaginativa parecería estar obstaculizada, probablemente por las dificultades para aceptar el embarazo, por el temor a que ocurriera alguna complicación con el mismo o con el bebé. Algunas de estas mamás soñaron con su bebé durante el embarazo, pero no podían distinguir la cara o algún aspecto del mismo.

> …no lo podía imaginar…no me lo podía imaginar hasta que lo vi (Díada 15).

- Dimensión *Sexo del bebé*: estas madres imaginaron a su hijo a partir de asignarle un sexo. La convicción no estaba ligada a las imágenes de las ecografías, sino que se trataba de una intuición de la madre. Estas mujeres expresaron que les resultó difícil imaginar a su bebé durante el embarazo, ante lo cual la creencia respecto del sexo podría pensarse como un recurso ante la dificultad para imaginar aspectos más concretos del bebé, recurriendo a algo abstracto, más general, que no lo particulariza. Las madres imaginaron en su mayoría que se trataría de un varón. Algunas de estas mujeres soñaron con el bebé, pero no lo pudieron distinguir, en menor medida otras madres pudieron captar en sus sueños aspectos del bebé como el sexo y el tamaño.

> …no me podía imaginar que algo así estuviera adentro mío…yo quería que fuera nena…no sé porque…para peinarla…yo no quería que fuera varón porque los varones son muy dependientes! En cambio las nenas no…yo no lo voy a malcriar, si tiene que llorar en la cuna va a llorar, no quiero que esté todo el día encima de mí…tampoco es que lo voy a dejar que se haga solo la leche, se cambie… (Díada 42).

- Dimensión *Características familiares*: estas madres le asignaron un sexo, pero también imaginaron un aspecto particular del rostro y del cuerpo de su hijo. Estas madres recrearon en su fantasía la imagen del futuro bebé. La mayoría de estas mujeres pensaron que el sexo del bebé sería otro, y lo imaginaron parecido al padre o a hijos mayores. Podría hipotetizarse, que, en estos momentos iniciales del vínculo, fantasear con un nuevo hijo con aspecto similar a los miembros de la familia, permite integrarlo como parte del grupo familiar. La mayoría de estas madres no soñaron con su bebé durante el embarazo; algunas de las madres que sí lo hicieron vislumbraron aspectos de la fisonomía de su hijo, mientras que otras madres no pudieron distinguir a su bebé en los sueños.

> …yo quería la nena, pero no sentía que era nena…pensaba que el embarazo había sido igual al de mi otro hijo y para mí era varón...me lo imaginaba tal cual es! Igual al hermano!... no me lo imaginé tan chiquito! (Díada 58).

Categoría *Atribución de significado a los movimientos fetales*: se refiere a la percepción de los movimientos del bebé durante el embarazo y al significado que la madre le atribuyó a dichos movimientos. Vincent (1990) sostiene que la motricidad del feto tiene una función representativa en sí misma antes de ser funcional, que conduce a la madre a reconocer al mismo como un ser activo, capaz de reaccionar frente a acontecimientos exteriores, como luces, sonidos, actividades de ella, emociones, pensamientos. La apreciación del bebé como un ser separado de la madre se hace evidente cuando se producen los primeros movimientos fetales, y es a partir de este momento que la madre

podrá identificarse con él. Algunas madres primerizas, al sentir los movimientos fetales, lo perciben como inadecuado, irreal, temible o incompleto. La mujer debe aceptar ese "cuerpo extraño" que ha sido implantado en su cuerpo para poco a poco ir adaptándose a su rol. Durante el embarazo y luego del nacimiento, la madre concede un significado a todo lo que su hijo hace, lo que determina el modo en que responderá frente a ello. La atribución de significado a la conducta del otro forma parte del escenario de las interacciones imaginarias. Los padres pueden conferirle al bebé intenciones bien definidas, cualidades adultas, ubicarlo en el lugar de héroe o de villano (Brazelton y Cramer, 1993).

- Dimensión *Movimientos intencionales*: madres que interpretaron los movimientos del bebé como respuestas de éste frente a situaciones que le agradaban, por ejemplo, la voz o las caricias del padre o de un hermanito sobre el vientre materno, o le disgustaban. El bebé fue percibido como un ser con intenciones, preferencias particulares, una cierta autonomía y que reaccionaba con movimientos en función de ellas. Además, estas madres significaron los movimientos en función del temperamento que le atribuyeron al bebé. Por ejemplo, consideraron que era intrusivo en su propio cuerpo, demandante, que la obligaba a adaptarse y modificar sus rutinas y/o actividades.

> …yo sabía cuándo mi marido estaba por llegar porque el bebé se empezaba a mover… a veces en la noche empezaba a hablarle y la despertaba, después tenía que calmarla para poder dormirme! (Díada 56).

> …insoportable! Se movía todo el tiempo…cuando llegaba mi hija menor se ponía en la panza y lo tocaba y se movía! Cuando hablaban o me tocaban se movía un montón, yo les decía que se dejaran de hinchar que me iba a patear de nuevo! (Díada 22).

- Dimensión *Movimientos de órgano*: madres que percibieron el movimiento de su hijo en el vientre, pero no pudieron asignarle un significado a esa conducta del bebé. Estas madres expresaron que los bebés se movían con intensidad en determinadas situaciones, por ejemplo, al acostarse en la noche, pero no consideraron que existiera una intencionalidad de parte del bebé. El movimiento fetal fue interpretado de manera similar al modo en que responde un órgano o un músculo frente a estimulaciones específicas, por lo que incluso podría confundírselo con sensaciones estomacales y ruidos intestinales.

> …nunca la sentí moverse…a veces pensaba que quizás se había movido y yo creía que era el estómago, las tripas…es tonto pero pensaba eso… una vez me puse

frente al espejo y me levanté la remera, me parecía que se movía pero no sentía la respiración, no sé si era que no lo veía…… (Díada 45).

Categoría *Nombre del bebé*: esta categoría remite al primer nombre seleccionado para el bebé o a aquel que la madre le da mayor importancia en la entrevista. La elección del nombre de un hijo también forma parte del escenario de las interacciones imaginarias, y dará cuenta del lugar que ese hijo está destinado a ocupar en el entramado familiar. El nombre diferencia a la persona dentro del grupo familiar. La elección de un nombre puede estar referida a un sentimiento familiar, religioso, a la moda, a la practicidad, o a denominar a un representante familiar significativo. Algunos nombres expresan la relación familiar con un pariente muerto; en otros casos el nombre del hijo es un doble del padre o de la madre prologando el destino de éstos; a veces el nombre es distinto pero parcialmente idéntico al término del cual se origina, al que se le sustituyen una o dos letras; el nombre también puede remitir al momento histórico del grupo; otras veces los nombres puede referirse a personalidades reconocidas o con características heroicas a través de las cuales los padres esperan satisfacer sus aspectos insatisfechos (Berenstein, 1984). Según Ricardo Rodulfo (2010), conocer quien elige el nombre del bebé permitirá comprender su pertenencia a la línea materna o paterna. Cuando a un nuevo hijo se le coloca el nombre de un hermano mayor muerto, éste es anulado en su diferencia específica, en su particularidad.

- Dimensión *Connotación religiosa y/o espiritual*: estas madres escogieron para sus hijos un nombre que tenía un significado espiritual, ligado a la esperanza, a la creencia de que el bebé iba a sobreponerse a las dificultades en torno al nacimiento, así como también nombres de vírgenes o que se referían a una deidad. En estos casos, fueron las madres quienes seleccionaron el nombre de su hijo.

> …lo elegí un mes antes de que naciera…lo busqué en la biblia…significa regalo de Dios (Díada 32).

- Dimensión *Externo a la familia*: el nombre del bebé elegido remitió a personajes famosos como actores o cantantes, nombres escuchados o leídos por azar, que les resultaron agradables a los padres, sin referencia a algún miembro de la familia. En algunos casos, los padres habían escogido el nombre antes del nacimiento, mientras que en otros fue seleccionado al momento de inscribirlo en el Registro Civil, tomando como guía un libro de nombres que se encuentra a disposición de los padres. En la mayoría de los casos, los padres eligieron el nombre, y en otros los hicieron entre ambos padres.

...mi hija lo eligió... por un chico que sale en un programa que ve en el canal Disney Channel... que es cantante... dice que lo va a vestir como a él, con pantalones anchos! (Díada 52).

- Dimensión *Recuerdo de un familiar*: el nombre del bebé hace referencia a un familiar significativo. En todos los casos, los nombres seleccionados remiten a la línea paterna, ya sea que se trata del nombre del padre, del abuelo, de tíos, hermanos o de la madre. En algunos casos, se trata de familiares fallecidos, sólo en uno de ellos pertenecía a un hermano mayor muerto. En la mayoría de estos casos, ambos padres pensaron el nombre del bebé.

> …yo había elegido P. A. El primero por el padre y por un papá que yo tuve, y el otro por otro papá que tuve que falleció el año pasado...cuando lo anotamos le pusimos el nombre de mi suegro también (Díada 17).

Categoría *Preparativos para recibir al bebé*: esta categoría se refiere al modo en que la madre organizó el hogar para recibir al bebé, incluye particularmente la preparación del bolso con ropa y elementos para recibirlo en el momento del nacimiento, así como también el acondicionamiento de la habitación o el lugar destinado para que duerma el bebé. El tiempo del embarazo permite a las madres prepararse física y psicológicamente para recibir a ese hijo, lo que se traduciría en la organización concreta de los objetos del bebé. Esta preparación tiene lugar a partir de la percepción del feto como un ser diferente y separado de la madre. Sin embargo, cuando este tiempo se ve interrumpido bruscamente, como en el caso de los bebés prematuros, los padres pueden sentirse desprevenidos e incompletos ante la llegada del hijo (Brazelton y Cramer, 1993). En algunos casos, la ausencia de preparativos para recibir al bebé indicaría que la madre aún no ha logrado disponerse completamente a nivel mental para recibir a un hijo, se trataría de "madres prematuras" (Bruschweiler-Stern, 2009).

- Dimensión *Anidando*: las madres organizaron el hogar para recibir a su hijo durante el tiempo de espera del embarazo. Estas madres escogieron ropa, cunas y otros objetos que les permitieron estar preparadas en el momento de recibir a su hijo; algunas de ellas esperaron a la confirmación del sexo para hacerlo mientras que otras lo hicieron antes. Algunas madres conocían que se trataba de un embarazo de riesgo por lo que habían preparado los elementos, anticipándose a un posible paro prematuro. Las madres concurrieron al hospital con el bolso del bebé preparado, lo que posiblemente las hizo sentir más tranquilas, disponibles para acogerlo.

> …el bolso de ella lo tenía preparado porque mi mamá me decía que al menos el bolso de ella lo tenía que tener preparado, había comprado el bolso, las cosas, la ropita…le andaba todo inmenso! y las cosas mías no así que lo que pude manotear lo traje (Díada 23).

- Dimensión *Los objetos del bebé son heredados*: los objetos destinados al bebé, tales como la ropa, la cuna, el coche, pertenecían a un hermano mayor. Las madres expresaron que no fue necesario dedicarse a estos quehaceres ya que tenían estos objetos guardados desde hacía un tiempo. Estos objetos pertenecieron a hijos mayores fallecidos a causa de la prematurez y las complicaciones neonatales, o a hijos prematuros que sobrevivieron presentando alguna discapacidad.

> …no compramos casi nada…él tenía toda la ropa y las cosas del hermano guardadas…hacía 5 años que estaban guardadas…prácticamente no compré nada… mi mamá tuvo que salir a comprar algunas cosas más porque yo no tenía nada (Díada 30).

- Dimensión *A destiempo*: el nacimiento tiene lugar cuando aún no estaban instrumentados los aspectos concretos para recibir al bebé en la sala de parto y en el hogar (ropa, pañales, toallas). Las madres expresaron que no había alcanzado a prepararse para recibir a su hijo; la llegada del bebé es vivida como una anticipación que genera una movilización de emergencia en toda la familia. Estas madres verbalizaron estar preocupadas, ansiosas en ese momento, ya que no tenían los objetos para recibir a su bebé. En algunos casos, las madres estaban al tanto de la posibilidad que se presentara un parto prematuro.

> …no teníamos nada! Cuando nació, mi mamá y una amiga de la familia se cruzó a la farmacia a comprar algo, nos habían pedido ropa, chupete, mamadera…solamente habíamos comprado unas telas porque mi mamá cose y quería hacerle una ropita pero no alcanzó (Díada 45).

Categoría *Experiencia del parto*: esta categoría remite al modo en que la madre vivenció el momento del parto. Cuando se produce el parto, por lo general, la madre se encuentra preparada para enfrentar la conmoción que significa la separación anatómica, adaptarse a un nuevo ser que le provoca sentimientos de extrañeza, llorar al hijo perfecto imaginario, adaptarse a ese bebé real, y hacerle frente al temor de dañar al bebé (Brazelton y Cramer, 1993). Sin embargo, en muchas situaciones, el parto no se presenta como la madre lo había imaginado, por lo que deberá hacer un duelo por ese parto soñado (Pose, 2004). Muchas madres vivencian el nacimiento de ese hijo como un acontecimiento dificultoso, cargado de ansiedad, experimentan un sentimiento de irrealidad frente al

mismo y el parto es sentido como algo impuesto que se produjo sin su participación (Field citado en Kreisler y Soulé, 1990). Algunas madres en esta investigación, no imaginaron previamente cómo sería el momento del parto, por lo que no contaron con un referente para comparar la experiencia real.

- Dimensión *Agradable*: las madres comentaron que la situación del parto fue una grata vivencia, incluso mejor de lo que ellas esperaban. Se trató de una experiencia agradable por la ausencia de dolores intensos, por la rapidez con que aconteció, porque se sintieron bien atendidas por los profesionales y porque tuvieron una evolución favorable.

> …fue más lindo! Porque no sentí nada! Mi hermana me hablaba de los dolores y siempre sentía a las mujeres gritar…pero fue rapidísimo, empujé dos veces y nació, ni lo sentí! (Díada 44).

- Dimensión *Padecimiento*: estas madres vivenciaron la situación del parto como una experiencia penosa, cargada de ansiedad y temores por la salud propia y del bebé, por las complicaciones durante el alumbramiento. Algunas de estas madres sintieron que, si bien la experiencia las tenía como protagonistas, su participación era pasiva, se lamentaron de no poder experimentar los cambios corporales propios del parto, sentir al bebé al atravesar el canal de parto, escucharlo llorar al nacer. Estas madres se sintieron ajenas a la situación, la que quedaba en manos de los profesionales.

> …Fue horrible! … me pusieron una cosa abajo para ayudar al bebé… lloraba para que me lo sacaran, era como una violación, terrible…después en la cesárea sentía calor en la cabeza, me decían que era por la medicación… sentía el dolor en el pecho… después me dio sueño pero no quería dormirme porque me daba miedo morirme (Díada 52).

Categoría *Temores durante el parto*: lo repentino del parto, la ausencia de representaciones acerca de lo que significa la prematurez y/o la patología, la angustia de muerte que se moviliza en torno al recién nacido y a ellos mismos, son algunas de las inquietudes que enfrentan las madres en el momento del nacimiento del bebé (Pose, 2004). Cuando el nacimiento se produce en un contexto de dificultades y peligro para la vida, las madres se ven invadidas por las ansiedades y los temores. Se ha demostrado que, si a la madre se le proporciona información acerca de la salud de su bebé durante el parto, disminuyen sus sentimientos de inadecuación y ansiedad (Guillaume et al., 2013). Algunas de las madres entrevistadas, no experimentaron miedos o preocupaciones respecto de su salud o la del bebé en el momento del parto, tenían la convicción de que sus hijos iban a evolucionar favorablemente.

- Dimensión *Temor a las futuras complicaciones*: lo abrupto del parto y el consiguiente nacimiento, genera en las madres temores y preocupaciones respecto de la salud de su bebé, en especial por las complicaciones a las que podrá verse expuesto, por su evolución futura, por la posibilidad de aparición de discapacidades o problemas en el desarrollo. Estas madres expresaron que temían por sus hijos ya que éstos no contaban con un grado suficiente de desarrollo para nacer, eran inmaduros y necesitarían de asistencia técnica/médica.

> …me preocupaba lo que pudiera tener el bebé, porque era chiquita…frágil…nunca había pensado que iba a tener que estar en incubadora…no sabía nada (Díada 62).

- Dimensión *Temor a la muerte del bebé*: las madres insinuaron, o algunas verbalizaron, que sentían miedo a que el bebé falleciera durante el parto o inmediatamente luego de nacer. A la mayoría de las madres les resultó imposible hablar abiertamente sobre el temor a la muerte del bebé, por lo que se refirieron a ello de manera encubierta. A algunas de estas madres se les había comunicado que las posibilidades de supervivencia de su hijo eran limitadas debido a su EG; algunas de ellas atravesaron por circunstancias similares en embarazo anteriores por lo que temían que se repitiera la historia.

> …cuando me llevaban al quirófano pedía que fuera mujer…mi hija anterior estuvo muy mal, las nenas son más fuertes, aguantan más porque los varones que había con ella se iban, se morían…asique yo pensaba que fuera mujer por lo que se le venía…tenía muchos miedos, de lo que le pudiera pasar... (Díada 22).

- Dimensión *Temor por la salud de ambos*: las madres manifestaron temores por su salud y la del bebé durante el parto. Algunas mamás expresaron que la situación del parto fue vivida como una encrucijada, en la que debía decidirse si salvarla a ella o a su bebé, lo que generó intensas angustias. Otras madres, pusieron el acento en los temores respecto de su salud.

> …en la operación se me subió la presión y sentía que me moría… tenía náuseas… por el bebé no temía sino por mí tenía miedo, porque sabía que a él lo iban a sacar… siempre pienso que si me pasa algo a mí quien va a cuidarlos, en el padre no tengo confianza (Díada 50).

Categoría *Sentimientos e ideas frente al primer contacto con el bebé en incubadora*: se define como las ideas y emociones que experimentaron las madres en el primer contacto con su bebé internado en la UCIN. Ese primer encuentro que se produce rodeados de sonidos desconocidos, equipos extraños y en el ambiente poco familiar de la terapia neonatal tendrá un gran impacto en las madres, ya que todos los equipos utilizados

en la terapia neonatal son nuevos para ellas y las asustan (Klaus y Kennell, 1973/2001). El aspecto diferente que tiene el bebé que permanece en UCIN genera un fuerte impacto en los padres, movilizando intensas fantasías y temores, ya que dista de las características de lo que llaman la "condición de bebé", es decir, la piel rosada, miembros cortos, carita redonda y suave (Brazelton y Cramer, 1993). Las madres experimentan malestar por no poder proteger a su bebé del dolor, por no saber cómo acompañarlo cuando es sometido a un procedimiento doloroso, así como ansiedad, impotencia, sensaciones de pérdida de control sobre la situación, miedo, incertidumbre y preocupación por el desarrollo futuro de su hijo (Obeidat et al., 2009).

- Dimensión *Conmoción*: madres que manifestaron que frente al primer encuentro con su bebé se sintieron impresionadas, impactadas fundamentalmente por dos razones: en primer lugar, por los elementos técnicos que asistían al niño, por ejemplo, asistencia respiratoria mecánica, sonda, vía parenteral, entre otros; en segundo lugar, por el aspecto del bebé, fundamentalmente asociado a un tamaño mucho menor del esperado. Esta visión del bebé, tan distinta a lo imaginado, generó angustia, miedo y tristeza en las madres. Ellas experimentaron malestares a nivel somático frente a este primer encuentro, por ejemplo: sintieron que se desvanecían, mareos, náuseas. Podría inferirse que la intensidad de la experiencia y el estado de vulnerabilidad de la madre dificultan la elaboración de estas vivencias, por lo que este exceso de tensión es descargado de modo directo por la vía somática.

> "…después de la cesárea estaba como si no hubiera nacido... yo sentía que había nacido alguien pero no era mi hija…no quería ir a verla, no quería saber nada...no la encontraba igual a como la había visto…me chocó…no me la imaginaba tan chiquita…lo que no me gustó fue que me dijeron que me tenía que sacar leche…no me gustaba la idea de sacarme leche para darle a ella…" (Díada 65).

- Dimensión *Angustia*: estas madres refirieron haber experimentado intensos sentimientos de aflicción, miedo, dolor y preocupación frente al primer encuentro con su bebé en incubadora. Algunas madres hicieron referencia al aspecto y a los elementos técnicos que asistían al bebé, pero la angustia parecía más ligada a la comprensión del dolor por el que podía atravesar el bebé. En algunas madres esta angustia estaba acompañada de sentimientos de culpa por el estado del bebé, se sintieron responsables por las dificultades del mismo.

> …me dolió mucho…pensaba que ella estaba así por culpa mía…me dolía mucho verla, estaba con el CPAP y después el Halo…pensaba que era mi culpa, que yo

> sabía del embarazo y no me había dado cuenta…no lo creía…fue muy doloroso (Díada 45).

- Dimensión *Optimismo*: las madres expresaron sentir alegría y emoción ante la primera visita al bebé en la incubadora. Si bien estas madres mencionaron el impacto visual que les produjo el tamaño y los elementos técnicos, así como también la tristeza que sintieron, ellas hicieron hincapié en los aspectos favorables del estado del bebé (por ejemplo: que no necesitó asistencia para respirar). Se podría hipotetizar que algunas de estas madres habían logrado anticiparse mentalmente al estado en que se encontraría su hijo por lo que la visión del mismo no resultó tan impactante; en otras se podría tratar de una manera de defenderse de la angustia, desconociendo la gravedad de la situación.

> …desde que la ví pensé que iba a salir adelante…me decían que tenía que ser fuerte, que tenía que tener paciencia…me enojaba eso, el padre trataba de decirme que eran cosas que decían los enfermeros…pero nunca me entró eso, que iba a tener que esperar, ser fuerte, no lo escuchaba (Díada 69).

Categoría *Temores respecto de la salud del bebé*: se define como aquellos miedos que experimentaron las madres respecto de la salud de su hijo durante el periodo que éste permaneció internado en la UCIN. Vincent (1990) sostiene que hacia el final del embarazo aparecen miedos en la madre, asociados a un parto que pueda dañarla a ella misma y al bebé. En relación con esto Brazelton y Cramer (1993) afirman que la madre durante el embarazo ya se ha preocupado por todos los tipos de problemas que puede presentar su bebé, por lo que un parto prematuro o con problemas no significa tanto una sorpresa como sí un fracaso de todos los esfuerzos que ha realizado en el embarazo. En aquellas madres que ya han atravesado por dificultades en embarazos y partos anteriores, el temor a la muerte del bebé tiene un motivo claro (Nikodem, 2009).

- Dimensión *A la muerte del bebé*: estas madres manifestaron abiertamente el temor a que su bebé muriera durante la internación; otras madres lo dejaron traslucir mediante frases incompletas o haciendo referencia a otros niños. Si los sentimientos ambivalentes hacia el embarazo han sido muy intensos, esto puede reforzar los temores de haber dañado al bebé.

> …estaba obsesionada con los virus, sigo obsesionada… porque mi otro bebé se murió por un virus, yo lo bañé y después se enfermó...cuando me dijeron que bañara al bebé ahora me puse a llorar, no quería bañarlo! (Díada 50).

- Dimensión *Por la evolución del bebé*: las madres se mostraron atemorizadas respecto de los posibles cambios y complicaciones que podían darse en el estado de salud de su hijo, hacían referencia especialmente al temor de que pudiera agravarse la situación clínica del mismo. Otras madres evidenciaron temores acerca de la evolución futura de su bebé, haciendo referencia a posibles discapacidades o dificultades en el desarrollo.

> …desde el momento que entré ahí nunca más estuve tranquila…podían pasar muchas cosas…me decían que podía tener problemas de corazón, de riñón, en la cabecita…cualquier cosa…hasta llegué a imaginarme lo peor… (Díada 65).

- Dimensión *Sin temores*: estas madres no tuvieron temores o preocupaciones respecto de la salud de los bebés durante la internación porque creían que éstos se encontraban en buenas condiciones de salud, que no era una situación grave o porque tenían fuertes creencias religiosas. Es importante considerar, que en algunas situaciones esto se debería a un convencimiento mientras que en otras se trataría de una negación del estado de salud real del bebé.

> …no…será que soy muy creyente…siempre oraba y le pedía a Dios…sabía que lo iba a cuidar, si lo hizo nacer antes por algo era…lo iba a cuidar, iba a estar bien (Díada 44).

Categoría *Semejanza del bebé*: esta categoría indaga que características físicas o temperamentales del bebé, la madre reconoce como similares a las de otras personas de la familia. Stern (1997) sostiene que a medida que avanza el embarazo, es común que las representaciones maternas sobre el padre sean más positivas e imagine al bebé más parecido al futuro padre. Después del nacimiento esto cambia, hasta los tres meses la madre suele ver al padre de forma más negativa y al bebé más parecido a ella. De esta manera, la madre aparta a los demás y coloca al bebé bajo su área de influencia como un modo de favorecer los lazos afectivos con el mismo. El narcisismo materno se despliega y contribuye a que la madre perciba aspectos propios en su hijo. Las interacciones con el bebé se inscriben desde el comienzo en guiones imaginarios que los padres han tejido a partir de fantasías infantiles sobre ellos mismos, sobre su familia, sus ideales y temores. La percepción de la madre de rasgos familiares en su hijo permitiría que ésta lo incluya como parte de un grupo familiar, percibiéndolo como alguien que comparte aquello que los identifica.

- Dimensión *Línea paterna y línea materna*: estas madres reconocieron en sus hijos aspectos distintivos de la familia paterna, en especial del padre, así como

también algunos rasgos propios de ellas o de su familia, en especial de su propio padre, tíos, hermanos. Estas figuras habrían sido significativas para las madres, por lo que identificaron a sus hijos con ellas. Se podría hipotetizar que estas madres se encuentran en la transición entre el momento de representar a su hijo como semejante al padre y el momento de verlo como parecido a ellas. La mayoría de estas madres expresaron que les gustaría que en el futuro su hijo fuera parecido al padre.

> …es una mezcla…los ojos son iguales a los míos…y el resto es como el padre…es blanco como yo porque en la familia de él son más morochos…tiene un carácter…igual que el padre…va a ser igual que el padre! (Díada 30).

- Dimensión *Parecido al padre*: estas madres expresaron que el bebé era muy semejante a su padre. Detallaron numerosos rasgos de su hijo que reconocieron como característicos del padre; ellas aún no podrían reconocer aspectos propios en su hijo, considerándolo más similar al padre. Esto podría incidir en la vinculación. Estas mamás en su mayoría, también deseaban que su hijo cuando creciera tuviera aspectos similares al padre.

> …al padre…en la cara, los ojos…la otra nena se parece a mí…me gustaría que se parezcaa mí! en el aspecto… (Díada 62).

- Dimensión *No reconoce en el bebé rasgos de la familia*: las madres no reconocieron aspectos conocidos en su bebé, por lo que expresaron que no se parecía a ningún miembro de la familia propia o del padre. Se podría considerar que esta dificultad para reconocer en el hijo marcas características del grupo familiar, dificultaría la vinculación con el mismo, quien podría ser percibido como un extranjero.

> …no se parece a nadie…me lo han cambiado para mí…me gustaría que se parezca a mí…una de las otras chicas me decía que tenía la nariz igual que yo (Díada 68).

Categoría *Cuidado del bebé durante la internación*: se refiere a las características que la madre le asignó a la experiencia de cuidar a su bebé en la UCIN, cómo se relacionó con los profesionales, cómo adaptó a las pautas de organización y a la rutina de cuidados que impone el servicio. La propia historia infantil y los aspectos más arcaicos de la personalidad se ponen en juego en el modo de transitar esta experiencia, tanto como de relacionarse con el equipo de salud, el cual es teñido de afectos y significados (Pose, 2004). La madre puede sentir miedo de dañar a su hijo si lo toca (Klaus y Kennell, 1973/2001) así como del equipamiento técnico que se ocupa de mantener con vida al recién nacido porque le recuerda su "insuficiencia" (Kreisler y Soulé, 1990). Las madres suelen sentir que las máquinas que atienden a sus hijos son

omnipotentes, así como los médicos y enfermeros que las operan, y deben competir con ellas, porque son las responsables y las que saben cómo nutrirlos y garantizar su supervivencia (Fava Vizziello, Bricca y Cassibba, 1993).

- Dimensión *Periodo de aprendizaje*: estas madres abrigaron dudas acerca de sus capacidades para cuidar al bebé, por lo que sintieron que debían aprender de aquellos que sí lo "sabían", es decir los médicos y los enfermeros. Las madres se sintieron ayudadas por ellos, y la información recibida durante la internación les permitió aprender a cuidar a su bebé, proporcionándoles técnicas de alimentación, para controlar la temperatura y prevenir enfermedades. Estas mamás refirieron que atender a su hijo en la UCIN, bajo la supervisión de los enfermeros, les permitió sentirse paulatinamente más seguras acerca de la atención del bebé.

> …al principio cuando me explicaron…cuando empezaba a ir a atenderla yo, me daba más ganas…me entusiasmaba darle la leche, cambiarle el pañal, iba cada 3 horas siempre!... cuando fue el traslado a la maternidad pensaba que iba a venir en incubadora…cuando me dicen que iba a traerla yo como mamá canguro casi me muero, me puse a llorar del miedo…les decía que no… (Díada 43).

- Dimensión *Periodo estresante*: estas madres también abrigaron dudas acerca de sus capacidades para cuidar al bebé. Se consideraron presionadas durante la atención de su bebé en la internación, ya sea de parte de los médicos como de las enfermeras. Estas madres temían cometer algún error, olvidar alguna indicación, dañar al bebé al manipularlo, y se sentían controladas por los profesionales. Creían que los profesionales las veían como incapaces de cuidar al bebé, y no lograron sentirse seguras en la atención de sus hijos durante la internación.

> …me ponía muy nerviosa, yo soy nerviosa y me costaba, me daba miedo que se ahogara cuando le daba leche con la sonda… (Díada 31).

Categoría *Acompañamiento del padre durante el embarazo, el parto y la internación*: esta categoría remite al acompañamiento brindado por el padre, en los controles médicos y las ecografías durante el embarazo, en el parto y en la internación del recién nacido en la UCIN. El proceso del embarazo, el parto y el vínculo temprano se ven fuertemente influidos por la actitud del padre. La paternidad es un proceso psicoafectivo por medio del cual el hombre lleva a cabo actividades como concebir, proteger, abastecer y criar a cada uno de sus hijos (Oiberman, 2008). Se ha demostrado que el apoyo emocional de la pareja durante el embarazo favorece que la esposa se adapte de mejor manera a su condición; también la presencia de la pareja durante el parto ha sido asociada

a una menor necesidad de la mujer de requerir analgésicos y a una experiencia más positiva del parto, así como a menos dificultades en la lactancia materna. Los primeros encuentros de la madre parturienta con su bebé suelen darse a través del padre (Brazelton y Cramer, 1993). Esta categoría no se refiere exclusivamente a la presencia física de la pareja en los momentos mencionados, sino también a la sensación de la madre de ser acompañada.

- Dimensión *Inexistente*: el padre del bebé no manifestó interés en acompañar a la madre durante los controles propios del embarazo, el parto y durante la internación del bebé en la UCIN. Las madres contaron en estos momentos, en su mayoría, con el apoyo de su propia madre y otros familiares, pero no con el acompañamiento del padre del bebé, quien no estaba al tanto del nacimiento de su hijo, o bien, sabiéndolo no deseaba participar. Durante la internación del bebé, estos padres no asistieron en ningún momento. Otros padres, acompañaron a las madres de manera inconstante, es decir que asistían a algunos controles o en algunos momentos durante la internación, por lo que las madres no se sintieron firmemente sostenidas por el padre del bebé en estas situaciones.

> …Iba a los controles con mi mamá, ella me acompañó mucho...como me veían mal me apoyaban (Diada 45)
>
> …en el parto estaba mi papá….yo estaba viviendo con mi novio pero él no se había enterado todavía que iba a nacer (Díada 8).
>
> …él sabía que estaba en incubadora y no vino…no por mí porque no quiero saber nada pero por el bebé...Todos los días vienen a verlo la abuela, la tía de parte del padre...mi papá y mi mamá (Díada 42).

- Dimensión *Confiable*: la madre se sintió acompañada durante los controles, las ecografías y la internación. A pesar de que en algunos momentos la pareja debía ausentarse, debido principalmente a motivos laborales, estaba al pendiente. Las parejas se esforzaban especialmente por estar presentes en las ecografías, mientras que en los controles médicos solían faltar, o conducían a la madre hasta el lugar y luego se retiraban para trabajar. En algunos casos, las madres colaboraban para que la pareja estuviera presente, por ejemplo, solicitando turnos médicos fuera de su horario laboral. Estos padres estuvieron presentes en el momento del parto, aunque en algunas situaciones, debido a lo imprevisto e inminente del mismo, llegaron cuando la madre ya se encontraba en la sala de parto. A pesar de esto, realizaron intentos por llegar a tiempo y estar presentes. Estos padres visitaron a su pareja y al bebé durante la internación en UCIN, algunos lo hicieron diariamente y la mayoría, dos o tres veces por semana, dado

que tenían que trabajar, atender a otros hijos, o debía trasladarse desde el interior de la provincia.

> …a los controles me acompañaba mi marido y si él no podía mi cuñada que estaba embarazada… a las ecografías también iba mi marido porque como podía pedir el horario, pedía siempre después de las 18 horas así me acompañaba (Díada 56)

> …antes del parto él estaba ahí acompañándome con los dolores, lo apretaba, me sobaba la cintura, no sabía qué hacer (Díada 23).

> …él estuvo toda una semana durmiendo acá afuera para cuidarme a mí y venir a ver al bebé! Estaba muy preocupado que estuviéramos bien (Díada 41).

Categoría *Interpretación materna de las dificultades del bebé en la lactancia*: se define como el modo en que la madre percibió las complicaciones que presentó el bebé en los comienzos de la lactancia. Si bien en la mayoría de los casos, los bebés de alto riesgo presentan dificultades en el inicio de la alimentación por vía oral, algunas madres entrevistadas expresaron que sus hijos no enfrentaron complicaciones al momento de comenzar con la lactancia. Pose (2004) señala que estas dificultades del bebé pueden reforzar los sentimientos de culpa, de no ser buena madre, de desvalorización y ambivalencia, imprimiendo huellas en la relación vincular, y pueden volver a significarse o activarse a lo largo del desarrollo del hijo. La culpa, frecuentemente está asociada con la convicción inconsciente de la madre de haber hecho algo durante el embarazo que pudo afectar a su bebé, por lo que el retraso en la alimentación fortalece la culpa y los sentimientos de no poder cumplir con su rol (Davim, Enders y Silva, 2010). El modo en que son percibidas las dificultades en la alimentación, puede influir en el vínculo temprano.

- Dimensión *Esperables dado el estado de salud del bebé*: abarca a las madres que interpretaban las dificultades para mamar, por ejemplo, dificultades para succionar, fatiga, poca fuerza, entre otras, como esperables debido al estado de prematurez o patología de su bebé. Esta percepción materna podría alentar a la madre a esforzarse por ayudar a su hijo, buscando estimularlo en la lactancia, ayudándola a esperar el tiempo necesario para la maduración de su hijo. Las complicaciones en la lactancia estuvieron acompañadas de temores e inseguridad relacionados con el tamaño del bebé y su delicado estado de salud.

> "…los primeros días renegué cuando tenía la sonda porque le costaba prenderse…notaba que trataba pero no podía" (Díada 43).

- Dimensión *Atribuidas al temperamento del bebé*: estas madres interpretaron las dificultades en la lactancia como provocadas por características temperamentales del bebé, por ejemplo, entendiendo que le faltaba energía, voluntad, entusiasmo para alimentarse, que era una conducta de oposición o rechazo por parte del niño. Algunas de estas madres refirieron que los bebés se acostumbraron a la alimentación enteral, que no requiere de ningún esfuerzo por parte del mismo.

> …no lo quiere, hace arcadas…pone cara de malo…un día le costó…renegaba…porque la enfermera lo obligaba! (Díada 21).

- Dimensión *Percepción "inadecuada" de sí misma*: estas madres percibieron las dificultades en la lactancia como consecuencia de una inadecuación de parte de ellas, ligada por ejemplo a poca producción de leche, complicaciones en la formación del pezón, no acomodar correctamente al bebé para alimentarlo. Si bien, algunas de estas madres refirieron que la condición médica de su hijo también influyó en las dificultades en la alimentación, consideraron que principalmente se debieron a sus inconvenientes.

> "…los primeros días le costaba porque no tenía fuerza, no sacaba nada…cuando no succionaba bien sentía que era mi culpa, que no estaba haciendo bien las cosas, que no le ponía bien la mamadera" (Díada 65).

Categoría *Sueño del bebé*: esta categoría indaga las características del sueño del bebé descriptas por las madres durante las entrevistas. Los niños que han permanecido durante periodos prolongados de tiempo en la internación, y en especial los prematuros, suelen evidenciar dificultades en el sueño, en particular en el sueño nocturno. Pueden despertarse frecuentemente, por ejemplo, cada 2 horas hasta los 4 meses de EC y les resulta imposible dormir por un periodo de 8 horas por la noche antes de alcanzar los 8 meses de EC. Estas dificultades en la regulación del sueño pueden deberse a inmadurez neurológica, demandas nutricionales, edad, temperamento y hábitos de sueño. Algunos de estos bebés parecen hipersensibles a los ruidos y las luces, mientras que otros parecen haberse acostumbrado al ambiente de la UCIN, ruidoso y luminoso, y presentan dificultades para conciliar el sueño en un lugar silencioso y oscuro (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003).

- Dimensión *Inquieto*: las madres expresaron que sus hijos presentaban dificultades para dormirse, se despertaban fácilmente ante cualquier ruido, se movían, dormían pocas horas. Si bien estas dificultades fueron más marcadas en los primeros momentos de vida, persistieron en el tiempo. Se podría considerar estas dificultades en el

sueño como un signo de la inmadurez de estos bebés. Las madres dijeron que los bebés dormían en su mayoría, en la cama con ellas y su pareja.

> …el primer mes se despertaba a cada rato…a las 3, a las 5 y no se dormía…yo lloraba con él…ahora lo ves que está re cansado y si se duerme y escucha un ruido ya se despierta y no se duerme más…ahora está medio molesto por lo moquitos... duerme en la cama, en la cuna debe haber dormido 2 veces (Díada 30).

- Dimensión *Calmo*: las madres refirieron que la mayor parte del tiempo, estos bebés dormían tranquilos y se despertaban periódicamente para alimentarse. A pesar de esto, las madres relataron que en las primeras semanas de vida sus hijos presentaron algunas dificultades en el momento del sueño, pero las mismas fueron disminuyendo al egresar de la UCIN, lo que indicaría una creciente madurez y organización. La mayoría de estos bebés dormían en su cuna.

> …bien, duerme re bien se despierta cada 3 horas para comer nada más…duerme en la cuna (Díada 60).

Categoría *Irritabilidad del bebé*: esta categoría indaga si el bebé se molesta con frecuencia, frente a qué situaciones esto suele ocurrir y el modo en que la madre interpreta esa irritabilidad. Los bebés de riesgo, en especial los prematuros, presentan rasgos que hacen que sea más difícil para los padres manejarlos y vincularse con ellos; suelen ser infantes hipersensibles, dispersos, desorganizados y que lloran frecuentemente. El llanto ha sido descripto como la forma básica de la que dispone el bebé para llamar la atención de la persona encargada de su cuidado (Brazelton y Cramer, 1993). Resultan menos responsivos y difíciles de consolar frente a madres que aún no están preparadas para manejarlos (Field citado en Kreisler y Soulé, 1990). Muy pocas madres entrevistadas manifestaron que sus hijos no se molestaban o enfadaban con frecuencia, describiéndolos como bebés tranquilos, que sólo emitían algún sonido cuando requerían de su atención.

- Dimensión *Ante la necesidad fisiológica*: la mayoría de las madres expresaron que sus bebés se irritaban de modo frecuente cuando tenían hambre, estaban sucios o tenían algún dolor. La irritabilidad del bebé es percibida como efecto de un estado orgánico del mismo, que escapa a sus posibilidades del control. Estas madres interpretaban el malestar de su hijo como algo propio del estado de tensión en el que se encontraban.

> …solo llora cuando tiene hambre porque ni cuando está sucia se enoja...ahora lo que la leche es en polvo le hace doler la panza, yo le levanto las piernitas, le sobo la pancita ahora estaba molesta antes de que viniera (Díada 23).

- Dimensión *Irritabilidad inespecífica*: estas madres verbalizaron que sus hijos se molestaban de forma frecuente y con marcada intensidad. Las madres los describieron como bebés nerviosos, con "carácter fuerte", bebés que no podían esperar hasta que se les ofrecía la satisfacción, que se enojaban fácilmente. Estas descripciones parecen indicar que las madres interpretaron la irritabilidad del bebé como un rasgo de su temperamento o como una conducta voluntaria, sin que estuviera relacionada a un estado de malestar físico o emocional. Algunas de estas madres expresaron que sentían que ellas eran quienes transmitían la ansiedad, el nerviosismo a sus hijos.

> …se enoja porque no le gusta estar sola…a veces está en el coche, yo estoy cerca y si me voy un segundo empieza a gritar…se vuelve loca…también es medio resentida porque como a la tarde está con mi mamá cuando ella se va un rato, vuelve y llora, me mira a mí y la ignora a ella (Díada 45).

Categoría *Modo de calmar al bebé*: esta categoría indaga cómo la madre respondía intentando calmar al bebé durante el estado de irritabilidad. El modo en que las madres actúen y respondan frente a su hijo dependerá de una compleja combinación entre su dotación genética, el modo en que el niño responda a los cuidados de sus padres, la historia de relaciones interpersonales con su propia familia y entre ellos, las experiencias pasadas con este u otros embarazos. El comportamiento de las madres, así como su capacidad para tolerar el estrés y la propia necesidad de recibir ayuda dependerán de esta combinación (Obeidat, Bond y Callister, 2009). Si bien el bebé posee una capacidad autorregulatoria propia para hacer frente a los estados de irritabilidad, esta capacidad es lábil e insuficiente en los primeros momentos de vida, por lo que requiere del soporte que le proporciona el ambiente cuidador para alcanzar el apaciguamiento (Vardy y Schejtman, 2008).

- Dimensión *Satisfacción de la necesidad fisiológica*: estas madres interpretaban el malestar e irritabilidad de su hijo debido al estado de tensión en el que se encontraban, por lo que se apresuraban a amamantarlos, higienizarlos con el objetivo de calmarlos. Es decir, tendían a instrumentar medidas para aliviar el dolor.

> …cuando tiene hambre lo pongo al pecho y cuando lo baño me apuro así no llora más (Díada 31).

- Dimensión *Maniobras de apaciguamiento*: estas madres, ante la irritabilidad de sus bebés, recurrían a la satisfacción de la necesidad si consideraban que era necesario, pero también al lenguaje y al contacto corporal como un modo de calmarlos. Estas mamás expresaron que, en estas situaciones, les hablaban y los sostenían

en brazos. Algunas de estas madres, recurrían a utilizar las palabras como el modo privilegiado de apaciguar a sus hijos, mientras que otras apelaban de manera más habitual a los contactos corporales.

> …lo sobo, le digo bueno, bueno… sino le canto una canción que me inventé para que se vaya el hipo! (Díada 52).

Categoría *Relación de la madre con la propia madre*: esta categoría indaga acerca de las características de la relación de la madre con su propia madre, y el modo en que puede haber sido influida por el embarazo y el nacimiento del bebé. La relación con la propia madre se reactualiza durante el embarazo. A partir del nacimiento de su propio hijo, la mujer puede reparar, en su fantasía, la imagen dañada de su propia madre, y puede ofrecer a este hijo, en una muestra de gratitud; o bien puede sentirse inferior a su madre a causa de la antigua rivalidad edípica. En aquellos casos, en que la relación fue conflictiva puede ocurrir que el conflicto se intensifique (Brazelton y Cramer, 1993). Luego del nacimiento del bebé, es frecuente que la madre revalorice, ya sea consciente o inconscientemente, a su propia madre y organice representaciones nuevas o más elaboradas que abarcan el papel de su madre cuando ella era pequeña, como esposa, mujer y abuela del recién nacido. Las representaciones de la madre sobre su propia madre en este momento suele ser un buen indicador del tipo de relación que ella mantendrá con su hijo. Las representaciones de la propia madre incluyen la experiencia pasada pero también cómo la madre piensa y habla sobre su propia madre, la narración de esa historia puede ser más importante que la experiencia en sí misma (Stern, 1997). La relación con la propia madre permite aproximarnos a lo que Lebovici (1985) denominó el bebé fantasmático.

- Dimensión *Lejana*: estas madres dejaron traslucir en la entrevista, que no poseían una relación de intimidad y de confianza con su propia madre. Expresaron que la relación con la propia madre no era afectuosa, pero carecía de conflictos, se veían regularmente pero no compartían sus emociones o preocupaciones con ellas, no tenían demasiada comunicación. La mayoría de estas mujeres no recurrían con frecuencia a su propia madre en busca de consejos acerca del cuidado del bebé; otras sentían que no era necesario hacerlo ya que las madres les indicaban con frecuencia el modo en que debían conducirse con su hijo, sin que hubiera lugar para pedir un consejo. Las madres verbalizaron en su mayoría, que el embarazo y el nacimiento del bebé no había influido en la relación con su propia madre; otras dijeron que estas situaciones las habían acercado.

> …con mi mamá nunca tuvimos una relación…no vivimos juntas…ahora sé que cuando vaya va a querer hacer todo, porque es ella la que sabe…pero no por

> metida sino para ayudarme… a veces me llama y la atiendo dormida y me dice estás cansada, ya cuando vengas yo voy a atenderlo al bebé y vos podes descansar!... si le pregunto algo, ella me dice muchas cosas (Díada 55).

- Dimensión *Conflictiva*: estas madres manifestaron que la relación con su propia madre estaba teñida de conflictos, discusiones y desacuerdos. Algunas de estas mujeres dejaron advertir que se sentían oprimidas y cuestionadas por sus madres, mientras que otras sintieron que no eran consideradas, acompañadas en esta relación. La mayoría de las mujeres creía que la relación no se vio modificada por el embarazo y el nacimiento de su hijo, mientras que otras creyeron que la relación había mejorado ya que las discusiones habían disminuido, se sentían más apoyadas por sus madres. La mayoría de estas mujeres no se dirigía a su madre para pedirle consejos sobre la atención del bebé; algunas madres evacuaban sus dudas no solo con la propia madre sino también con otras mujeres. Se podría inferir que la propia madre no estaría ubicada en el lugar especial de alguien que pueda guiar, acompañar y a quien recurrir frente a las dudas.

> …no sé si para bien o para mal…pero estamos más alejadas…cambié un montón…me alegra haber pasado esta etapa en el hospital porque si bien mi mamá y mi familia son de proteger mucho, estar siempre, creo que no hubieran entendido… si no hubiera estado acá, con psicólogas, estaría mal…no entenderían porque estás mal, lloras… en todo este tiempo no la necesité…me parece que es mejor consultar con alguien que sabe, como los enfermeros…a veces le pregunto a mi mamá y veo que no le pega…tuvo 5 hijos…algo debe haber hecho (Díada 65).

- Dimensión *Afectuosa*: las mujeres entrevistadas expresaron que la relación con su propia madre estaba caracterizada por la unión y la cercanía. Se trataría de una relación madre-hija de intimidad y confidencia. Las madres manifestaron que en sus propias madres encontraban a alguien especial con quien hablar sobre temas referidos al embarazo, al parto y al nacimiento del bebé. La mayoría de las mujeres, manifestaron que el embarazo y el nacimiento no habían influido sobre la relación; solo algunas madres dijeron que se sentían aún más cercanas con sus propias madres luego de estos acontecimientos. La mayoría de estas mujeres también expresaron que recurrían frecuentemente a sus madres ante dudas o inquietudes en el cuidado de sus hijos.

> …quizás ahora estoy más madura…siento que puedo hablar de otras cosas con ella, que son cosas que solo puedo hablar con ella, de preguntarle, contarle… siempre le pregunto…si mi mamá no está no sé qué haría…sin mi mamá no puedo estar (Díada 41).

Categoría *Situación preocupante en el último año*: se refiere a aquellos acontecimientos que la madre considera que la inquietaron y/o angustiaron en el transcurso del último año. Estas situaciones pueden ser muy diversas, abarcando desde dificultades económicas, de pareja, conflictos familiares, hasta el embarazo y el nacimiento en sí mismos, así como la internación de su hijo. Se ha demostrado la incidencia que los factores psicológicos pueden tener en las complicaciones del embarazo y del parto, comprobándose la influencia que estos pueden llegar a tener en la prematurez y/o en la patología neonatal (Oiberman, 2005). El feto reacciona frente a ciertos acontecimientos externos, por lo que la actividad del mismo puede verse afectada por un acontecimiento traumático o de gran impacto emocional que viva la madre, a partir de lo cual el feto puede reaccionar con una hiperactividad cuando el estrés ha sido intenso, seguido de una inmovilidad que tiene una duración variable (Vincent, 1990).

- Dimensión *No manifiesta*: se trata de madres que durante la entrevista expresaron que no recordaban alguna situación que les hubiera resultado preocupante durante el último año.

> …no, que me acuerde jamás hemos tenido una situación grave, de familia, no… (Díada 23).

- Dimensión *Salud del bebé*: estas madres expresaron que la situación que las angustió en gran medida y ante la cual estuvieron especialmente atentas, fue el nacimiento prematuro y/o la patología y la internación de sus hijos. Estas madres se encontraron pendientes de la evolución de la salud del bebé durante la estadía en la UCIN.

> … ¿más que esto? El embarazo, que ella sea prematura…después de esto no hay más problemas que esto…al principio sentía culpa porque pensaba que no me había cuidado con las comidas, que si hubiera seguido lo que me decía el médico… ¿Cómo voy a hacer cuando salga del hospital? ¿Cómo voy a volver a mi vida más o menos normal? No sé cómo voy a hacer (Díada 65).

- Dimensión *Enfermedad o fallecimiento de un familiar*: se trata de madres que refirieron que la situación más angustiante durante el último año fue la salud o la muerte de un familiar cercano. Las madres tuvieron que acompañar a ese familiar durante la enfermedad o la internación, temiendo que pudiera ocurrirle algo de un momento a otro Estos acontecimientos tuvieron lugar pocos días antes de la confirmación del embarazo o durante el mismo.

> …mi papá falleció de cáncer, ahora en agosto va a hacer un año, yo estuve muy mal, no te voy a decir que me morí con él…con mi papá teníamos una relación de amigos, de padre, todo...te digo que si no hubiera tenido a mis hijos hubiera

> preferido irme con él…y después yo hablaba con mi papá, lo veía y charlábamos…mi marido me decía que estaba loca…pero no, yo no estaba dormida estaba despierta y lo veía, no enfermo sino bien y me aconsejaba, me daba fuerzas, por ejemplo me decía...después cuando nació el bebé dejé de verlo…yo creo que él está bien por los médicos y por lo que hicieron pero también porque mi papá lo estuvo cuidando… (Díada 22).

- Dimensión *Dificultades laborales y/o económicas*: las madres manifestaron que la inestabilidad, así como las complicaciones a nivel laboral y económico fueron los temas que más las inquietaron durante el transcurso del año anterior. Estas madres temían no contar con los recursos necesarios para afrontar la llegada de sus hijos; también temían no poder continuar trabajando al tener al bebé.

> …me preocupaba que no tuviéramos todas las cosas para el bebé…como la ropa, la cuna…pero al final pudimos tener todo (Díada 44).

- Dimensión *Conflictos de pareja/familiares*: estas madres atravesaron en el último año por conflictos a nivel familiar o de pareja, lo que las angustió intensamente. Esta situación implicó que las madres estuvieran inmersas en un contexto de tensión, discusiones y malestar.

> …en la casa siempre había peleas con la hermana de mi marido que estaba embarazada…porque mis suegros no quería al esposo…ella se escapaba, no la dejaban salir… no quería estar embarazada pero se quedó para irse con él… mi marido tampoco se llevaba bien, mi suegro se había peleado, mi marido también (Díada 56).

5.3.2. Aspectos cualitativos observados

Durante la realización de la investigación se puso en evidencia que ciertos aspectos relevantes de la vinculación, no podían ser captados mediante las escalas de observación utilizadas. Por este motivo, a partir de la observación de las interacciones madre-bebé durante la internación en UCIN, en la sala de espera antes del ingreso al Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo y durante el control médico en el mismo, se construyeron categorías que dan cuenta de la cualidad de la interacción. Estas categorías se refieren a aquellos aspectos que no es posible cuantificar pero que son de interés para caracterizar la interacción madre-hijo. En la *Tabla 8 y 9* se presentan las categorías elaboradas en función de la conducta y expresiones maternas y del infante en los ámbitos de observación arriba mencionados.

Tabla 8. Aspectos cualitativos observados en la UCIN	
Categorías	Dimensiones
Madre	
Acercamiento materno	-Paulatino -Intrusivo
Motivo del acercamiento materno	-Interactuar física y emocionalmente -Cuidar el cuerpo del bebé
Expresión facial materna	-Inexpresiva -Receptiva -Triste -Enojo
Estilo de la Interacción materna	-Adaptada al bebé -No adaptada al bebé
Bebé	
Disposición para la interacción	-No se muestra preparado para la interacción -Dispuesto a interactuar -Se repliega evitando la interacción
Estilo de Interacción	-Ausencia de búsqueda de contacto -Busqueda de contacto

Observaciones en UCIN

MADRE

Categoría *Acercamiento materno*: se describe el modo en que la madre se aproxima para iniciar la interacción con su hijo que se encuentra en la incubadora. Se trata de la manera en la cual la madre inaugura el contacto con su bebé. Stern (1998) plantea la existencia de un espacio interpersonal, que podría entenderse como una especie de burbuja psicológica que rodea nuestro cuerpo. Esta burbuja puede estallar si alguien se acerca demasiado, atravesándola con rudeza, lo que provoca desagrado y genera una reacción de alejamiento. Muchas veces los adultos transgreden este espacio individual de manera brusca y generan gran disgusto en el niño. El acercamiento al bebé debe evitar la estimulación excesiva, intentando calmarlo si se encuentra irritado, disminuyendo la estimulación ambiental, reduciendo por ejemplo la luz o interrumpiendo la interacción y reiniciándola con menor intensidad (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003).

- Dimensión *Intrusivo*: la madre se precipita al encuentro con su hijo, lo que se observa en conductas como introducir con rapidez las manos en la incubadora, tocar o manipular el cuerpo del bebé con brusquedad o hablarle intensamente. La madre parece no reconocer el estado en el que se encuentra el bebé, por lo que no regula adecuadamente los estímulos, que no pueden ser aprovechados o son vividos por el bebé como disruptivos.

- Dimensión *Paulatino*: la madre es capaz de percibir la disponibilidad de su hijo para la interacción y actúa en base a ello. Si el bebé se encuentra dormido, esta madre espera a que su hijo despierte y abra los ojos. Suele presentar primero una conducta y luego introduce otras conductas a medida que su hijo responde, aumenta la atención y puede tolerarlo. Se puede observar en esta dimensión que la madre en un primer momento propone menos contactos y frente a la respuesta positiva del bebé va incrementando la estimulación de manera progresiva.

Categoría *Motivo del acercamiento materno*: se trata de la intención principal con la cual la madre se aproxima a su hijo en la incubadora, lo que se pudo captar durante la observación. Larguía et al. (2008) afirma que los padres de los bebés prematuros internados en una UCIN pueden participar activamente de su recuperación al hablarles, acariciarlos, calmarlos luego de un procedimiento doloroso, alimentarlos, realizar el contacto piel a piel con salida transitoria de la incubadora. Si bien el cuidado físico del bebé y la interacción con el mismo son dos objetivos interrelacionados, durante las observaciones se pudo detectar que las madres tendían a priorizar uno sobre el otro.

- Dimensión *Interactuar física y emocionalmente*: la madre se ocupa de realizar las tareas de higiene y de alimentación, pero también se toma el tiempo necesario para comunicarse emocionalmente con su bebé en la incubadora. La madre se encuentra atenta a la conducta del bebé, a sus movimientos, sonidos, miradas. La madre parece centrada en el hijo y por momentos se desentiende de los demás elementos y personas presentes en la sala.

- Dimensión *Cuidar el cuerpo del bebé*: la madre se aproxima a su hijo en la incubadora con el propósito de cumplir con las tareas de higiene y alimentación asignadas por los médicos y enfermeros, sin utilizar el momento para interactuar emocionalmente con su bebé. La atención está puesta predominantemente en el entorno (en los aparatos, médicos, enfermeros, en las conductas de las otras madres). El bebé parecería ser percibido exclusivamente como un cuerpo que debe ser cuidado y satisfecho en sus necesidades de higiene, alimentación y vestido.

Categoría *Expresión facial materna*: se define cómo las emociones que trasmite facialmente la madre durante las observaciones. Stern (1998) sostiene que las expresiones faciales que las madres adoptan, en un intento de captar la atención del bebé, son exageradas en cuanto a tiempo y espacio. Brazelton y Cramer (1993) sostienen que, si un adulto se presenta serio y con un rostro inexpresivo ante el bebé, éste parecerá preocupado y volteará su cara en otra dirección. Raznoszczyk de Schejtman et al. (2004) sostienen

que un grado elevado de manifestaciones de afectos positivos en la madre sería necesario para que el bebé despliegue afectos positivos.

- Dimensión *Inexpresiva*: el rostro materno se presenta como apático, neutro, inalterable ante las manifestaciones del bebé. Esta expresión facial de la madre no resultaría útil para captar y mantener la atención del infante.
- Dimensión *Receptiva*: la expresión facial materna trasmite tranquilidad y disposición para la interacción. El rostro materno no evidencia tensiones, la madre parece haber dejado de lado las preocupaciones externas para abocarse al encuentro con su hijo. Se trata de una expresión que deja traslucir el placer, la satisfacción y la atención puesta en el encuentro con el infante.
- Dimensión *Triste*: la madre expresa facialmente la angustia, la tristeza y la conmoción en el encuentro con su hijo que está en la incubadora. Estas expresiones faciales suelen presentarse en los primeros días de internación o ante complicaciones en el estado de salud del bebé.
- Dimensión *Enojo*: la expresión facial materna transmite incomodidad, molestia, irritabilidad ante la situación de la internación, las tareas que debe realizar, las respuestas del bebé, la lentitud o falta de progreso del mismo. Se trataría de madres que experimentan la falta de evolución o los retrocesos del bebé como algo que su hijo hace activamente para incomodarlas, perdiendo de vista la gravedad de su estado.

Categoría *Estilo de la Interacción materna*: describe las características de la interacción que propone la madre, así como de las respuestas a los intentos comunicativos del infante. El bebé emite un llamado por medio de la acción, de un movimiento, de un gesto o del llanto, este mensaje deberá ser registrado por la madre y decodificado, es decir, otorgarle un sentido que guiará su acción (Ruíz, 2005). El infante también posee determinadas características, sociales y biológicamente determinadas, que influyen en la conducta de los adultos hacia él (Nikodem, 2009). En el caso de bebés inmaduros, es adecuado que la interacción sea unimodal, es decir, que deben ofrecerse un estímulo por vez y gradualmente introducir otras modalidades de comunicación (Brazelton y Cramer, 1993).

- Dimensión *Adaptada al bebé*: la madre posee una disposición para captar el gesto espontáneo de su hijo, actuando en consecuencia. Se identifica con los estados emocionales, las necesidades de su bebé pudiendo decodificar el mensaje del mismo. Propone una conducta y espera pacientemente la respuesta (retroalimentación) que

delineará la próxima interacción. Utiliza distintos canales de comunicación en busca de un encuentro entre ambos, sabe cómo estimular a su hijo para lograr una respuesta o aprovechar el estado de alerta del mismo. Estas madres perciben cuando el camino elegido para la interacción no provoca respuestas en el bebé, por lo que pueden modificarlo luego de un tiempo, corrigiendo su conducta en base a las respuestas del bebé. La madre percibe los sutiles intentos de su hijo de interactuar y permite que la interacción se lleve a cabo. Se detiene frente a la conducta del bebé, la espera, se adecua a la misma y la sostiene en un cierto tiempo. La madre es capaz de responder positivamente a la búsqueda de interacciones de su hijo, las que suelen ser breves y sutiles.

- Dimensión *No adaptada al bebé*: la madre presenta dificultades para reconocer el gesto espontáneo de su hijo, para identificarse con sus estados emocionales, por lo que las conductas propuestas no siempre se ajustan al estado y/o necesidades del bebé. Habría dificultades para utilizar la conducta del bebé, su respuesta a modo de retroalimentación, por lo que insiste en una conducta sin percibir la ausencia de respuesta o abandona rápidamente la interacción sin poder reacomodarse. En este intento de interactuar, la madre puede utilizar distintos canales de comunicación. Estas madres, en muchas ocasiones no responden a la propuesta interactiva del bebé, así como tampoco busca interactuar, dedicándose exclusivamente a realizar tareas de higiene y alimentación.

BEBÉ

Categoría *Disposición del bebé para la interacción*: define la actitud o el estado en que se encuentra el bebé que puede favorecer o no la interacción. Esta actitud dependerá del estado de conciencia en que se encuentre el bebé: sueño profundo, sueño activo, estado intermedio de somnolencia, estado de alerta despierto, estado de alerta inquieto y llanto. Según el estado de conciencia del bebé, la estimulación resultará apropiada o inapropiada, determinando el tipo de respuesta que se producirá. Cuando se ofrecen estímulos adecuados, positivos y no intrusivos, en los estados de conciencia apropiados, aún hasta los bebés extremadamente prematuros son capaces de animarse, atender y responder al medio (Brazelton y Cramer, 1993).

- Dimensión *No se muestra preparado para la interacción*: la actitud del bebé deja traslucir que no se encuentra dispuesto a interactuar. Esto se traduce en una ausencia de respuestas frente a la presencia y a los estímulos maternos, en una ausencia de búsqueda del contacto con su madre. El bebé se encontraría en un estado de sueño profundo o en un estado de sueño activo.

- Dimensión *Dispuesto a interactuar*: el bebé se encuentra atento a los estímulos del ambiente, abre los ojos, gira su cabeza hacia donde se encuentra su mamá, mueve lentamente su cuerpo ante el contacto o el estímulo verbal presentado por su madre. Si bien en muchas observaciones el bebé continúa con los ojos cerrados, se anima y atiende ante la presencia materna, suprimiendo las conductas reflejas para prestar atención o bien realiza suaves movimientos corporales como si se despertara para comenzar a interactuar. El bebé va aumentando su estado de alerta y sus respuestas paulatinamente. El bebé puede aceptar positivamente las conductas de su madre o bien iniciar conductas él mismo. El rostro del bebé trasmite una expresión facial relajada, que puede observarse en el sueño y/o somnolencia como en la vigilia. Se encontraría en un estado intermedio o de somnolencia, estado de alerta despierto, estado de alerta inquieto, o llanto.
- Dimensión *Se repliega evitando la interacción*: el bebé responde negativamente al acercamiento materno, se observan conductas desorganizadas, movimientos bruscos de sus miembros, llanto, cierre de los ojos, se aleja corporalmente. El bebé no responde a las iniciativas maternas, así como tampoco busca interactuar por sí mismo. Se podrían pensar que los estímulos son vividos por el bebé como invasivos e intrusivos en ese momento. Se trataría quizás de bebés con una sensibilidad exaltada que responden de manera desorganizada frente a los estímulos cuando estos se presentan con intensidad, de forma brusca o masiva. El rostro del bebé trasmite una expresión de malestar, puede tener el ceño fruncido o llorar. Estas expresiones faciales pueden estar asociadas con desagrado, insatisfacción y dolor. Se encontraría en un estado intermedio o de somnolencia, estado de alerta despierto, estado de alerta inquieto, o llanto.

Categoría *Estilo de Interacción del bebé*: describe las características de la interacción que busca establecer el bebé, así como de las respuestas a las propuestas maternas. Todos los bebés no se vinculan de la misma manera desde el nacimiento, por ejemplo, algunos se amoldan al cuerpo del cuidador, otros empujan con su brazo el tronco del mismo, mientras que algunos bebés pueden evitar mantener contacto tronco a tronco; la mirada también es un recurso del que dispone el bebé para facilitar u obstaculizar el establecimiento de una relación con el cuidador. Estas acciones del bebé se basan en características constitucionales, que incluyen el temperamento o el estilo conductual (Hoffmann, 2008).

- Dimensión *Ausencia de búsqueda de contacto*: el bebé se encuentra tranquilo y permanece pasivo, puede tener los ojos abiertos o cerrados, pero no busca

interactuar con su madre. En algunos casos, el bebé responde negativamente a las conductas propuestas por su madre. El bebé intenta alejarse, evitar el contacto.

- Dimensión *Búsqueda de contacto*: el bebé toma la iniciativa realizando alguna conducta para acercarse a su madre, sale en búsqueda del encuentro. Puede utilizar un canal de comunicación o varios, siendo el canal corporal el más frecuente. Algunos de estos infantes, no buscan iniciar la interacción, pero responden activamente a la conducta materna. Es decir, el bebé redobla la apuesta interactiva, no solo acepta la conducta materna, sino que responde activamente mediante otra conducta. Por ejemplo, el bebé que al ser tocado en su mano no solo permite el contacto, sino que se aferra a los dedos de su madre. En oportunidades, el bebé participa en la interacción desde un lugar más pasivo, es decir, que no inicia la conducta interactiva, sino que responde aceptando el contacto.

Tabla 9. Aspectos cualitativos observados en la sala de espera y en el Consultorio de Seguimiento

Categorías	Dimensiones
Madre	
Acompañante en la sala de espera y en el control pediátrico	-Madre sola -El padre del bebé -Otros familiares
Sostén del bebé en la sala de espera	-Ausencia de sostén materno -Débil -Distante -Seguro
Participación del acompañante	-Espectador -Auxiliar -Excluye a la madre
Actitud de la madre frente a la participación del acompañante	-Indiferente -Molesta -Habilita la participación
Respuesta materna ante la evaluación del infante	-Ansiedad ante las dificultades en el desarrollo -Ansiedad ante las complicaciones orgánicas -Malestar ante el incumplimiento de las indicaciones médicas
Conducta materna ante los estados afectivos del bebé	-Interpreta los estados afectivos del bebé -Percepción distorsionada del estado afectivo del bebé
Bebé	
Conducta de acurrucarse del bebé en la sala de espera	-Se entrega -Batalla -Se acurruca
Estado afectivo del bebé	-Satisfacción -Desconsuelo

Observaciones en Consultorio de Seguimiento

MADRE

Categoría *Acompañante en la sala de espera y en el control pediátrico:* se refiere al soporte, por parte de la pareja o algún familiar, con el que cuenta la madre al asistir a los controles en el Consultorio de Seguimiento. Stern (1997) afirma que la madre necesita de una matriz de apoyo y protección, para que ella pueda abocarse a cuidar a su hijo y lograr que se desarrolle psíquica y afectivamente. Por lo general, este rol lo desempeña el padre, siendo el encargado de respaldar a su pareja durante el embarazo, el parto y el nacimiento, viéndose el vínculo temprano fuertemente influido por las actitudes del padre durante estos momentos (Nieri, 2013).

- Dimensión *Madre sola***:** la madre permanece sola con su hijo en la sala de espera. En algunos casos, se la observa sobrecargada de peso y objetos (bolsos, manta, cochecito del bebé). Al ingresar al Consultorio de Seguimiento también lo hace sola con su bebé. En algunos casos la madre ingresa sola porque no hay ningún acompañante, en otros la madre lo prefiere así, o bien porque el acompañante permanece esperando fuera del hospital.
- Dimensión *El padre del bebé***:** la madre asiste al control médico con su hijo y el padre del mismo. Suelen permanecer sentados o de pie, uno junto al otro, mientras esperan. También pueden estar presentes otros hijos de la pareja. Al momento de ingresar al consultorio lo hacen los tres juntos. En algunas observaciones es el padre quien carga a su hijo en brazos. En otras situaciones, el padre ingresa ayudando con los bolsos y/o el cochecito de su hijo.
- Dimensión *Otros familiares***:** la madre permanece en la sala de espera acompañada de algún familiar, por lo general la abuela materna, otros hijos, una hermana o alguna amiga. Al entrar al consultorio lo hace en compañía de esa persona. La madre parecería asistida por otras mujeres al desempeñar las funciones de cuidado y crianza de su hijo, quienes desempeñan el rol de sostener a la mujer que es madre. También puede ocurrir que la madre ingrese al consultorio acompañada por uno o varios hijos.

Categoría *Sostén del bebé*: se refiere al modo en que la madre sujeta en brazos a su hijo durante el tiempo que aguardan en la sala de espera. La forma en que el bebé es sostenido puede variar a lo largo del primer año de vida, en función del crecimiento y del interés del infante. La madre puede ser capaz o no de percibir las necesidades cambiantes de su hijo, y modificar en consecuencia la forma de sostén. Winnicott (1971/1987) sostiene que el sostén ofrecido por la madre a su bebé es indicador de la posibilidad de

ésta para identificarse con su hijo. Por el contrario, cuando el sostén no se presenta de manera adecuada, el bebé queda preso de intensas angustias de desintegración y de caer interminablemente.

- Dimensión *Ausencia de sostén materno*: la madre no sujeta a su bebé en brazos, debido a que éste se encuentra en un cochecito o dispositivo similar. También puede ocurrir que sea la persona que acompaña a la madre quien sostiene al niño en brazos.

- Dimensión *Débil*: la madre sostiene al bebé de tal manera que transmite al observador la impresión de estar deslizándose hacia abajo, de estar cayendo, escurriéndose de los brazos de su madre. Esto puede deberse a que el cuerpo del bebé es sostenido con un solo brazo lo que trasmite la sensación de inestabilidad, o bien que la madre lo coloca aproximadamente a la altura de su cintura por lo que parece estar deslizándose, sus extremidades penden en el aire. El infante parece sostenido de manera inestable, poco segura.

- Dimensión *Distante*: la madre sostiene al bebé alejado de su cuerpo. Puede ocurrir que la madre esté sentada con el bebé durmiendo recostado sobre sus piernas, de manera tal que la parte inferior del cuerpo del bebé no es contenida, permanece apoyada sólo sobre las piernas maternas. En este tipo de sostén el cuerpo del bebé se encuentra a una distancia considerable del cuerpo de su madre y las piernas del mismo permanecen libres lo que puede hacerlo sentir menos seguro; también los brazos pueden estar poco contenidos por lo que permanecen extendidos en forma de cruz o colgando. Este sostén trasmite la impresión de que el bebé está apoyado sobre el cuerpo de su madre, pero sin ser sostenido de manera envolvente. Las interacciones se dificultan ya que el infante mira hacia adelante o por encima del hombro de su madre, pero no se encuentran frente a frente.

- Dimensión *Seguro*: la madre sostiene al bebé rodeándolo con sus brazos de manera firme y envolvente, pero con suavidad, dándole apoyo en la parte posterior del cuerpo (cabeza, cuello, espalda, nalgas y piernas). De este modo, la madre construye con sus brazos una especie de estructura que envuelve y brinda apoyo a su hijo, puede además utilizar alguna manta para envolverlo haciéndolo sentir más contenido y en posición de acunarlo. Tanto el cuerpo materno como el cuerpo del bebé se acomodan mutuamente en un encuentro cercano, sintiéndose seguros y a gusto. Cuando el bebé está despierto, esta posición favorece los intercambios visuales, corporales y verbales ya que ambos

miembros de la díada se encuentran ubicados cara a cara. Cuando el bebé es un poco mayor, la madre lo sostiene mirando hacia ella o hacia adelante, de tal manera que los ojos y los brazos del niño se encuentran disponibles para poder explorar el rostro y/o el cuerpo de su mamá, tocar, mirar y llevarse a la boca los objetos que le ofrece. La madre no obstaculiza con su sostén los movimientos corporales del bebé permitiéndole conocer su cuerpo y los objetos, así como también le permite volver a ella y acurrucarse cuando el bebé lo necesita.

Categoría *Participación del acompañante*: se refiere al tipo de intervención que tiene el acompañante durante el control médico del niño en el Consultorio de Seguimiento. Nieri (2013) retoma los aportes de May Ka al hacer referencia a las diferentes reacciones y comportamientos que puede tener el padre durante el embarazo. Si bien se trata de un momento distinto, se considera que este estilo de participación podría trasladarse al momento del control médico del niño. May Ka (citado en Nieri, 2013) describe al "padre observador", como aquel que permanece en la periferia, está presente, espera a ver qué pasa, pero no realiza ninguna acción que demuestre su interés. Se trataría de padres que prefieren ser observadores y no actuar, con un intenso control de sí mismo y de sus emociones. El "padre reactivo" es aquel que desea estar presente en estos momentos, se interesa por los diferentes acontecimientos, pero no necesariamente lleva a cabo alguna acción. El "padre instrumental" sería aquel que colabora en la planificación de estos momentos, realiza arreglos de todo tipo, trata de ayudar y demuestra sus emociones mediante la acción.

- Dimensión *Espectador*: es la madre quien se dirige hacia la camilla del consultorio y se encarga de preparar a su hijo para el control médico, mientras el acompañante, en general el padre, permanece de pie unos pasos detrás o sentado frente al escritorio observando la situación en silencio. Puede ocurrir que el acompañante adopte esa actitud naturalmente, o que la madre no le permita intervenir ya sea diciéndoselo explícitamente o por medio de gestos y/o expresiones faciales y corporales. En la mayoría de los casos, los padres se muestran tímidos, dubitativos acerca del modo de intervenir.
- Dimensión *Auxiliar*: el acompañante, por lo general el padre, se dedica a asistir a la madre durante el control médico. Su participación suele consistir en mostrar los estudios realizados al bebé y en responder las preguntas que las médicas realizan sobre los mismos. También el padre puede ser el encargado de comentar los progresos que observa en su bebé. El acompañante también puede cooperar en la atención del bebé. Si bien la madre suele ser quien lo viste, el acompañante le habla, lo toca o intenta captar su

atención con juguetes, interactuar con él para que la madre pueda terminar con la tarea, alcanzarle objetos del bolso. La madre y su acompañante trabajan de manera armónica y sin entorpecerse.

- Dimensión *Excluye a la madre***:** el acompañante atiende al bebé sin admitir la intervención de la madre. Por lo general en este caso es la abuela quien se dispone a hacerse cargo del cuidado del bebé durante el control médico, permaneciendo la madre desplazada de la tarea. La abuela suele sostener al bebé en brazos, toma la iniciativa para desvestirlo y no le da espacio ni tiempo a la madre para intervenir. También suele ser la abuela quien responde las preguntas de las médicas, la madre parece poco conocedora de los estudios y medicamentos del bebé.

Categoría *Actitud de la madre frente a la participación del acompañante*: se refiere al modo en que la madre recibe la participación del acompañante durante el control médico en el Consultorio de Seguimiento. Se considera que la actitud materna frente a la intervención del acompañante sería un indicador del tipo de relación que mantienen entre ambos, así como de la disponibilidad de la madre para dejarse ayudar, acompañar y ser sostenida en este momento. La madre requiere de una especie de círculo de protección en torno de ella, organizado quizás por su compañero, que le permite desentenderse de preocupaciones externas y concentrarse en su hijo (Winnicott, 1958/1984).

- Dimensión *Indiferente***:** la madre no recurre al acompañante, en general el padre del bebé, en busca de asistencia. La madre se encarga de resolver toda la situación sola mientras el padre permanece como observador del control médico. Es la madre quien muestra los estudios realizados al niño, responde preguntas sobre los mismos y plantea interrogantes o dudas.

- Dimensión *Molesta***:** la madre expresa verbalmente o mediante gestos (expresiones faciales, suspiros, ademanes) la incomodidad o el disgusto que le provoca la presencia del acompañante en el consultorio. No le permite atender al bebé, desplazándolo con el cuerpo, corrigiendo o cuestionando el modo de hacerlo por lo que es ella quien toma el lugar en la atención del bebé. Esta actitud de molestia puede observarse también cuando la madre ingresa con otros hijos al control, por lo que suele estar menos disponible para interactuar con su bebé y más atenta en controlar el comportamiento de sus otros hijos.

- Dimensión *Habilita la participación***:** la madre es ayudada por el o los acompañante/es (padre, abuela, hermana, hijos) en la atención del bebé, se observa

tranquila y cómoda con la asistencia. Cuando la abuela es quien toma la iniciativa de preguntar o atender al bebé, la madre puede permanecer en silencio aceptando esta situación, dando a entender que es la abuela quien se encarga del bebé. Cuando el padre interviene respondiendo preguntas, la madre avala lo dicho por él sin contradecirlo o bien guardando silencio. La madre delega en el padre la tarea de responder a los interrogantes de los médicos.

Categoría *Respuesta materna ante la evaluación del infante*: se refiere a la manera en que la madre reacciona frente a las dificultades que puede presentar el niño en su crecimiento y desarrollo, así como ante las demandas de los profesionales médicos. Pose (2004) afirma que, si la aceptación de la prematurez y/o la patología del bebé han sido dificultosa, es probable que la madre aún espere que su hijo se desarrolle como un bebé nacido a término o sin complicaciones, por lo que se sentirá desilusionada por los lentos progresos. En otras madres, donde el riesgo de muerte o las fantasías de muerte han sido muy intensas, la sobrevida de su hijo parece compensarlo todo, presentando dificultades para reconocer situaciones de discapacidad o de retraso en el desarrollo. Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993) sostienen que cuando los padres han perdido las esperanzas de mejoras en el estado de salud de su hijo pueden renunciar al seguimiento, o bien peregrinar en busca de una solución al problema.

- Dimensión *Ansiedad ante las dificultades en el desarrollo*: la madre muestra una actitud cómoda durante el control pediátrico, pero se modifica cuando los médicos le hacen notar las dificultades de su hijo para responder a las tareas que forman parte de las escalas de evaluación del desarrollo. Ante esto, rápidamente la madre se observa ansiosa, inquieta y preocupada. En otros casos puede mostrarse molesta con su hijo y/o el equipo médico, argumentando que en el hogar realiza las tareas, pero en el consultorio no puede hacerlo.

- Dimensión *Ansiedad ante las complicaciones orgánicas*: la madre muestra una actitud relajada y alegre, lo que se modifica notablemente cuando los médicos indican que debe realizar una consulta a un especialista (neurólogo, neumonólogo, gastroenterólogo) para evaluar el estado de salud su hijo en algún aspecto particular. La madre rápidamente puede mostrarse ansiosa y/o preocupada, preguntando con insistencia sobre los motivos de la derivación o bien evadiendo la situación para no tomar contacto con el pedido. Parecería que la derivación representa para las madres una situación angustiosa, que revive el temor a un nuevo diagnóstico, o a una agravación del estado del niño. Este cambio de actitud materna puede repercutir en las interacciones con el infante,

las que pueden ser más distantes y menos frecuentes. Esto también suele ocurrir ante el pobre aumento de peso y de talla, que son unos de los indicadores más importantes para las madres, ya que parecen confirmarles que cuidan adecuadamente de su hijo. Las madres parecen experimentar que su función no es desempeñada correctamente, que el niño no es cuidado de manera adecuada en el hogar y que el vínculo madre-hijo no funciona bien.

- Dimensión *Malestar ante el incumplimiento de las indicaciones médicas***:** el equipo médico reclama a la madre por la ausencia de cumplimiento en los estudios médicos solicitados para su hijo (oftalmológicos, fonoaudiológicos, cardiológicos), frente a lo cual la madre suele reaccionar con molestia, enojo o intenta dar sus explicaciones. En otros casos, las madres se muestran avergonzadas antes estos reclamos de los médicos.

Categoría *Conducta materna ante los estados afectivos del bebé*: se refiere a la manera en que la madre percibe el estado afectivo en que se encuentra su hijo, e interviene buscando regularlo emocionalmente. Zucchi, Huerin, Duhalde y Raznoszczyk de Schejtman (2006) señalan que la capacidad de la madre para mentalizar y relacionar la conducta de su hijo con los estados mentales de éste, le permitirá construir un modelo mental de la experiencia del niño y contribuirá al desarrollo de la capacidad de autorregulación del mismo. Zucchi et al. (2006) afirman que las emociones del niño son reguladas y calmadas cuando las expresiones faciales y vocales de los padres representan los sentimientos que estos infieren de su hijo. La imagen que los padres le devuelven al niño refleja la experiencia interna y organiza la experiencia emocional del niño. Una madre con un funcionamiento reflexivo adecuado puede imaginar cómo se siente su hijo, al mismo tiempo que reconoce que esta inferencia es limitada. La madre busca comprender a su hijo, y de ese modo puede responder de manera sensible y contenedora, ya que comprende las intenciones y sentimientos de su hijo, así como sus capacidades emocionales. En algunos casos, las madres pueden poseer una representación distorsionada de sus hijos, lo que da cuenta de una falla en la posibilidad de reflexionar acerca de la experiencia de los mismos.

- Dimensión *Interpreta los estados afectivos del bebé***:** la madre es capaz de construirse una idea acerca de la experiencia por la que se encuentra atravesando su hijo y lo relaciona con la conducta del mismo. Interviene con el propósito de modular, contrarrestar los afectos negativos, regular y/o consolar a su hijo; también puede buscar estimularlo a participar de la interacción si percibe un estado de alerta y disposición,

estimulando sus afectos positivos. La madre puede imaginar, especular cómo se siente su bebé y responde de manera sensible y contenedora.

- Dimensión *Percepción distorsionada del estado afectivo del bebé*: la madre no puede reconocer el estado afectivo por el que se encuentra atravesando su bebé; se construye una representación deformada del mismo y de su experiencia. Hay una dificultad para leer el gesto espontáneo del bebé, decodificarlo y responder de manera adecuada a su estado afectivo. No puede identificarse con su hijo y responder en consecuencia. Esta dificultad deja al infante sumido en el desconsuelo.

BEBÉ

Categoría *Conducta de acurrucarse del bebé*: se refiere al modo en que el bebé se acurruca en el cuerpo materno al ser sostenido por su madre en la sala de espera. Oiberman (2008) destaca que la conducta de acurrucarse en el cuerpo del otro tiene antecedentes filogenéticos, que se mantienen en la especie humana durante los primeros años de vida, para luego perderse y reaparecer en momentos de gran intensidad emocional, como son los momentos de enamoramiento y frente al miedo. Mediante esta conducta, el infante expresa activamente sus estados y necesidades, busca estrechar el cuerpo de su madre para lograr la calma y la seguridad.

- Dimensión *Se entrega*: el bebé se entrega al sostén materno, ya sea que esté dormido o despierto, parece ceder a la caída en los brazos de su madre. El cuerpo del infante transmite la sensación de blandura, de desparramarse, estar escurriéndose.

- Dimensión *Batalla*: durante el sostén, el cuerpo del bebé está tenso y duro, los ojos pueden estar muy abiertos y el ceño fruncido. El infante parece experimentar sensaciones desagradables como angustia y temor, expresados por medio del llanto. Esto puede deberse en parte a un sostén inestable por parte de la madre, por lo que el bebé se esfuerza por aferrarse. También puede ocurrir que el bebé parece estar incómodo en los brazos de su madre, por lo que trata de escabullirse, empujando los brazos y/o el cuerpo materno para lograr moverse libremente por el piso o alcanzar algunos objetos de su interés. Esta conducta suele presentarse a medida que el bebé crece, y puede estar acompañada de gritos y/o llanto.

- Dimensión *Se acurruca*: el bebé aprovecha el sostén que su madre le ofrece para mirar, tocar, llevarse a la boca los objetos que lo rodean o alguna parte del cuerpo de su madre. El bebé está apuntalado por los brazos de la madre o puede permanecer sentado de manera más estable por lo que tiene los brazos libres para conocer

el mundo, puede realizar algún tipo de juego de manos y tocamientos con su mamá, acercándose y alejándose, moviéndose con libertad y seguridad. El bebé al año de vida puede intentar bajarse de los brazos o las piernas de su mamá para explorar por sus propios medios el ambiente, ya sea gateando, permaneciendo sentado en el piso, o sostenido por una de sus manos. Esta posición del bebé favorece las interacciones entre la díada.

Categoría *Estado afectivo del bebé*: se refiere a la experiencia afectiva por la que se encontraría atravesando el infante durante la observación en el Consultorio de Seguimiento. Raznoszczyk de Schejtman (2005) sostiene que la modulación afectiva, entendida como la capacidad de controlar y modular nuestras respuestas afectivas, se adquiere en un proceso diádico, donde el adulto es una parte del sistema regulador del infante, que colabora en la creación de estados diádicos de regulación que son un prerrequisito para la autorregulación posterior del infante. El pasaje de la regulación intersubjetiva gracias al adulto y la autorregulación que va alcanzando el niño son la base de la constitución del sí mismo.

- Dimensión *Satisfacción*: el infante se encontraría en un estado afectivo placentero, agradable y dispuesto a interactuar. Algunos de estos signos indican la satisfacción del niño: permanece mayor tiempo en estado de vigilia tranquilo; se encuentra relajado, con las manos semiabiertas o abiertas; la actividad motriz espontánea es de carácter armonioso; posee una expresión facial de placer, con el ceño relajado, puede esbozar una sonrisa durante el sueño, succiona sus dedos. Ante la conducta materna, el niño experimenta un estado de calma o bien de mayor alerta que lo incita a participar de la interacción. El infante se sentiría comprendido en su estado afectivo, y satisfecho no solo en sus necesidades corporales sino también en las emocionales.

- Dimensión *Desconsuelo*: el infante se encontraría atravesando por una experiencia afectiva desagradable, penosa o dolorosa. Frente a ello, comienza a llorar, se desorganiza, muestra signos de estrés. Cuando los bebes se encuentran “desorganizados” e irritables, pueden rotar su cabeza incesantemente; cerrar fuertemente las manos; arquear su cuerpo hacia atrás; la piel puede adquirir una tonalidad marmórea, pálida o morada; tener el ceño fruncido; producir mayor cantidad de saliva; regurgitar; fijar la vista y poner los ojos brillosos; realizar movimientos espasmódicos o bruscos; bostezar; tener hipo. La dificultad de la madre para percibir el estado afectivo del bebé, y responder de manera adecuada, incrementa el desconsuelo del mismo y sus afectos negativos.

5.4. Modalidades del Vinculo madre-bebé de alto riesgo durante el primer año de vida

El estilo particular de vincularse adoptado por las madres y los bebés de la muestra investigada constituye lo que en esta investigación se denominó modalidades vinculares, y se tradujo en una manera propia de tocar el cuerpo del otro, de mirar, de hablar y de sostener al otro miembro de la díada. Estas modalidades, son privativas de un grupo de díadas, que asumieron un carácter peculiar en la vinculación desde los momentos iniciales de vida del niño hasta el primer año, y que dan cuenta de la cualidad de las interacciones. La construcción de las modalidades en esta muestra en particular, supuso una dificultad al momento de la elección de un nombre para cada una de ellas. Esta complicación estuvo en relación a que debía tratarse de una denominación lo suficientemente amplia como para describir el estilo de vinculación, y a su vez tenía que ser un nombre que pudiera ser comprendido con facilidad por los interlocutores. El término modalidad proviene de *modal* e *–idad*, y se define como el modo de ser o manifestarse de algo (Diccionario de la lengua española, 2014).

La construcción de las diferentes modalidades vinculares madre-bebé de alto riesgo, se realizó mediante la integración de los resultados obtenidos a través de las observaciones de las interacciones madre-bebé en UCIN y en el Consultorio de Seguimiento. En la elaboración de cada modalidad se integraron las dimensiones más significativas del total de categorías elaboradas a partir de las entrevistas, respondiendo a los aspectos más relevantes para un determinado grupo de díadas. En el presente apartado se exponen las diversas modalidades que sintetizan la diversidad que adquirieron, principalmente, las interacciones de las díadas descriptas, que incluyen tanto lo observable, es decir la interacción, como también los aspectos subjetivos referidos a las fantasías, emociones e ideas. La integración de ambos elementos concluyó en la elaboración de las modalidades vinculares. A los fines de ilustrar las modalidades vinculares, se presenta el recorrido que tres díadas realizaron, desde los primeros momentos de internación en la terapia neonatal hasta el año de vida del infante.

5.4.1. Modalidad 1 “Desencontrada”

La denominación seleccionada para esta modalidad proviene de la palabra desencuentro, la cual es definida por el Diccionario de la lengua española (2014) como encuentro fallido o decepcionante; desacuerdo. El prefijo –des indica negación o inversión del significado de la palabra a la que va antepuesto; denota privación. A su vez, la palabra “encuentro” proviene de “encontrar” del latín vulgar *in contra* que significa en contra. Encuentro expresa el acto de coincidir en un punto dos o más cosas, a veces chocando una contra otra. Entre los hablantes argentinos, el uso del término desencuentro remite, la mayoría de las veces, a la falta de conexión entre los participantes de una relación. En la Tabla 9 se sintetizan los aspectos centrales de esta Modalidad Vincular.

Tabla 10. Caracterización de la Modalidad Vincular "Desencontrada" (N=5)		
UCIN	Consultorio de Seguimiento	Entrevistas
Escasas interacciones	Escasas interacciones	Reconocieron cambios corporales del embarazo
Desencuentro en el canal de comunicación: Madres elijen lo Vi, los bebés responden poco Madres: pocas conductas C y Vi No hay Ve	Desencuentro en el canal de comunicación: bebés elijen lo Ve, las Madres elijen lo Vi Madres: pocas propuestas no responden en el mismo canal q propone el bebé (Ve)	Rechazo ante la noticia (interrupción) Estado emocional penoso Dificultades para imaginar al bebé Ecografía: como parte del propio cuerpo Movimientos fetales: respuesta del propio cuerpo Preparación del bolso/hogar
Bebés: muchas conductas C y pocas Vi Obtienen pocas respuestas	La interacción se interrumpe con rapidez	Conmoción Temores por la evolución
Bebes proponen muchas conductas	Bebés: proponen Ve, responden a lo Vi Buscan la continuidad Se reducen notablemente las propuestas de los bebés	Parecido al padre Dificultades en Lactancia: propia del bebé de riesgo Ausencia de situación preocupante

A partir de lo mencionado, se puede precisar que el modo en que se vincularon estas díadas durante el primer año de vida del niño estuvo caracterizado, de manera predominante, por el desencuentro, los encuentros fallidos y la dificultad para repararlos. El distanciamiento físico y emocional entre los miembros de la díada fue lo que caracterizó este tipo de modalidad vincular. Las interacciones de estas díadas durante la internación en UCIN se caracterizaron por ser escasas. Las madres buscaron en pocas oportunidades contactarse con sus hijos mediante el contacto corporal y las miradas, mientras que en ninguna oportunidad durante las observaciones se dirigieron verbalmente a ellos. En los momentos en que se produjeron encuentros entre las madres y sus hijos, esto ocurrió mayormente a nivel corporal, donde ante la propuesta de una interacción el otro miembro de la díada respondió en algunas situaciones. Los lactantes en general buscaron en repetidas oportunidades los contactos tanto corporales como visuales, pero obtuvieron la menor cantidad de respuestas maternas dentro del total de díadas estudiadas. A su vez, se observa un desencuentro en la comunicación, en este caso el visual, escogido preferentemente por las madres, al que menos respondieron sus hijos.

Se trata de díadas en las que existían pocas propuestas de interacciones conductuales, tanto de parte de las madres como de los infantes, también durante los controles médicos en el Consultorio de Seguimiento. Ambos miembros de la díada, solían utilizar diferentes canales de comunicación a la hora de interactuar, por ejemplo, los niños buscaban predominantemente establecer contacto mediante sonidos, balbuceos y palabras con sus madres, mientras que ellas recurrían a las miradas como el modo privilegiado de interacción. La utilización de códigos diferentes denotaría una exigua coincidencia en la comunicación. En este sentido, se trataría de dos sujetos que coinciden en tiempo y espacio, pero no alcanzan un intercambio emocional recíproco.

En esta investigación, las madres que se vincularon de este modo, tuvieron dificultades para leer el gesto espontáneo de sus hijos, y por consiguiente respondieron débilmente a las propuestas francas de comunicación y acercamiento de los niños. La situación descripta trajo aparejado, que los intentos de interacción se vieran interrumpidos rápidamente, porque la respuesta no resultaba oportuna, adecuada y adaptada a las intenciones del otro miembro de la díada; esto conlleva que la comunicación sea interrumpida con rapidez y resulte rechazada. Ocurrió lo contrario cuando los infantes respondieron a las iniciativas maternas, éstos lo hicieron de manera repetida y dejándose llevar por el canal de comunicación elegido por la madre (visual). Los niños habrían captado los intentos de acercamiento materno y se entregaron a la interacción, intentando mantenerla en el tiempo, dándole continuidad. En esta modalidad, se evidencia una falta de armonía entre los miembros de las díadas. No solo se presentan escasas interacciones, sino que además prevalecen los momentos de discontinuidad y discordancia entre ambos miembros, especialmente cuando fueron las madres quienes debían responder a las propuestas de los niños; sólo por breves momentos confluyeron en la comunicación. En esta modalidad vincular las características de la interacción solían variar considerablemente de una observación a otra.

Resulta interesante subrayar a modo de síntesis, que los infantes que conforman esta modalidad vincular distante, son aquellos que buscaron de manera más intensa establecer interacciones con sus madres durante la estadía en la UCIN. Sin embargo, al momento de las observaciones en el Consultorio de Seguimiento, estos niños redujeron notablemente los intentos de interacción, siendo parte del grupo que menos iniciativas propuso. En cambio, las madres mantuvieron su estilo de interacción, caracterizado por escasos intentos de comunicarse con sus hijos y pocas respuestas frente a las propuestas de los mismos, tanto en la internación como durante los controles médicos del primer año de vida. Se podría inferir, que estos infantes a medida que transcurrió el primer año de vida, dejaron de lado los intentos de vinculación probablemente debido a la repetición en las respuestas maternas caracterizadas por la inadecuación o inexistencia. Tanto las madres como los infantes de esta modalidad coincidieron en la escasez de propuestas de interacción durante el primer año.

Además, se observa que se mantienen, desde la UCIN al Consultorio de Seguimiento, los desajustes que presentan las díadas al momento de elegir un canal para la interacción, ya que suelen producirse desencuentros o insistencia en un contacto frente al cual el otro miembro no responde. Se trata de interacciones fallidas, donde un tipo particular de personalidad de la madre al interactuar con un estilo particular del bebé podría, en el curso del desarrollo, propiciar relaciones conflictivas que afecten el desarrollo emocional del niño. Por el contrario, cuando el bebé busca activamente iniciar la comunicación con su madre y se encuentra con un rostro inexpresivo, una madre que no se propone a sí misma para la interacción, en un primer momento el bebé insistirá en obtener una respuesta, luego lo invadirá la desesperanza y por último progresivamente irá desviando la mirada y se retraerá, con la gravedad que esto implica en el temprano desarrollo psíquico del niño. Probablemente se trata de madres que, por sus propias

dificultades emocionales, no han podido dejar momentáneamente de lado sus necesidades, intereses, sentimientos, para concentrase en los de su bebé, por lo que éste queda en un estado de desesperanza. Estas madres y sus bebés no han podido gozar de la ilusión, de esa especie de intimidad que permite al recién nacido sentir que el mundo se comporta de una manera que no contradice su omnipotencia.

Las madres que se formaron en esta modalidad desencontrada, reconocieron rápidamente los cambios corporales o de ánimo como signos del embarazo. Sin embargo, sintieron rechazo ante la noticia, pensando en algunos casos en interrumpirlo; por el contrario, algunos padres se sintieron felices con esta noticia, aunque otros expresaron abiertamente su rechazo. El estado emocional de las madres durante el embarazo fue penoso, caracterizado por el malestar, la tristeza y la inquietud.

En esta modalidad, las madres presentaron ciertas dificultades para imaginar al bebé durante el embarazo. En las primeras imágenes ecográficas, las madres solo percibieron el interior de su propio cuerpo, el feto fue apreciado como una parte de su organismo, sin que pudiera ser discriminado como un ser separado. Las madres tuvieron dificultades al momento de asignarle un significado a los movimientos fetales durante el embarazo, y la conducta del feto fue interpretada como respuestas del propio cuerpo materno frente a estimulaciones específicas, incluso siendo confundido con sensaciones estomacales y ruidos intestinales. A estas madres les resultó difícil fantasear acerca del aspecto y el futuro de su hijo durante la gestación; aquellas madres que pudieron hacerlo lo imaginaron a partir de asignarle un sexo. La elección del nombre del hijo en este grupo de díadas, remitió a personajes externos a la familia, como personalidades famosas (actores o cantantes), nombres al azar que les resultaron agradables a los padres, sin referencia a algún miembro de la familia. A pesar de estas dificultades, estas madres realizaron los preparativos durante el embarazo para albergar al bebé al nacer, organizando el espacio del hogar y los objetos necesarios para acogerlo.

En lo referido a la experiencia del parto, las madres que se incluyen en esta modalidad vincular, experimentaron la situación como un momento agradable, sin demasiadas complicaciones, por lo que no se inquietaron por el futuro del hijo ya que estaban convencidas de la evolución favorable del mismo. En el primer encuentro con el bebé en la UCIN, las madres experimentaron una conmoción ante la primera visión de su hijo, causada por los elementos técnicos que lo asistían, así como por el aspecto del recién nacido. Esto estuvo acompañado de profundos temores acerca de la evolución del bebé tanto durante su estadía en la UCIN, así como en el futuro desarrollo. Para estas madres, la estadía de sus hijos en la terapia neonatal fue vivenciada como un periodo de aprendizaje, en el que debían aprender de los médicos y enfermeros que “sabían” cómo cuidarlos. Las madres estaban dispuestas a recibir información y a aprender técnicas para la adecuada atención inicial del bebé. En la modalidad vincular desencontrada, en general las madres consideraron que sus hijos se asemejaban principalmente al padre, aún en aquellos casos que éstos los rechazaron inicialmente. Los padres, en general, acompañaron a las madres de esta modalidad de manera inestable, es decir que asistían a

algunos controles médicos o en algunos momentos durante la internación, por lo que las madres no se sintieron firmemente sostenidas en estas situaciones.

Algunos de los bebés de esta modalidad presentaron dificultades en los primeros momentos de la lactancia, lo que fue interpretado por las madres cómo una consecuencia, principalmente, de la condición de alto riesgo de sus hijos, lo que se traducía en una inmadurez en la succión, fatiga, escasa fuerza para succionar. Los bebés solían irritarse con frecuencia, y sus madres aseguraban que esto se producía mayormente debido a una necesidad fisiológica (hambre, suciedad, dolor), por lo que se calmaban luego de la satisfacción de sus necesidades. A su vez, estas madres expresaron que la relación con sus propias madres era afectuosa, y se sintieron acompañadas por ellas durante el embarazo, el parto y la internación del bebé. En cuanto a las situaciones vivenciadas por las madres como preocupantes en el transcurso del último año, éstas manifestaron que no recordaban haber vivido algún acontecimiento que pudieran catalogar como preocupante o angustiante.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, 3 de las madres de esta modalidad tenían 19 años o menos al momento de la investigación, 1 madre tenía entre 20 y 24 años y otra entre 25 y 29 años. En cuanto a la situación de pareja, 3 madres manifestaron encontrarse en una relación de pareja estable sin convivencia y 2 madres tenían una pareja estable con la que convivían. Solo 1 madre no contó con apoyo familiar durante el embarazo, el nacimiento y la internación de su hijo, mientras que las restantes madres si lo hicieron.

Caso testigo

La díada 62, como se la denominó, pertenece a una familia residente en el interior de la Provincia. El grupo familiar estaba formado por la madre, la bebé, el padre de la misma y dos hermanos: uno de casi 2 años al momento del nacimiento del bebé y un adolescente hijo de una primera relación del padre. Se trataba de una madre joven, que contaba con estudios secundarios incompletos y no trabajaba. El padre era siete años mayor, también poseía estudios secundarios incompletos y se dedicaba a realizar trabajos informales. La familia residía en un pueblo del interior provincial. La relación de pareja llevaba varios años por lo que decidieron empezar a convivir aproximadamente tres años antes del nacimiento. El embarazo no fue planificado y fue recibido con angustia y malestar por la madre, quien vivió el mismo como una interrupción en la relación con su hijo de 2 años. El padre, por el contrario, recibió la noticia con alegría. La pareja evaluó la posibilidad de interrumpir el embarazo, pero no se pudo concretar ya que representaba un riesgo para la vida de la madre debido a sus antecedentes obstétricos. El estado emocional materno durante el embarazo fue penoso, la madre refería que se sentía angustiada, le hablaba a la bebé diciéndole que no era el momento adecuado, pero sabía que ella no tenía la culpa, y que ella deseaba disfrutar de la relación con su hijo mayor.

Esta madre tuvo dificultades para imaginar a su bebé durante el embarazo, no pudo fantasear con su aspecto, con el sexo ni con el futuro de esa hija. El anuncio del sexo del bebé durante las ecografías, fue vivido como una desilusión para esta mamá, quien

esperaba un hijo del sexo opuesto. Resultó llamativo durante las observaciones en la UCIN, que la bebé habitualmente estaba vestida con ropa de colores contrarios a los que suelen escoger las madres en función del sexo de su bebé (por ejemplo, rosa si es una nena o celeste si es un varón). Esto generó dificultades en la observadora, quien dudaba si el bebé observado era una nena o un varón y tuvo que confirmarlo revisando la historia clínica en varias oportunidades. El nombre escogido para la bebé no resultaba fácil de recordar, ya que se trataba de un nombre poco frecuente, que en apariencia no remite en nuestra cultura occidental a un sexo en particular. La bebé nació de 30 semanas de EG con un peso de 1,450 g, adecuado para su EG (AEG). El motivo por el cual permaneció internada en la UCIN fue la prematurez junto a una patología cardiovascular frecuente en los recién nacidos prematuros. La madre permaneció alojada en la Residencia para Madres, aunque se ausentaba con frecuencia y durante varios días para visitar a su hijo mayor quien permanecía en su pueblo de residencia al cuidado del padre.

> …me quería morir…me sorprendí…no quería saber nada con otro bebé…yo pensaba que quería disfrutar a mi hija, quería disfrutar como iba creciendo y ahora iba a ser todo doble, pañales, todo…me angustie mucho… (Fragmento de la entrevista a la madre en el que relata cómo recibió la noticia del embarazo).

> …a veces cuando me sentía mal, angustiada, le hablaba a la bebé…le decía que ella no tenía la culpa, que no era el momento pero ella no tenía la culpa…que yo las quería a los dos pero que no era el momento…sentía ese rechazo…le hablaba como para explicarle que no era culpa de ella, que yo quería disfrutar de mi otra hijo y no iba a poder… (Fragmento de la entrevista a la madre en el que describe su estado emocional durante el embarazo).

> …es parecida al padre…en la cara, los ojos…el otro nene se parece a mí… (Fragmento de la entrevista a la madre en que describe a quién ve parecida a su hija).

Durante las observaciones en UCIN, en los momentos en que la madre ingresaba a la terapia neonatal para interactuar y atender a su bebé, el modo de acercase a su hija solía ser en función de sus propias intenciones sin contemplar la disposición de su hija. Es decir, que la madre se precipitaba al encuentro, introduciendo rápidamente las manos en la incubadora, tocando o cambiando de posición el cuerpo del bebé, sin reconocer el estado en el que se encontraba la misma. Por este motivo, a partir de las observaciones se pudieron captar en muchas ocasiones discordancias entre los estímulos que la madre proveía al bebé y sus respuestas, lo que llevaba a pensar que no podían ser aprovechados, o provocaban un efecto disruptivo en el infante. Llamaba la atención el modo de conducirse de esta madre, quien parecía invadir con brusquedad el espacio interpersonal de su hija generando como consecuencia una reacción de alejamiento y disgusto, que se expresaba en algunos momentos mediante el llanto de la niña. El acercamiento a la incubadora y la interacción con el infante parecía responder a un intento de cumplir de manera rápida y operativa con las tareas asignadas por médicos y enfermeros, sin considerar a ese momento como una oportunidad para interactuar y conectarse

emocionalmente con su hija. Esto se plasmó en aquellas situaciones en que la madre ingresaba y su bebé ya había sido atendido por un enfermero, por lo que ella no tenía una tarea previamente pautada que realizar. En esas situaciones, la madre permanecía de pie junto a la incubadora, o con sus manos apoyadas sobre el cuerpo de la bebé, mirando hacia la sala en silencio, sin reconocer cómo utilizar ese espacio y el momento para conectarse con su hija. Se podría inferir que la bebé era percibida como un cuerpo a ser cuidado, que debía ser atendida prioritariamente en sus necesidades de alimentación, higiene y vestido, desconociendo las necesidades emocionales. Durante los momentos observados, la bebé se encontraba en un estado de sueño activo, sus ojos estaban cerrados, pero podían observarse movimientos oculares, pequeñas sacudidas y estiramientos de los miembros, realizando en algunas observaciones muecas y sonrisas. Se sabe que en este estado de conciencia el nivel de accesibilidad del infante para la interacción es relativamente bajo, por lo que las pocas conductas realizadas por la madre no funcionaron como estímulo para la interacción. La bebé permanecía indiferente, aparentemente sin responder ante la presencia materna.

El rostro materno durante las observaciones se caracterizó por la neutralidad y la inexpresividad, aspectos que tal vez no favorecerían una incitación o invitación para la interacción. La madre buscó interactuar en pocas oportunidades con su hija, cuando lo hizo no se correspondía con los gestos espontáneos de su hija, no se ajustaban al estado y/o a las necesidades de la bebé. Hubo dificultades para utilizar la conducta de la bebé como retroalimentación en la interacción, por el contrario, se insistía en una conducta que no obtenía respuestas, sin poder luego reacomodarse. Por su parte, la expresión facial de la bebé era de malestar, lo que se evidenciaba en algunos movimientos corporales bruscos, quejas y llanto, posiblemente asociados a lo imprevisto de las conductas maternas. Además, esta bebé no parecía preparada para la interacción, ya que no respondía a las conductas maternas, así como tampoco buscaba establecer algún tipo de comunicación con ella. Es necesario recordar que, durante la internación en la UCIN, las madres fueron quienes iniciaron en general la mayor cantidad de interacciones. En la díada 62, los intentos de tocar el cuerpo del infante fueron secundarios a las tareas de acomodar los elementos técnicos para la supervivencia del mismo, alimentar e higienizar al bebé. La madre centró su atención visual principalmente en el cuerpo del bebé, lo que anulaba la posibilidad de una interpenetración de las miradas madre-hija. Esto podría deberse a que la madre no podía hacer frente a la intimidad que suponía sostener la mirada cara a cara con su hija, o bien ella dirigía su mirada al cuerpo del bebé como un modo de comprobar que ésta se encontraba físicamente completa, en un intento de controlar constantemente que los elementos técnicos colocados en el cuerpo del bebé funcionaban de manera adecuada. En cualquiera de los casos, la madre no lograba una interpenetración de la mirada con su hija. La bebé aceptó los contactos corporales, pero sin embargo en todas las observaciones permaneció con los ojos cerrados por lo que no hubo intercambios visuales. Las interacciones verbales estuvieron ausentes en esta díada.

> …Ingresa la mamá a la sala y se ubica cercana a la incubadora, de frente a la bebé que está acostada boca arriba con la cabeza orientada hacia ese lado, los ojos

cerrados. La mamá introduce las manos, comienza a acomodar la ropa, las medias. La bebé permite el contacto, hace algunas muecas como sonrisas. La mamá la mira seria y desde lejos al cuerpo a través del plástico de la incubadora. La bebé sigue con los ojos cerrados. La mamá no le habla… (Fragmento de la cuarta observación en UCIN a los 23 días de vida del bebé).

Durante los controles médicos realizados a lo largo del primer año de vida en el Consultorio de Seguimiento, la díada 62 asistió siempre acompañada del padre del bebé. Los padres solían permanecer aguardando juntos en la sala de espera hasta el momento del control, intercambiando algunas palabras y sonrisas. En la mayoría de las oportunidades, fue el padre quien sostenía a la bebé en brazos acunándola o paseándola por la sala para evitar que la mismo se impacientara. La madre la sostuvo en menos oportunidades, de manera habitual mantuvo a la bebé mirando hacia el frente, alejada de su cuerpo y sin interactuar con ella. Este tipo de sostén parece dificultar las interacciones madre-hija, ya que los mismos no se encuentran cara a cara y la niña no tendría posibilidades de explorar el cuerpo materno. También es posible señalar, que la manera de sostener no variaba con el crecimiento del bebé, de un sostén más cercano cuando era pequeño a uno que le permitiera explorar el ambiente y el cuerpo materno al crecer. Por el contrario, desde los primeros momentos la madre adoptó un sostén más alejado de su cuerpo. En estas observaciones en la sala de espera se pudo ver que la bebé aprovechaba el sostén que su madre le ofrecía para recorrer con su mirada el ambiente, en el cual podría encontrar estímulos que la atrajeran en comparación con un rostro materno bastante inexpresivo.

Al momento de ingresar en el Consultorio de Seguimiento, esta díada siempre lo hizo acompañada por el padre quien por momentos entraba cargando a su hija en brazos. El padre participó de manera cooperativa durante el control médico, permanecía alejado de la camilla, sentado frente al escritorio donde se encontraba una de las médicas y la enfermera, y era el encargado de mostrar los estudios realizados a la bebé, de plantear dudas o inquietudes, así como de responder a las preguntas de las profesionales. La madre se mostró cómoda con esta participación del padre, avalando en silencio los comentarios que él realizaba, mientras ella se dedicaba a la atención y a la preparación de la bebé durante el control médico. A lo largo del seguimiento fueron apareciendo progresivamente diversas dificultades en el desarrollo de este infante, tanto a nivel psicomotor como cognitivo. Ante las evaluaciones que ponían en evidencia estas dificultades de la niña, la madre no mostró ningún cambio de actitud o resonancia emocional, continuando con el manejo de su hija de manera habitual. En cambio, el padre se mostró preocupado por conseguir un turno con el neurólogo, indagando acerca de un posible certificado discapacidad y otros beneficios.

No obstante, durante algunas observaciones se pudo notar que por momentos la madre pudo captar los estados afectivos de su bebé, principalmente los afectos positivos, y respondía a ellos incentivando el contacto corporal, visual y/o verbal. En estos momentos, la bebé se mostraba tranquila, relajada y respondía a la interacción. Sin embargo, en esta díada prevalecieron las dificultades maternas para decodificar el estado

emocional de su hija. Se observó con frecuencia que cuando la bebé lloraba, la madre no podía reconocer el estado emocional de malestar en el que se encontraba y por consiguiente no respondía de manera adecuada. Esto incrementaba el llanto y los movimientos corporales desorganizados de la niña. La madre continuaba abocada a realizar las tareas de vestido de la bebé sin poder conectarse emocionalmente con el afecto negativo de la misma. Ante esto, la bebé comenzaba a aumentar sus llamados en un primer momento, para luego voltear la mirada hacia el consultorio, alejándose progresivamente hasta que finalmente introducía su mano en la boca y comenzaba a succionar sus dedos. Esta actividad auto-sensual, que se presentó en tres observaciones, le permitía calmarse, a costa de un riesgo mayor de relegamiento frente a un ambiente que no podía responder a sus demandas.

> …Ingresa al consultorio el papá con la bebé en brazos y la mamá detrás cargando bolsos y abrigos. El padre sienta a la bebé sobre la camilla, la madre se coloca junta a ella. Cuando se acerca la médica, la bebé gira su cabeza bruscamente buscando a su madre, tambalea y casi se cae de la camilla. La madre no alcanza a responderle mirándola y no reacciona a poner los brazos evitando que caiga, lo hace la médica. La bebé llora y parece asustada, la madre la coloca de frente a ella, la mira y le muestra sonriendo una muñeca. La bebé la mira con los ojos muy abiertos y deja de llorar, estira su mano como para tocar la muñeca. Ante el pedido de la médica, la madre la acuesta para desvestirla, le habla "a ver…mira". La bebé emite sonidos, balbucea y responde mirándola. Una vez que le sacó algo de ropa, la madre la sostiene con su mano por la panza. La mira sonriendo, la bebé responde mirándola y sonríe. La madre gira su cabeza y mira hacia el consultorio… La bebé estira los brazos hacia su madre, la mira a su madre sonriendo y balbucea. La madre responde mirándola y repite los sonidos que hizo su hija, pero no la levanta…La bebé toca el aro, luego la mejilla y por último la boca y la nariz de su madre. La mira a su mamá, quien responde mirándola. La madre la acuesta nuevamente para quitarle la ropa que falta, el enterito y el pañal. La bebé llora. La madre le saca la ropa en silencio, no la mira.
>
> Luego de ser pesada, la bebé está llorando. La madre le dice "bueno…bueno" mientras la acuesta sobre la camilla y comienza a vestirla. La bebé va dejando de llorar lentamente, balbucea y chupa sus dedos. Se tranquiliza. La madre la viste, mirando la ropa en silencio. Al moverla, la bebé llora nuevamente, dirige la mirada hacia el costado o hacia el techo. La madre no le habla, mira la ropa. La sienta y le coloca la ropa del torso. Luego la acuesta y la bebé sigue llorando, la madre no habla y mira la ropa. La bebé comienza a chuparse los dedos nuevamente, va dejando de llorar. Estira su otra mano y toma una colita del pelo, la mira y mueve sus piernas, emite algunos sonidos. La madre sigue vistiéndola. La bebé sostiene la colita del pelo, emite sonidos, balbucea. La madre le responde imitando los sonidos "ba ba ba". La bebé gira la cabeza y la mira, la madre responde mirándola… (Fragmento de la sexta observación en el Consultorio de Seguimiento a los 11 meses de EGC del bebé).

En los controles médicos de Seguimiento también se observó si existían momentos de juego entre la madre y su hija, así como las características que podían tener estos intercambios, por ejemplo, el uso o no de objetos del consultorio, quien iniciaba la actividad, si resultaba placentero para ambos miembros de la díada, entre otros aspectos. Se seleccionó un fragmento de una observación que daba cuenta de este tipo de interacción lúdica. En esta observación se puede notar que el juego es iniciado por la madre como un modo de calmar a su hija y mantenerla ocupada mientras esperan para retirarse. La madre mueve el cuerpo de la bebé y esto parece generarle placer por lo que ríe. Sin embargo, no hay intercambios entre ambas, sino que parecerían acciones que se despliegan en el mismo tiempo, pero sin ser recíprocas. El juego introducido por la mamá consiste en ofrecer a la niña tocar los dibujos de la lona que cubre la camilla y luego retirarla antes de que logre hacerlo. Esta acción parece generar una expectativa de satisfacción en la niña, quien estira su mano y ríe, pero luego de varias repeticiones y ante la imposibilidad de lograr su objetivo, la niña comienza a molestarse y gritar. En esta situación podemos observar que la madre presenta una actividad que le interesa a la niña, se la muestra, pero impide que logre lo que desea y ante los repetidos alejamientos termina por frustrarla. Se puede pensar que la madre le muestra a su hija una actividad que le atrae, pero no le permite acceder, no está disponible para ella.

> La madre espera para retirarse del consultorio con su hija en brazos. Como la niña se queja, inclina el cuerpo de la misma como jugando sobre la camilla y se aleja, una y otra vez como si fuera un avioncito que planea. La bebé estira la mano tratando de tocar la lona con dibujos sobre la camilla pero no logra hacerlo. La madre repite este movimiento varias veces, la bebé se ríe, luego se queja y grita (Fragmento de la séptima observación en el Consultorio de Seguimiento a los 12 meses de EGC del bebé).

5.4.2. Modalidad 2 "Sintonizada"

La denominación escogida para esta modalidad proviene de la palabra sintonía. El Diccionario de la lengua española (2014) establece que se trata de una palabra de origen griego *συντονία* que significa acuerdo. Etimológicamente *συν* remite a "sin", y *τόνος* "tensión". En su tercera acepción es definida como coincidencia de ideas u opiniones. El término evocala armonía, adaptación o entendimiento en una relación entre dos o más personas. En la Tabla 10 se sintetizan los principales aspectos de esta modalidad.

Tabla 11. Caracterización de la Modalidad Vincular "Sintonizada" (N=17)		
UCIN	Consultorio de Seguimiento	Entrevistas
Repetidas interacciones	Repetidas interacciones	Dificultades para reconocer cambios corporales del embarazo
Madres: proponen muchas conductas Vi y C En menor medida lo Ve Bebés responden mas a C y Ve, menos Vi	Coinciden en el canal de comunicación: Ve Continuidad de la interacción	Felicidad ante la noticia de embarazo Estado emocional penoso Acompañamiento del padre embarazo, parto,internación
Bebés: buscan C, menos Vi Obtienen respuestas frecuentes	Madres: insistencia Mas propuestas Ve, luego C y Vi	Imaginan al bebé (sexo, aspecto) Ecografía: ser concreto y separado Movimientos fetales: intencionalidad feto Preparación del bolso/hogar
Bebés responden pero inician en menor medida	Bebés: proponen Ve, C, Vi y S M responden mas a lo C, Vi y S	Conmoción Temores por la evolución y muerte

Esta modalidad vincular se distingue por la búsqueda de encuentros y la intención de comunicarse de parte de ambos miembros de las díadas a lo largo del primer año de vida. Las parejas madre-bebé que constituyen esta modalidad se caracterizaron por la presencia de repetidas interacciones durante la internación en UCIN. Algunas de las madres tocaron con mayor frecuencia el cuerpo del bebé, mientras que otras dirigieron preferentemente las miradas a sus hijos junto con el contacto corporal. Tanto unas como las otras, en menor medida, les hablaron a sus hijos. Los contactos corporales fueron correspondidos de manera habitual por los bebés, así como también éstos respondieron a los sonidos verbales emitidos por las madres. Por el contrario, los infantes respondieron más débilmente a las miradas maternas. Durante la estadía en la terapia neonatal, estos bebés buscaron con cierta periodicidad tocar el cuerpo de sus madres mientras que las miraron en menos oportunidades. Los infantes buscaron interactuar con sus madres, aunque la búsqueda de contacto fue menor en comparación con los intentos maternos. Las madres respondieron de forma reiterada a los tocamientos y miradas de sus hijos, sin dejar pasar la oportunidad de comunicarse con ellos. Los bebés de este grupo, solían reaccionar a los contactos de sus madres, pero buscaron en menos oportunidades establecer la interacción, permaneciendo entre dormidos o con los ojos cerrados.

Las díadas que conforman esta modalidad vincular también interactuaron de forma frecuente durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento. Se trata de díadas que utilizaron los diferentes canales de comunicación para interactuar, pero recurrieron en mayor medida al canal verbal. En segundo lugar, priorizaron los intercambios visuales y en menor medida los corporales. Las madres y sus hijos coincidieron en el lenguaje escogido al momento de comunicarse, lo que se tradujo en interacciones sostenidas en el tiempo. Cuando uno de los miembros planteó una interacción el otro miembro respondió de forma temporalmente adecuada y de acuerdo al canal de comunicación escogido por el otro miembro de la díada. Se trata de madres y niños capaces y dispuestos a interactuar de manera frecuente durante las observaciones.

Las díadas se desempeñaron con habilidad al momento de leer y comprender el gesto espontáneo del otro miembro para responder en consecuencia. Las madres atendían a las demandas médicas durante el control, pero también utilizaban el tiempo en el Consultorio de Seguimiento para interactuar con los niños; solían dedicar varios momentos a los intercambios afectivos durante el vestido, ya sea mediante palabras, caricias, contactos corporales o miradas. Son pocos los instantes en los que los miembros de la díada parecían distraerse por el ambiente del consultorio. El contexto en el que se produjeron las interacciones solía ser de tranquilidad y de intercambio fluido.

Los infantes durante los controles en el Consultorio buscaron con relativa frecuencia el contacto con sus madres, valiéndose por lo general de sonidos, balbuceos y palabras, miradas, contactos corporales e intentos de ser sostenidos. Las madres respondieron a las propuestas interactivas de sus hijos, en especial a los contactos corporales, a los visuales y a la búsqueda de sostén. Las vocalizaciones de los niños obtuvieron respuestas maternas sólo en la mitad de las oportunidades. Las conductas maternas de sostén estuvieron presentes en algunas oportunidades, mientras que otras madres no propusieron en ningún momento su cuerpo como sostén. Los infantes aceptaron esta conducta en gran medida y se entregaron a ser sostenidos por sus madres. Se trató de intercambios diádicos constantes y relativamente equilibrados en cuanto a la cantidad de conductas iniciadas por ambos miembros de la díada. Tanto los infantes como sus madres adoptaron una actitud activa en la comunicación, incentivándose mutuamente, lo que contribuyó a que la misma se mantuviera en el tiempo. Era usual que las díadas recurrieran a un canal de comunicación a la vez, esperando obtener respuestas del otro miembro para recién luego incluir otro tipo de conducta. Los intercambios se produjeron de manera pausada, dando lugar al tiempo que cada miembro de la díada necesitaba para responder.

Sin embargo, algunas madres de esta modalidad actuaron con mayor insistencia para contactarse con sus hijos, obtener respuestas por parte de los mismos e incitarlos a participar en la interacción. Los niños respondieron a los esfuerzos maternos, contribuyendo a la interacción de la manera esperada por las madres. Por momentos, la actitud materna se posicionó en un lugar central, conduciendo en mayor medida la comunicación, y opacando las posibilidades del niño de desplegar su iniciativa. Esta actitud materna se acentúo en aquellos momentos en los que los infantes realizaron pocas propuestas interactivas. Estas madres recurrieron, de manera simultánea a estímulos táctiles, visuales y auditivos para captar la atención de sus hijos, y actuaban con cierta rapidez sin esperar la respuesta del niño. Se trataría de madres muy participativas en la comunicación, que tendían a impacientarse y esperaban obtener respuestas inmediatas de parte de sus hijos, estimulando la actividad del niño para evitar que la interacción se interrumpiera. Sin embargo, en aquellos momentos que las madres por diversos motivos interrumpieron las propuestas conductuales, por ejemplo, por responder a un pedido del médico, los infantes solían aprovechar brevemente la oportunidad para iniciar ellos la interacción.

Resulta interesante destacar que las díadas que adoptaron esta modalidad sintonizada interactuaron con frecuencia tanto en la UCIN como en el Consultorio de Seguimiento. Si bien los infantes, buscaron por momentos iniciar los contactos, fueron las madres quienes más conductas propusieron. Durante la internación en la UCIN estas madres no utilizaron de manera frecuente el lenguaje verbal para contactarse con sus hijos; esto se modificó en el periodo de Seguimiento durante el cual las interacciones verbales fueron predominantes. Se puede suponer que las madres reconocieron en qué áreas obtenían mayores respuestas de parte de sus hijos, lo que se corresponde con el creciente desarrollo de los mismos, y adecuaron las propuestas de interacción a estos cambios. Se trató de un grupo de infantes que iniciaron relativamente pocas interacciones en la UCIN lo cual se modificó en el Seguimiento en el Consultorio de Niños de Alto Riesgo. Probablemente, las madres que adoptaron un papel más activo, conduciendo e iniciando con frecuencia los intercambios tuvieron dificultades para esperar que el niño hiciera uso de sus recursos y espontáneamente tomara la iniciativa para intervenir en la interacción.

Durante las entrevistas, las madres dejaron traslucir que tuvieron dificultades para reconocer los cambios en su cuerpo y en su estado de ánimo como indicadores de un embarazo. Ambos padres se sintieron felices ante la confirmación del embarazo y se mostraron complacidos con la llegada de un hijo. En las díadas de esta modalidad vincular en las cuales el embarazo se presentó con complicaciones médicas, las madres adhirieron a las indicaciones médicas, poniendo en evidencia su inquietud por el riesgo que la situación implicó para la evolución del embarazo y realizando esfuerzos para cuidar del mismo. El estado emocional materno durante el embarazo fue penoso, especialmente durante los periodos en los que atravesaron por complicaciones médicas en el embarazo. Las madres de esta modalidad vincular pudieron imaginar a sus hijos durante la gestación, describiendo cómo creían que sería el bebé, asignándole aspectos propios de la familia. En las imágenes ecográficas, el feto fue reconocido como un ser concreto, con ciertos indicios de separación y autonomía. Además, las madres interpretaron los movimientos fetales como acciones intencionales del feto, que respondían a sus preferencias, a su temperamento. En esta modalidad, las madres también escogieron un nombre en función del agrado que les producía su sonido.

La experiencia del parto fue vivenciada por estas madres como agradable, debido a que no experimentaron dolores muy fuertes y se sintieron bien atendidas por los profesionales. Por el contrario, las madres sintieron aprensión ante la posibilidad de futuras complicaciones en el desarrollo de sus hijos a corto y a largo plazo, como también vivenciaron intensos temores ante el posible fallecimiento de sus hijos debido a las complicaciones en el parto o a la vulnerabilidad que implicaba su nacimiento. El primer encuentro con el bebé internado en la UCIN repercutió en las madres provocando una profunda conmoción causada por el aspecto y los elementos que asistían a su hijo en la incubadora, lo que movilizó intensos temores por la evolución de sus bebés durante la estadía en la terapia neonatal, así como temores ante la posibilidad de la muerte del bebé. Estas madres percibieron en los infantes aspectos físicos o del temperamento propios de

la familia paterna, así como aspectos de la familia materna. También en esta modalidad, las madres vivenciaron la experiencia de cuidar a un hijo en la UCIN como un periodo de aprendizaje, que les permitió adquirir conocimientos acerca del manejo del bebé, sintiéndose acompañadas por los profesionales. Las madres que forman esta modalidad manifestaron haber contado con el acompañamiento del padre del bebé durante el embarazo, el parto y la internación.

Las dificultades en la lactancia fueron interpretadas por las madres como causadas por características propias de estos bebés (su condición de alto riesgo y/o su temperamento), o por su poca competencia para alimentar al bebé mediante el pecho. En las entrevistas, las madres verbalizaron que se trataba de infantes que se irritaban ante las necesidades insatisfechas, por lo que las madres los satisfacían, pero también recurrían a la interacción como un modo de apaciguar a sus hijos en los momentos de irritabilidad. Estas madres mantenían una relación afectuosa con sus propias madres, caracterizada por la cercanía y la confianza lo que se puso en juego al transitar por situaciones angustiantes como el nacimiento del bebé prematuro y/o con una patología neonatal y la internación. La situación que las madres consideraron más angustiante durante el último año, estuvo relacionada con la salud o la muerte de un familiar cercano.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, 3 de las madres de esta modalidad tenían 19 años o menos al momento de la investigación, 9 madres tenían entre 20 y 24 años, 1 madres tenían entre 25 y 29 años, y 4 madres tenían una edad entre 30 y 34 años. En cuanto a la situación de pareja, 2 madres manifestaron encontrarse en una relación de pareja estable sin convivencia; 12 madres tenían una pareja estable con la que convivían; 1 madre tenía una relación de pareja inestable y 2 madres se encontraban solas. En cuanto al apoyo familiar durante el embarazo, el nacimiento y la internación de su hijo, 15 madres manifestaron haber contado con apoyo familiar, mientras que 2 madres no lo hicieron.

Caso testigo

A los fines de ilustrar esta modalidad vincular sintonizada se seleccionó la díada 58 de esta investigación. La familia en la que se inserta la díada 58 estaba formada por la madre, el bebé, el padre del mismo y un hijo mayor adolescente. Esta familia residía en una zona rural ubicada en el interior de la Provincia de San Luis. La madre tenía 31 años al momento del embarazo y el padre 35 años, ambos poseían estudios primarios completos. La madre se desempeñaba como empleada de un comercio, mientras que su pareja trabajaba como peón rural. La relación de pareja databa de más de 10 años al momento de planificar el embarazo, el que fue recibido con intensa felicidad por ambos padres, ya que temían que no se produjera con rapidez. Si bien el embarazo fue aceptado con alegría, la madre experimentó intensos sentimientos de angustia y temores durante los momentos en que atravesó por complicaciones médicas que suponían un riesgo para el normal desarrollo del embarazo. El bebé nació a las 34 semanas de EG con un peso de 1,670 g., siendo considerado pequeño para su EG (PEG), por lo cual el motivo de internación en la terapia neonatal fue el Retardo en el Crecimiento Intrauterino. La madre

permaneció durante el tiempo de hospitalización en la Residencia para Madres ubicada al interior del Servicio.

> …ya sabía porque soy muy regular…me lo imaginaba… estaba feliz porque lo estábamos buscando! (Fragmento de la entrevista a la madre donde relata su reacción ante la confirmación del embarazo).

> …estaba más tranquila porque me explicaron que estaba bien, que iba a alimentarlo por sonda…los primeros días sí tenía miedo, después ya no…no era a algo específico, era una angustia no sé cómo explicarlo… (Fragmento de la entrevista a la madre donde relata sus temores por la salud del bebé en UCIN).

> …la relación con mi mamá siempre fue excelente…soy la única que tiene relación con ella de mis hermanos, la mejor relación… (Fragmento de la entrevista a la madre en el que describe la relación con su propia madre).

Durante las observaciones realizadas en la UCIN, se pudo notar que la madre se aproximaba de manera paulatina a su hijo que se encontraba en la incubadora. Esta madre se detenía a contemplar a su bebé por algunos instantes, luego favorecía el contacto corporal y en algunas oportunidades se dirigía verbalmente a su hijo. La interacción era presentada de manera progresiva, es decir, que esperaba a obtener una respuesta favorable de parte del bebé para continuar con una nueva propuesta. En aquellas oportunidades que el bebé se mostraba inquieto o comenzaba a molestarse, la madre interrumpía el contacto y esperaba una nueva ocasión para comunicarse con él. En algunas oportunidades, esta madre se ocupó de acomodar los elementos que el bebé necesitaba (la sonda, la ropa y la sábana), pero también buscó comunicarse emocionalmente con su hijo. La madre se mostraba atenta a la conducta del bebé, a sus movimientos, sonidos, miradas, desentendiéndose de los demás elementos y personas presentes en la sala. El modo en que el bebé respondía a los estímulos presentados por su madre permite suponer que se encontraba, en la mayoría de las observaciones, en el estado de conciencia denominado intermedio o de somnolencia, donde los ojos pueden abrirse y cerrarse, la respiración es irregular pero rápida y superficial, con movimientos suaves de brazos y piernas. Al ser estimulado en este estado, el bebé ingresaba en un período de mayor alerta y receptividad para la interacción. El infante reaccionaba disponiéndose para interactuar ante el acercamiento materno, incrementando paulatinamente su estado de alerta, respondiendo positivamente a las conductas y buscando establecer algunos contactos con su madre.

La expresión facial materna durante las observaciones se caracterizó por la ausencia de tensiones, la madre se mostraba atenta y abocada a la interacción con su hijo desentendiéndose de otras preocupaciones. La actitud del bebé frente a la interacción

también fue de disponibilidad. Aún durante los momentos en que mantenía los ojos cerrados, el infante aumentó el nivel de atención cuando se acercó su madre, incrementando su actividad y disponiéndose a participar activamente en la comunicación sin sobresaltarse o alterarse. El rostro del bebé trasmitía una expresión facial relajada, los ojos estaban cerrados con suavidad. Durante los momentos de vigilia, el bebé tenía los ojos abiertos con amplitud y seguía los estímulos con interés. Las conductas que inició la madre para invitar a su hijo a la interacción parecían adaptadas en ese momento al estado y a las necesidades del bebé. La madre propuso una conducta y esperó pacientemente la retroalimentación por parte de su hijo, lo que delineó la próxima interacción. Esta madre utilizó distintos canales de comunicación, identificando cuando uno de los caminos elegidos no le permitía obtener respuestas de parte del bebé, y corrigiendo respectivamente su conducta. La conducta de tocar el cuerpo del infante se presentó siempre en las observaciones desligada de la atención del cuerpo del bebé, lo que supone que la madre podía higienizar o alimentar a su hijo, pero también se contactaba emocionalmente y de manera independiente. Las miradas maternas estuvieron dirigidas al rostro del infante, buscando la proximidad, la cercanía y la interpenetración de las miradas; las palabras dirigidas al bebé fueron menos frecuentes. Si bien los contactos propuestos por el bebé no fueron numerosos, esta madre también pudo percatarse de los sutiles intentos del bebé de interactuar, por ejemplo, mediante miradas, y respondió de manera positiva ante estos intentos.

> *...la madre se ubica de pie cercana a la incubadora, de frente al bebé que está acostado boca arriba con la cabeza hacia ella y los ojos entrecerrados. La madre introduce las manos y las apoya sobre el colchón. Permanece en silencio. Lo mira a la cara a través del plástico de la incubadora, el bebé entreabre los ojos y la mira brevemente. La mamá lo toma de la mano, él lo acepta al contacto...* (Fragmento de la segunda observación en UCIN a los 5 días de vida del bebé).

A los controles médicos programados en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo siempre asistió la madre y su bebé acompañados del padre. Tanto la madre como el padre se encargaban de cargar al bebé e interactuaban con él y entre ellos mientras permanecían en la sala de espera aguardando que se los atendiera. El padre, por lo general, se ubicaba cerca de la madre y del bebé; en algunos momentos se encargaba de entretenerlo conversando, moviéndolo frente a su rostro, paseándolo por la sala mientras la mamá permanecía sentada. Durante la espera, la madre solía sostener a

su hijo en brazos de manera suave pero segura. El bebé era sostenido de frente al rostro materno, con su cuerpo pegado al pecho de su madre. Esta posición favoreció los intercambios visuales, corporales y verbales ya que ambos miembros de la díada se encontraban ubicados cara a cara. La madre lograba con esta posición captar la atención de su bebé, quien respondía a sus propuestas, podía acurrucarse en el cuerpo de su mamá cuando lo deseaba y se mostraba calmo durante la espera, aunque también dirigía por momentos su mirada hacia el entorno. A medida que el niño alcanzaba el año de vida, la madre modificó el modo de sostenerlo ubicándolo mirando hacia adelante, lo que le permitía al infante conocer el espacio que lo rodeaba, mover con mayor libertad su cuerpo e interesarse por algunos objetos. Si bien la madre lo sostuvo de esta manera en la última observación, fue el padre quien más adoptaba este modo de sostener a su hijo, lo que podría estar relacionado con su función paterna ligada a introducir la separación en la díada madre-hijo favoreciendo la inclusión del tercero y del medio social y cultural. El bebé aprovechó el sostén ofrecido por su madre para explorar el ambiente, en un primer momento desde la seguridad que le ofrecía el cuerpo materno, miraba a su alrededor, miraba y tocaba el cuerpo de su mamá. Luego, el bebé buscó investigar de manera más activa el ambiente, animándose a recorrer la sala dando algunos pasos tomado de la mano por su madre.

La díada 58 estuvo acompañada en todos los controles médicos por el padre, quien ingresaba al consultorio con ellos y permanecía de pie unos pasos detrás de la camilla donde era recostado el niño acompañado por la madre. El padre solía ubicarse cerca de la díada, permaneciendo atento al control y dispuesto a interactuar con su hijo cuando se le ofrecía la oportunidad. Su participación estaba dirigida a observar sonriente el control médico, tomando fotos de las respuestas del bebé frente a las actividades que se le planteaban, pero no colaboraba en el manejo del infante durante el control, así como tampoco era él quien respondía a las preguntas de las médicas sobre los estudios realizados al niño. La madre aceptaba este estilo de participación del padre, siendo ella quien tomaba el control en el manejo de la situación médica, es decir, que era ella la encargada de preparar al infante para la revisación, de presentar los estudios médicos realizados, de plantear los interrogantes y de responder a las preguntas de las médicas. La situación del control médico parecía quedar siempre bajo la responsabilidad de la madre. Durante la evaluación del infante, la madre no mostró modificaciones en su actitud, probablemente ligado a que no se presentaron dificultades en el crecimiento ni en el desarrollo psicomotor y cognitivo.

Durante los controles en el Consultorio de Seguimiento, el bebé se mostró tranquilo, dispuesto para interactuar y alegre. La madre supo captar este estado afectivo del bebé, participar de la experiencia por la que se encontraba atravesando su hijo y responder de manera sensible y contenedora. Esta posibilidad de percibir el nivel de alerta y disposición del infante le permitió proponer conductas tendientes a la interacción, así como estimular en el niño la exploración de juguetes y objetos disponibles en el consultorio. Se puede inferir que el hecho de captar de manera adecuada el gesto espontáneo del infante, así como su estado emocional, contribuyeron a que éste respondiera positivamente a las propuestas y se entregara a la interacción con su madre, quien lo estimulaba para iniciar nuevas búsquedas de contacto. El niño se habría sentido comprendido en su estado afectivo, lo que redundó en un estado de vigilia tranquilo, en una mayor relajación, en una actividad motriz espontánea y de carácter armonioso, en una expresión facial de placer y mayor disponibilidad para participar en la interacción.

> *...Ingresa al consultorio la mamá con su bebé en brazos y el papá. La madre sienta al bebé sobre la camilla, el papá se sienta detrás de ellos mirándolos. La madre le saca la campera, el bebé emite sonidos, y se estira para tomar una vaca que está sobre la camilla. La toma y la mira, se vuelve a inclinar y alcanza unas llaves de juguete. La madre le saca los zapatos y el pantalón. El bebé emite sonidos, balbucea "oh oh oh". La madre le responde diciendo " bueno!...si" y se dirige a la médica diciendo "no quiere que le saque la ropa, cuando le saco dice no no". La madre le saca ahora la ropa del torso, lo mira, el bebé responde mirándola y sonríe. La madre lo acuesta y le quita el enterito. El bebé tiene las llaves en la mano, las mira y mueve. La madre lo mira y le dice sonriendo "viste que tiene 1, 2 y 3!". El bebé repite la palabra "tres", gira la cabeza y la mira sonriendo. La madre le saca el pañal y lo levanta para llevarlo a la balanza. Le dice "eso déjalo ahora porque tenes que pesarte", el bebé emite sonidos, balbucea..."* (Fragmento de la quinta observación en el Consultorio de Seguimiento a los 12 meses de EGC del bebé).

En el trascurso de una de las observaciones se puede apreciar un momento de juego entre la madre y su hijo. En esta situación el niño inicia la actividad, tomando los objetos que se encuentran sobre la camilla, desparramándolos y tomándolos. La madre permanece atenta e interviene mirándolo y acercándole nuevos objetos cuando nota que se inquieta. Se puede notar que el bebé disfruta de esta actividad de exploración en soledad, pero cuando busca a su madre con la mirada, la encuentra disponible.

La mamá sostiene a su hijo sentado sobre la camilla mientras espera las indicaciones de la médica. El niño toca los juguetes, encuentra un envase con cubos y los voltea a todos sobre la camilla, los desparrama. La mamá lo mira y dice "el U ya desparramó todo". El bebé toma un cubo, lo mira y voltea la cabeza buscando a su mamá con la mirada, que responde mirándolo sin tomar algún juguete. El niño se mueve ante lo cual la mamá le dice "mira…mira…toma!" y le entrega un aro de plástico. El bebé lo toma y lo mira…

5.4.3. Modalidad 3"Dual"

La denominación escogida para esta modalidad proviene del latín *duālis* que significa que tiene dos características. Se trata de un adjetivo compuesto por los componentes "duo" que remite a dos y el sufijo "-al" que es entendido como relativo a. En su primera acepción, se define como la reunión de dos caracteres o fenómenos distintos (Diccionario de la lengua española, 2014).

Esta modalidad vincular se distingue por la fluctuación que expresaron las díadas cuando se vincularon durante el primer año de vida, se observan dos fenómenos o aspectos distintos. Esto se evidenció en la variación que presentaron las interacciones durante la estadía en UCIN con respecto a las interacciones en el Consultorio de Seguimiento. Se pueden distinguir dos situaciones en esta modalidad: ya sea que las interacciones en la UCIN fueron satisfactorias y luego se empobrecieron durante el seguimiento; o bien que las interacciones fueron enriqueciéndose paulatinamente desde la UCIN hasta el momento de las observaciones en el Consultorio de Alto Riesgo. En la Tabla 11 se sintetizan los aspectos centrales de esta Modalidad Vincular.

Tabla 12: Caracterización de la Modalidad Vincular "Dual" (N=14)

UCIN	Consultorio de Seguimiento	Entrevistas
1. Interacciones frecuentes Madres: proponen C y Vi, menos Ve Bebés responden C y Ve, menos Vi Bebés: proponen algunas conductas C y Vi Madres responden positivamente	1. Escases interacciones Desencuentro en el canal de comunicación: bebés (Ve) y Madres (Vi) Se interrumpe la interacción Bebés responden a las iniciativas maternas Distracción con elementos del consultorio Madres atienden a los médicos	Reconocimiento de cambios corporales del embarazo Felicidad ante la noticia de embarazo Estado emocional penoso Acompañamiento del padre embarazo, parto, internación Imaginan al bebé (sexo, aspecto) Ecografía: ser concreto y separado
2. Escasas interacciones Madres: pocas propuestas. Más Vi, menos C, ausencia de Ve Pocas respuestas C y Vi Bebés: muchas propuestas C, menos Vi Responden poco	2. Interacciones fluidas, continuidad Coinciden en lo Ve como canal de comunicación Madres: muchas Ve, Vi, menos C y S Responden C, Vi y S, menos a Ve Bebés: muchas Ve, Vi y S, menos C Responden a lo C y Vi	Movimientos fetales: intencionalidad feto Preparación el bolso/hogar Conmoción Temores por la muerte del bebé Parecido a familia paterna y materna Dificultades en Lactancia: propia del bebé de riesgo Ausencia de situación preocupante

En la primera situación, las díadas mantuvieron frecuentes interacciones durante la internación en UCIN. Si bien tanto las madres como los bebés buscaron el intercambio conductual, fueron las madres quienes lo realizaron de manera más continua. Éstas recurrieron preferentemente a los contactos corporales y a los intercambios visuales. Los infantes respondieron, por lo general, de manera positiva a los contactos corporales y verbales, aunque de manera menos frecuente a las miradas de sus madres. La insistencia de las madres en mirar a sus hijos no se correspondió con las respuestas de los mismos, por lo que se podría inferir que se produjo un momento de desencuentro ya que las madres buscaron interactuar mediante conductas a las cuales sus hijos no respondían. A su vez, los bebés intentaron en algunas oportunidades interactuar con sus madres mediante contactos corporales y/o miradas, y sus madres respondieron ampliamente. Esto es indicador de un destiempo en el encuentro comunicacional.

Las interacciones de las díadas en esta primera situación, se modificaron de modo considerable durante las visitas al Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo. En esos momentos, existieron pocas propuestas de interacciones conductuales, tanto de parte de las madres como de los infantes. Los miembros de la díada, utilizaron diferentes canales de comunicación a la hora de interactuar, siendo el preferido de los niños el canal verbal, haciendo uso de sonidos, balbuceos y palabras, mientras que las madres recurrieron a las miradas como el modo privilegiado de interacción, y por consiguiente no respondieron adecuadamente a las propuestas de comunicación y acercamiento de los infantes. Las propuestas de interacción se vieron interrumpidas rápidamente, dado que las respuestas no eran adecuadas a las intenciones del otro miembro de la díada. Sin embargo, los infantes sí respondieron a las iniciativas maternas, de manera repetida y adecuada e intentaron mantener el acercamiento y la interacción con sus madres. Las díadas que se incluyen en esta primera situación presentaron escasas interacciones y prevalecieron los momentos de desencuentro entre los miembros, especialmente cuando eran las madres quienes respondían a las propuestas de los niños.

En las interacciones en el Consultorio de Seguimiento, los miembros de estas díadas, rápidamente se distraían con los elementos existentes en el ámbito en el que se desplegaba la relación. Por ejemplo, el niño posaba su atención en los juguetes, los ruidos, las luces y quedaba atraído, casi exclusivamente, por estos estímulos. Mientras que las madres respondían predominantemente a las intervenciones de los médicos, sin contemplar las manifestaciones del estado emocional del bebé cuando éstos lloraban, balbuceaban, sonreían. Ellas se apresuraban en cumplir con las indicaciones de vestir o desvestir a sus hijos, de ubicar el cuerpo del niño en distintas posiciones (colocarlos en la camilla o en la balanza, ponerlos de pie) de una manera operativa, desentendiéndose de las señales emitidas por su hijo; es decir, sin acompañar estos movimientos con gestos y palabras afectuosos. Estas díadas parecían quedar atrapadas por el contexto en el que se producía la vinculación. Algo para destacar es que las interacciones propuestas por las madres solían iniciarse mediante indicaciones para que el niño adoptara ciertas posturas, o realizara determinados comportamientos destinados a que éste colaborara en la revisación médica y contribuyera a que ellas obtuvieran la aprobación de su desempeño

materno por parte de los profesionales. Las madres solían mostrarse ansiosas durante el control médico, apresuradas por terminar lo antes posible. Las díadas no buscaron la cercanía en la comunicación en estos momentos. La finalidad de la interacción iniciada por las madres parecía estar dirigida a organizar la conducta del infante durante el control médico. Se podría inferir que se trataría de díadas que fueron debilitando poco a poco los intentos por comunicarse. Estas díadas, que en los comienzos interactuaron de manera relativamente frecuente y adecuada, luego fueron empobreciéndose hasta llegar a mantener mínimos intercambios.

En la segunda situación que se presentó, las díadas progresaron notablemente en la vinculación, lo que se tradujo en una creciente armonía entre los miembros de las díadas a lo largo del primer año de vida del niño. Las díadas fueron complejizando su estilo de interacción, dando lugar a una comunicación más fluida y enriquecedora para ambos miembros de la díada. Se trata de díadas que enfrentaron dificultades en los primeros momentos de encuentro en la UCIN, pero fueron poco a poco conociéndose, adaptándose a las características de su pareja y dando lugar a intercambios emocionales satisfactorios. En un primer momento, las interacciones durante la estadía en la UCIN se caracterizaron por ser reducidas. Las madres se mostraron poco dispuestas a contactarse con sus hijos durante la internación, lo que se tradujo en pocos contactos con el cuerpo del bebé y en una ausencia total de lenguaje dirigido al mismo; las miradas si bien también fueron escasas, fueron las conductas que más realizaron estas madres. Además, las respuestas maternas fueron exiguas ante la búsqueda de contacto de los bebés, lo que se evidenció en el menor porcentaje de respuestas a nivel corporal y visual dentro de la muestra total. Por el contrario, los bebés que se incluyen en esta segunda situación, buscaron de manera sobresaliente interactuar con sus madres, en especial mediante el contacto corporal y en menor proporción a nivel visual. Esta tendencia no se mantiene al momento de responder a las propuestas de las madres, ya que los infantes fueron quienes menos respondieron a las conductas corporales y visuales llevadas a cabo por las madres dentro de la muestra total.

La situación de estas díadas se revierte de manera notable luego del alta de la terapia neonatal. Las interacciones durante los controles médicos en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo se caracterizan por las numerosas conductas iniciadas por ambos miembros de las díadas, así como por la coincidencia en la elección del lenguaje verbal como medio privilegiado de comunicación. Los niños se dirigieron con frecuencia a sus madres mediante sonidos, balbuceos o palabras, también mediante las miradas y buscaron ser sostenidos; con menor frecuencia solían tocar el cuerpo de las madres. Estos infantes respondieron a las caricias y a las miradas de sus madres, pero no así a las verbalizaciones maternas. Estas madres se dirigieron verbalmente a sus hijos, mediante miradas y en menor medida tocaron el cuerpo de sus hijos; también ellas respondieron de manera notable a las interacciones corporales, visuales y a la búsqueda de sus hijos de ser sostenidos; pero no así a las expresiones verbales de los mismos. En las situaciones en que las mamás ofrecieron su cuerpo como sostén, los infantes de manera usual reaccionaron arrojándose a sus brazos.

A partir de lo señalado se puede inferir que, en esta segunda situación, desde los momentos de internación en la UCIN tanto las madres como los infantes poseían recursos para interactuar, pero éstos no pudieron desplegarse en los primeros momentos de encuentro madre-hijo. A esto se le sumó el desajuste a nivel del canal de comunicación escogido para la interacción en la terapia neonatal, ya que las madres optaron frecuentemente por las miradas, siendo las conductas en las que menos respuestas obtuvieron de parte de sus hijos. Al parecer, el periodo de internación en la UCIN repercutió de manera negativa en estas díadas. Estas madres habrían presentado en los primeros momentos de encuentro con su hijo en la incubadora, dificultades para reconocer al hijo como propio y vincularse con él. Parecería que ellas necesitaron de un tiempo mayor para reconocer a esos hijos diferentes a lo imaginado y adoptarlos psicológicamente. La actitud del bebé, su insistencia en la búsqueda de la cercanía y la comunicación, podría haber contribuido a la progresiva adaptación entre los miembros de las díadas. Es de destacar que luego del alta, y a medida que transcurrió el tiempo en el hogar, estas díadas enriquecieron notablemente sus interacciones conductuales, lo que refuerza la idea acerca de la potencialidad de sus recursos para la vinculación.

En el transcurso de las entrevistas, la mayoría de las madres refirieron que reconocieron con rapidez los cambios corporales como indicios de un embarazo. La reacción inicial de las madres, así como de los padres ante la confirmación del embarazo en general fue de felicidad. Estas madres atravesaron por complicaciones durante la gestación, ante lo cual respondieron respetando con rigurosidad las indicaciones médicas. El estado emocional de la mayoría de las mamás durante el embarazo fue penoso, debido a que el embarazo se interponía en sus planes de trabajo/estudio, a que deseaban dedicarse a cuidar a sus hijos mayores o debido a conflictos familiares y/o de pareja. En esta modalidad vincular dual, las madres no tuvieron complicaciones para imaginar, fantasear y representarse a su bebé durante el embarazo, poniendo el acento en el aspecto particular del rostro y del cuerpo del futuro bebé que les permitió fantasear con la idea que sería parecido a algún miembro de la familia. Ante las primeras imágenes ecográficas, la mayoría de estas madres distinguieron rasgos faciales, de tamaño y movimientos voluntarios que realizaba el feto, que les permitió reconocerlo como un ser diferente, singular y separado de ellas. Los movimientos fetales también fueron considerados como indicadores de una cierta autonomía, y remitían a intenciones, preferencias y al temperamento que le atribuían al bebé. Las madres verbalizaron que el nombre de sus hijos fue elegido en función de la atracción que ejerció sobre ellas, o sobre el padre del niño, un nombre escuchado o leído al azar. El tiempo del embarazo les permitió a las madres de esta modalidad, prepararse física y psicológicamente para recibir a su hijo, lo que se plasmó en la organizaron del hogar, en la selección de la ropa, la cuna y otros objetos.

El parto fue vivenciado por la mayoría de estas madres como un padecimiento, un acontecimiento dificultoso, cargado de ansiedad por la salud de ambos, y sentido como algo impuesto en el cual no tuvieron participación. En los momentos previos al parto, las madres experimentaron inquietud por la salud de sus hijos, así como por la propia y

estuvieron intranquilas por las futuras complicaciones a las que podían tener que enfrentarse sus hijos. El primer encuentro con el hijo real recién nacido, provocó una conmoción en la mayoría de estas madres, quienes se sintieron impresionadas, impactadas por los elementos técnicos que asistían al niño, así como por el aspecto del bebé tan distinto a lo imaginado. Las madres de esta modalidad temieron que su bebé falleciera durante la internación en la terapia neonatal. En el encuentro con el hijo real, las madres reconocieron en ellos aspectos característicos de la familia paterna, en especial el padre, tanto como de la familia materna. Estas madres en general, consideraron que la experiencia de cuidar a sus hijos en la UCIN fue estresante, cargada de ansiedad y presiones. La mayoría de los padres de los infantes acompañaron de manera constante a las madres durante el embarazo, el parto y la internación del bebé, permitiéndoles sentirse seguras y contenidas.

Algunos de los bebés de esta modalidad vincular presentaron dificultades en los primeros momentos de la lactancia, lo que fue interpretado por las madres cómo una complicación esperable dado su condición de alto riesgo, es decir que por este motivo los bebés se agotaban con facilidad, se dormían o presentaban debilidad en la succión. Estas madres en general, verbalizaron que sus hijos solo se irritaban en los momentos que tenían hambre, sueño o estaban sucios. Frente a esto, las madres satisfacían la necesidad, pero también recurrían a la interacción mediante el lenguaje y el contacto corporal como modo de calmar a sus hijos. La mayoría de estas madres mantenían una relación conflictiva con su propia madre. Aquellas madres entrevistadas que atravesaron por acontecimientos preocupantes en el año anterior al embarazo y/o el nacimiento del bebé, expresaron que estaban referidos a conflictos familiares y/o de pareja, así como a la salud del bebé.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, 5 de las madres de esta modalidad tenían 19 años o menos al momento de la investigación, 5 madres tenían entre 20 y 24 años, 2 madres tenían entre 25 y 29 años, y 2 madres tenían una edad igual o mayor a 35 años. En cuanto a la situación de pareja, 1 madre manifestó encontrarse en una relación de pareja estable sin convivencia; 10 madres tenían una pareja estable con la que convivían; 1 madre tenía una relación de pareja inestable y 2 madres se encontraban solas. En cuanto al apoyo familiar durante el embarazo, el nacimiento y la internación de su hijo, todas las madres manifestaron haber contado con apoyo familiar.

Caso testigo

La díada 56 fue la escogida para ilustrar esta modalidad vincular dual. Se trata de una díada que progresó notablemente en el modo de vincularse a medida que avanzaba el primer año de vida de la niña, por lo que corresponde a la situación 2 descripta en la modalidad. La madre era originaria de un pueblo del interior provincial, pero se encontraba viviendo en la ciudad de San Luis, en la casa de la familia de su pareja, desde los primeros meses de embarazo. La madre tenía 18 años al momento del nacimiento de su hija, contaba con estudios primarios completos y no trabajaba. Por su parte, el padre tenía 19 años, poseía estudios secundarios incompletos y trabajaba en la construcción.

Para ambos padres este era su primer hijo, fruto de una relación que mantenían aproximadamente desde hacía tres años. La planificación del embarazo se dio como consecuencia del logro de una cierta estabilidad laboral por parte del padre, a partir de lo cual decidieron consultar a un médico para dejar de utilizar el método anticonceptivo empleado hasta el momento. La confirmación del embarazo fue recibida con alegría por ambos padres, quienes vivieron la espera con ansiedad. El estado emocional materno durante el embarazo fue apacible y feliz. El nacimiento de la bebé se produjo a las 32 semanas de EG, con un peso de 1,480 g a partir de lo que fue considerada como pequeña para su EG (PEG). Este Retardo en el Crecimiento Intrauterino junto a un Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR II) motivaron la internación del recién nacido en la UCIN.

> *...yo sabía cuándo mi marido estaba por llegar porque el bebé se empezaba a mover... a veces en la noche empezaba a hablarle y la despertaba, después tenía que calmarla para poder dormirme!* (Fragmento de la entrevista a la madre en que describe cómo experimentó los movimientos fetales).
>
> *...cuando nació tenía todo listo, solo me faltaba comprar la mamadera... ahora mi marido le compró la cuna y ya ha preparado todo para llevarla...* (Fragmento de la entrevista con la madre en el que relata los preparativos realizados en el hogar para recibir al bebé).
>
> *...estaba feliz, sentía emoción pero por otra parte...la veía mal, que necesitaba tratamiento... unos días necesitó oxígeno, cuando no toleraba la leche... eso me preocupaba mucho... que no tolerara la leche* (Fragmento de la entrevista a la madre en el que describe sus emociones ante el primer encuentro con su hija y los temores que experimentó).

El acercamiento materno a la incubadora en la que se encontraba su hija, que inauguraba el encuentro entre la madre y su bebé, se caracterizó por ser paulatino. Esto supone que la madre proponía el contacto de manera progresiva, introduciendo las manos para tocar la ropa y/o el cuerpo de la bebé y dirigiendo su mirada hacia la misma. Las interacciones iniciadas por la madre fueron escasas, lo que parece estar en relación con la finalidad con la cual madre se acercaba a la incubadora, referida fundamentalmente a la atención del cuerpo de su hija y/o de los elementos técnicos que ésta necesitaba para sobrevivir, pero no en búsqueda del encuentro emocional con ella. La madre intentaba cumplir con las tareas asignadas de alimentación, higiene, control de la temperatura, sin hacer uso de ese momento para interactuar con su bebé, para vincularse emocionalmente con su hija. El nivel de accesibilidad de la bebé durante las observaciones tampoco parece

haber contribuido a la interacción, ya que la misma parecería haber permanecido en un estado de sueño activo durante los acercamientos maternos. A pesar que en este estado los bebés son un poco más permeables a los estímulos del mundo externo que en el sueño profundo, la bebé observada no modificó su postura, permaneciendo en la mayoría de las observaciones con los ojos cerrados, sin emitir ningún sonido, solo permitiendo ser tocada. Esto redunda en que los pocos intentos maternos de interactuar fueran inapropiados para estimular al bebé.

Durante las observaciones en la UCIN, el rostro materno fue inexpresivo, caracterizado por la ausencia de expresión y la neutralidad. Si bien la madre se acercaba a su hijo y realizaba propuestas conductuales, su expresión facial seria e inexpresiva, parecería no contribuir a incitar al bebé a comunicarse, quien por el contrario dirigía la mirada en otra dirección. La actitud de la bebé para la interacción, que se tradujo en la expresión de su rostro y en la postura corporal adoptada, se caracterizó por la indiferencia y la inactividad. La bebé de la díada 56 sólo respondió a los contactos corporales de su madre, pero en su mayoría no buscó establecer ella misma el contacto. En cuanto a las propuestas de interacción que realizó la madre, se observa claramente que estas no estuvieron adaptadas al estado y las necesidades del bebé, dado que la madre no habría logrado captar los gestos espontáneos de la niña y proponer conductas que se adaptaran a la misma. Durante las observaciones, esta mamá parecería no haberse percatado de la escasez de respuesta de parte del bebé, así como de la pobre búsqueda de contacto, continuando con el mismo estilo de interacción sin poder introducir alguna modificación que apuntara a estimular la participación de su hija. Se pudo notar que en las oportunidades en que la madre buscó tocar el cuerpo de la bebé, algunas veces esto se produjo luego de acondicionar la ropa y los elementos que asistían a su hija, lo que indicaría que el principal interés materno se reducía a garantizar la supervivencia del bebé, pensado como un cuerpo que debía ser cuidado, siendo secundario al cuidado del cuerpo el intercambio comunicacional con el bebé. En pocas oportunidades, la madre se acercó a la incubadora únicamente para acariciar las manos o el rostro de su hija, sin atender a la ropa o los aparatos médicos. Se tratarían de momentos en los que esta mamá logró desentenderse del contexto de la internación para focalizar su atención en el encuentro afectivo con su hija. Las miradas de la madre en la mayoría de las observaciones estuvieron dirigidas a la ropa y/o el cuerpo de su bebé, lo que podría ser pensado como una conducta visual un tanto distante, lejana. La madre no intentó anclar su mirada en el rostro de su hija y de esa manera atraerla hacia ella, hacia el intercambio

visual. Esta conducta podría considerarse como un intento de asegurarse que el cuerpo de la bebé existía completo, lo que podría estar relacionado con el estado de salud del niño y las preocupaciones maternas en torno a ello. La madre de esta díada en ningún momento durante las observaciones se dirigió verbalmente a su bebé. Por su parte, la bebé no recurrió con frecuencia al canal corporal y visual para comunicarse con su madre, permaneciendo con los ojos cerrados y aceptando ser tocada; solo en una observación el infante buscó con la mirada el rostro materno sin obtener respuestas de parte de su mamá, por lo que abandonó rápidamente el intento.

> *…Ingresa la mamá y se ubica cercana a la incubadora, de frente a la bebé que está acostada boca arriba con la cabeza hacia ella y los ojos abiertos. La bebé mira a la madre, pero ella introduce las manos, acomoda y mira la ropa en silencio. La bebé comienza a cerrar los ojos. La madre retira las manos una vez que termina de acomodar la ropa. Permanece de pie junto a la incubadora mirando a su hija desde una posición alejada. Luego se distancia aún más…* (Fragmento de la primera observación en UCIN a los 17 días de vida del bebé).

Esta díada asistió sin acompañante a los controles durante el primer año de vida del bebé, solo en una oportunidad contaron con la presencia de la abuela. El tiempo que permanecían en la sala de espera durante los primeros meses de vida del bebé, la madre sostenía a su hija de manera suave pero segura. El sostén consistía en rodear con ambos brazos el cuerpo del bebé cubierto con abrigos, acunarlo y pegarlo a su cuerpo. Esta posición cercana y continente en los primeros momentos de vida, le permitía a la madre y su hija verse cara a cara, lo que favorecería el intercambio de miradas, sonrisas y vocalizaciones. De manera frecuente, la madre miraba a su bebé durante el tiempo de espera, acariciándola suavemente en el rostro o sonriendo al verla dormir. En los momentos que la bebé estaba despierta eran frecuentes los intercambios de miradas por parte de ambas. A medida que la bebé comenzó a crecer, cerca de los 12 meses, la madre modificó el sostén ofrecido, adoptando una posición diferente que consistía en sujetar a su hija con un brazo mirando hacia adelante o bien llevándola a horcadas sobre un costado de su cuerpo. Estas posiciones le permitían a la bebé recorrer con la vista el espacio que lo rodeaba, tocar el cuerpo de su madre y realizar mayores movimientos. Se podría inferir que la madre pudo percatarse del crecimiento de su hija, acompañado de una mayor autonomía e interés por explorar el mundo más allá del cuerpo materno. La niña se observaba cómoda con la forma de sostén ofrecida por su madre, dirigiendo la mirada y

sonrisas hacia ella en los primeros momentos, para luego recorrer el ambiente de la sala de espera con la vista. En todas las observaciones ambas se mostraron relajadas y a gusto.

Dado que la díada asistía sola a los controles médicos pautados por el Servicio, al momento de ingresar al consultorio también lo hicieron sin acompañante. Esto implica que fue la madre la encargada de preparar a su hija para la revisación médica, proveer de los resultados de los exámenes de rutina solicitados, responder a las preguntas de las médicas y plantear sus dudas o inquietudes. A pesar que esto suponía que la madre debía estar atenta a varias actividades al mismo tiempo, ella no se mostró contrariada, lo realizaba con tranquilidad y seguridad. Esta actitud materna no se modificó a lo largo de los controles médicos, probablemente porque no se presentaron dificultades en el crecimiento ni en el desarrollo psicomotor y cognitivo. La madre de esta díada fue capaz de percibir los estados afectivos de la bebé durante el control médico, comprendiéndolos y adecuando su conducta a los mismos. La madre habría podido decodificar los gestos de la bebé y construirse una idea acerca de la experiencia por la que se encontraba atravesando su hija. La niña en pocas oportunidades se mostró molesta y comenzó a quejarse, ante lo cual la madre respondió intentando apaciguar los afectos negativos mediante el lenguaje, las caricias, las miradas y el sostén. En los momentos en que la niña se mostraba sonriente y dispuesta para la interacción, la madre pudo estimular su participación en los intercambios utilizando los diferentes canales de comunicación. Se podría inferir que la bebé se sintió comprendida en su estado afectivo, satisfecha no solo en sus necesidades corporales sino también en las necesidades emocionales, lo que estimuló su desempeño activo en la vinculación.

> *...La mamá la sienta sobre la camilla y empieza a sacarle la ropa del torso y el pantalón. La bebé se estira para alcanzar los juguetes sobre la camilla. La mamá le dice "no" y la aleja. La bebé emite sonidos en voz baja. La mamá no responde. La bebé sigue emitiendo sonidos en voz baja. La mamá sigue sacándole la ropa. Cuando la médica se acerca a la camilla, la bebé estira sus brazos tratando de que su mamá la levante. La madre la abraza. Luego sigue quitándole la ropa del torso. La bebé mueve sus piernas y emite sonidos, la mamá responde diciendo "aahy... aahy...ya vamos a sacarte esto". Luego de ser pesada, la bebé...emite sonidos en voz más alta, la mamá responde diciendo "ta...ta". La bebé sigue vocalizando, dice "pa...pa". La mamá la mira, la bebé responde mirándola. La bebé sigue vocalizando, la mamá le dice "ta...ta". La bebé introduce un auto en la boca. La mamá la sienta para colocarle la ropa, le ofrece una llave de juguete.*

La bebé toma un juguete en cada mano, los sacude con energía. La madre sigue vistiéndola, mira la ropa. La bebé mira los juguetes sobre la camilla, trata de alcanzarlos, se le cae la llave al piso. Emite sonidos, vocaliza. La mamá le responde "qué?...ya…papá". La bebé sigue intentando tocar los juguetes, la madre lo ve y le dice "no toques eso…no saques". La madre la levanta y coloca de pie para ponerle el abrigo. La bebé mira el consultorio y apoya ambas manos sobre los hombros de su madre, quien acepta el contacto. La mamá la sienta, la bebé vocaliza "ta…ta…papa". La mamá responde "papá…mamá". La bebé la busca con la mirada, la mamá la responde mirando y sigue vistiéndola, la bebé se mueve y ella dice "no te saques". La bebé sigue moviéndose, trata de llegar a los juguetes y la madre le dice "no saques eso". La bebé vocaliza… (Fragmento de la sexta observación en el Consultorio de Seguimiento a los 10 meses de EGC del bebé).

En el transcurso de una de las observaciones se presenció una secuencia de juego entre la madre y su hija. Se puede señalar que la niña es quien toma el juguete mientras que la madre es quien comienza con el juego. Se trata de una actividad en la que ambas participan con placer y alegría, dándose el tiempo para que el otro miembro de la díada intervenga en la actividad. El juego consiste en retener-y-devolver un pato de goma. Esta actividad estaba referida a la presencia y ausencia del objeto (juguete), el cual es retenido, intercambiado y cedido entre la madre y su hija. La niña se muestra dispuesta a entregar el juguete sin temor, pero claramente experimenta mayor alegría y satisfacción cuando éste regresa a ella luego de haber estado en posesión de su madre. Se puede notar que la madre frustra por un momento a su hija al pedirle el juguete, pero luego se lo devuelve, impidiendo que la frustración sea excesiva y la perturbe. El intercambio entre los dos miembros de la díada mediatizado por tomar y dejar un objeto provee a la niña de una experiencia emocional vincular que favorece en ella un sentimiento de confianza básico para la interacción.

...La bebé se estira tratando de alcanzar un pato de goma que está sobre la camilla, la madre le dice "espera" mientras le saca algo de ropa. La madre la deja sentada sobre la camilla con poca ropa, esperan, le entrega el pato de goma. La bebé mira el pato de goma que tiene en la mano. La mamá la mira, se lo pide verbalmente. La bebé levanta la mirada y estira la mano sonriendo y ofreciéndole el juguete a su mamá, quien le dice "me lo das?", la bebé balbucea y se lo entrega.

La madre lo toma y simula devolvérselo pero no lo hace, la bebé estira su mano sonriendo. La madre le entrega el juguete. Se miran. La bebé lo toma y apoya contra su pecho, mira a su madre sonriendo y ésta responde mirándola…

5.4.4. Asociación entre Modalidad Vincular establecida, edad materna y situación de pareja

Se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) a fin de determinar si existía asociación o no entre las variables cualitativas modalidad vincular y grupos de edad materna, así como entre modalidad vincular y situación de pareja. El p-valor fue de 0,163 en el primer caso y p-valor de 0,212 en el segundo caso, por lo que en ambos se puede inferir que no existe dependencia entre las variables analizadas. Es decir, que la modalidad vincular establecida no estaría asociada a la edad materna ni a la situación de pareja.

Desde un análisis de tipo descriptivo, se puede notar que la mayoría de las madres en la Modalidad Vincular "Desencontrada" (3 díadas – 60%) tenían una edad menor o igual a 19 años; en la Modalidad "Sintonizada" (9 díadas – 50%) tenían entre 20 y 24 años; y en la Modalidad "Dual" (5 díadas – 38%) tenían una edad igual o menor a 19 años y otras 5 díadas (38%) se encontraban entre los 20 y los 24 años. También se puede mencionar, que todas las madres que establecieron una Modalidad Vincular "Desencontrada" se ubican en un rango de edad menor o igual a los 29 años. Mientras que, en las otras dos modalidades, la edad materna se incrementa alcanzando una edad igual o mayor de 34 años. En cuanto a la relación entre la modalidad vincular y la situación de pareja, se puede señalar que en la mayoría de las díadas que establecieron una Modalidad Vincular "Desencontrada", las madres se encontraban en una relación de pareja estable pero no convivían (3 díadas). La relación de pareja estable con convivencia prevaleció en las díadas que establecieron una Modalidad Vincular "Sintonizada" (12 díadas) y una modalidad "Dual" (10 díadas).

5.5. Desarrollo alcanzado por los bebés al año de vida. Su relación con la Modalidad Vincular establecida

Se realizó un análisis descriptivo de los puntajes obtenidos por los bebés, tanto en la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) como en la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS). Se obtuvo que en la EEDP la media del puntaje

estándar fue de 0,92, con un valor mínimo de 0,68 y un valor máximo de 1,13. Estos puntajes ubican a la amplia mayoría de los bebés estudiados (29 bebés) en un rango de desarrollo acorde a su edad al finalizar el primer año de vida. En menor medida, 4 bebés se ubicaron en un rango de riesgo y solo 3 bebés en un rango de retraso. En la EAIS, el percentil medio obtenido por los bebés fue de 67, con un valor mínimo de 1 y un máximo de 100. Los percentiles que se presentaron con mayor frecuencia fueron el 100 (9 bebés), el 75 y el 50 (8 bebés respectivamente). Estos valores indican que 30 de los bebés estudiados poseían un desarrollo cognitivo adecuado a su edad al momento de la evaluación, solo 3 bebés presentaban riesgo y otros 3 infantes evidenciaban un retraso en relación a lo esperable para su edad. El análisis de Correlación de Pearson arrojó que existe una correlación positiva entre los puntajes alcanzados por los bebés en ambas evaluaciones (r=0,445**; p=0,007), es decir, que a medida que uno de los puntajes aumenta, el puntaje obtenido en la otra evaluación también lo hace.

Se relacionó el nivel de desarrollo alcanzado por los bebés y la modalidad vincular que establecieron con sus madres durante el primer año de vida. Se obtuvo que de los infantes que pertenecían a la Modalidad Vincular 1 “Desencontrada”, el 20% (1 infante) se ubicó en un nivel de retraso y el 40% (2 infantes) en el nivel de riesgo según la evaluación realizada con la EEDP. El restante 40% (2 bebés) obtuvo un puntaje adecuado o normal para su edad. Respecto de la evaluación cognitiva llevada a cabo mediante la EAIS, el 20% (1 infante) de los bebés de esta modalidad vincular obtuvo un percentil de riesgo, pero ninguno presentó retraso. La evaluación cognitiva fue normal en el restante 80% de los infantes de este grupo. Un infante de esta modalidad presentó una evaluación por debajo de lo esperable en ambas áreas, es decir, que obtuvo retraso en la EEDP y también riesgo en la EAIS.

Los bebés pertenecientes a la Modalidad Vincular 2 “Sintonizada” no obtuvieron en la EEDP percentiles de retraso (0%), mientras que de riesgo se presentó en un 11,8% (2 infantes). Mientras que los demás infantes (88,2%) alcanzaron un desarrollo acorde a lo esperable para su edad. La EAIS arrojó que un 5,9% (1 infante) de los bebés de este grupo presentaban retraso en el desarrollo cognitivo y un 5,9% (1 infante) presentaba riesgo. El restante 88,2% de los bebés evidenció un desarrollo cognitivo adecuado a la edad. Los 2 bebés de esta modalidad vincular que presentaron percentiles por debajo de lo adecuado para su edad evidenciaron dificultades en el área psicomotriz y cognitiva.

Por último, los infantes pertenecientes a la Modalidad Vincular 3 “Dual” evidenciaron en un 14,3% de los casos (2 infantes) un retraso en la evaluación psicomotriz

realizada mediante la EEDP. Los demás bebés que formaban este grupo (85,7%) presentaron un desarrollo normal para su edad. Es importante señalar, que estos dos infantes que presentaron retraso en el desarrollo psicomotriz, pertenecían a la situación 1 descripta en la modalidad y a la situación 2 respectivamente. La evaluación cognitiva mediante la EAIS arrojó que el 14,3% (2 infantes) de los bebés de esta modalidad presentaba retraso en el aspecto cognitivo, otro 7,1% (1 infante) evidenciaba riesgo y un 78,6% alcanzó un desarrollo de acuerdo a lo esperado para su edad. Dos de los infantes que presentaron riesgo o retraso pertenecían a la situación 1, y uno a la situación 2 descriptas en la modalidad. De los infantes de esta modalidad, solo 1 presentó percentiles por debajo de lo esperable para su edad en las dos áreas evaluadas. En la *Tabla 13y 14* se presentan estos resultados.

Tabla 13: Relación entre el nivel de desarrollo del bebé (EEDP – EAIS) y la Modalidad Vincular establecida en la díada

	Coeficiente de desarrollo EEDP				**Nivel en la EAIS**			
Modalidad vincular	Retraso	Riesgo	Normal	Total	Retraso	Riesgo	Normal	Total
Desencontrada	1 20%	2 40%	2 40%	5 100%	0 0%	1 20%	4 80%	5 100%
Sintonizada	0 0%	2 11,8%	15 88,2%	17 100%	1 5,9%	1 5,9%	15 88,2%	17 100%
Dual	2 14,3%	0 0%	12 85,7%	14 100%	2 14,3%	1 7,1%	11 78,6%	14 100%
Total	3 8,3%	4 11,1%	29 80,6%	36 100%	3 8,3%	3 8,3%	30 83,3%	36 100%

Es posible señalar que, durante las evaluaciones del desarrollo psicomotor, 23 bebés obtuvieron al menos en una oportunidad un percentil de riesgo (64%), de los cuales 7 (30%) también evidenciaron en alguna evaluación un nivel de retraso en la EEDP. Sin embargo, de estos bebés solo 7 continuaron con dificultades y presentaron percentiles de riesgo o retraso al finalizar el primer año de vida. En su mayoría, estos bebés contaron anteriormente con evaluaciones que indicaban riesgo y/o retraso; solo en dos infantes ocurrió que luego de mostrar un desarrollo adecuado para su edad finalizaron repentinamente con un percentil de riesgo. Esto permitiría señalar que en la trayectoria del desarrollo es posible que se produzcan momentos pasajeros de detención, que las habilidades se adquieran de manera un tanto más lento de lo esperable, lo cual no indica necesariamente que el curso del desarrollo se verá afectado. Estos avances y retrocesos constituirían el ciclo esperable del desarrollo durante el primer año de vida, siempre que el infante pueda reacomodarse y continuar en la línea de lo esperable. Además, es posible

Tabla 14: Nivel de desarrollo del bebé (EEDP – EAIS) en cada díada (N=36)			
Modalidad Vincular	N° Diada	EEDP	EAIS
Desencontrada	8	Riesgo	Normal
	21	Riesgo	Normal
	24	Normal	Normal
	26	Normal	Normal
	62	Retraso	Riesgo
Sintonizada	15	Normal	Normal
	17	Riesgo	Riesgo
	18	Normal	Normal
	19	Normal	Normal
	23	Normal	Normal
	31	Normal	Normal
	39	Riesgo	Retraso
	41	Normal	Normal
	43	Normal	Normal
	44	Normal	Normal
	45	Normal	Normal
	47	Normal	Normal
	53	Normal	Normal
	58	Normal	Normal
	60	Normal	Normal
	65	Normal	Normal
	68	Normal	Normal
Dual	20	Normal	Normal
	22	Normal	Riesgo
	30	Normal	Normal
	32	Retraso	Normal
	33	Normal	Retraso
	40	Normal	Normal
	42	Normal	Normal
	50	Normal	Normal
	52	Normal	Normal
	55	Normal	Normal
	56	Normal	Normal
	57	Normal	Normal
	63	Normal	Normal
	69	Retraso	Retraso

agregar que cuando un infante que presenta un desarrollo acorde evidencia un repentino percentil de riesgo, esto podría estar asociado a circunstancias externas y/o accidentales (enfermedades agudas, internación reciente del bebé, problemas familiares, cansancio) que pueden afectar de manera momentánea su rendimiento en la evaluación, y no necesariamente ser un indicador de una dificultad en el desarrollo. También se puede observar que 6 bebés obtuvieron percentiles de retraso o riesgo en la EAIS, de los cuales 4 también presentaron estos percentiles en la EEDP. Esto permite inferir que cuando se presentan dificultades en el desarrollo cognitivo durante el primer año de vida, este se manifiesta, mayormente, asociado a dificultades en el aspecto psicomotor. Dos de los bebés evaluados presentaron retraso en la EAIS, pero su evaluación psicomotriz fue normal.

5.5.1. ¿Vínculo? ¿Riesgo biológico?

Los resultados expuestos permiten apreciar que en la Modalidad Vincular "Desencontrada" se presenta el mayor porcentaje de infantes con dificultades en el desarrollo. Sin embargo, en las dos modalidades restantes también se presentaron percentiles por debajo de lo esperable. Podría pensarse que en la modalidad "Desencontrada" esto estaría en relación con las dificultades en la vinculación, aspecto que también podría señalarse en la modalidad "Dual" donde se produjeron momentos de encuentro y desencuentro; pero que, a su vez, sería menos esperable que esto ocurriera en la modalidad "Sintonizada" ya que se asume que la vinculación fue satisfactoria. Por este motivo, surge el interrogante acerca de qué otros factores, además del vínculo madre-hijo, podrían contribuir a las dificultades en el desarrollo.

Con el propósito de indagar acerca de este interrogante se correlacionaron, mediante la prueba de Spearman, los puntajes obtenidos en la EEDP y la EAIS con los aspectos sociodemográficos estudiados (EG, peso de nacimiento, tiempo de internación, edad materna, número de controles durante el embarazo, número de controles en el Consultorio de Seguimiento). También se correlacionó mediante la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson, el nivel alcanzado en la EEDP y la EAIS con otras variables sociodemográficas como el diagnóstico principal, la asistencia respiratoria, el nivel educativo de la madre, la situación laboral materna, la situación de pareja de la madre, el apoyo familiar, la composición familiar, las dificultades en embarazos y/o partos anteriores. La aplicación de estas pruebas estadísticas no arrojó valores significativos.

Frente a estos resultados persistió aún el interés en indagar acerca del interjuego, la combinación, entre los aspectos relativos al vínculo y al riesgo biológico. A partir de esto, resulta relevante realizar un análisis singularizado sólo de las díadas cuyos infantes obtuvieron percentiles por debajo de lo esperable.

En la Modalidad Vincular "Desencontrada" uno de los infantes que presentó riesgo en la evaluación del desarrollo psicomotor fue el perteneciente a la díada 8. Se trató de una madre de 19 años que no contó con apoyo de la familia ni del padre del bebé durante el embarazo y la internación. En la relación de pareja eran frecuentes las discusiones y los malos tratos de parte del padre del bebé hacia la madre antes y durante el embarazo, así como también en el tiempo que duró su participación en la investigación. El embarazo no fue planificado y fue recibido con rechazo por parte de ambos padres, quienes incluso consideraron interrumpirlo. El estado emocional materno durante el

embarazo fue penoso debido a lo conflictivo familiar y el malestar por haber quedado embarazada. Durante la entrevista, se pesquisaron dificultades de parte de la madre para imaginar a su hijo durante la gestación, para reconocer los movimientos fetales y realizar los preparativos para recibir al recién nacido. Se trató de un recién nacido muy prematuro, con bajo peso de nacimiento que permaneció internado a causa de estas condiciones y de la enfermedad respiratoria que presentaba. El tiempo de internación fue de 31 días y requirió de asistencia respiratoria mediante Cánula Nasal. Durante el seguimiento, se observó que el niño parecía disperso, irritado, gritaba, se enojaba fácilmente e intentaba tirar del cabello de su madre cuando no lograba lo que deseaba. En ocasiones, el niño estuvo en riesgo de caerse y/o golpearse sin que su madre interviniera para evitarlo o lo hizo de forma brusca.

Otro de los infantes de esta modalidad "Desencontrada" que presentó un percentil de riesgo en el desarrollo psicomotor corresponde a la díada 21. En este caso, la madre también tenía 19 años, contó con apoyo de su familia, pero no del padre del bebé durante el embarazo y la internación. Durante la relación de pareja existieron numerosos conflictos, separaciones y reconciliaciones. Ambos padres recibieron con rechazo la noticia del embarazo dado que no había sido planificado y llevaron a cabo ciertas prácticas para interrumpirlo, pero sin resultado. Esto contribuyó a que el estado emocional materno durante el embarazo fuera penoso, especialmente debido a los sentimientos de culpa. Se evidenciaron dificultades de parte de la madre para imaginar a su hijo durante la gestación y para reconocer los movimientos fetales, a pesar de lo cual realizó los preparativos para recibir al recién nacido en el hogar. Al nacer, el bebé fue muy prematuro y con muy bajo peso, lo que motivó su internación junto a la enfermedad respiratoria que presentaba. El infante permaneció en la UCIN 51 días, durante los cuales no requirió de asistencia respiratoria. A lo largo del seguimiento, se pudo observar que los padres mantenían una relación tensa, no se hablaban y permanecían esperando su turno en distintos lugares. El niño parecía distante, inexpresivo, poco interesado en los objetos que se le presentaban y se enojaba con facilidad.

Otro caso para destacar en esta modalidad "Desencontrada", remite al infante de la diada 62 quien también presentó percentiles de retraso en la evaluación psicomotriz y de riesgo en la evaluación cognitiva. Esta díada fue seleccionada como caso testigo de la modalidad debido a las dificultades que presentaron en la vinculación. La madre tenía 27 años, contó con apoyo familiar y por parte del padre del bebé durante el embarazo y la internación en la UCIN. La pareja atravesó por situaciones conflictivas relacionadas con

un hijo previo del padre. El embarazo no fue planificado, siendo recibido de manera diferente por ambos padres: la madre recibió con rechazo la noticia mientras que el padre se sintió feliz ante la misma; a pesar de estas diferencias consultaron acerca de la posibilidad de interrumpir el embarazo. El estado emocional materno durante el mismo fue penoso, dado que la madre se lamentaba de no poder dedicarse a criar y disfrutar de otro hijo un año mayor. En la entrevista se evidenciaron dificultades para imaginar al bebé durante la gestación y para reconocer los movimientos fetales. Sin embargo, esta madre realizó los preparativos para recibir a su hijo en el hogar. Se trató de un recién nacido muy prematuro y de muy bajo peso, que debió permanecer internado 49 días en la UCIN a raíz de la prematurez y una enfermedad cardiovascular. El infante no necesitó asistencia para respirar durante este periodo. Durante el seguimiento se observó que el infante gritaba con frecuencia, lloraba con facilidad y se sobresaltaba antes los cambios de posición; en los momentos de llanto el bebé solía introducir sus manos en la boca y chuparlas hasta dejar de llorar.

En la Modalidad Vincular "Sintonizada" dos niños presentaron puntajes por debajo de lo esperable para su edad, tanto en la evaluación psicomotriz como en la evaluación cognitiva. Uno de los infantes pertenece a la díada 17, que estuvo integrada por una madre de 22 años, que contó con el apoyo de la familia y del padre del bebé durante el embarazo y la permanencia del bebé en la terapia neonatal. Ambos padres recibieron la noticia del embarazo con felicidad a pesar que la madre manifestó que no lo habían planificado. El estado emocional materno durante el embarazo fue descripto como penoso debido a las complicaciones médicas y el riesgo constante de pérdida. La madre pudo imaginar durante el embarazo cómo sería el sexo y el temperamento de su hijo, asignándole un significado a los movimientos fetales en función del temperamento inquieto que creía tenía su hijo. A pesar de esto, y en parte dada la anticipación del parto, no pudo preparar el hogar para recibir al niño. Respecto del bebé, se trató de un prematuro extremo con muy bajo peso de nacimiento, a lo que se agregó una enfermedad respiratoria por lo que debió permanecer internado 62 días en la UCIN. Durante su estadía en la terapia, el bebé tuvo que ser asistido respiratoriamente mediante CPAP nasal. En el transcurso del seguimiento, se observó que el niño presentaba numerosos temblores, hiperreflexia, dificultades para amoldarse al cuerpo materno, permaneciendo rígido con las piernas estiradas hacia atrás, dificultades para interesarse por los objetos que se le presentaban, indicadores considerados por los médicos como de posible daño neurológico.

El otro infante de esta modalidad “Sintonizada” que evidenció puntajes por debajo de lo adecuado para la edad correspondía a la díada 39. La madre de esta díada tenía 26 años y manifestó haber contado con apoyo familiar y del padre del bebé durante el embarazo y la estadía en la terapia neonatal. Si bien el embarazo no fue planificado, fue recibido con felicidad por ambos padres. El estado emocional materno fue penoso, referido a temores en torno al momento del parto y a su desempeño futuro. La madre pudo imaginar el sexo de su hijo durante el embarazo, les asignó un significado a los movimientos fetales como respuesta de disgusto frente a actividades que ella realizaba, así como al tono de su voz; también pudo preparar el bolso y el hogar para recibirlo. El infante fue un prematuro moderado con bajo peso de nacimiento, quien debió permanecer internado 25 días debido a la prematurez y al Retardo en el Crecimiento Intrauterino. Durante la internación no requirió de asistencia respiratoria. En el transcurso del seguimiento se destacó que el infante no aumentaba de peso, encontrándose en el percentil más bajo.

En la Modalidad Vincular “Dual” cuatro niños presentaron percentiles de riesgo o retraso en las evaluaciones del desarrollo psicomotor y/o cognitivo. Tres de estas díadas pertenecieron a la situación 1 descripta en esta modalidad. Entre ellas, el infante de la díada 22 evidenció un percentil de riesgo en la evaluación cognitiva. La madre de esta díada tenía 35 años al momento del nacimiento de su hijo, contó con apoyo de su familia y del padre del bebé durante la gestación y la internación en la terapia neonatal. El embarazo no fue planificado (tenía 5 hijos) y fue recibido de manera diferente por ambos padres: la madre experimentó rechazo ante la noticia, incluso consultó a un médico acerca de la posibilidad de interrumpir el embarazo, pero no lo llevó a cabo; mientras que el padre recibió con felicidad la llegada de un nuevo hijo. El estado emocional materno durante el embarazo fue penoso, debido a la intención de la madre de no tener más hijos, por lo que continuó con sus actividades cotidianas evitando percatarse del feto en crecimiento. La madre manifestó que no podía imaginar a su hijo durante el embarazo y consideró que los movimientos fetales eran “insoportables” por lo que evitaba llevar a cabo actividades que creía que estimulaban al bebé a moverse. Los objetos del bolso y del hogar para recibir a este bebé fueron heredados de sus hermanos. El niño fue prematuro extremo con muy bajo peso de nacimiento. Permaneció internado en la UCIN por 49 días a raíz de la prematurez y de la enfermedad respiratoria que presentaba; no requirió asistencia respiratoria durante este periodo. Durante el seguimiento resultan llamativos los términos con los cuales la madre se refería “en broma” a su hijo, tales como

“el basura”, “el llorón”, “es bipolar”, “lo voy a tirar por la ventana”. También la queja de la madre porque el bebé solo quería estar con ella, junto al deseo de que comenzara a tomar mamadera para poder volver a trabajar, lo cual finalmente ocurrió. La madre no realizaba las interconsultas médicas solicitadas. El bebé se destacó por la seriedad de su rostro, a los 12 meses fue diagnosticado de hipoacusia del oído izquierdo.

Otro niño que presentó un percentil que indicaba retraso en el desarrollo psicomotor pertenecía a la díada 32. La madre tenía 24 años, oriunda de un país vecino, contó con apoyo de su familia, pero no del padre del bebé durante el embarazo y la internación. El embarazo no fue planificado y fue recibido con rechazo por ambos padres. La madre confirmó tarde el embarazo y consultó acerca de la posibilidad de interrumpirlo, pero no pudo hacerlo por el avance del mismo. El estado emocional materno durante el embarazo fue penoso debido a los sentimientos de culpa por haber deseado interrumpir el embarazo, por las críticas sociales de su comunidad por ser madre soltera, y por la imposibilidad de continuar con sus proyectos de estudio. La madre imaginó a su hijo como semejante a otros familiares y pudo organizar el hogar para recibirlo, sin embargo, no logró percibir e interpretar los movimientos fetales. El niño nació a término con un peso adecuado para su EG, debió permanecer internado en la UCIN por 40 días a causa de su enfermedad respiratoria y fue asistido para respirar mediante el Halo de Oxígeno. Durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento se destaca el escaso interés del infante por los objetos que se le presentaban, parecía más atraído por los rostros. Fue diagnosticado por el neurólogo de retraso madurativo. La madre mantenía una mueca de sonrisa de manera permanente aún frente a las dificultades del niño; en ciertos momentos le decía “en broma” que lo dejaría solo.

Otro de los infantes que presentó un percentil de retraso en la evaluación cognitiva perteneció a la díada 33. La madre de esta díada tenía 27 años, contó con apoyo de su pareja y de la familia del mismo. Los padres planificaron el embarazo y ambos recibieron con felicidad la noticia. El estado emocional materno durante el embarazo fue penoso debido a problemas de pareja. La madre imaginó a su bebé durante el embarazo con características semejantes al padre, pudo reconocer los movimientos fetales e interpretarlos como respuestas del bebé a su propio malestar y/o nerviosismo, preparó el hogar y los objetos necesarios para recibir al bebé. Se trató de un infante prematuro moderado y con bajo peso de nacimiento, que permaneció internado 22 días debido a la prematurez y a la Ictericia. Durante la internación en UCIN no requirió de asistencia respiratoria. A lo largo de las observaciones en el Consultorio de Seguimiento

impresionaban ciertas conductas de la madre: la brusquedad con la que manipulaba y besaba a su bebé, quien rompía en llanto, la verborragia, excitación y las dificultades para reconocer las señales del bebé. En los momentos en que el infante se inquietaba o lloraba la madre le decía "te voy a abandonar". La madre tenía 4 hijos mayores con otra pareja: uno fallecido por muerte súbita a los 2 meses de edad, y tres hijos que fueron entregados al padre a raíz de una intervención social por las condiciones de calle en las que vivían y a quienes no volvió a ver hace 7 años. La madre parecía más pendiente de las dificultades de pareja que del estado de salud del bebé.

Finalmente, dentro de la situación 2 descripta en la Modalidad "Dual" el infante de la díada 69 presentó percentiles de retraso en la evaluación psicomotriz y en la cognitiva. La madre de 16 años contó con apoyo familiar pero no de parte del padre del bebé durante el embarazo y la internación. El embarazo no fue planificado por la pareja, a pesar de lo cual fue recibido con felicidad por parte de ambos. De la entrevista a la madre se infiere que durante el embarazo su estado emocional fue penoso, debido al nerviosismo que experimentó a raíz de conflictos familiares y sociales. La madre imaginó durante el embarazo que su bebé sería parecido a su hijo mayor, interpretó los movimientos fetales como respuestas del bebé frente a los juegos paternos. Al nacer el bebé, la madre aún no había organizado el bolso y el hogar para recibirlo. El infante fue prematuro moderado con muy bajo peso de nacimiento. El mismo permaneció internado en la terapia neonatal durante 70 días a causa de la prematurez y el Retardo en el Crecimiento Intrauterino, durante este periodo no necesitó asistencia respiratoria. Durante la internación del bebé, la madre se ausentaba de forma frecuente y por varios días para ir a su pueblo a ver a su hijo mayor, el bebé quedaba al cuidado de los enfermeros y resultaba desgarrador escuchar su llanto constante. A lo largo del seguimiento, la madre se mostró impulsiva, irritable, enojándose cuando se le decía algo que no le gustaba, no realizaba las interconsultas médicas solicitadas. El bebé parecía descuidado, estaba desnutrido y resultaba llamativa la intensidad y la frecuencia con la que lloraba ante lo cual la madre demoraba en responder.

La situación de las díadas descriptas ilustra la trayectoria de las mismas desde el embarazo, el nacimiento, la internación y el primer año de vida del infante, no obstante, aún persiste el interrogante acerca del posible interjuego entre el vínculo y el riesgo biológico.

5.5.1.1. La multideterminación del desarrollo

En base a lo expuesto en el apartado anterior, se puede señalar que las tres díadas descriptas en la Modalidad "Desencontrada" presentan ciertos aspectos en común que podrían haber contribuido a las dificultades en el desarrollo de estos infantes. En primer lugar, se destaca que los niños fueron muy prematuros y presentaron muy bajo peso o bajo peso de nacimiento. Estas características remiten al riesgo biológico con el que nacieron los bebés de estas díadas. En cuanto al contexto en el que se produjo la vinculación, en estas díadas las relaciones de la pareja de padres fueron conflictivas, caracterizadas por discusiones, separaciones y desacuerdos antes y durante el embarazo, así como luego del nacimiento del niño. También las madres experimentaron sentimientos de rechazo ante el embarazo, acompañado de deseos e intentos de interrumpirlo. El estado emocional durante el embarazo fue penoso para las madres debido a que el mismo entraba en conflicto con sus planes y/o expectativas. En estas madres existieron dificultades para imaginar al bebé y reconocer e interpretar los movimientos fetales, mientras que la preparación del hogar se pudo realizar, debido quizás a que se trata de una tarea que puede llevarse a cabo con menor investidura libidinal

Se puede pensar entonces que, en estos infantes, se habrían conjugado sus características propias y el riesgo biológico moderado, con dificultades maternas para alojar psíquica y emocionalmente al hijo en crecimiento, para identificarse y conectar emocionalmente con él. Esto habría redundado en dificultades en la vinculación, potenciando el riesgo biológico y contribuyendo a posteriores dificultades el desarrollo.

En los infantes de la Modalidad "Sintonizada" que obtuvieron percentiles por debajo de lo esperable el riesgo biológico fue más acentuado, ya que no sólo presentaron bajo peso, sino que también se trató, en un caso, de un prematuro extremo en el cual a medida que crecía se evidenciaron indicadores de posible daño neurológico, y en otro caso, de un bebé con Retardo en el Crecimiento Intrauterino. Se puede inferir que el contexto en que se presentó el embarazo y el nacimiento habría favorecido la vinculación, ya que las madres contaron con apoyo por parte de la familia y del padre del bebé, no atravesaron por conflictos de pareja, y la noticia del embarazo fue recibida con felicidad. El estado emocional penoso durante el mismo estuvo asociado a temores frente a las complicaciones en el embarazo y/o el parto, lo que daría cuenta de la preocupación de estas madres por el estado de salud de sus hijos. Además, estas madres pudieron imaginar a sus bebés durante la gestación y reconocer e interpretar los movimientos fetales.

En este sentido, se podría considerar que, si bien la vinculación fue satisfactoria en esta modalidad, el impacto del riesgo biológico en estos infantes habría sido de tal magnitud que no habría sido atenuado por la vinculación. Esto supone nuevamente, que la combinación de estos elementos no siempre es lineal, ya que podrían haber intervenido otros aspectos que se desconocen y quedan por fuera de lo que se pudo conocer y comprender en esta investigación.

En las díadas de la Modalidad Vincular "Dual" cuyos infantes presentaron dificultades en el desarrollo, el riesgo biológico de los mismos fue diferente, ya que algunos presentaron un riesgo más acentuado (debido al muy bajo peso, la prematurez extrema, el Retardo en el Crecimiento Intrauterino), mientras que en otros el riesgo fue leve (prematuros moderados, nacidos a término, peso adecuado). Sin embargo, en todas estas díadas si bien existieron interacciones estas fueron cambiantes e intermitentes a lo largo del primer año de vida. Es posible señalar que esto podría estar en relación con las dificultades que tuvieron estas madres para dejar de lado sus propias preocupaciones y/o intereses: algunas deseaban dedicarse a su trabajo y/o estudio, otras se encontraban pendientes de los problemas de pareja o de otros hijos. En todos los casos, en algunos de manera más manifiesta, habría una dificultad para priorizar la vinculación con el infante, abocarse a la tarea de identificarse y conectar emocionalmente con el bebé.

Se conjugaría en estas díadas, de una manera particular, el riesgo biológico del bebé con una vinculación inestable, lo que podría haber acentuado el riesgo y contribuido a las dificultades en el desarrollo. En importante destacar, que, si bien existieron interacciones diádicas, éstas tendrían características más de tipo operatorio, que responderían a las conductas que se esperan socialmente de una "buena madre", pero con escaso investimento libidinal. En estas díadas, en diferentes situaciones durante la interacción, fue posible pesquisar el tinte agresivo, las amenazas de abandono, y el descuido por la higiene, la alimentación y la seguridad del niño.

5.5.2. Interacciones madre-bebé durante la evaluación cognitiva

Durante la administración de la EAIS se puso especial atención en las interacciones entre el bebé y la madre durante la tarea. Del total de la muestra, 17 bebés evidenciaron interés ante las tareas propuestas: trataban de acercase a los objetos, los miraban con entusiasmo, sonreían, giraban hacia sus madres o hacia el examinador solicitándoles el objeto. Frente a esta conducta de los bebés, 13 de las madres no intervinieron: algunas de ellas se limitaban a sonreír, continuaban observando cómo se desarrollaba la tarea o dirigían su mirada en otra dirección; 3 madres intentaron

demostrarles a sus hijos cómo resolver la tarea aún antes de que ellos lo intentaran o pidieran ayuda; 1 madre buscó estimular verbalmente a su hijo a fin de que completara la prueba.

En otro subgrupo formado por 7 bebés, éstos se mostraron irritados, molestos ante la dificultad que implicaba la tarea, ya que no podían obtener de forma inmediata lo que deseaban y debían esperar para lograrlo; por lo que respondieron llorando, gritando, realizando movimientos bruscos con su cuerpo o arrojando alguno de los elementos a su alcance. Frente a esto, 3 madres no intervinieron; 2 madres trataron de dirigirse verbalmente hacia sus hijos para tranquilizarlos y estimularlos a continuar; 1 madre trató de contenerlo corporalmente; y finalmente 1 madre se mostró molesta frente a la conducta de su hijo, levantando la voz y regañándolo.

Por otra parte, 7 bebés se mostraron dispersos, teniendo dificultades para dirigir la atención a la tarea que se les proponía, lo que se evidenció en una mirada errante o bien dirigida hacia la madre y/o el examinador, pero no hacia los objetos, permanecían mirando sus manos o elementos ajenos a la prueba, desviando la mirada rápidamente ante algún sonido. Frente a esta situación, 3 madres reaccionaron intentando mostrarles insistentemente los objetos, buscando captar la mirada de sus hijos; 4 madres no intervinieron, manteniendo la postura adoptada inicialmente o dirigiéndose verbalmente al examinador. Finalmente, 5 bebés se mostraron inicialmente temerosos frente a los elementos de la prueba, es decir, que los observaron por un tiempo mayor, buscaron cobijarse en sus madres mientras seguían con la mirada al objeto, y recién luego de algunos minutos los tomaron. Solo 1 madre respondió a esta conducta de su hijo intentando estimularlo verbalmente para que aprehendiera el objeto, y 4 madres no intervinieron ante esta situación (ver *Tabla 14*).

Tabla 15. Interacciones madre-bebé durante la administración de la EAIS

		Madre					
		Ansiosa	Calma o estimula verbalmente	Regaña	No interviene	Calma corporalmente	Total
Bebé	Disperso	3	0	0	4	0	7
	Irritado ante la dificultad	0	2	1	3	1	7
	Interesado en la tarea	3	1	0	13	0	17
	Temeroso	0	1	0	4	0	5
Total		6	4	1	24	1	36

En conexión con estos resultados, podemos advertir que los infantes que obtuvieron el percentil mínimo (P1 - retraso) fueron aquellos que durante la evaluación se mostraron dispersos (3 infantes), mientras que sus madres intentaban con cierta inquietud y rapidez demostrarles cómo realizar la tarea propuesta (2 madres), o bien permanecían sin intervenir sin percatarse en apariencia de la dificultad de su hijo (1 madre). Otro de los bebés que se mostró disperso alcanzó un percentil de 25 (riesgo), su

madre también intentó demostrarle cómo resolver el problema propuesto. Entre aquellos bebés que tuvieron dificultades para tolerar el tiempo que implicaba la realización de la tarea y aceptar que no siempre la misma respondía a sus deseos, 1 bebé no pudo avanzar más allá de ese estado de frustración, su madre respondió regañándolo y obtuvo un percentil por debajo de lo esperable (P25). Mientras que el resto (6 bebés) obtuvo percentiles 75, 90 y 100 (normal), sus madres respondieron tratando de tranquilizarlos verbal o corporalmente y estimulándolos a continuar en la tarea (3 madres), o bien no intervinieron ante esta situación (3 madres).

Por otro lado, los bebés que evidenciaron interés desde un primer momento en participar de la evaluación, atendiendo a la tarea que se les propuso, presentaron percentiles superiores o iguales a 50 en 16 oportunidades, y solo en un niño el percentil fue de 25, y su madre permaneció observando la actividad sin participar. Las restantes madres en su mayoría permanecieron observando atentas la conducta de sus hijos, sin intervenir (12 madres), otras 3 madres se mostraron algo ansiosas ante el tiempo requerido por sus hijos para responder e intentaron demostrarles cómo hacerlo antes de que ellos buscaran ayuda o se lo indicara el examinador; solo 1 madre estimuló verbalmente a su hijo. Por último, aquellos bebés que se mostraron temerosos ante la propuesta de la tarea y necesitaron unos minutos para observar y luego aproximarse al objeto alcanzaron siempre percentiles iguales o superiores a 50. Sus madres esperaron sin intervenir en 4 oportunidades, y 1 madre estimuló verbalmente a su hija para que se acercara a los objetos (ver *Figura 6*).

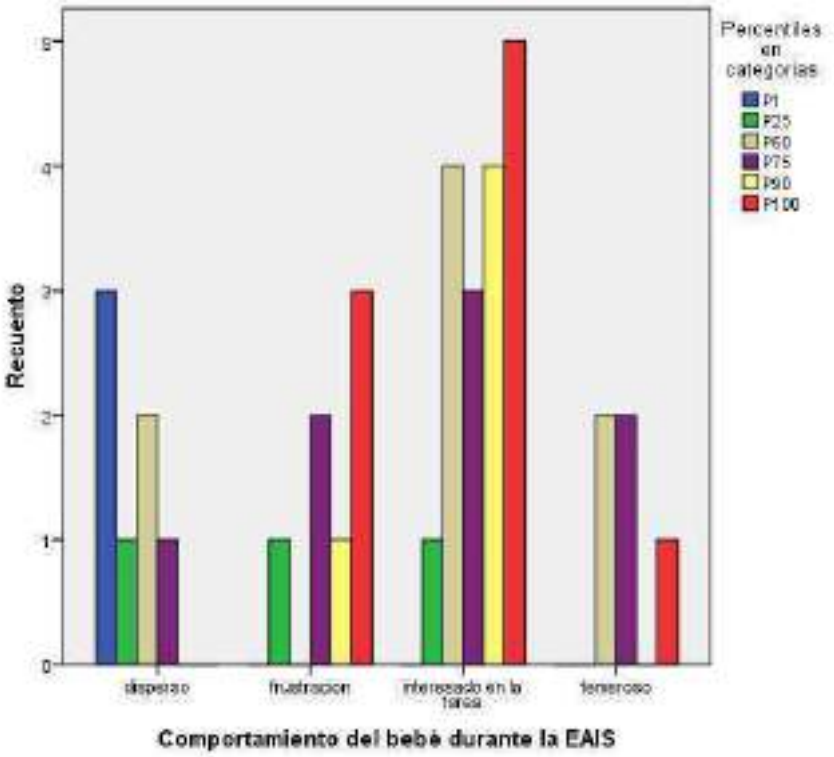


Figura 6. Comportamiento del bebé durante la administración de la EAIS y su relación con el percentil obtenido en la misma (N=36)

Capítulo 6 Discusión

A partir de los aspectos sociodemográficos es posible comprender las características del contexto en el que se realizó la investigación. Algunos de estos resultados permiten conocer cómo fue la aceptación materna del embarazo, la disposición de la madre a cuidarse y velar por el bienestar de su hijo durante el mismo, aspectos que luego podrán estar en relación con el vínculo que se estableció con el recién nacido. Tal como lo indica Ceriani Cernadas et al. (2009), la edad materna, menor de 19 años o mayor de 35 años, sería un factor de riesgo asociado al nacimiento prematuro y/o de riesgo. En la presente investigación se halló que 11 madres tenían entre 16 y 19 años al momento del nacimiento de su bebé, es decir que se encontraban dentro del grupo de mayor riesgo; mientras que 23 díadas poseían bajo riesgo y 2 díadas un riesgo intermedio asociado a la edad materna mayor o igual a 35 años. Estos resultados coinciden con los datos presentados en el Anuario de Estadísticas Vitales elaborado por el Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis en el año 2011, 2012 y 2013 donde se expone que aproximadamente el 70% de los nacimientos en la provincia tienen lugar en mujeres entre los 20 y los 34 años.

Ceriani Cernadas et al. (2009), también sostiene que un menor nivel educativo supone menores posibilidades de controles de salud adecuados durante el embarazo. Según los criterios que establece el Anuario de Estadísticas Vitales, 27 de las díadas estudiadas poseían un riesgo intermedio debido a que las madres tenían un nivel de instrucción bajo, es decir que contaban con estudios primarios completos, secundarios completos o incompletos. En menor medida, solo 2 díadas se encontraban en alto riesgo debido al nivel educativo, dado que las madres no completaron los estudios primarios; 7 madres tuvieron bajo riesgo ya que poseían estudios terciarios/universitarios completos o incompletos. Estos resultados también se ajustan a los datos obtenidos en la provincia según el Anuario de Estadísticas Vitales (2011, 2012 y 2013), donde aproximadamente el 69 % de las madres tienen un riesgo intermedio asociado al nivel de instrucción. Si bien el nivel educativo paterno no está descripto como un factor de riesgo según estos autores, es de destacar que 25 de los padres de la muestra tampoco completaron el nivel de instrucción obligatorio. La mayoría de estos padres, contaban con estudios primarios completos e incompletos, a diferencia de las madres donde prevalecían los estudios secundarios incompletos. En cuanto a la situación laboral, se halló que 26 madres no trabajaban dado que eran amas de casa o estaban desocupadas mientras que solo 1 padre estaba desocupado.

Es interesante notar las diferencias que se presentan en cuanto al nivel educativo y la situación laboral de las madres y los padres de esta muestra. Las madres parecerían socialmente más habilitadas para asistir a la escuela y alcanzar un mayor nivel educativo, pero dependían económicamente de la pareja ya que la gran mayoría no trabajaba. En cambio, parecería que los hombres deben abandonar tempranamente los estudios para dedicarse al trabajo, alcanzando un bajo nivel de instrucción. Resulta interesante reflexionar acerca de la incidencia que podría tener el nivel educativo alcanzado por las madres en la vinculación con su hijo. Se podría suponer que el mayor nivel de instrucción permitiría a estas madres conectarse de manera más adecuada con sus hijos, comprender

sus necesidades y estados emocionales, interpretando las conductas de los niños. Sin embargo, considerando los aportes de Winnicott (1958/1999), la capacidad de una madre para identificarse con su hijo, decodificar sus gestos y responder de manera adecuada, no se funda en el conocimiento académico, sino que se trata de una actitud emocional que se desarrolla o no a medida que transcurre el embarazo y en el encuentro con ese hijo. El nivel de instrucción materno podría incidir positivamente en otros aspectos, como por ejemplo en la realización de controles médicos durante el embarazo y el seguimiento del bebé, la comprensión del diagnóstico y la gravedad del mismo, en la adherencia a las indicaciones médicas y al tratamiento, pero no necesariamente en la vinculación que establecen madre e hijo. En la presente investigación, esto fue corroborado ya que no se observó una asociación entre el nivel educativo materno y la modalidad vincular establecida con los bebés. Las madres que se encontraban en alto riesgo por su nivel educativo, establecieron una Modalidad Vincular Sintonizada; mientras que las madres que formaron parte de la Modalidad Vincular Desencontrada poseían un riesgo intermedio en función del nivel educativo. Finalmente, las madres que tenían bajo riesgo porque contaban con estudios terciarios/universitarios completos o incompletos establecieron una Modalidad Vincular Sintonizada o Dual.

Las características descriptas en lo referente a la edad materna, el nivel educativo y la situación laboral materna coinciden con los datos recabados por Oiberman, Santos y Misic (2011), lo que permite inferir que los grupos estudiados presentan características similares en distintos lugares de nuestro país. En relación a la situación de pareja, los datos de la presente investigación coinciden con los recabados por Oiberman et al. (2013), en una investigación realizada a partir de 424 entrevistas en cuatro hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Al igual que en la presente investigación, las autoras hallaron que en aproximadamente el 40% de la población estudiada, las dificultades se presentan en el nacimiento del primer hijo. Esto permite pensar que el estrés psicológico tendría un mayor impacto en el primer embarazo y parto, probablemente debido al desconocimiento de las madres respecto de esa situación (Oiberman et al., 2013).

Ceriani Cernadas y colaboradores (2009), sostienen que los antecedentes de enfermedades o complicaciones en el embarazo actual también son factores de riesgo, entre estos mencionan por ejemplo un parto prematuro previo o abortos espontáneos. Esto coincide con los resultados de la presente investigación, donde de las 16 madres multigestas, 12 de las mismas tuvieron abortos espontáneos anteriormente o partos prematuros con hijos fallecidos en la primera semana de nacidos o que sobrevivieron luego de un periodo de internación; mientras que solo 4 madres no presentaron dificultades en sus embarazos anteriores. Muglia y Katz (2010), sostienen que en el nacimiento prematuro podrían estar involucrados aspectos genéticos que, en conexión con el ambiente, determinarían diferencias individuales en cuanto al tiempo de gestación. También sostienen que aquellas mujeres que se encuentran expuestas a situaciones de mayor estrés tienen mayores posibilidades de un nacimiento prematuro. Retomando los aportes de Nikodem (2009), se podría afirmar que las mujeres que experimentan estrés severo durante el embarazo se encuentran más expuestas a dificultades como abortos,

partos prematuros o con bajo peso y recién nacidos con enfermedades respiratorias. A su vez, las mujeres que tienen buena relación con su pareja, con miembros de la familia o amigos, y cuentan con apoyo social, tienen menores probabilidades de experimentar estrés.

Si bien hay un pequeño porcentaje de madres que a pesar de atravesar por circunstancias desfavorables no tienen complicaciones en el embarazo y el parto, Oiberman (2005), a partir de sus investigaciones, afirma que existe una relación estadísticamente significativa entre los sucesos estresantes para la madre y la incidencia de patologías perinatales. Oiberman et al. (1998), sostienen que los factores de riesgo psicosocial se asocian a una mayor posibilidad de presentar un problema de salud, provocan alteraciones endócrinas que incidirían en el parto prematuro y/o con dificultades. Entre los factores que parecen tener más incidencia destacan los temas referidos a la maternidad, por ejemplo, abortos o fallecimiento de hijos previos, problemas físicos o emocionales durante el embarazo. Santos (2013), señala que se ha demostrado una mayor ocurrencia de estresores en mujeres que tuvieron niños prematuros y/o con patologías neonatales, en comparación con madres que tuvieron hijos a término y sanos. Santos señala que, en los nacimientos prematuros, muchas madres relatan que el embarazo en sí mismo fue vivido como un acontecimiento estresante, debido a situaciones conflictivas como adicciones, separación durante el embarazo, violencia de pareja, mudanzas, problemas familiares y preocupación por otros hijos.

A partir de lo expuesto se puede afirmar que la muestra de díadas en estudio se habría encontrado, según los factores enumerados por Ceriani Cernadas, frente a un riesgo intermedio de nacimiento prematuro y/o de riesgo, ya que en la mayoría de estas díadas la edad materna y el nivel educativo materno no fueron tan bajos, así como las condiciones laborales de la madre tampoco habrían incidido ya que la amplia mayoría de estas madres no trabajaba. Sin embargo, los resultados indican que en un 30% de las díadas, la baja edad materna habría sido un factor que incrementó el riesgo. Se trataría de una condición sujeta a una mayor variabilidad, quizás cultural, que junto a otros factores puede incidir en el nacimiento prematuro y/o con complicaciones. Surge a partir de esto el interrogante acerca que cuál habría sido en esta muestra el factor que mayor influencia tuvo en el nacimiento prematuro. Considerando lo planteado por Oiberman y Santos, se podría pensar en el impacto que habrían tenido los factores estresantes y/o vividos como preocupantes por las madres, ya que 23 de las mismas manifestaron haber atravesado por situaciones de esta índole durante el embarazo y los momentos previos al nacimiento de su hijo. Algunas de estas madres se refirieron a acontecimientos preocupantes ligados a dificultades laborales y/o económicas, otras manifestaron haber atravesado por conflictos de pareja/familiares que les provocaron situaciones de tensión y malestar, otras madres describieron como preocupante situaciones referidas al fallecimiento o enfermedad de un familiar, y finalmente algunas madres consideraron que la situación más angustiante por la que atravesaron en el último año tuvo que ver con la salud del bebé, en especial en relación al nacimiento prematuro, la patología e internación del mismo.

6.1. Discusión de las Modalidades Vinculares elaboradas

Las modalidades a las que se arribó en la presente investigación ponen en evidencia el carácter bidireccional y recíproco de todas las relaciones que se establecen, desde el comienzo entre la madre y su hijo. Tal como lo sostiene Nikodem (2009), los padres y/o cuidadores influyen decisivamente en las respuestas de los niños, pero éstos también poseen características, sociales y biológicamente determinadas, que influyen en la conducta de los adultos hacia ellos y en el tipo de vinculación que se establecerá.

El modo en que se desplegó la vinculación en las díadas de esta muestra puede caracterizarse de tres maneras, teniendo en cuenta las interacciones, realizadas en la UCIN y en el Consultorio de Seguimiento, y el material recogido en las entrevistas. En primer lugar, se encontró que algunas díadas tuvieron dificultades para vincularse tanto durante la estadía en la UCIN como durante los controles médicos en el Consultorio de Seguimiento durante el primer año de vida del niño. Estas díadas dieron origen a la Modalidad Vincular 1 "Desencontrada". Por el contrario, otras díadas enfrentaron de manera más exitosa el contexto de la internación, y a pesar de la conmoción inicial, lograron mantener interacciones gratificantes en la UCIN y en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo. Este grupo de díadas dieron lugar a la Modalidad Vincular 2 "Sintonizada". Finalmente, otras díadas se vincularon de manera alternante durante el primer año de vida, ya sea porque establecieron interacciones satisfactorias durante la internación del bebé en la UCIN aunque luego esas interacciones se empobrecieron notablemente durante el primer año de vida; o bien presentaron dificultades para interactuar en la terapia neonatal pero esto mejoró considerablemente luego del alta, observándose interacciones frecuentes y gratificantes durante el seguimiento del infante en el primer año de vida. A partir de estas díadas se elaboró la Modalidad Vincular 3 "Dual".

La Modalidad Vincular "Desencontrada" que se propone en la presente investigación, se construyó a partir de aquellas díadas que interactuaron de manera escasa en la UCIN y en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo, existieron impedimentos para lograr un encuentro conductual y emocional entre las madres y sus hijos. En esta modalidad se plantea como podrían presentarse las interferencias en el vínculo temprano. Tomando los aportes de Oiberman (2005), se puede inferir que estas díadas enfrentaron con dificultad el reto de establecer interacciones saludables en las condiciones singulares de la terapia neonatal.

Si bien, las conductas visuales estuvieron presentes en las tres modalidades vinculares que se presentan, fueron las madres de esta modalidad quienes privilegiaron los intercambios visuales con sus hijos a lo largo del primer año de vida. Como señalan Klaus y Kennell (1973/2001), el marcado interés materno en el contacto visual desde los primeros momentos, puede posibilitar las posteriores interacciones. Sin embargo, los infantes de esta modalidad no respondieron con frecuencia a las conductas visuales maternas, en especial durante la estadía en la UCIN, por lo que las interacciones se vieron

rápidamente interrumpidas. Si bien, tal como sostiene Huberman (2003), la mirada mutua entre la madre y su hijo constituye una de las principales formas de comunicación no verbal, la dificultad en esta modalidad estaría dada en estas madres que privilegiaron las miradas, en infantes que no respondían a las mismas, y en una tendencia a persistir en ese tipo de conductas sin recurrir a otras que dieran lugar a intercambios recíprocos. La escasa respuesta visual de estos infantes coincide con lo señalado por Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello, (1993) acerca de que los infantes prematuros suelen ser más activos motrizmente, pero responden menos a nivel visual. Sin embargo, se puede hipotetizar que la ausencia de reconocimiento visual del bebé habría incidido en la posterior conducta materna, dando lugar o reafirmando la creencia acerca de un bebé no apto para interactuar. En estas condiciones estas madres, pueden sentir la falta de reconocimiento de sus esfuerzos para comunicarse.

Este predominio de las miradas desde los primeros días de vida también permite reflexionar acerca de la proximidad física en estas díadas. En algunas investigaciones (Oiberman, 2011), se destaca que en los primeros momentos de vida el niño se aferra con su mano al cuerpo de la madre en un intento de reducir la distancia física entre los cuerpos, para luego dar lugar a la vista como órgano de búsqueda. En estas madres en las que predominó lo visual, se puede inferir que habrían existido dificultades para establecer un contacto con el cuerpo de sus hijos. Esto se observó tanto en la UCIN como en el Consultorio de Seguimiento, por lo que se podría hipotetizar que el cuerpo del bebé habría sido percibido como vulnerable, susceptible de ser dañado o de causarle dolor. Esta percepción se habría mantenido luego del alta de la UCIN, profundizando la creencia que se trataba de infantes en extremo frágiles, incapaces de responder y cuya manipulación estaba restringida o reservada a los médicos tal como ocurría durante la internación. Estas representaciones acerca de los infantes podrían haber repercutido en el estilo de vinculación que se estableció durante el primer año de vida, dado que como señala Nuñez (2008) si la madre se lo representa al niño como frágil o vulnerable podrá exigirle menos en el futuro o ser más complaciente con él. También Allen et al. (2004), sostiene que los padres de prematuros perciben frecuentemente en sus hijos un estado de vulnerabilidad médica, lo que se asocia con un inadecuado desarrollo al año de edad corregida y una incidencia negativa a largo plazo en la relación padres-niño.

Esta modalidad vincular, en la que no se pudieron revertir las características de la vinculación, representaría un mayor riesgo para el desarrollo del bebé, tal como lo demuestra Arnold et al. (2013) en su investigación. Resulta interesante interrogarse acerca de los elementos que podrían haber intervenido, impidiendo que las díadas de esta modalidad, pudieran revertir la situación inicial y dar lugar a intercambios conductuales y emocionales de mayor riqueza durante el primer año de vida del niño. Se puede inferir que tal vez, como lo señala Pose (2004), lo imprevisto del parto, la ausencia de representaciones acerca de la prematurez y/o la patología, la incertidumbre acerca del futuro de ese bebé podría haber interferido obstaculizando esos encuentros iniciales. Tal como señala Stern (1997), las interacciones riesgosas se caracterizan por presentar más rupturas, discontinuidades y suelen ser menos variables. Esto se puso en evidencia en la

Modalidad “Desencontrada” donde los miembros de la díada solían utilizar diferentes canales de comunicación a la hora de interactuar, por ejemplo, en los controles en el Consultorio los niños buscaban predominantemente establecer contacto mediante sonidos, balbuceos y palabras con sus madres, mientras que ellas recurrían a las miradas como el modo privilegiado de interacción.

La situación descripta trajo aparejado, que los intentos de interacción se vieran interrumpidos rápidamente, porque la respuesta no resultaba oportuna, adecuada y adaptada a las intenciones del otro miembro de la díada. Se evidenciaron desencuentros, así como también una dificultad para corregir los mismos en pos de lograr una interacción más fluida. Esto está en relación con lo que plantea Tronick (1989), acerca del interjuego entre los encuentros y los desencuentros en las interacciones diádicas madre-bebé. En las interacciones poco saludables, los miembros de la díada se encuentran atrapados en estados interactivos no coordinados, teñidos de afectos negativos, donde los intentos de cambio son ignorados. Según este autor, la reparación de estos errores en la comunicación, de estos desencuentros, conduciría a la regulación mutua.

Resulta interesante subrayar a modo de síntesis, que los infantes que conformaron esta Modalidad Vincular “Desencontrada”, fueron aquellos que buscaron de manera más intensa establecer interacciones con sus madres durante la estadía en la UCIN. Sin embargo, al momento de las observaciones en el Consultorio de Seguimiento, estos niños redujeron notablemente los intentos de interacción, siendo parte del grupo que menos iniciativas propuso. En cambio, las madres mantuvieron su estilo de interacción, caracterizado por escasos intentos de comunicarse con sus hijos y pocas respuestas frente a las propuestas de los mismos, tanto en la internación como durante los controles médicos del primer año de vida. Este cambio que se observó en las conductas propuestas por los infantes, podría estar en relación con lo sostenido por Nikodem (2009), quien afirma que los bebés poseen desde el nacimiento capacidades que le permiten realizan acciones en su entorno, pero las mismas serán mantenidas a lo largo del tiempo y complejizadas en función de las respuestas que obtenga de los adultos significativos.

Los resultados de la presente investigación concuerdan con aquellos a los que arribaron Brazelton y Cramer (1993), sobre la llamada situación del rostro inexpresivo, donde el niño intenta en un primer momento suscitar respuestas en la madre, pero ante la ausencia de las mismas, finalmente desvía la mirada y se retrae. Los infantes de la Modalidad “Desencontrada” habrían quedado atrapados en una contradicción, tal como lo señala Lebovici (citado en Huberman, 2003), la presencia de la madre frente al bebé y la mirada cara a cara supone una intención de interactuar, que se contradice con el rostro inmóvil y la ausencia de respuestas frente a las propuestas de interacción. De esta manera, la iniciativa de los infantes de la Modalidad “Desencontrada” parecería haberse agotado, porque como sostiene Lebovici, el papel activo del bebé en la interacción solo puede mantenerse por la respuesta recíproca de la madre, el rostro inexpresivo de ésta tiene un efecto desorganizador en el niño.

Schejtman (2004), sostiene que la respuesta inapropiada de la madre frente a las iniciativas del bebé trastoca el proceso de regulación mutua y constituye una fractura en la intersubjetividad. Los bebés de madres retraídas, al no lograr respuestas sociales de su parte, se desregulan, y en su reemplazo emplean recursos auto-calmantes para controlar ese estado, o bien pierden el interés y finalmente se retraen. Es interesante resaltar como esto se visualiza en el caso testigo seleccionado para esta Modalidad "Desencontrada" donde la niña intenta en repetidas oportunidades interactuar con su mamá, pero ante el fracaso comenzaba a aumentar sus llamados en un primer momento, para luego voltear la mirada y dirigirla hacia otra dirección, alejándose progresivamente hasta que finalmente introducía su mano en la boca y comenzaba a succionar sus dedos. Esta actividad auto-sensual le permitía calmarse, a costa de un riesgo mayor de relegamiento frente a un ambiente que no podía responder a sus demandas.

Del material obtenido en las entrevistas, se destacó que la noticia del embarazo fue recibida con malestar en estas madres, lo que podría ser indicador de una cierta ambivalencia hacia la idea de tener un hijo; ya que, si bien esto no estaba en sus planes, no implementaron los cuidados necesarios para evitar que ocurriera. En consecuencia, el estado emocional de las madres durante el embarazo fue angustioso, de tristeza, malestar e inquietud. En referencia a los aportes de Oiberman (2005), se puede suponer que los sentimientos negativos o de malestar pueden influir en las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como también en la vinculación. En esta modalidad, las madres presentaron ciertas dificultades para imaginar al bebé durante el embarazo, para fantasear acerca del aspecto y el futuro de su hijo. En términos de Winnicott (1958/1999), se puede suponer que estas madres habrían tenido dificultades para desplegarla preocupación materna primaria, que les posibilita identificarse con su bebé, y posteriormente descifrar y leer el gesto espontáneo del mismo. No se habría producido el incremento en cantidad, riqueza y especificidad de las representaciones sobre el futuro bebé (Stern, 1997). Aquellas madres que pudieron imaginar a sus hijos, lo hicieron a partir de asignarle un sexo. En este sentido, se puede hipotetizar que la asignación de un sexo puede remitir a una figuración de características más generales acerca del bebé, ya que todos los recién nacidos se incluirán inevitablemente en el sexo masculino o femenino. Sin embargo, la posibilidad de fantasear acerca del aspecto físico, de ciertos rasgos faciales, del temperamento, del parecido del bebé con algún familiar, posibilitaría que el bebé sea incluido en la historia de la madre, la pareja y la familia. Como sostienen Brazelton y Cramer (1993), los padres suelen asignarle al hijo aspectos de su propia psiquis, así como características de familiares, lo que puede contribuir u obstaculizar el vínculo con ese hijo.

En esta Modalidad Vincular "Desencontrada" frente a las primeras imágenes ecográficas, las madres solo percibieron el interior de su propio cuerpo, el feto fue apreciado como una parte de su organismo, sin que pudiera ser discriminado como un ser separado. Estas madres tuvieron dificultades al momento de asignarle un significado a los movimientos fetales durante el embarazo, y la conducta del feto fue interpretada como respuestas del cuerpo materno frente a estimulaciones específicas, incluso siendo

confundido con sensaciones estomacales y ruidos intestinales. Esta dificultad para reconocer al feto y para asignarle una significación a los movimientos del mismo podría ser interpretada en función de los aportes de Brazelton y Cramer (1993), acerca de la percepción del feto como un individuo diferente y separado, que tiene sus propios ritmos, movimientos y niveles de actividad. En esta modalidad vincular, no se evidenció el pasaje de la frase "estoy embarazada", donde la referencia está puesta en la propia madre, a la expresión "voy a tener un hijo", lo que supone que la madre ha podido reconocer al feto en crecimiento como separado de sí misma, siendo esta expresión la que da cuenta de los momentos iniciales de la vinculación ya que se trata de dos individuos separados. A pesar del rechazo inicial ante la idea del embarazo, en esta modalidad vincular, las madres reorganizaron el hogar y prepararon los elementos necesarios para recibir al bebé. Al decir de Gutton (1987), podría tratarse de actividades maternas de carácter operatorio de escasa actividad libidinal.

En esta Modalidad Vincular, las madres vivenciaron el momento del parto como agradable, ya que no experimentaron preocupaciones por el nacimiento prematuro y/o con complicaciones y confiaban en la evolución favorable del bebé. Arnold et al. (2013), postulan que los padres primerizos suelen enfrentar esta situación confiando en el equipo médico y quizás protegidos psicológicamente por la inexperiencia de atravesar por un nacimiento "normal" a término. Se podría considerar que las respuestas de las madres de esta modalidad están en relación con lo señalado por Arnold ya que en la mayoría se trató del primer hijo. Sin embargo, también habría otros elementos que pudieron influir tales como la dificultad de las madres para conectarse con el riesgo de muerte y/o secuelas en el que se encontraban sus hijos. La estadía de sus hijos en la terapia neonatal fue vivenciada por las madres de esta modalidad como un periodo de aprendizaje, en el que aprendieron de los médicos y enfermeros sobre el cuidado y la atención de sus bebés. A partir de lo señalado por Fava Vizziello, Bricca y Cassibba (1993), el periodo de la internación les habría permitido a las madres alcanzar una mayor comprensión del infante, útil para el manejo del mismo en el hogar. Esta necesidad de aprender técnicas y cuidados especiales para ese hijo, también puede remitir a un sentimiento de inadecuación en estas mamás, un sentimiento de que su hijo es extraño y anormal, por lo que tendrían dificultades para identificarse con ellos y responder a sus necesidades.

Es de destacar, que, en los primeros encuentros con el bebé real, las madres de esta Modalidad "Desencontrada" reconocieron en el niño aspectos físicos y del temperamento semejantes al padre y a la familia paterna. Estos resultados no coinciden con lo expuesto por Stern (1997), quien afirma que después del nacimiento, y hasta los tres meses, la madre suele ver al bebé parecido a ella. La discordancia con lo postulado por Stern remitiría al nacimiento prematuro, ya que la repentina interrupción del embarazo por el nacimiento antes de término, podría haber incidido en las representaciones de las madres, quienes no habrían podido aún reorganizar las mismas e imaginar a sus hijos parecidos a sí mismas. Esto podría traer aparejadas dificultades en la vinculación, ya que como señala el autor, el despliegue del narcisismo materno contribuye a que la madre perciba aspectos propios en su hijo y se favorecen los lazos afectivos con

el mismo. La tendencia señalada en las madres de esta modalidad, de cuidar a sus bebés de manera operatoria (Gutton, 1987), también se puso en evidencia ante las situaciones de irritabilidad de los infantes, frente a las cuales las madres recurrían exclusivamente a la satisfacción de la necesidad física (hambre, sueño, dolor) como estrategia para consolar a sus hijos, dejando de lado la conexión emocional en ese momento. La percepción de las necesidades del infante circunscriptas al plano biológico, que requieren de acciones ejecutadas con precisión y eficacia, parecerían incidir también en el modo en que se interpretaron las dificultades en la lactancia de estos bebés. Las madres verbalizaron que las mismas se debían exclusivamente a la condición de alto riesgo, sin preguntarse si podían existir otros factores, como la vinculación, la propia disposición para alimentar al bebé, que incidieran en las dificultades en la lactancia.

Finalmente, en esta modalidad las madres verbalizaron no haber atravesado por alguna situación preocupante en el transcurso del año previo al embarazo y el nacimiento. Esto permite realizar dos suposiciones. En primer lugar, que la vinculación no se habría visto influida por acontecimientos externos conflictivos. En segundo lugar, que las madres pudieron haber vivido situaciones conflictivas, pero no pudieron tomar conciencia de las mismas, aunque éstas podrían haber repercutido luego en la vinculación con el bebé. Sería necesario realizar una ampliación del estudio para poder dar respuesta a este interrogante.

A modo de síntesis, para pensar esta Modalidad Vincular "Desencontrada" se podrían tomar las palabras de Tustin (1990/2006), quien sostiene que en las dificultades vinculares se produce un interjuego de tres elementos: una madre que no pudo estar con su bebé como habría querido, un bebé particularmente sensible que no pudo tolerar ciertos grados de frustración que otros bebés habrían podido enfrentar, y un padre que no pudo funcionar como respaldo de la madre y su hijo.

Por su parte, la Modalidad Vincular 2 "Sintonizada" se elaboró a partir de aquellas díadas que lograron establecer intercambios conductuales y emocionales satisfactorios durante el primer año de vida del infante, lo que se observó durante la internación en UCIN como en los controles médicos posteriores. Si bien estas díadas presentaron este tipo de vinculación, cabe suponer que también experimentaron el nacimiento prematuro y la internación del bebé como un acontecimiento perturbador que podría haber impactado en las interacciones. Sin embargo, lo distintivo en las díadas que dieron origen a esta modalidad, es que lograron sobreponerse a lo imprevisto de la situación, y establecieron una vinculación satisfactoria para ambos miembros. A pesar que los primeros encuentros tuvieron lugar en el ambiente de la terapia neonatal, las madres y sus bebés consiguieron mantener un intercambio afectivo-conductual amplio y enriquecedor como sostiene Santos (2010). Los resultados de la presente investigación coinciden con esta afirmación, ya que claramente una cantidad considerable de díadas lograron interacciones satisfactorias, con cualidades específicas y diferentes. En este sentido, que las interacciones sean exitosas o con dificultades, podría estar determinado, en cierto modo, por cómo los padres han vivido la prematurez y/o la patología, así como por la experiencia de la internación de sus hijos.

Resulta interesante destacar, que para los infantes de esta modalidad vincular, el contacto físico, piel a piel con sus madres consiste en la forma básica de interacción durante la UCIN. Esto condice con lo expuesto por Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993), respecto a los bebés prematuros suelen comunicarse de manera más activa por medio de la motricidad. En cambio, las madres no solo recurrieron al contacto corporal, sino que también incluyeron las miradas, y en menor medida el lenguaje verbal, como recursos para interactuar con sus hijos durante la internación. Tal como lo demostró Arnold et al. (2013), para los padres de recién nacidos internados en una UCIN, tocar y sostener a sus hijos dio lugar a una inmediata conexión con ellos. Además, esta observación está en coincidencia con lo señalado por Hoffman (2008), acerca de la importancia, en los primeros momentos de vida, del contacto físico para la vinculación. Se puede inferir, que las madres de esta Modalidad "Sintonizada" lograron superar la primera etapa de temores frente al nacimiento y la internación de sus hijos, para dar lugar a una etapa posterior de estimulación de los mismos (Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello, 1993). Tal como lo afirma Nikodem (2009), a medida que las madres alcanzan una mayor comprensión de la prematurez y de la patología de sus bebés, pueden encontrar los modos más adecuados de interactuar con ellos, favoreciendo un intercambio afectivo-emocional positivo. En la presente investigación, se trataría de díadas que han aprendido a relacionarse en una situación diferente a la esperada, en este contexto particular donde las interacciones estarán mediatizadas por elementos técnicos como respiradores, sondas, monitores.

Durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento, estas díadas utilizaron diferentes canales de comunicación para interactuar, lo que permite afirmar tomando los términos de Stern (1997), que se trataría de interacciones saludables porque son más sutiles y varían de un tema a otro con fluidez. Retomando también los aportes de Fava Vizziello, Zorzi y Bottos (1993), se puede considerar que se trataría de interacciones satisfactorias, donde las madres investirían a sus hijos con placer, percibiendo las necesidades de los mismos y adecuándolas a su nivel de desarrollo; habrían podido interpretar las señales de los bebés y darles un significado, favoreciendo la autonomía y creatividad de sus hijos. Por su parte, los niños podrían explorar el mundo y las interacciones con placer, mostrando numerosos intereses e investimentos.

Por otra parte, durante los controles en el Consultorio de Seguimiento, se pudo observar que algunas madres de esta modalidad actuaron con mayor insistencia para contactarse con sus hijos, obtener respuestas por parte de los mismos e incitarlos a participar en la interacción. Por momentos, la actitud materna se posicionó en un lugar central, conduciendo en mayor medida la comunicación, y opacando las posibilidades del niño de desplegar su iniciativa. Este hallazgo estaría en relación con las características de los niños prematuros, ya que como afirman Kreisler y Soulé (1990), los mismos suelen estar menos dispuestos a la interacción, lo que contrasta con una conducta hiperactiva e intrusiva por parte de las madres que suelen aumentar la evitación de los niños. Sin embargo, en la presente investigación se encontró que en los momentos que las madres interrumpieron las propuestas conductuales, los infantes lejos de incrementar su

pasividad, solían aprovechar la oportunidad para iniciar ellos la interacción. La conducta de iniciativa de estos infantes constituye, tal vez, un hallazgo en relación con los resultados obtenidos por otros investigadores en bebés de alto riesgo y prematuros. De esto surge el interrogante acerca de los efectos a largo plazo que podría tener en las iniciativas de los infantes, la conducta materna hiperactiva y con características de intrusividad, aun cuando los niños pueden iniciar por momentos las conductas interactivas.

En esta modalidad, las díadas desplegaron su sensibilidad, lo cual, al decir de Cerezo, Trenado y Pons-Salvador (2006), supone que esta sensibilidad se traduce en interacciones concurrentes, acompasadas y oportunas. En esta investigación se halló que en la Modalidad Vincular "Sintonizada", las díadas desplegaron intercambios constantes. Tanto los infantes como sus madres adoptaron una actitud activa en la comunicación, incentivándose mutuamente, lo que contribuyó a que la misma se mantuviera en el tiempo. Retomando los aportes de Brazelton y Cramer (1993), existiría una contingencia en las interacciones de la díada, entendida como la percepción de los signos del otro, la decodificación de los mismos y la realización de respuestas adecuadas a ellos. En este sentido, se trató de madres que fueron sensibles a la capacidad de sus hijos de prestar atención y a la necesidad de éstos de retraerse, durante algunos segundos, luego de atender durante un periodo de tiempo. Las madres también redujeron su propia actividad para adecuarla a las necesidades del bebé, ajustando y acompasando sus respuestas a los indicios proporcionados por los bebés. Las madres guiaron a sus hijos en la interacción, mostrándoles cómo prolongar las conductas, por ejemplo, frente a un sonido del bebé, ellas respondieron con palabras y/o sonidos que él podía imitar. La madre y su bebé se ajustaron a la intensidad, al ritmo y a la duración de las conductas del otro. A medida que los miembros de la díada interpretaron las señales y comenzaron a prever las respuestas del otro, las interacciones se organizaron en secuencias prolongadas en el tiempo, donde si uno comenzaba la interacción de un modo, el otro tendía a responderle del mismo modo. Al decir de Winnicott (1962/2002), se trataría de madres que pudieron reconocer la importancia de la continuidad del medio ambiente humano y no humano, de la estabilidad, que permite al bebé sentir que el comportamiento de la madre es predecible y favorecerá el despliegue de su creatividad.

Es interesante mencionar que en esta modalidad vincular en las que se observaron interacciones satisfactorias entre la madre y el infante, estas interacciones no resultaron ser sincronizadas y recíprocas durante todo el tiempo de observación. Es decir, que no se observaron respuestas adecuadas de parte de la madre o el bebé a la totalidad de las conductas propuestas por el otro miembro de la díada. Por el contrario, siempre que se presentaron momentos de desajuste, ya sea a nivel corporal, verbal, visual o del sostén, en la mayoría de las oportunidades fueron corregidos garantizando la continuidad de la interacción. En este sentido, se coincide con lo expuesto por Duhalde et al. (2008), quienes afirman que lo más frecuente es que los encuentros sincrónicos ocurran sólo en pequeñas porciones del tiempo de interacción. Los desencuentros son frecuentes en la interacción diádica frente a los cuales se puede presentar la corrección como parte de un

proceso mutuamente regulado. Esta afirmación da por tierra con una concepción idealizada de la interacción, así como de las capacidades "idealizadas" de la madre. En este sentido, Brazelton y Cramer (1993), también afirman que la interacción es un proceso en el que se producen ciclos de participación y de cese de participación. Una interacción sana debe ser flexible, cuando por el contrario es demasiado predecible o rigurosamente ajustada, podría haber quedado detenida en algún punto.

Se puede considerar que las díadas que establecieron esta Modalidad Vincular "Sintonizada" han sido capaces de establecer un entonamiento (Stern, 1997), es decir que comparten un estado afectivo que se traduce en conductas diferentes, donde el bebé se siente acompañado por la madre, pero no se obtura su iniciativa ni se confunde con ella. Estas madres habrían podido establecer un contacto emocional con sus hijos, lo que le permite al niño comprender que el otro comparte sus estados emocionales. El estilo de vinculación adoptado en esta modalidad, al decir de Gutton (1987), contribuye a que la pareja madre-hijo alcance un equilibrio mutuamente satisfactorio en la relación.

Respecto del material recolectado en las entrevistas, se puede destacar que las madres que conformaron esta modalidad tuvieron dificultades para reconocer los cambios en su cuerpo y en su estado de ánimo como indicadores de un embarazo. Se podría inferir que a estas mujeres les habría resultado dificultoso contactarse con el propio cuerpo cambiante, descripto por Brazelton y Cramer (1993), como la primera etapa en el proceso del embarazo. No obstante, una vez obtenida la confirmación médica del mismo, ellas habrían iniciado el proceso de identificación con el feto en crecimiento, lo que se traduciría en la felicidad que experimentaron ante la noticia y la adherencia a las indicaciones médicas. Esta creciente identificación con el feto en crecimiento, que en términos de Winnicott (1958/1999), daría cuenta del despliegue progresivo de la preocupación materna primaria, podría haber influido en el estado de ánimo de las madres durante el embarazo de riesgo, descripto por ellas como penoso. Se podría inferir que a medida que se desplegaba esta actitud afectiva propuesta por el autor, estas madres centraban principalmente sus intereses en el feto, por lo que, ante las complicaciones en el embarazo y el riesgo de parto prematuro, experimentaron un ánimo penoso como resultado de la mayor conexión emocional con su hijo en crecimiento. Tal como señalan Brazelton y Cramer (1993), durante el embarazo, la mujer ya se ha preocupado en su mente por los eventuales problemas que puede presentar su hijo, como puede ser un nacimiento prematuro o con dificultades. En las madres de esta modalidad vincular, estos temores podrían haber sido reforzados por las amenazas reales respecto de la evolución y el estado de salud del bebé, contribuyendo a incrementar el malestar, la ansiedad y las preocupaciones.

Retomando las conceptualizaciones de Winnicott (1971/1987), se podría afirmar que la disposición de las madres de esta Modalidad Vincular "Sintonizada" para identificarse con el feto en crecimiento durante el embarazo, habría repercutido en la posibilidad de imaginar a sus hijos durante la gestación, describiendo imaginariamente cómo creían que sería el bebé, asignándole aspectos propios de la familia. A este bebé imaginado durante el embarazo (Lebovici, 1985), se le atribuirá un destino

transgeneracional, un nombre, un sexo y un futuro en función de las expectativas maternas, familiares y de la propia historia.

Tal como afirman Brazelton y Cramer (1993), las imágenes de las ecografías inauguran una nueva etapa en la relación madre-hijo, dado que la madre puede ahora identificarse con ese feto en crecimiento, empieza a percibir a su hijo como un individuo diferente y separado. Esta afirmación coincide con los resultados de la presente investigación, ya que las madres de esta modalidad vincular reconocieron al feto como un ser concreto, con ciertos indicios de separación y autonomía a partir de las ecografías. Además, las madres interpretaron los movimientos fetales en términos de acciones intencionales, que respondían a sus incipientes preferencias, a su temperamento. La atribución de significados a la conducta del feto, supone que se le adjudican aspectos que pertenecen al propio yo materno, lo cual es la base para el despliegue de la empatía, el sentimiento de pertenencia y la vinculación (Brazelton y Cramer, 1993).

En esta Modalidad Vincular "Sintonizada", la experiencia del parto fue vivenciada por las madres como agradable, debido a que no experimentaron dolores muy fuertes y se sintieron bien atendidas por los profesionales. Se podría inferir que, para estas madres, aun cuando las condiciones que rodearon al nacimiento probablemente fueron diferentes a lo esperado, a lo fantaseado por ellas y sus parejas, y el nacimiento fue vivenciado como una crisis, éste no habría impactado de manera negativa en ellas. Esto coincide con lo señalado por Oiberman (2008), quien afirma que el modo en el que se atraviese por esta crisis, estará en función de la historia personal de la madre, su personalidad, su situación conyugal, familiar y social, las características del bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia. El modo en que las madres describieron la experiencia del parto permite suponer que habrían experimentado en menor medida ansiedad y sentimientos depresivos, lo cual habría incidido en disminuir, según las investigaciones de Obeidat et al. (2009), el riesgo de dificultades en el proceso de vinculación. La vivencia del parto tal como la refirieron las madres de esta modalidad no implicaría una dificultad para contactarse con el riesgo en el que se encontraban ellas y/o el recién nacido, ya que sintieron aprensión ante la posibilidad de futuras complicaciones en el desarrollo de sus hijos a corto y a largo plazo, como también vivenciaron intensos temores ante el posible fallecimiento de sus hijos debido a las complicaciones en el parto o a la vulnerabilidad del niño.

También se podría hipotetizar que la respuesta ante la crisis que representa el nacimiento prematuro y/o con patología estaría influenciada por el hecho de que estas madres contaron con el acompañamiento del padre del bebé durante el embarazo, el parto y la internación. En este sentido, la "envoltura protectora" (Winnicott, 1958/1984), generada por la pareja habría contribuido a que las madres se sintieran ayudadas, acompañadas y sostenidas durante el momento del parto, desentenderse de los peligros externos, para concentrarse en la preocupación maternal y la vinculación inicial. A su vez, también se podría hipotetizar que las madres de esta modalidad habrían podido desplegar una relación de confianza y seguridad con los profesionales médicos y de enfermería durante el embarazo y los momentos previos al parto. Como señalan Kreisler y Soulé

(1990), estos profesionales deben contribuir a que las madres superen el sentimiento de que sus hijos son extraños, anormales y frágiles, trabajando para desculpabilizar y tranquilizar a las madres. Esto se habría mantenido luego del nacimiento, durante la internación del recién nacido en la UCIN, ya que las madres de esta modalidad vincular vivenciaron la experiencia de cuidar a sus hijos en la UCIN como un periodo de aprendizaje, que les permitió adquirir conocimientos acerca del manejo del bebé, sintiéndose acompañadas por los profesionales. En este sentido, tal como sostiene Lefrak y Houska Lund (1973/2001), el personal de enfermería en la UCIN habría contribuido a promover el desarrollo y minimizar los efectos de la enfermedad, del nacimiento prematuro, así como de la separación de los padres. La asistencia que recibieron las madres permitió que empezaran a conocer y apreciar a sus hijos dentro de ese contexto altamente tecnológico y favoreció así el proceso de vinculación en este periodo de crisis.

En los primeros encuentros con los recién nacidos, las madres de esta modalidad percibieron en los mismos aspectos físicos o del temperamento propios de la familia paterna, así como aspectos de la familia materna. Como señala Stern (1997), en el momento del nacimiento, al encontrarse con el hijo en sus brazos, la madre comienza a construir nuevas representaciones sobre ese bebé real, especialmente en base al sexo, su temperamento y sobre su futuro, que incidirán en la relación que se establezca con él. Se podría suponer que la atribución de rasgos de la familia materna y paterna repercutió de manera positiva en el proceso de filiación de los infantes de esta modalidad vincular, en quienes se reconocieron aquellas marcas que particularizan a los miembros de la familia y los distinguen de los de otras. La inscripción en el linaje familiar posibilitaría la vinculación de las madres con sus hijos, en los que se reconocen aspectos propios y del padre. Los resultados de la presente investigación podrían interpretarse a partir de lo señalado por Bruschweiler-Stern (2009), acerca de que la madre podrá apropiarse de su bebé, reconociéndolo como un nuevo miembro de la familia, a partir de asignarle similitudes físicas y comportamentales reconocidas en otros integrantes de la misma.

Durante las entrevistas, las madres a partir de las cuales se originó esta modalidad vincular interpretaron las dificultades en la lactancia como motivadas por características propias de estos bebés (su condición de alto riesgo y/o su temperamento), así como por la poca competencia de ellas para alimentar al bebé mediante el pecho. Este resultado permitiría reflexionar acerca de la posibilidad de las madres de reconocer características propias de sus hijos ligadas la inmadurez y/o la patología que presentaban, pero también pondría en evidencia que las madres se interrogaron acerca de su capacidad para reconocer las necesidades de estos infantes y responder adecuadamente. Este último aspecto podría ser pensado como una marca que podría haber dejado el nacimiento con complicaciones y la internación en la vinculación madre-hijo en estas díadas. Tal como exponen Kreisler y Soulé (1990), las madres de bebés de alto riesgo suelen sentirse “insuficientes” para mantener con vida y atender a esos hijos, lo que podría haber originado, en esta modalidad vincular, la percepción de las dificultades en la lactancia como consecuencia de su inadecuación o impericia.

En esta modalidad vincular, los infantes se irritaban ante las necesidades insatisfechas, frente a lo cual las madres los satisfacían, pero también recurrían a la interacción como un modo de apaciguarlos. Esto coincidiría con lo expuesto por Brazelton y Cramer (1993), ya que cuando las madres logran identificar la causa del llanto se sienten reforzadas en su rol y las interacciones están teñidas de menos ansiedad. En esta misma línea, Fava Vizziello, Zorzi y Bottos (1993), consideran que, en las interacciones satisfactorias, la madre puede percibir e interpretar las necesidades del niño y darles un significado. Esto supone que en esta modalidad vincular, no solo habría estado presente la satisfacción de las necesidades, sino que también se habría producido un investimento libidinal de las actividades de alimentación y cuidado del cuerpo de los bebés, lo que contribuiría a su desarrollo físico y emocional.

Otro aspecto interesante, que podría haber contribuido al establecimiento de una Modalidad Vincular "Sintonizada", estaría referido a la relación afectuosa que estas madres mantuvieron con sus propias madres, caracterizada por la cercanía y la confianza lo que se puso en juego al transitar por situaciones angustiantes como el nacimiento del bebé prematuro y/o con una patología neonatal y la internación. Numerosos autores (Brazelton y Cramer, 1993; Oiberman, 2008; Mass et al., 2012), afirman que el vínculo madre-hijo se verá influido por numerosos factores, entre los que se destacan la relación de la mujer con su propia madre y los problemas maternos en la propia infancia. Brazelton y Cramer (1993), sostienen que las propias experiencias de la mujer de ser abrazada, mecida, por identificación formarán parte de sus conductas en la adultez. En base a estas afirmaciones, se podría inferir que la relación afectiva mantenida con la propia madre habría contribuido a que las madres de esta modalidad pudieran desplegar un vínculo satisfactorio con sus propios hijos, quizás en un intento inconsciente de duplicar esa relación infantil con la propia madre. Finalmente, en esta modalidad vincular las madres refirieron haber experimentado preocupación durante el último año, relacionado con la salud o la muerte de un familiar cercano. En base a los aportes de Oiberman (2005), estas situaciones angustiantes podrían haber influido en las complicaciones durante el embarazo y el nacimiento del bebé, pero no así en la vinculación ya que estas díadas lograron establecer una vinculación satisfactoria para ambos miembros de la díada durante el primer año de vida.

En la tercera modalidad, denominada Modalidad Vincular "Dual" se pudieron distinguir dos situaciones o fenómenos diferentes en la vinculación de las díadas a lo largo del primer año de vida. Esta posibilidad de detectar variaciones en cuanto a la vinculación condice con lo señalado por Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993), quienes hallaron que las modalidades interactivas son muy inestables durante los primeros meses de vida, estando más relacionadas a situaciones reactivas que a la condición orgánica del niño y la estructura de personalidad de los padres. Estos autores afirman que a partir de los nueve meses aproximadamente, estos factores devienen más determinantes de la modalidad interactiva, que tiende a permanecer a lo largo de los años dando lugar a un estilo de relación. En este sentido, en la presente investigación se considera que la dualidad destacada en esta modalidad podría estar asociada a las condiciones en que se

produjo el nacimiento y la posterior internación, que podría incidir en las interacciones iniciales, las cuales luego se irán estabilizando y darían lugar a un estilo particular de vinculación al finalizar el primer año de vida. En este sentido, se podrían distinguir diadas que al final del primer año de vida, establecieron una vinculación satisfactoria, de otras en las cuales la vinculación estuvo caracterizada por el distanciamiento y las fallas en la comunicación.

La situación 1 definida en esta modalidad, hace referencia a díadas que mantuvieron intercambios conductuales frecuentes y satisfactorios durante la estadía del infante en la UCIN. Se trataría de una comunicación no verbal entre la madre y el bebé, que se basa en una percepción "extrasensorial" o "casi telepática" al decir de Spitz (1965/2003). Durante la internación, en función de lo postulado por Bruschweiler-Stern (2009), se puede suponer que las conductas de los bebés habrían funcionado como un disparador para la vinculación y la comunicación. Las madres recibieron el mensaje de sus hijos, interpretándolo en términos del interés, de cercanía y percibieron a sus hijos como un interlocutor con quien comunicarse, lo que dio lugar a interacciones satisfactorias. Se produjo entonces un momento de encuentro entre ambos, en el cual los infantes privilegiaron los intercambios corporales mientras que las madres iniciaron tanto conductas corporales como visuales, y en menor medida verbales.

Sin embargo, luego del alta y en el transcurso del primer año de vida, se observó que estas interacciones se reducían en frecuencia, aparecían desencuentros en el canal de comunicación privilegiado y las interacciones se interrumpían con rapidez. En esta situación 1 descripta, las díadas fueron empobreciendo su estilo de vinculación durante el primer año de vida, tal como se pudo observar en el Consultorio de Seguimiento. La conducta materna, durante los controles en el Consultorio de Seguimiento, que no lograba adecuarse a las señales del bebé podría relacionarse con lo que plantean Cerezo, Trenado y Pons-Salvador (2006), quienes sostienen que las madres cuando se ven invadidas por estados emocionales negativos, por ejemplo ligado a la aparición de dificultades en el desarrollo, afectan su capacidad de atención y de procesamiento de las señales de su hijo, conduciendo a la ejecución de conductas inoportunas, asincrónicas e insatisfactorias.

En esta situación, las díadas parecían quedar atrapadas por el contexto del Consultorio de Seguimiento en el que se producía la vinculación. Las madres respondían predominantemente a las intervenciones de los médicos, sin contemplar las manifestaciones del estado emocional del bebé cuando éstos lloraban, balbuceaban, sonreían; las madres se apresuraban en cumplir con las indicaciones de vestir o desvestir a sus hijos, de ubicar el cuerpo del niño en distintas posiciones, desentendiéndose de las señales emitidas por su hijo. Retomando los aportes de Gutton (1987), se podría pensar que el hijo no sería objeto de deseo sino de actividad; las madres considerarían que deben responder a las exigencias biológicas o ambientales sin poder representarse a ese hijo ni a la relación con él. Se trataría de cuidados maternos de carácter operatorio, es decir, de una manera de ocuparse del bebé carente de actividad libidinal. Es decir, la madre lleva a cabo de manera eficaz todas las tareas para atender las necesidades físicas del bebé, pero sin poder investir emocionalmente su cuidado (Gutton, 1987). Estas madres se comportan

como creen que debe ser, pero sin la autenticidad de los investimentos maternales (Kreisler y Soulé, 1990). En este sentido, se podría inferir, tomando los aportes de Fava Vizziello, Zorzi y Bottos (1993), que la madre inviste una o varias funciones del bebé de manera privilegiada en búsqueda de buenos desempeños de parte de éste, quien es considerado como fuente de satisfacción narcisista, sin considerar sus tiempos ni necesidades. El niño encontraría así más placer en la aprobación de la madre que en la exploración del mundo y en el encuentro emocional.

Se podría hipotetizar, que los cambios en la vinculación estarían influidos por dos circunstancias. La primera estaría en relación a la aparición de dificultades en el desarrollo de estos infantes. A medida que transcurre el desarrollo de estos bebés, las madres ante el reconocimiento progresivo de las dificultades durante el primer año de vida, habrían recurrido a actividades de carácter operatorio en un intento de preservar la interacción, ya que como sostiene Gutton (1987), la actividad fantasmática de la madre puede verse conmocionada por la enfermedad de su hijo y se transforma en enfermera como un modo de reestructurarse frente a la enfermedad del mismo. Se trataría de aquellas díadas en las que en numerosas evaluaciones se pusieron en evidencia las complicaciones de estos infantes al momento de avanzar en el desarrollo, aun cuando alcanzaron un desarrollo adecuado al finalizar el año de vida. Esto podría ser interpretado a partir de lo señalado por Stern (1997), quien sostiene que cuando se trata de un bebé con un retraso importante en el desarrollo, esta situación impide a los padres representarse a su hijo en el futuro, se ven invadidos por la incertidumbre, lo que podría incidir sobre la interacción.

La otra circunstancia que podría haber incidido parecería estar más ligada al contexto familiar y social en que se desplegó la vinculación luego del egreso de la UCIN. En aquellos infantes que no se presentaron dificultades en el desarrollo, se puede hipotetizar que el empobrecimiento en las interacciones estaría influido por el ambiente del hogar, caracterizado en especial por conflictos familiares, de pareja, ausencia de apoyo de la madre por parte de la familia en la crianza del bebé. En este sentido, en palabras de Winnicott (1971/1987), las díadas de esta situación no habrían contado una vez en el hogar con una envoltura, generada por la pareja, la familia más amplia y la sociedad, que las sostuviera y les permitiera a las madres desplegar una disponibilidad hacia sus hijos, concentrándose en ellos y desentendiéndose de todo lo externo.

Por otra parte, se podría inferir que en las díadas que conformaron esta situación el momento en que el bebé fue dado de alta de la UCIN luego de una prolongada internación, representó un acontecimiento de gran impacto para los padres, en el que se pusieron en juego una multiplicidad de sentimientos: temor por ese bebé que tendrían a su cuidado y al que todavía percibían como vulnerable, ansiedad y dudas respecto de su desempeño como cuidadores (Pose, 2004). Esto podría haber incidido en la vinculación en el hogar, ya que como señala Pose, el vínculo con este bebé puede quedar marcado por la fragilidad y la vulnerabilidad con la que será percibido por estos padres en el futuro. Estos sentimientos pueden obstaculizar el despliegue de fantasías y el investimento libidinal de ese bebé, dando lugar a cuidados de forma operatoria. En relación a esto, el modo en que los padres vivan esta situación de crisis dependerá en gran medida de la red

de sostén con la que cuenten, lo que les permitirá adoptar una posición más activa frente a lo imprevisto y relacionarse con ese hijo. A partir de lo expuesto, se puede inferir que, en la presente investigación, el momento del egreso de la UCIN habría impactado de manera significativa en el proceso de vinculación de las díadas que conformaron la situación 1 de la Modalidad Vincular "Dual", dado que estas mantuvieron interacciones satisfactorias durante la internación, pero luego se empobrecieron en el hogar.

Por el contrario, la situación 2 que se presentó en la Modalidad "Dual", como se mencionó previamente, está caracterizada por interacciones poco frecuentes e insatisfactorias durante la internación en la UCIN, seguidas de un incremento de las interacciones luego del alta y una creciente satisfacción en los miembros de la díada a lo largo de los controles médicos en el Consultorio de Seguimiento. Se puede señalar que en esta situación existirían en un primer momento, impedimentos para lograr un encuentro conductual y emocional durante la internación del bebé, al decir de Lebovici (1985) habrían existido dificultades en estas madres para adaptarse al bebé real. De la misma manera, esta situación inicial por la que atravesaron las díadas puede entenderse en función de lo postulado por Brazelton y Cramer (1993), quienes mencionan que cuando el hijo presenta algún defecto físico visible, una enfermedad o es prematuro, la discordancia entre el bebé imaginario y el real es mayor, por lo que pueden presentarse dificultades en el vínculo.

Las complicaciones que se observaron en los primeros momentos de encuentro madre-bebé internado, parecerían estar referidas en particular al contexto de la internación. Tal como afirma Pose (2004), la experiencia vivida por las madres en la UCIN, los sentimientos y las fantasías que experimentaron, dejarían marcas que pueden influir en el vínculo con ese hijo. Considerando lo expuesto por Nikodem (2009), también se podría hipotetizar que las madres de esta situación, se habrían sentido responsables del nacimiento antes de tiempo y de la enfermedad del bebé, lo que aumentaría el miedo y la inseguridad al momento de encontrase con el bebé en UCIN e incidiría en el proceso de vinculación. A esto se agrega, el encuentro con un recién nacido que puede resultar difícil para los padres, ya que suelen estar despiertos menos tiempo, pasan mucho tiempo llorando o gritando, son más difíciles de calmar, suelen estar menos alerta y responden menos a los estímulos que un bebé a término (Brazelton y Cramer, 1993).

En las díadas que configuraron esta situación, durante la estadía en la UCIN, las madres priorizaron la mirada dirigida a los bebés por sobre los contactos con el cuerpo de los mismos. Mientras que, para los infantes, el contacto físico representaría el primer canal de comunicación con sus madres, tal como lo afirma Hoffman (2008). Sin embargo, luego del alta de la terapia neonatal estas díadas recurrieron a diferentes canales de comunicación, enriqueciendo así la vinculación. Esto condice con lo expuesto por Obeidat et al. (2009), ya que a medida que se establece un patrón de interacciones mutuamente provechosas y sincronizadas, el niño podrá desarrollarse de manera segura, se logrará un cuidado eficaz y un verdadero vínculo madre-hijo.

En la progresión positiva de las interacciones que se evidencia luego del alta en los controles en el Consultorio de Seguimiento, se puede suponer que las díadas habrían requerido de más tiempo, así como del ambiente familiar y contenedor del hogar, para establecer interacciones mutuamente provechosas y afectuosas. Las madres habrían necesitado de un tiempo más prolongado para realizar el proceso de duelo por el hijo y el parto soñado. Progresivamente, las díadas de esta modalidad que mejoraron sus interacciones a lo largo del primer año de vida, se fueron encontrando y relacionando, especialmente cuando las madres lograron comprender los estados y capacidades cambiantes de ese hijo real. Esta afirmación coincide con lo planteado por Pose (2004) acerca de la importancia del proceso de duelo por el que deben atravesar los padres frente al nacimiento de un hijo prematuro y/o con patologías neonatales. Es importante destacar que estas díadas habrían ido regulando mutuamente la interacción, proponiendo diversos contactos y ajustando los mismos en función de las respuestas del otro miembro. En esta situación también se observaron secuencias prolongadas de interacción, las cuales estarían en relación con la reciprocidad, que supone que la conducta de cada miembro de la díada influye sobre el otro generando cambios afectivos en ambos, una mutualidad y una regulación mutua. En referencia a esto, Oiberman (2008), asevera que la reciprocidad sostiene la interacción y permite que la sucesión de conductas se transforme en un acto comunicativo.

En las díadas de la situación 2 dentro de la Modalidad Vincular "Dual", el egreso de la terapia neonatal parecería haber repercutido de manera favorable en el proceso de vinculación. Esto permite hipotetizar que las díadas habrían contado con la envoltura protectora organizada por las personas que rodean a la pareja madre-bebé (Winnicott, 1958/1999). En algunos casos, la mujer puede satisfacer las necesidades corporales de su bebé, pero no pueden adoptar esta preocupación, adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades de su hijo desde el comienzo de la vida. En las entrevistas realizadas a las madres que originaron esta Modalidad Vincular "Dual" se pudo pesquisar que éstas pudieron imaginar a sus hijos durante el embarazo, fantaseando acerca de los rasgos faciales y corporales de los mismos. Esto permitiría deducir que durante el embarazo se habría desplegado en las madres la constelación maternal (Stern, 1997), que determina un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. Tal como señala el autor, los resultados de la presente investigación demostrarían como el hecho de que los padres de los infantes acompañaran de manera constante a las madres durante el embarazo, el parto y la internación del bebé, permitiéndoles sentirse seguras y contenidas, habría contribuido a la organización de la constelación maternal.

Ante las primeras imágenes ecográficas, estas madres verbalizaron que distinguieron rasgos faciales, de tamaño y movimientos voluntarios que realizaba el feto, que les permitió reconocerlo como un ser diferente, singular y separado de ellas. Los movimientos fetales también fueron considerados como indicadores de una cierta autonomía, y remitían a intenciones, preferencias y al temperamento que le atribuían al bebé. Tal como afirman Brazelton y Cramer (1993), las imágenes ecográficas permiten a la madre identificarse con ese feto en crecimiento, empieza a percibir a su hijo como un

individuo diferente y separado con el cual puede vincularse. Esto habría contribuido a que las madres de esta modalidad pudieran organizar el hogar, proveyéndolo de los elementos necesarios para recibir al futuro hijo.

Resulta interesante mencionar, que estas madres experimentaron el momento del parto como un padecimiento, un acontecimiento dificultoso, cargado de ansiedad y fue sentido como algo impuesto en lo cual no tuvieron participación. En los momentos previos al parto, las madres también temieron por la salud de sus hijos, así como por la propia y estuvieron intranquilas por las futuras complicaciones a las que podían tener que enfrentarse sus hijos. Tal como se mencionó anteriormente, según Pose (2004), la prematurez y/o la patología podrían influir en el modo de acercarse a ese recién nacido y en la posterior vinculación que se establezca con el mismo. Las madres de esta modalidad habrían experimentado elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión (Bruschweiler-Stern, 2009), referidos al temor por el futuro de sus hijos, así como también por el conocimiento de que el primer contacto inmediatamente luego del parto no sería posible. Como señalan Kreisler y Soulé (1990), el embarazo interrumpido antes de llegar a su término, deja a la mujer con un sentimiento de insatisfacción e inadecuación, de no haber podido completarlo; el parto no se produce como se había imaginado y se da cargado de ansiedad. Estas vivencias habrían repercutido en la experiencia de cuidar a sus hijos en la UCIN, la que fue vivida como estresante, cargada de ansiedad y presiones.

Las dificultades en la lactancia de los bebés de la Modalidad Vincular "Dual" fueron interpretadas por las madres cómo una complicación esperable dado su condición de alto riesgo. Estos resultados podrán interpretarse considerando los aportes de Pose (2004), quien sostiene que la aceptación y la comprensión de lo que implica la prematurez y/o la patología permitirá a las madres entender las dificultades del bebé, sin exigirle responder según ritmos que no son los propios. También podría considerarse, que depositar el origen de las dificultades solo en el bebé, mantendría a estar madres protegidas de esos intensos sentimientos de inadecuación e incapacidad que podrían haber experimentado frente al nacimiento y a un hijo diferente a lo esperado. A lo largo de las entrevistas, estas madres verbalizaron que sus hijos solo se irritaban en los momentos que tenían hambre, sueño o estaban sucios. Frente a esto, las madres satisfacían la necesidad, pero también recurrían a la interacción mediante el lenguaje y el contacto corporal como modo de calmar a sus hijos. En función de los desarrollos teóricos de Gutton (1987), se podría considerar que, en general, estas madres habrían decodificado las señales del bebé, adecuándose a la demanda biológica pero también dando lugar a la actividad libidinal. Las madres entrevistadas manifestaron que atravesaron por acontecimientos preocupantes en el año anterior al embarazo y/o el nacimiento del bebé, ligados a conflictos familiares y/o de pareja, o a la salud del bebé. Esto conduce a interrogarse acerca de la incidencia que estos factores podrían tener en los infantes que obtuvieron percentiles debajo de lo esperable en las evaluaciones del desarrollo.

A modo de síntesis, a partir de los elementos que se recabaron en las entrevistas, se podría inferir que las dificultades vinculares que se presentaron en la Modalidad "Dual", en los momentos iniciales o posteriormente en el transcurso del primer año de

vida, estarían en relación a factores externos tales como la internación en la UCIN, las dificultades en el desarrollo de los infantes, o bien los conflictos familiares y sociales en el entorno de las díadas.

Si bien se observaron discrepancias en las tres modalidades vinculares en cuanto a la participación de los bebés durante la interacción en la UCIN, se puede afirmar que en general la intervención de los mismos fue reducida siendo las madres quienes más conductas iniciaron y las que más respondieron. Esto se evidenció en particular en el caso de las conductas visuales, dado que las madres miraron con frecuencia a sus hijos, pero la conducta visual de los mismos fue marcadamente menos frecuente. Esto coincide con los resultados de Raznoszczyk de Schejtman et al. (2004, 2005), en una investigación con niños nacidos sanos, donde encontró que las madres miran a sus bebés casi la totalidad del tiempo de la interacción, mientras que los bebés miran a sus madres solo la mitad del tiempo. Esta observación acerca de la participación de los infantes de la muestra, coincide con lo planteado por Brazelton y Cramer (1993), quienes hallaron que en los primeros meses de vida el adulto siempre es más propenso a iniciar la interacción, así como a elegir el canal por el que tendrá lugar. El estilo particular de cada bebé también parece tener una influencia en este aspecto, ya que como sostiene Esser et al. (1998), algunos rasgos característicos del bebé de alto riesgo, como el pobre contacto visual y la escasez de vocalizaciones, podrían incidir en la interacción.

Las diferencias que se observaron en cuanto a la conducta de los bebés durante la interacción, se condicen con lo expuesto por Hoffmann (2008), ya que no todos los bebés se vinculan de la misma manera desde el nacimiento. La conducta del bebé está condicionada por sus características constitucionales, que incluyen el temperamento o el estilo conductual, que influyen y se ven influidas por el ambiente cuidador y que tendrán incidencia en el futuro de las relaciones interpersonales. Esta afirmación condice con lo postulado por Stern (1997), acerca de la relación temprana asimétrica, lo que se puso en evidencia en la presente investigación ya que durante la internación en la UCIN fueron las madres quienes propiciaron en su mayoría los intercambios en la UCIN, a excepción de los bebés de la Modalidad Vincular "Desencontrada" quienes buscaron de manera intensa establecer interacciones con sus madres durante la internación.

Durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento durante el primer año de vida, en las tres modalidades, las propuestas de los infantes continuaron siendo menos frecuentes (en especial las conductas verbales, visuales y corporales) que las conductas maternas. A pesar de ello, se pudo notar un leve incremento en las conductas iniciadas por los infantes en estos momentos, especialmente en las Modalidad Vincular "Sintonizada", probablemente de la mano de la maduración y el desarrollo. En sus escritos, Brazelton y Cramer (1993), postulan que entre los 4 y los 5 meses de vida, es esperable que progresivamente sea el bebé quien dirija la relación, organizando los juegos, emitiendo señales, o interrumpiendo la interacción. Oiberman (2008), también demostró que en el segundo semestre, predominan las conductas de iniciativa vincular de parte de los infantes. La conducta de iniciativa de los bebés es el eje organizador en el segundo semestre y tiene como fundamento el desarrollo neuropsicológico. Sin embargo,

esto no ocurrió en la presente investigación ya que, desde los primeros meses hasta los 12 meses, continuaron siendo las madres quienes guiaban las interacciones y proponían mayor número de conductas en comparación con las iniciativas de los infantes. Se puede pensar, que esto estaría en relación con la condición de riesgo de estos infantes, dado que los estudios de Brazelton y Cramer, así como los de Oiberman, fueron conducidos en niños nacidos sanos, nacidos a término y sin traumatismos posparto. En este sentido, se puede postular que en general los bebés de alto riesgo requerirían más tiempo para poder ser ellos quienes guíen la interacción con los adultos y poder ubicar las conductas de iniciativa de sí mismos en el centro de la vinculación.

Una diferencia significativa se halló en cuanto a las conductas de sostén. En las tres modalidades se puso en evidencia, durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento, que fueron los infantes quienes buscaron con mayor frecuencia establecer conductas de sostén, siendo muy pocos los momentos en los que las madres ofrecieron su cuerpo como sostén para sus hijos. Winnicott (1971/1987), define el sostén como la manera que tiene la madre de sostener física y psicológicamente a su bebé en estado de dependencia absoluta, y que está muy relacionado con la capacidad de la madre para identificarse con su hijo. Para el autor, una madre suficientemente buena será capaz de desempeñar la función de sostén si ha podido desarrollar la preocupación materna primaria. Sin embargo, los resultados de la presente investigación permiten pesquisar cómo no solo se trata de una conducta propiciada por las madres, sino que, por el contrario, en la mayoría de los casos fueron los infantes quienes buscaron ser sostenidos en el cuerpo materno. Esto permitiría inferir, que los infantes se verían llevados, por el estado de dependencia respecto del ambiente, por la percepción de la propia vulnerabilidad e inmadurez, a buscar un sostén externo que les proporcione un sentimiento de seguridad fundamental y de integración. Estos resultados coinciden con lo planteado por Oiberman (2008), quien sostiene que alrededor de los 7 meses, el bebé será capaz de extender los brazos y abrazar el cuerpo del otro, adoptando un rol activo; la madre será quien espera en ese momento que el niño la llame tendiendo los brazos.

Otro aspecto que resulta de interés consiste en el canal de comunicación escogido en las modalidades en los dos grandes momentos del estudio. Durante las observaciones realizadas en la terapia neonatal se encontró que en general las madres recurrieron de manera privilegiada a los contactos corporales y a las miradas para comunicarse con sus hijos, quienes por su parte intentaron en mayor medida tocar el cuerpo de sus madres. Winnicott (1971/1987), introduce el concepto de manipulación en referencia a la manera de tocar y cuidar corporalmente a su bebé, que favorece sobre todo al proceso de personalización. Los resultados de la presente investigación, permiten inferir que prevalecieron los intercambios no verbales durante los primeros momentos de vida, afirmación que coincide con lo señalado por Brazelton y Cramer (1993), respecto que el vínculo temprano madre e hijo se caracteriza por utilizar el lenguaje no verbal, que incluye las conductas, las caricias, las miradas, las expresiones faciales, los gestos, las posturas corporales y todo aquello que el cuerpo exprese. Schejtman (2008), sostiene que, en los primeros tiempos de vida, la interacción madre-hijo se despliega en el terreno

corporal, lo que permitirá que el bebé experimente la sensación de estar en su propio cuerpo, camino a la integración psique-soma. Se podría deducir que las díadas ante el obstáculo que representaba la incubadora para el contacto directo cuerpo a cuerpo, buscaron realizar movimientos para tocar el cuerpo del otro, como por ejemplo acariciar el brazo y/o la mano, el rostro. Si consideramos los aportes de Winnicott acerca de la importancia del sostén y la manipulación en el desarrollo temprano, se puede inferir que estas madres ante la imposibilidad de sostener a sus hijos en brazos, porque se encontraban en la incubadora y conectados a dispositivos técnicos que los asistían, privilegiaron el contacto corporal de las partes del cuerpo disponibles quizás como un modo de proporcionar a sus hijos el sostén físico y emocional necesario.

Durante las observaciones en el Consultorio de Seguimiento se evidenció un notable incremento de las interacciones verbales, tanto de parte de los infantes como de las madres. Se trató de las conductas más frecuentes de los infantes en las tres modalidades y en las madres de la Modalidad Vincular "Sintonizada" y "Dual". Este incremento se dio a la par de una notable disminución de la búsqueda de contacto corporal, por lo que se puede hipotetizar acerca de la mayor influencia que cobra el lenguaje en la vinculación madre-hijo a medida que el niño crece. Se puede suponer que, en estos momentos en el consultorio, los profesionales médicos representarían la inclusión de un tercero, esa función de corte que permite el ingreso del niño al mundo del lenguaje. De esta manera, el médico irrumpe en el control en la fusión corporal madre-hijo, siendo el profesional el encargado de tocar el cuerpo del niño, mientras que la madre y su hijo recurren al lenguaje. Esto representaría los cimientos de la diferenciación madre-hijo, donde el niño ya no solo ofrece su cuerpo para interactuar, sino que también toma la palabra para dirigirse al entorno. Oiberman (2011), afirma que, en un primer momento, el bebé se aferra al cuerpo de su madre mediante las manos, que serán reemplazadas luego por las miradas dirigidas a los ojos de su madre. La distancia física es suplantada por la vista, poco a poco los ojos van tomando el rol protagónico de órgano de búsqueda. A partir de los resultados de esta investigación, se puede agregar que no sólo sería la vista la que cobra mayor protagonismo a medida que el niño crece, sino también el lenguaje ya que en las tres modalidades se encontró que esta fue la conducta predominante durante las observaciones en el Consultorio de Alto Riesgo. Tal como sostiene Oiberman (2008), la conducta verbal del bebé favorece el vínculo temprano y funciona como un llamado dirigido a la madre en busca de atención. En la casuística de esta investigación, a pesar del incremento de las propuestas de conductas verbales, tanto en las madres como en los bebés, fueron las conductas que menos respuestas obtuvieron de parte de ambos miembros de la díada en las tres modalidades vinculares descriptas.

Un aspecto que se presentó de manera similar en las tres modalidades fue el referido al apoyo familiar con el que contaron las díadas durante el embarazo, el parto y la internación. Solo 3 madres manifestaron que no tuvieron contención y colaboración por parte de la propia familia o de la familia del padre de su hijo. Este elemento resulta de gran interés, como sostiene Stern (1997), otros protagonistas pueden desempeñar un rol importante en el cuidado del niño, influyendo sobre la relación del niño con sus padres

y contribuyendo al establecimiento de relaciones saludables. Esto permite reflexionar acerca del impacto de lo social, ya que la madre y el bebé no pueden ser considerados como un sistema aislado del contexto familiar, social y cultural en el que se encuentran inmersos. Los aspectos socio-culturales se materializan en las prácticas que se llevan a cabo tanto en las instituciones de salud, como en la familia, en las representaciones que las madres construyen acerca de sí mismas, de ser una buena madre, de ser un buen bebé, entre otros, lo que influirá sin lugar a dudas en la vinculación temprana. Tal como señala Golse (1998), cuando se presentan dificultades en la interacción temprana no solo han sido sobrepasadas las capacidades de compensación del niño, sino que también deben haber fallado en sus funciones todas las otras personas que podrían haber protegido al niño del impacto negativo de la relación temprana, ya que un bebé y su madre rara vez están solos en el mundo.

En las tres Modalidades Vinculares propuestas en esta investigación, las madres vivenciaron una conmoción frente a la primera visión de su hijo en la incubadora, en especial asociado al aspecto físico del recién nacido y a los elementos técnicos que lo asistían. Tal como se ha destacado previamente, ante esta experiencia inédita, las madres pueden sentir que su rol y sus funciones han sido suplantadas por los profesionales de la salud y los elementos técnicos. También experimentan que esos recién nacidos no les pertenecen, sino que son "hijos de las máquinas", por lo tanto, deberán competir con ellas (Fava Vizziello, Zorzi y Bottos, 1993). La conmoción que experimentaron las madres frente al primer encuentro con su hijo en la incubadora, coincide con lo descripto por Arnold et al. (2013), como una experiencia de turbulencia emocional. Las madres al describir el primer encuentro con el recién nacido, solían centrarse en el shock que les provocó el aspecto físico del mismo, así como también en la preocupación que les generaron los elementos técnicos que lo asistían. La diferencia estaría dada por la manera en que las díadas de cada modalidad pudieron hacer frente a esta conmoción inicial y que se traduciría en el estilo particular de vinculación.

La elección del nombre del bebé forma parte del terreno de las interacciones imaginarias (Lebovici, 1985). En las tres modalidades vinculares propuestas, la designación del nombre del hijo estuvo determinada por el agrado que les produjo a los padres escuchar o leer un nombre al azar. En este sentido, se puede inferir que en general, el nombre no fue escogido por referencia a familiares, a personas reconocidas o estimadas. Tal como afirma Berenstein (1984), la elección del nombre implica una marca que distingue a las personas entre sí y denota un valor dentro de la estructura familiar. Tradicionalmente, en nuestra cultura, los nombres solían remitir a familiares de la línea paterna o materna, lo que daría cuenta de la estructura latente en esa familia. Sin embargo, los resultados de la presente investigación no reflejan esta tradición, lo que permitiría interrogarse acerca de la pertenencia de estos infantes al linaje familiar. Se puede hipotetizar, que los cambios en las configuraciones familiares, los cambios económicos y sociales que atraviesan a nuestra sociedad, determinarían que el nombre ya no sea escogido como una marca de pertenencia a una familia circunscripta. Tal vez en el imaginario de estos padres, la elección del nombre estaría en relación con el valor

sociocultural que éste tiene y que remite a una pertenencia e inclusión en el colectivo social más amplio. En el contexto de la sociedad de consumo actual, asignar un nombre de alguien reconocido, podría estar asociado a la fantasía de garantizarle a ese hijo la posesión de atributos valorados que podrían ubicarlo en un lugar de reconocimiento ligado al éxito, al poder y el prestigio social y económico. Esto se reflejaría en la elección de nombres de artistas, actores, nombres de moda en este momento histórico.

Es importante señalar, que los resultados de la presente investigación coinciden con lo expuesto por Duhalde et al. (2008), donde las interacciones que se consideran satisfactorias entre las madres y sus hijos, no necesariamente se caracterizan por la reciprocidad y la sincronía. Por el contrario, tal como señalan las autoras, lo más frecuente es que los encuentros sincrónicos ocurran solo brevemente en la interacción. Esto se observa en las tres Modalidades Vinculares propuestas. Sin embargo, la diferencia reside en que los desencuentros, frecuentes en la interacción diádica, pueden ser corregidos como parte de un proceso mutuamente regulado. Este tipo de reparación exitosa es la que se encontraría en la Modalidad Vincular "Sintonizada" y en la situación 2 de la Modalidad "Dual", y no así en la Modalidad Vincular "Desencontrada". En este sentido, no solo la reciprocidad y la sincronía definirían a una interacción como positiva o negativa, sino que también intervendrían otras variables como la coordinación, el fallo interactivo, la reparación de la interacción y el grado de cambio. Una interacción positiva podría ser definida como aquella que tiende a lograr la regulación mutua entre las conductas de la madre y el bebé, reparando los errores interactivos (Raznoszczyk de Schejtman et al., 2004, 2005).

Finalmente, según los resultados expuestos, se puede inferir que aquellos aspectos que remiten a dificultades en lo imaginario y en lo fantasmático podrían estar presentes en toda relación madre-hijo. Sin embargo, cuando el nacimiento se produce de manera diferente a lo esperado, el hijo dista en forma considerable del bebé imaginado y de la imagen previa que sus padres habían prefigurado acerca de los primeros encuentros con ese bebé, estas dificultades parecerían resaltarse. Es decir, que el contexto particular en que se produce el nacimiento y las primeras interacciones madre-hijo podrían funcionar, en algunas díadas, profundizando las dificultades, lo que puede dar lugar a una Modalidad Vincular "Desencontrada" o a la situación 1 de la Modalidad Vincular "Dual". Retomando las palabras de Winnicott (citado en Pelento, 2008), se puede considerar que existen circunstancias que pueden suavizar o profundizar el trauma del nacimiento, entre las que menciona: el contacto que la madre ha tenido con su bebé durante la vida intrauterina; las características de la experiencia del nacimiento y el nivel de esfuerzo de adaptación que se le exigió al bebé; las posibilidades de esa madre para cuidar al bebé; el grado de responsabilidad de ambos padres en el cuidado de su hijo; las características del entorno social para sostener a los padres y el bebé.

6.2. Relación entre la Modalidad Vincular establecida, edad y situación de pareja materna

En la presente investigación, se analizó si existía alguna asociación entre la modalidad vincular establecida por las díadas durante el primer año de vida y la edad materna. Al considerar esta última, se tomó el criterio de UNICEF (2011), que establece que las personas entre 10 y 19 años son adolescentes. Numerosos autores estudiaron el vínculo que puede establecerse entre una madre adolescente y su bebé. Entre ellos, Deschamps (1993), afirma que la maternidad adolescente supone una transformación corporal, social, una reactivación de conflictos infantiles, una crisis de identidad, y la relación con el hijo podrá establecerse de manera favorable o bien con dificultades. Tal como señalan Oiberman y Santos (2006), en esta etapa se entrecruzan dos grandes crisis, la de la adolescencia y de la maternidad, que dará lugar a un vínculo particular entre la joven madre y su hijo. En lo que respecta a la situación de pareja, Bruschweiler-Stern (2009), afirma que las relaciones entre la pareja de padres, que incluye la cultura de origen, el nivel de armonía previo y el estado civil, puede influir en la vinculación madre-hijo. Stern (1997), también postula que para el establecimiento de esta relación primaria la pareja de la madre tiene un papel mayor, en tanto debe poner a disposición de la díada una matriz de apoyo y protección, necesaria para que la madre pueda abocarse a mantener con vida a su hijo y lograr que se desarrolle psíquica y afectivamente.

Si bien en la presente investigación, las pruebas estadísticas no arrojaron valores estadísticamente significativos, al realizar un estudio de tipo descriptivo se pueden observar ciertas tendencias en las variables edad materna y situación de pareja. Como se señaló anteriormente, la mayoría de las madres (60%) en la Modalidad Vincular "Desencontrada" tuvieron una edad igual o menor a 19 años, y en este grupo predominó la situación de pareja estable sin convivencia (60%). Se podría inferir entonces que la edad materna, así como la ausencia de la pareja de la madre en el hogar podrían haber influido en las características que adoptó la vinculación en este grupo. Deschamps (1993), afirma que es frecuente que las madres adolescentes presenten dificultades para proyectar el futuro de ese bebé, pues todo gira en torno a la madre por lo que el mismo es vivido como un objeto de valoración narcisista. Retomando estas consideraciones del autor, se podría inferir que la vivencia del bebé como un objeto narcisista, el cual no se reconoce como un individuo diferente y separado, con intenciones y necesidades propias, podría haber contribuido a las características vinculares de la Modalidad "Desencontrada", donde las madres tuvieron dificultades para leer el gesto espontáneo del bebé y responder en consecuencia, generándose encuentros fallidos entre los miembros de las díadas. El hijo vivenciado como un objeto narcisista también habría contribuido a las dificultades de las madres para imaginar al feto durante el embarazo, ya que no habría sido pensado como un ser diferente a ellas mismas. Esto también habría influido en la percepción del feto en las ecografías, como indiscriminado del propio cuerpo y a la interpretación de los movimientos fetales en tanto respuestas corporales. En este sentido Deschamps (1993) postula que la relación de la madre y el bebé se construye a partir de la valoración narcisista de la madre a través de su hijo, quien debe comportarse de manera irreprochable

y constituirse en fuente de satisfacción. Esto podría contribuir a las posteriores complicaciones en el desarrollo, ya que como señala el autor, el niño no sería percibido como un ser autónomo capaz de crecer.

En esta modalidad, podría suponerse que la situación de pareja también podría haber incidido. A pesar de que las madres poseían en su mayoría parejas estables, éstas no convivían con ellas por lo que, en función de los aportes de diversos autores, como Winnicott (1971/1987) y Stern (1997), estas díadas no habrían contado con una firme envoltura que les permitiera desentenderse de las preocupaciones externas para abocarse a la vinculación. Esto condice con lo expuesto por Oiberman y Santos (2006), dado que el marco de inestabilidad de pareja, de rechazo familiar y social en el que suele desplegarse el vínculo entre la joven madre y su hijo incrementa el riesgo de complicaciones. Se podría inferir que el acompañamiento paterno inestable con el que contaron estas madres habría impedido fantasear durante el embarazo con la pareja sobre ese hijo, al que se le atribuirá el destino transgeneracional, un nombre, un sexo, un futuro. A partir del momento del parto y durante la internación del recién nacido, los padres mantuvieron este tipo de acompañamiento, que podría afectar la vinculación madre-hijo especialmente si, como sostienen Brazelton y Cramer (1993), la madre percibe al niño como el causante de las dificultades de pareja, él que ha provocado el alejamiento del padre.

En la Modalidad Vincular “Sintonizada” y en la Modalidad “Dual”, las madres poseían parejas estables y convivían en el 71% de los casos. En función de los postulados de Winnicott (1971/1987), Brazelton y Cramer (1993), Stern (1997) y Bruschweiler-Stern (2009), se podría asumir que el apoyo emocional de la pareja durante el embarazo habría favorecido que la mujer se adaptara de mejor manera a su condición; también la presencia de la pareja durante el parto y la internación del bebé habría posibilitado que éstas fueran vivenciadas como experiencias más positivas. Las madres de estas dos modalidades expresaron haber sido acompañadas de manera constante por el padre del bebé durante el embarazo, el parto y la internación, permitiéndoles sentirse seguras y contenidas. Es importante destacar, que el acompañamiento paterno no implica solamente la presencia física en todos estos momentos, sino que remite a la disponibilidad de estos padres para sostener psicoafectivamente a sus parejas, brindándoles la contención y el apoyo emocional necesario para transitar por las crisis que representan la maternidad y el nacimiento con complicaciones junto a la posterior internación del recién nacido. Se trataría entonces, de madres que pudieron gozar de la vivencia emocional de ser sostenidas y reaseguradas. En palabras de Winnicott (1971/1987) estos padres habrían sostenido a las madres en esta etapa de vulnerabilidad, garantizando la disponibilidad de éstas hacia sus hijos.

En cuanto a la edad materna, en la Modalidad “Sintonizada” ésta se incrementa, lo que se evidencia en que la mayoría de las madres (53%) tuvieron entre 20 y 24 años al momento del nacimiento del bebé. Vincent (1990), afirma que la menor edad materna incidiría en la relación que se establezca con el feto, ya que la adquisición del cuerpo genitalizado podría verse amenazada y esto repercutiría en la relación con el bebé. A

partir de los resultados de la presente investigación, se podría suponer que la mayor edad materna implicaría que las madres han logrado resolver en parte la problemática de la adolescencia, contando con una mayor organización de la personalidad, así como un menor monto de conflictos, lo que les permitiría disponer de mayor energía libidinal para poner al servicio de la vinculación con sus hijos. En la Modalidad "Dual", un 36% de las madres tuvieron una edad igual o menor a 19 años y otro 36% tuvieron entre 20 y 24 años de edad. La mayoría de las madres más jóvenes formaron parte de la situación 2 descripta en esta modalidad, es decir, que presentaron dificultades para interactuar con los bebés durante la internación en UCIN pero luego las interacciones mejoraron notablemente durante los controles en el Consultorio de Seguimiento.

Retomando los aportes de Deschamps (1993), acerca de la percepción del hijo como un objeto narcisista durante la adolescencia, se podría hipotetizar que estas madres habrían experimentado como una fuerte afrenta a su narcisismo el nacimiento de un hijo diferente al esperado. Klaus y Kennell (1973/2001) han descripto la conmoción que genera en las madres, independientemente de su edad, el encuentro con un bebé delgado, pequeño, muy diferente al ideal de bebé que había imaginado; este bebé refuerza en las madres el sentimiento de insuficiencia para dar a luz a un bebé sano (Kreisler y Soulé, 1990). En las madres de esta modalidad vincular, se podría hipotetizar que el bebé prematuro y/o con una patología las habría confrontado con este sentimiento, lo cual podría haber contribuido a las interacciones poco frecuentes, a evitar visitar al bebé, a experimentar una desilusión por ese hijo "mal hecho", lo que al decir de Nikodem (2009), tendría efectos sobre la vinculación y en la crianza posterior. A pesar de estas dificultades iniciales, las díadas pudieron mejorar las interacciones a medida que avanzaba el primer año de vida. Esto coincide con lo señalado por Deschamps (1993), quien manifiesta que la madre se encuentre transitando por la adolescencia, no será en sí misma una condición determinante de dificultades vinculares, la relación de la madre adolescente y su hijo puede ser satisfactoria para ambos. Por otro lado, la mayoría de las madres entre 20 y 24 años de edad formaron parte de la situación 1 descripta en la modalidad. En este grupo se podría inferir que las madres contaron, quizás por la edad, con mayores recursos para afrontar la situación de internación y mantener interacciones satisfactorias con sus hijos. Sin embargo, las mismas se empobrecieron durante las observaciones llevadas a cabo durante el primer año en los controles médicos. Esto da lugar al interrogante acerca de la influencia que podrá tener la edad materna al momento de enfrentar la crisis representada por el nacimiento prematuro y/o con patología y la internación del hijo. Se podría inferir, a partir de los resultados a los que se arribó, que una mayor edad materna junto a una pareja estable con la que se comparte el hogar podría haber repercutido de manera positiva en la vinculación, al menos durante el periodo de internación en la UCIN.

Es importante señalar, que en ningún caso se puede pensar en un único factor como determinante de la modalidad vincular, ya sea la edad materna, la situación de pareja, u otros aspectos de la muestra. Pensar el proceso de vinculación desde el punto de vista de la complejidad supone considerar que estos elementos podrían tener alguna incidencia en la misma pero que no serán los únicos determinantes. Esto implica

reflexionar acerca de la vinculación como un proceso en el que se encuentra imbricados numerosos elementos, que incluyen las características sociodemográficas de ambos miembros de la díada, la condición médica de los infantes, el contexto de la vinculación, el apoyo familiar y de la pareja con el que cuenten esas díadas, las características de personalidad de las madres, el temperamento de los bebés, que darán lugar a un estilo particular de vinculación. Estilo que, si bien puede establecerse desde los primeros momentos de vida, no necesariamente permanecerá sin modificaciones a lo largo de los primeros años de vida y en la temprana infancia. A partir de los resultados a los que se arribó en esta investigación, se podría hipotetizar que, por separado, las variables edad materna y situación de pareja, no tendrían incidencia notable en la modalidad vincular que se establece entre las madres y sus hijos. Sin embargo, cuando se da la confluencia de una madre adolescente con una pareja que no convive con la misma, esto podría tener efectos en las características de la vinculación.

6.3. Modalidades Vinculares y desarrollo alcanzado por el niño al finalizar el primer año de vida

Numerosas investigaciones dan cuenta de la importancia que tiene el vínculo temprano en el desarrollo del niño (Fogel, Garvey, Hsu y West-Stroming, 2006; Schejtman, 2008; Nikodem, 2009). Sin embargo, no ocurre de la misma manera con estudios que investiguen la influencia que el vínculo temprano puede tener sobre el desarrollo en niños que, por su condición de alto riesgo, cuentan desde el embarazo y/o el momento de nacer con la posibilidad de presentar alteraciones en su desarrollo. Por este motivo, resultó complejo establecer una discusión entre los resultados de la presente investigación y estudios previos en la temática.

Una de las investigaciones que indagó la asociación entre el vínculo madre-hijo y el desarrollo alcanzado por el niño prematuro fue conducida por Muñoz-Ledo-Rábago, Sánchez-Pérez, Méndez-Ramírez y Mandujano-Valdés (2003) en México. En este estudio señalan que cuando las madres no son capaces de ajustarse a las características del niño prematuro y no logran establecer relaciones satisfactorias, esto tendría consecuencias para el desarrollo infantil. Esto dependerá no sólo de la severidad del daño sino también del grado de cuidado, aceptación y afecto de los padres hacia el niño, así como de la disponibilidad de experiencias significativas. Los resultados de este estudio mejicano coinciden con los resultados a los que se arribó en la presente investigación, ya que en aquellas díadas que se pudo establecer una vinculación rica en intercambios conductuales y emocionalmente satisfactoria para ambos miembros, como en la Modalidad “Sintonizada” y “Dual”, los infantes alcanzaron mayormente un desarrollo esperable para su edad al finalizar el primer año de vida.

Los resultados de la presente investigación pusieron en evidencia que, en proporción al número de díadas que integraban cada modalidad vincular, en la Modalidad “Desencontrada” se halló el percentil más elevado de infantes con dificultades en el desarrollo psicomotor (60% - 3 bebés) y cognitivo (20% - 1 bebé). A su vez, en

comparación con las otras modalidades vinculares, esta modalidad presenta el mayor número de infantes con puntajes de retraso y riesgo en el desarrollo psicomotor dentro de la muestra total. Los resultados permiten señalar que las características de la vinculación "Desencontrada" tendrían un impacto más marcado en el aspecto psicomotor durante el primer año de vida, ya que las dificultades se presentaron mayormente en esta área mientras que no fue así en el aspecto cognitivo. Esto condice con lo planteado por Schapira (2008), ya que las alteraciones más frecuentes en los bebés de alto riesgo suelen presentarse en el crecimiento y en el desarrollo motor. Los resultados hallados en la modalidad "Desencontrada" coincidirían con los de la investigación de Muñoz-Ledo-Rábago, Méndez-Ramírez, Sánchez-Pérez, Mandujano-Valdés y Murata (2013), quienes observaron que las madres caracterizadas como no-interactivas y desorganizadoras con hijos que presentaban dificultades para establecer interacciones y eran poco responsivos, predecían los peores resultados en el desarrollo de los niños. A partir de esto, los autores afirman que a mayor reciprocidad madre-niño, mayor desarrollo motor en niños con antecedentes de daño neurológico perinatal.

Esta modalidad vincular se caracterizó, tanto durante la internación en UCIN como en los controles médicos en el Seguimiento, por una escasez de contactos corporales iniciados por parte de las madres. Winnicott (1971/1987), propone que la manipulación deficiente actúa contra el desarrollo del tono muscular, de la coordinación y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la utilización del cuerpo y de todas sus funciones. Retomando los aportes del autor, se podría inferir que la insuficiente manipulación del cuerpo del infante que se observa en la Modalidad "Desencontrada" podría haber repercutido de manera negativa en el desarrollo psicomotor, potenciando el riesgo en estos bebés, lo que se manifestó en las dificultades a nivel de la coordinación, en la marcha, en el uso del cuerpo. Esto está en concordancia con lo postulado por Kreisler y Cramer (1990), en tanto el cuerpo es el medio privilegiado por el cual el niño expresa su malestar, en el que siempre es posible pesquisar la incidencia etiológica de la organicidad y de los factores del entorno.

A partir de lo expuesto, se podría inferir que la modalidad vincular establecida entre la madre y su bebé de alto riesgo durante el primer año de vida influiría, junto a otros factores, en el desarrollo alcanzado por el mismo. Esto se observa principalmente en la Modalidad Vincular "Desencontrada", donde los encuentros fallidos, el distanciamiento físico y emocional, habrían profundizado el riesgo biológico de estos infantes, contribuyendo de esta manera a que se presentaran las dificultades en el desarrollo. Tal como lo afirma Schejtman (2008), numerosas investigaciones han puesto en evidencia que el niño detiene o altera su desarrollo si no cuenta con un vínculo afectivo que lo aloje. La Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2003), también asegura que las probabilidades de dificultades aumentan cuando coinciden un niño biológicamente vulnerable y un ambiente inadecuado en estimulación y contención. Se podría suponer que esto habría ocurrido en la modalidad presentada, ya que habrían coincidido infantes con riesgo biológico con un ambiente, representado fundamentalmente por la madre, en el que prevaleció el distanciamiento y hubo escasas

propuestas interactivas. Al decir de Nágera (1983), se podría considerar que las dificultades vinculares habrían operado como una interferencia que podría perturbar el curso del desarrollo en estos bebés.

En la Modalidad Vincular "Sintonizada" también se presentaron, aunque en menor medida, dado el número de díadas que integraban estas modalidades, percentiles de riesgo/retraso en el desarrollo psicomotor (11,8% - 2 bebés) y cognitivo (11,8% - 2 bebés). La menor cantidad de niños con dificultades en el desarrollo en esta modalidad podría interpretarse en función de lo señalado por Nikodem (2009), quien afirma que las características que tengan las interacciones y las relaciones interpersonales en los primeros años de vida del niño pueden llegar a modificar aspectos funcionales y anatómicos tanto a nivel del Sistema Nervioso Central, del sistema endócrino, así como de la conducta. En base a esto, se podría sostener que las modalidades vinculares que resultaron satisfactorias y enriquecedoras para ambos miembros de la díada habrían contribuido disminuyendo el impacto que el riesgo biológico, definido por la prematurez y/o la patología neonatal, podría haber tenido sobre el desarrollo de estos niños.

Sin embargo, si se parte de considerar que la modalidad vincular fue satisfactoria, queda abierta la pregunta acerca de cuáles serían los otros factores que podrían haber incidido en el desarrollo alcanzado por estos infantes. En este sentido, se podría inferir que el riesgo biológico habría sido de tal magnitud que la vinculación establecida no pudo compensarlo, o bien que otros factores sociales, económicos, culturales, familiares, pudieron intervenir contribuyendo a las dificultades en el desarrollo. Considerando los aportes de Bear (2004) y Rodríguez, Vivas, Cangelosi y Schapira (2008), se podría inferir que el bajo peso de nacimiento y la internación prolongada en la UCIN habrían sido factores que podrían haber impactado en el desarrollo de los bebés de la Modalidad "Sintonizada", aun cuando la vinculación fue satisfactoria.

En cuanto a las evaluaciones del desarrollo cognitivo, en la Modalidad "Sintonizada" un infante presentó un percentil de retraso y otro infante de riesgo en la EAIS. Si bien estadísticamente no se encontró una asociación entre estos puntajes y las variables sociodemográficas, se podría considerar la incidencia que tendría el Muy Bajo Peso de Nacimiento en este aspecto del desarrollo. Este resultado estaría en relación con lo que propone la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2003), acerca de que los niños que están más expuestos a presentar déficits cognitivos son aquellos que tuvieron, entre otros factores, extremo bajo peso de nacimiento.

De igual manera, en la Modalidad Vincular "Dual" algunos infantes presentaron evaluaciones de retraso y riesgo en el desarrollo psicomotor (14,3% - 2 bebés) así como en el desarrollo cognitivo (21,4% - 3 bebés). Los resultados muestran que estos porcentajes son relativamente bajos si se considera el número total de infantes en esta modalidad vincular.

Los 3 infantes, que integraban la situación 1 descripta en la modalidad, presentaron dificultades en el desarrollo psicomotor o en lo cognitivo de manera independiente; mientras que el único bebé que pertenecía a la situación 2 presentó de

manera conjunta dificultades a nivel de la psicomotricidad y lo cognitivo. Se podría inferir que las dificultades vinculares tempranas a las que se vio expuesto este último infante, durante la internación en UCIN, podrían haber repercutido de manera más global en el desarrollo, aun cuando la vinculación mejoró notablemente luego del alta hospitalaria. Esto permitiría inferir, que el impacto de la vinculación temprana en esta díada no habría podido ser compensado por la posterior vinculación con características más favorables. Esto coincide con lo expuesto por Soulé y Lauzanne (1993), respecto de que cuanto menos tiempo dure la carencia y mayor sea el niño, mayores son las posibilidades de un desarrollo normal.

Por el contrario, las dificultades vinculares que surgieron en las díadas de la situación 1, y que se observaron luego de la internación durante los controles en el Consultorio de Seguimiento, habrían influido de manera más parcial, afectando un aspecto del desarrollo de estos bebés, ya sea lo psicomotor o lo cognitivo. Se puede suponer entonces, que el momento en que se presentaron las dificultades vinculares podría haber contribuido a la amplitud en las dificultades del desarrollo. Se puede considerar, que, a pesar de la alternancia en la vinculación, que caracteriza a esta Modalidad Vincular "Dual", las díadas lograron establecer una vinculación satisfactoria en los momentos iniciales de vida, o posteriormente luego del alta de la terapia neonatal. Esto da lugar al interrogante acerca de qué otros factores podrían haber contribuido a las dificultades en el desarrollo de algunos de los infantes de esta modalidad.

El análisis del desarrollo pone en evidencia que la amplia mayoría de los bebés estudiados (29 bebés) presentaron evaluaciones acordes a su edad al finalizar el primer año de vida. En menor medida, 5 bebés se ubicaron en un rango de riesgo y solo 2 bebés en un rango de retraso en el aspecto psicomotor. En cuanto a la EAIS, 30 de los bebés estudiados poseían un desarrollo cognitivo adecuado a su edad al momento de la evaluación, solo 3 bebés presentaban riesgo y otros 3 infantes evidenciaban un retraso en relación a lo esperable para su edad. Estos resultados resultan de gran importancia ya que reafirman lo señalado por autores como Brazelton y Cramer (1993), respecto de que inclusive un bebé prematuro o con daños congénitos puede superar las dificultades si cuenta con un ambiente comprensivo, sensible y adecuado. En el desarrollo que alcance un bebé prematuro y/o de alto riesgo, intervienen un sinnúmero de variables, que tienen que ver con el alto riesgo biológico, así como también con el riesgo ambiental, en especial condiciones sociales, culturales y/o afectivas poco favorables, como ausencia de apoyo familiar, la falta de cuidado o interacciones adecuadas y el maltrato, entre otros.

En este sentido, se puede considerar que la modalidad vincular establecida sería una de las variables que influyen en el desarrollo que alcancen estos niños de alto riesgo durante los primeros años de vida. Tal como señala Schapira (et al., 2005), durante mucho tiempo se ha asociado el retraso psicomotor y el retraso mental con la prematurez, el bajo peso de nacimiento, los problemas metabólicos o genéticos, daños cerebrales ocurridos durante el parto; sin embargo, en el 75% de los niños con déficits mentales moderados las causas son ambientales y no responden a las mencionadas anteriormente. Es decir, que los ambientes deficitarios, empobrecidos y con carencias múltiples tienen una influencia

negativa sobre el desarrollo psicosocial y los aspectos físicos de la salud. En muchos casos, los problemas biológicos pueden ser modificados por los factores ambientales, en especial si existen factores protectores en los padres que contribuyen al desarrollo del niño, como el contacto madre-bebé y padre-bebé continuo y prologado, la adecuada calidad del "maternaje", la organización de la vida cotidiana y el apoyo de familiares, amigos, vecinos y del equipo de salud.

Otro aspecto que resulta de interés en la presente investigación está referido a la deserción de las díadas durante los controles en el Consultorio de Seguimiento a lo largo del primer año de vida. Tal como se mencionó previamente, 60 díadas observadas durante la internación en la UCIN, fueron derivadas por el equipo médico al Consultorio de Seguimiento dado la necesidad de evaluar el crecimiento y el desarrollo de los infantes. De este grupo inicial, 21 díadas (35%) abandonaron el seguimiento médico en el transcurso del primer año, lo que constituye un porcentaje elevado. Esta situación es de gravedad si se considera que la frecuencia de anomalías en el desarrollo es mayor en los niños de alto riesgo, lo que justifica su inclusión en un programa de seguimiento (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2003). La detección precoz y la atención integral de estos infantes propician la igualdad en las oportunidades de inserción familiar, social, educativa, a partir de un desarrollo físico, psíquico y emocional saludable.

Se puede considerar que existe una multiplicidad de factores que intervienen y podrían afectar la continuidad del Seguimiento de estos niños. Entre ellos se puede destacar, el apoyo, la contención y el sostén que el equipo de salud ofrezca a los padres a fin de garantizar el seguimiento de su hijo (Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, 2012). Durante la presente investigación, se pudo constatar que la utilización de palabras sencillas al momento de dar indicaciones, la entrega de folletos explicativos sobre la alimentación, la prevención y el control de enfermedades respiratorias, la disponibilidad para recibir llamadas o mensajes de parte de las madres, repercutía en una mejor adhesión a los controles médicos. Esto se observó en particular, a partir de la estrategia de la investigadora de enviar un mensaje de texto recordándoles a las madres el turno en el consultorio, que se las esperaba y la importancia de la asistencia al mismo. La implementación de esta estrategia dio como resultado una mayor asistencia de las díadas estudiadas, así como un mayor compromiso por parte de las madres, quienes respondían los mensajes o enviaban un mensaje a la investigadora en caso de no poder asistir, solicitando además un nuevo turno.

Si bien en la presente investigación, no se indagó en profundidad acerca de los motivos por los que estás díadas dejaron de asistir a los controles de Seguimiento, se pueden delinear algunas hipótesis. Se pudo observar que en algunas díadas el abandono del seguimiento se produjo cuando comenzaron a aparecer dificultades en el crecimiento y el desarrollo de los bebés, lo que iba acompañado de derivaciones a especialista, pedidos de nuevos exámenes, interrogaciones por parte del equipo médico acerca del modo en que se implementaban las indicaciones médicas, entre otros aspectos. Esto permite pensar que se trataría de niños en que la deserción representó una mayor amenaza para la consecución del desarrollo. Tomando los aportes de Brandt (2009), se trataría de padres

que no pudieron percibir las señales de sus hijos, los padres han perdido las esperanzas de alguna mejora en el estado de salud de su hijo por lo que deciden renunciar (Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello, 1993). Si la prematurez y/o la patología del bebé no han podido ser metabolizadas, es probable que la madre aún espere que su hijo se desarrolle como un bebé nacido a término o sin complicaciones, y la madre se sentirá desilusionada por los lentos progresos (Pose, 2004), lo que podría incidir en el abandono del seguimiento como un modo de evitar contactarse con las dificultades. Se podría inferir, que esta dificultad para reconocer al bebé real prematuro y/o con una patología podría incidir en la vinculación, lo que se traduciría en una dificultad para cuidar a ese hijo y en un posterior abandono de los controles médicos.

En otros casos, el abandono de los controles parecería estar asociada a una percepción de mejoría en el estado de salud de los bebés, en especial si se lo comparaba con las condiciones iniciales en la UCIN. En este sentido, tal como señalan Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993), las buenas condiciones del bebé serían el determinante del abandono. En este sentido, como afirma Pose (2004), cuando el riesgo de muerte o las fantasías de muerte acerca del hijo han sido muy intensas, la sobrevida del mismo parece compensarlo todo, por lo que las madres pueden presentar dificultades para reconocer situaciones de discapacidad o de retraso en el desarrollo, percibiendo sólo las mejoras en su estado de salud y abandonando los controles médicos. Otro aspecto que podría haber incidido en la deserción tiene que ver con las características de la muestra, dado que muchas de las díadas residían en el interior de la provincia, por lo que en muchos casos resultaba costoso el traslado, dificultoso debido a la ausencia de medios de transporte o bien por las condiciones climáticas. Esto coincide con lo señalado por Fava Vizziello, De Rocco y Zingarello (1993), acerca de que la lejanía del hogar respecto del hospital es uno de los factores que influyen en el abandono del seguimiento.

Finalmente, se podría suponer que, en algunos casos, la deserción estaría condicionada por lo angustiante que puede resultar para las madres retornar a la institución donde transcurrieron largos y dolorosos meses. Este retorno supone reactualizar las experiencias allí vividas, los temores, la angustia, que puede verse reforzado por la presencia de los miembros del equipo médico. Pose (2004), postula que la experiencia vivida por las madres en la UCIN, los sentimientos y las fantasías que experimentaron, dejan marcas que pueden influir en el vínculo con ese hijo. Distintos momentos a lo largo de la vida de un hijo pueden reactivar estos sentimientos, lo que tendrá efectos en el cuidado y la crianza de ese hijo, como podría ser en la continuidad de los controles de Seguimiento.

Capítulo 7 Conclusiones

El vínculo temprano madre-bebé de alto riesgo y la incidencia que este puede tener en el desarrollo temprano y en la génesis de perturbaciones futuras constituyen una temática de gran relevancia en primera infancia. La propuesta de estudiar el vínculo mamá-bebé resulta una instancia enriquecedora, no solo para la Psicología sino también para otras disciplinas como la Medicina y la Enfermería. Un estudio como el que se presenta, ofrece una oportunidad única para la detección de las dificultades vinculares y su posterior seguimiento apostando al desarrollo integral de los niños.

El vínculo temprano supone un proceso progresivo de construcción en el que participan la madre y su hijo, donde intervienen diversos aspectos que pueden facilitar o dificultar su sano desenvolvimiento. El nacimiento prematuro y/o con patología, así como la posterior internación del bebé desde los primeros momentos de vida en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales constituyen unas de las condiciones que han sido descriptas como posibles perturbadores de la vinculación madre-hijo. En este contexto particular, la díada se ve enfrentada al desafío de establecer una vinculación satisfactoria, que podrá verse influida no solo por el contexto de la UCIN sino también por la condición de alto riesgo del infante, así como por la posibilidad de la madre de comprender y entonar con ese bebé diferente a lo esperado.

Sin embargo, a pesar de la conmoción inicial que provoca el nacimiento con dificultades, así como la visión del bebé en incubadora, en esta investigación la mayoría de las díadas estudiadas pudieron establecer una vinculación de características satisfactorias a lo largo del primer año de vida. El vínculo temprano se desplegó de distintas maneras en función de las particularidades de cada díada, por lo que fue posible pesquisar un modo específico de vincularse que se mantuvo a lo largo del tiempo de observación. Se pudieron distinguir tres Modalidades del Vínculo madre-bebé de alto riesgo a lo largo del primer año de vida: la Modalidad Vincular “Desencontrada”, la Modalidad Vincular “Sintonizada” y la Modalidad Vincular “Dual” (en la que se diferenciaron dos situaciones).

Las condiciones particulares en las que se produjo el nacimiento y la internación en una UCIN habrían impactado en la vinculación en las tres modalidades vinculares descriptas. Sin embargo, en la Modalidad Vincular “Desencontrada” este impacto se mantuvo a lo largo del tiempo dando lugar a encuentros fallidos, interacciones breves o interrumpidas, e insatisfactorias para ambos miembros de la díada. Es posible señalar entonces, que si bien las particularidades desventajosas del nacimiento y del contexto hospitalario de la internación en la UCIN pueden incidir en la vinculación, existirían otros elementos intervinientes. La reflexión acerca de la práctica realizada en esta investigación permite inferir que la dinámica intrapsíquica y los determinantes inconscientes, que dan lugar a lo imaginario y lo fantasmático en el vínculo temprano, influyen de manera privilegiada en la forma en que se transite por estas circunstancias. Si bien las exigencias y las imposiciones del contexto de la UCIN pueden agregar complicaciones al establecimiento del vínculo, hay díadas que pudieron vincularse satisfactoriamente mientras que otras no lograron hacerlo o lo hicieron, pero luego decayeron en el hogar. Se podría inferir que estas díadas que lograron establecer una vinculación satisfactoria

habrían contado con elementos intrapsíquicos, apoyo familiar y de parte del padre del bebé, que les permitieron enfrentar la conmoción inicial y sobreponerse a la misma en pos de una vinculación saludable. Se puede concluir entonces, que estas condiciones iniciales no representan *per se* un obstáculo para la vinculación, sino que la misma dependerá no solo de estas circunstancias sino también de aspectos ligados a las características físicas y temperamentales del bebé, de la personalidad de la madre y del entorno familiar y social más amplio.

En este sentido, las interacciones positivas podrían ser definidas como aquellas que tienden a lograr la regulación mutua entre las conductas de la madre y el bebé, reparar los errores interactivos y variar los canales de comunicación utilizados para favorecer la fluidez en la interacción. Por el contrario, cuando se presentan dificultades en las interacciones, éstas muestran más rupturas, discontinuidades, son más estereotipadas y menos variables a lo largo del tiempo a pesar de la ausencia de respuesta de parte del otro miembro de la díada.

En esta investigación se halló que las madres fueron quienes iniciaron de manera predominante las interacciones vinculares a lo largo del primer año de vida. Se puede afirmar que los infantes de alto riesgo de esta muestra, requieren de más tiempo para poder hacerlo. Es decir, que estos bebés permanecerían por mayor tiempo bajo la influencia de la conducta materna, por lo que sería muy importante detectar tempranamente aquellos casos en los que las madres presentan dificultades para interactuar con sus hijos e intervenir para prevenir las consecuencias que estas dificultades pueden tener en el proceso de vinculación, ya que como se ha mostrado, las capacidades de los bebés para interactuar se moldean en función de las respuestas del entorno.

Se considera que sería muy interesante conocer a partir de otras investigaciones, si las modalidades vinculares propuestas pueden presentarse con características similares en grupos diferentes de madres y bebés de alto riesgo, por ejemplo, en otras provincias del país. De igual manera, sería útil conocer cómo sortean las dificultades impuestas por la internación las díadas que se encuentran alojadas en Servicios de Neonatología que no responden al Modelo de Maternidades Centradas en la Familia, sino que por el contrario deben respetar horarios pautados de visita, delegar la atención de su bebé en el personal de enfermería, acercarse a la incubadora utilizando elementos como barbijos, batas, guantes, entre otros. Otro aspecto relevante para futuras investigación podría ser el rol del padre en este proceso de internación, cómo se vincula con su bebé, cómo acompaña o no a la madre durante esta etapa de crisis.

A partir de los resultados presentados se puede puntualizar que las Modalidades Vinculares establecidas entre los sujetos de esta muestra incidirían, junto a una multiplicidad de otros factores, en el desarrollo alcanzado por los infantes al finalizar el primer año de vida. Esto se puede inferir en particular a partir de la Modalidad Vincular "Desencontrada" en la que las características de la vinculación habrían repercutido en el desarrollo alcanzado por los infantes, en especial en el desarrollo psicomotor,

profundizando el riesgo biológico propio de estos bebés. De manera diferente, en la Modalidad Vincular "Sintonizada", la mayoría de los infantes alcanzaron un desarrollo acorde a su edad. En este sentido, la vinculación habría incidido disminuyendo el riesgo biológico que presentaban estos infantes y favoreciendo el desarrollo saludable de los mismos. Finalmente, en el caso de la Modalidad Vincular "Dual" la vinculación, en la mayoría de los infantes, habría intervenido reduciendo la posibilidad de dificultades en el desarrollo. Sin embargo, en aquellos infantes que sí presentaron dificultades en el desarrollo, se habrían conjugado de manera particular la inestabilidad de la vinculación con el riesgo biológico.

Al momento del nacimiento todos los infantes de la muestra poseían un riesgo biológico de distinta gravedad, que podría dar lugar a dificultades en el desarrollo posterior, aun cuando no todos los infantes las evidenciaron. Esto permite reflexionar acerca de la importancia de la multideterminación del desarrollo ya que en cada caso particular se combinarían de diferentes maneras el riesgo biológico y la modalidad vincular establecida. Aún más, esto implica no solo el riesgo biológico y la vinculación, sino también lo constitucional, lo heredado, las vivencias infantiles y los factores accidentales. En este sentido, es pertinente considerar que las condiciones médicas y biológicas de riesgo en las que nació cada niño quedarían por fuera del campo de intervención del psicólogo, sin embargo, sí se podrá intervenir preventivamente sobre la vinculación que se establezca entre las madres y sus hijos apuntando a aminorar el impacto que la condición biológica puede tener sobre el desarrollo. Resultaría adecuado realizar un trabajo preventivo de tipo psicoprofiláctico con la madre, y la pareja si lo hubiera, durante el embarazo en aquellos casos en los que se detecten, durante los controles médicos, dificultades para vincularse y alojar psíquica y corporalmente a ese bebé en gestación.

La relevancia del presente estudio reside en el aporte de conocimientos acerca del modo en que pueden vincularse las madres y sus bebés de alto riesgo desde lo momentos iniciales de su vida. La modalidad vincular establecida podrá incidir en tanto factor protector o perturbador del desarrollo en niños que presentan posibilidades de alteraciones futuras en su evolución.

Los Servicios de Neonatología, así como las Maternidades pueden hacer uso de los resultados a los que se arribó en esta investigación, a fin de comprender la importancia de favorecer el establecimiento de vínculos saludables entre la madre y su bebé desde los comienzos de la vida. Intervenir preventivamente supone observar las interacciones madre-hijo desde los momentos en la UCIN, así como desarrollar programas destinados a favorecer el contacto de las familias con el sistema de salud pública luego del egreso de la terapia neonatal, ofreciéndoles la posibilidad de ser atendidos por equipos interdisciplinarios capacitados en vínculo temprano y evaluación del desarrollo. Conocer las características que adopten las interacciones madre-bebé, así como los factores que pueden incidir sobre ellas contribuiría a la tarea de los profesionales de salud para fortalecer los intercambios positivos madre-hijo y propiciar desde la institución una mejor comunicación en las díadas que presentan mayores dificultades.

La principal limitación de esta investigación es el tamaño pequeño y la heterogeneidad de la muestra, por lo que no es adecuado realizar generalizaciones de los resultados a otras díadas madre-bebé de alto riesgo. Otra limitación consiste en que las interacciones madre-bebé fueron observadas directamente por la investigadora sin la utilización de equipos de filmación, lo que resulta en una imposibilidad de revisar las conductas observadas y de someter las mismas a evaluación por diferentes investigadores. Esto redunda en una limitación para comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones similares que podrían realizarse en el futuro. También sería necesario estudiar el desarrollo de los infantes más allá del primer año de vida, dado que la vinculación podría incidir en otros momentos cruciales del desarrollo como sería en la adquisición del control de esfínteres, el ingreso escolar, entre otros.

Es altamente recomendable replicar esta investigación en una muestra mayor y de características más homogéneas, a fin de poder extender los resultados acerca de la asociación entre la modalidad vincular establecida durante el primer año de vida y el desarrollo alcanzado por los bebés de alto riesgo. A pesar de estas limitaciones, el presente estudio representa un primer intento de exploración respecto de los diferentes modos de vinculación entre díadas madre-bebé de alto riesgo y la incidencia que estas modalidades pueden tener en el desarrollo psicomotor y cognitivo alcanzado por los infantes. Se considera fundamental continuar con estudios longitudinales como el que se expone para contribuir al conocimiento del establecimiento del vínculo temprano en condiciones singulares y a la prevención de las posibles dificultades vinculares, así como en el desarrollo de los niños.

Referencias

Abu-Shaweesh, J. M. (2011). Respiratory Disorders in Preterm and Term Infants. In R.J. Martin, A. A. Fanaroff y M.C. Walsh (Ed.), *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant* (9na ed.) (pp.1141-1170). United States: Elsevier.

Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, y P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.

Allen, E., Manuel, J., Legault, C., Naughton, M., Pivro, C. y O'Shea, M. (2004). Perception of Child Vulnerability among Mothers of Former Premature Infants. *Pediatrics, 113* (2), 267-273.

Andrews, D. F. (1972). Plots of high-dimensional data. *Biometrics, 28* (1), 125-36. DOI: 10.2307/2F2528964

Anuario de Estadísticas Vitales (2011). Gobierno de la Provincia de San Luis. Ministerio de Salud. Programa de Epidemiologia y Bioestadística. Área Bioestadísticas.

Anuario de Estadísticas Vitales (2012). Gobierno de la Provincia de San Luis. Ministerio de Salud. Programa de Epidemiologia y Bioestadística. Área Bioestadísticas.

Anuario de Estadísticas Vitales (2013). Gobierno de la Provincia de San Luis. Ministerio de Salud. Programa de Epidemiologia y Bioestadística. Área Bioestadísticas.

Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. y Woscoboinik, N. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: UNICEF - Fundación Kaleidos.

Arnold, L., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L. y Ayers, S. (2013). Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study. *BMJ Open, 3*, 1-6. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002487

Bayley N. (1997). *Bayley scales of infant development* (2da ed.). New York: The Psychological Co. (Publicado originalmente en 1969).

Bear, M. L. (2004). Early identification of infants at risk for developmental disabilities. *Pediatr Clin N Am, 51*, 685-701.

Berenstein, I. (1984). *Familia y enfermedad mental* (2da reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Berenstein, I. (1990). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Berenstein, I. (2008). *Del ser al hacer: Curso sobre vincularidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Bertino, E., Coscia, A., Mombro, M., Boni, L., Rossetti, G., Fabris, C., Spada, E. y Milani, S. (2006). Postnatal weight increase and growth velocity of very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 91*, 349-356. DOI: 10.1136/adc.2005.090993.

Bick, E. (1964). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. *Rev. de Psic., 24* (1), 34-39.

Bick, J., Zhu, T., Stamoulis, C., Fox, N.A., Zeanah, C.H. y Nelson, C.A. (2015). Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter

development: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. DOI:10.1001/jamapediatrics.2014.3212

Bizzarro, M.J., Hussain, N., Jonsson, Feng, R., Ment, L.R., Gruen, J.R., Zhang, H. y Bhandari, V. (2006). Genetic Susceptibility to Retinopathy of Prematurity. *Pediatrics, 118*, 1858-1863. DOI: 10.1542/peds.2006-1088.

Boccaccio, C., Dinerstein, N.A., Schapira, I., González, M.A. y Ascurra, G. (1994). Aspectos relacionados con el psiquismo y desarrollo del recién nacido. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, XIII* (2), 53-59.

Bowlby, J. (1993). *El Vínculo afectivo*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. (Publicado originalmente en 1969).

Bowlby, J. (1993). *La Pérdida afectiva*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. (Publicado originalmente en 1980).

Bowlby, J. (1993). *La Separación*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. (Publicado originalmente en 1973).

Brandt, K. (2009). Maternal-child and family nursing and preventive interventions: United States. In J.K. Nugent, B.J. Petrauskas y T.B. Brazelton (Eds.), *The Newborn as a person: Enabling healthy infant development worldwide* (pp. 146-158). United States: John Wiley y Sons, Inc.

Branson, R.D., Hess, D.R., Chatburn, R.L. (1998). Respiratory Care Equipment (2da ed.). Unites States: Lippincott.

Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (1993). *La Relación más Temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Brazelton, T.B. (2009). The role of the Neonatal Behavioral Assessment Scale: Personal reflections. In J.K. Nugent, B.J. Petrauskas y T.B. Brazelton (Eds.), *The Newborn as a person: Enabling healthy infant development worldwide* (pp. 278-286). United States: John Wiley y Sons, Inc.

Brik, G. (2013). Enfoque interdisciplinario de screening auditivo y seguimiento en bebés de Alto Riesgo Auditivo. En A.F. Werner, *Teoría y Práctica de las Otoemisiones Acústicas* (3ra ed.) (pp. 199-208). Buenos Aires, Argentina: Edimed.

Bruschweiler-Stern, N. (2009). Moments of meeting: Pivotal moments in mother, infant, father bonding: Switzerland. In J.K. Nugent, B.J. Petrauskas y T.B. Brazelton (Eds.), *The Newborn as a person: Enabling healthy infant development worldwide* (pp. 70-84). United States: John Wiley y Sons, Inc.

Candilis-Huisman, D. y Fabre-Grenet, M. (2009). Humanizing the infant: France. In J.K. Nugent, B.J. Petrauskas y T.B. Brazelton (Eds.), *The Newborn as a person: Enabling healthy infant development worldwide* (pp. 183-195). United States: John Wiley y Sons, Inc.

Carlo, W.A (2001). Assisted Ventilation. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 277-300). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Casiro, O., Moddermann, D., Stanwick, R. y Cheang, M. (1991). The natural history and predictive value of early language delays in very low birth weight infants. *Early Human Development, 26*, 45-50.

Cerezo, M.A, Trenado, R.M. y Pons-Salvador, G. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema, 18* (3), 544-550.

Ceriani Cernadas, J. M., Fustiñana, C. A., Mariani, G., Jenik, A. y Lupo, E. A. (2009). *Neonatología Práctica* (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Código Civil y Comercial de la Nación (2014). Dirección Nacional del Sistema Argentino (1ra ed. 2da reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Infojus.

Costa-Moragas, C. (2009). Perinatal factors influencing development: Spain. In J.K. Nugent, B.J. Petrauskas y T.B. Brazelton (Eds.), *The Newborn as a person: Enabling healthy infant development worldwide* (pp. 41-50). United States: John Wiley y Sons, Inc.

D'Harlingue, A.E. y Durand, D.J. (2001). Recognition, Stabilization, and Transport of the High-risk Newborn. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 1-44). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Davim, B.R.M., Enders, B.C. y Silva, R.A.R. (2010). Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Rev Esc Enferm USP, 44* (3), 713-718.

DeCasper, A.J y Fifer, W.P. (1980). Of Human Bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science, 208*, 1174-1176.

Delassus, J.M. (1998). *Devenir mére. Histoire secréte de la maternité*. París, France: Dunod.

Deschamps, J.P. (1993). La madre adolescente y su hijo. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 121-135). Tomo VI. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Duhalde, C., Huerin, V., Zucchi, A., Leonardelli, E., Mrahad, M.C., Silver, R. (…) y Schejtman, C. (2008). Regulación afectiva diádica y autorregulación afectiva del niño. Su relación con la autoestima y el funcionamiento reflexivo de la madre. En C. Schejtman (Comp.), *Primera Infancia. Psicoanálisis e Investigación* (pp.71-84). Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.

Esser, G., Villalba Yantorno, P., Rosa, F., Jórg, M., Dinter, R., Laucht, S. y Schmidt, M. (1998). Significado, Metodología y Posibilidades de la investigación de la relación madre e hijo. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic., 51* (3-4), 355-372.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). *Estado mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades.* Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

Fanaroff, A.A., Kiwi, R. y Shah, D.M. (2001). Antenatal and Intrapartum Care of the High-risk Infant. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 1-44). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Fava Vizziello, G. (1993). Introducción. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (pp. 17-26). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Fava Vizziello, G. Zorzi, C. y Bottos, M. (comp.) (1993). *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Fava Vizziello, G., Bricca, P. y Cassibba, R. (1993). La asistencia psicológica a los padres. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (pp. 118-146). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Fava Vizziello, G., Bricca, P. y Zingarello, C. (1993). Informes históricos. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (pp. 155-169). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Fava Vizziello, G., De Rocco, G. y Zingarello, C. (1993). Aspectos psíquicos y relacionales. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (pp. 197-270). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Hall Moran, V., … y Dyke, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Pediatrica, 101*, 1032–1037.

Fogel, A., Garvey, A., Hsu, H. y West-Stroming, D. (2006). *Change Processes in Relationships: A relational-historical research approach*. New York: Cambridge University Press.

Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 14* (3), 387–421.

Freud, S. (2001). Conferencia 23. Los caminos de la formación del síntoma. En *Obras Completas*, Tomo XVI (1ra ed., 7ma reimpresión) Buenos Aires, Argentina: Amorrotu. (Publicado originalmente en 1916).

Freud, S. (2001). Proyecto de Psicología. En *Obras Completas*, Tomo I (1ra ed., 7ma reimpresión) Buenos Aires, Argentina: Amorrotu. (Publicado originalmente en 1895 [1950]).

Galeano, E. (2003). *El libro de los abrazos*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos.

Ganso, H., Mosquera, A. y Paiva, G. (2005). Asistencia del recién nacido. Patologías más frecuentes en el recién nacido. En A. Oiberman (Comp), *Nacer y después…Aportes a la Psicología Perinatal* (pp. 56-88). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Golse, B. (1998). *Psicopatología de la perinatalidad*. En P. Ferrari, *De la comprensión de la psicopatología al tratamiento*. Conferencia presentada en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), Sevilla, España. Recuperado de http://www.sepypna.com/articulos/psicopatologia-perinatalidad/

González, L. (2006). Crianza y sostén: Vínculos para crecer. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Presidencia de la Nación.

González, M. A. y Naddeo, S. J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida: Familia, internación neonatal y salud mental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 26* (4), 155-158.

Griffa, M.C. y Moreno, J.E. (2010). *Claves para una psicología del desarrollo: Vida prenatal. Etapas de la niñez.* Volumen I. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Grisolía, E. (2005). Ser madre adolescente. En A. Oiberman (Comp), *Nacer y después…Aportes a la Psicología Perinatal* (pp. 191-193). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2da ed.) (2003). Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

Guías de atención ambulatoria integral para el seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo (1ra ed.) (2012). Córdoba, Argentina: UNICEF - RED SERENAR, Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud. Recuperado de http://www.unicef.org.ar

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., … y Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics, 13* (18), 1-9.

Gutton, P. (1987). *El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Haeusslery I.M. y Marchant, T. (2002). *Test de desarrollo psicomotor de 2 a 5 años* (9na ed.). Santiago, Chile: Univ. Católica Chile.

Hoff, E. (2014). *Language Development* (5th ed. International Edition). United States of America: Wadsworth CENGAGE Learning.

Hoffman, P., Grinstein, G., Marx, K., Grosse, I. y Stanley, E. (1997). DNA Visual and Analytic Data Mining. *IEEE Visualization Conference (Proceedings)* 437-441.

Hoffmann, J.M. (2008). El area de la primera infancia. En C. Schejtman (Comp.), *Primera Infancia. Psicoanálisis e Investigación* (pp.169-192). Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.

Hoon A.H. (1993). Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale in early cognitive assessment. *J Pediatrics, 123*, 51-58.

Huberman de Chiappini, C. y Rodríguez de Miyares, A. (1997). Observación de Bebés: Signos de Alarma en el Primer Año de Vida. Autismo Precoz. Detección y Tratamiento. Buenos Aires, Argentina: Kargieman.

Huberman, A. (2003). La madre deprimida y su bebé. Transmisión y génesis de la depresión en la primera infancia. Su tratamiento y prevención (pp. 167-177). En VI Jornadas del Departamento de Niñez y adolescencia, APdeBA. Interpelaciones entre la clínica y la teoría. Buenos Aires, Argentina: APdeBA.

Izzedin-Bouquet, R. (2009). El método de observación de bebés de Esther Bick. *Perinatol Reprod Hum, 23* (4), 219-222.

Jansson-Verkasalo, E., Korpilahtia, P., Ja¨nttic, V., Vainionpaa¨, L., Alkue, P., Suominen, K., Valkama, M. y , Na¨a¨ta¨nen, R. (2004). Neurophysiologic correlates of deficient phonological representations and object naming in prematurely born children. *Clinical Neurophysiology, 115*, 179–187.

Kalhan, S.C. y Price, P.T. (2001). Nutrition and Selected Disorders of the Gastrointestinal Tract. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 157-178). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Kelly, M. M. (2006). The basics of prematurity. *Journal of Pediatric Health Care, 20* (4), 238-244.

Klaus, M.H. y Kennell, J.H. (2001). Care of the parents. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 195-222). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Klein, M. (2008a). Algunas consideraciones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Obras Completas*, Tomo III (5ta reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Paidós (Publicado originalmente en 1952).

Klein, M. (2008b). Observando la conducta de bebés. En *Obras Completas*, Tomo III (5ta reimpresión). Buenos Aires, Argentina: Paidós (Publicado originalmente en 1952).

Kliegman, R. (2011).Intrauterine Growth Restriction. In R.J. Martin, A.A. Fanaroff y M.C. Walsh (Ed.), *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant* (9th ed.) (pp.245-275). United States: Elsevier.

Knibiehler, Y. (2000). *Historia de las madres y de la maternidad en occidente*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Kreisler, L. y Cramer, B. (1990). Bases clínicas de la psiquiatría del lactante. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 73-108). Tomo V. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Kreisler, L. y Soulé, M. (1990). El niño prematuro. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 39-61). Tomo V. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Kreisler, L. y Voyer, M. (1990). El recién nacido con dificultades vitales. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 63-72). Tomo V. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Larguía, M., Lomuto, C. y González, M. A. (2006). *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Recuperado de www.funlarguia.org.ar.

Larguía, M., Schapira, I. y Aspres, N. (2008). *Guía para Padres de Prematuros*. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Recuperado de www.funlarguia.org.ar

Lebovici, S. (1985). *El lactante, la madre y el psicoanalista: Las interacciones precoces*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (Publicado originalmente en 1983).

Lefrak, L. y Houska Lund, C. (2001). Nursing practice in the Neonatal Intensive Care Unit. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 223-242). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Lejarraga, H., Kelmansky, D., Pascucci, M.C. y Salamanco, G. (2005). *Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Fundación Hospital Garrahan.

Leonardelli, E., Vernengo, M.P., Wainer, M. y Duhalde, C. (2009). Desarrollo de un Modelo para la Observación Sistemática de Situaciones Interactivas lúdicas madre-niño. En *Memorias I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 437-439). Tomo II. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.

Lucchini, R., Bizzarri, B., Giampietro, S. yDe Curtis, M. (2011). Feeding intolerance in preterm infants. How to understand the warning signs. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 24* (1), 72-74.

Maisels, M.J. (2001). Neonatal Hyperbilirrubinemia. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp.324-362). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Marotta, C. (2007). Un estudio cualitativo del vínculo madre-hijo en adolescentes madres de sectores de pobreza. *Revista Uruguaya de Enfermería, 2* (2), 11-25.

Marshall, E. (2014). An experiment in zero parenting: A controversial study in Romanian orphans reveals long-term harm to the intellect. *Science, 345*, 752-754.

Martínez, C.I. (2013). Seguimiento del desarrollo del lenguaje en el prematuro. Programa universitario: Impacto de la prematurez en el crecimiento y el desarrollo, Instituto Universitario del Hospital Italiano. Manuscrito no publicado.

Maas, A. J., Vreeswijk, C., de Cock, E., Rijk, C. y van Bakel, H. (2012). Expectant Parents: Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth ,12* (46). doi:10.1186/1471-2393-12-46

Mathelin, C. (1995). *Clínica psicoanalítica con niños: Uvas verdes y dentera* (ed. en español). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Mendicoa, G. (2003). Sobre Tesis y Tesistas: lecciones de enseñanza – aprendizaje (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Espacio.

Milgrom, J., Newnham, C., Anderson, P. J., Doyle, L. W., Gemmill, A. W., Lee, K., Hunt, R. W., Bear, M. y Inder, T. (2010). Early sensitivity training for parents of preterm infants: Impact on the developing brain. *Pediatric Research, 67* (3), 330-335.

Mooi, E. y Sarstedt, M. (2011). A concise guide to market research: The process, data and methods using IBM SPSS statistics. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-12541-6_1

Muglia, L. J. y Katz, M. (2010). The Enigma of Spontaneous Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine, 362*, 529-535.

Muñoz-Ledo-Rábago, P., Méndez-Ramírez, I., Sánchez-Pérez, M. del C., Mandujano-Valdés, M. y Murata, Ch. (2013). Interacciones Tempranas Madre-Niño y

predicción de Desarrollo Motor mediante Ecuaciones Estructurales. Aplicación del Modelo en Niños con Riesgo de Daño Neurológico Perinatal. *Interdisciplinaria, 30* (1), 119-138.

Muñoz-Ledo-Rábago, P., Sánchez-Pérez, M. del C., Méndez-Ramírez, I. y Mandujano-Valdés, M. (2003). Sistemas diádicos y secuela al año de edad en niños con daño neurológico perinatal. *Perinatol Reprod Hum, 17* (1), 10-19.

Nágera, H. (1983). *Neurosis Infantil. Problemas del desarrollo*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

Nelson, C.A., Zeanah, C.H., Fox, N.A, Marshall, P.J., Smyke, A.T. y Guthrie D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science, 318*, 1937-1940.

Nieri, L. (2013). Un lugar para el padre en la maternidad. En A. Oiberman, *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal* (pp. 161-179). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Nikodem, M. R. (2009). Niños de Alto Riesgo. Intervenciones tempranas en el Desarrollo y la Salud Infantil. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Nuñez, B. (2008). *Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Obeidat, H. M., Bond, E. A. y Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education, 18* (3), 23–29. DOI: 10.1624/105812409X461199

Ohgi, S. y Akiyama, T. (2009). Supporting parents of at-risk infants: Japan. In J.K. Nugent, B.J. Petrauskas y T.B. Brazelton (Eds.), *The Newborn as a person: Enabling healthy infant development worldwide* (pp. 51-59). United States: John Wiley y Sons, Inc.

Oiberman, A. y Mercado, A. (2009). Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés desde su gestación hasta los 3 años. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Oiberman, A. y Santos, M.S. (2006). Aportes de la Psicología a las Problemáticas de la Adolescencia. En Facultad de Psicología (Ed) *Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires* (pp.118-140). Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Facultad de Psicología.

Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé: inicio de una relación*. La Plata, Argentina: Editorial Universidad Nacional de La Plata.

Oiberman, A. (2000). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate, 1*, 87-91.

Oiberman, A. (2004). Historia de la maternidad en Occidente: Repensar la maternidad. *Psicodebate, 1*, 87 – 93.

Oiberman, A. (2008). *Observando a los bebés: Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé* (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Oiberman, A. (2011). Vinculo y Apego. En *Programa Nacional de Actualización Pediátrica* (PRONAP) (Modulo 4) (pp.35-54). Buenos Aires, Argentina: Programa Nacional de Actualización Pediátrica.

Oiberman, A. (Comp.) (2005). *Nacer y Después…Aportes a la Psicología Perinatal*. (1ra ed.) Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Oiberman, A. (Comp.) (2013). *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal* (1a ed.). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Oiberman, A., Fiszelew, R., Vega, E., Di Biasi, S., Mercado, A., Galindez, E. y Pavlinusich, G. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el posparto inmediato. *Anuario de Investigaciones, VI*, 346-357.

Oiberman, A., Galindez, E., Mansilla, M., Santos, M., Cantello, M., Dehollainz, I., Mercado A., Lucero, A. y Echeverría, M. (2008). Nuevos Dispositivos en Salud Mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En Facultad de Psicología (Ed) *Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires* (pp.122-139). Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Facultad de Psicología.

Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., Cantello, M., Dehollainz, I. (…) Galli, M. (2013). Construcción de un modelo de trabajo en psicología perinatal. En A. Oiberman, *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal* (pp. 37-55). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Oiberman, A., Mansilla, M. y Orellana, L. (2002). *Nacer y Pensar*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones CIIPME- CONICET.

Oiberman, A., Paolini, C.I., Mansilla, M. L., Santos, M.S., Dehollainz, I., Amigo, C. (…) y Rodríguez, C. (2012). Etapas del proceso de construcción de la inteligencia sensoriomotriz en bebés argentinos. *Investigaciones en Psicología, 17* (3), 83-105.

Oiberman, A., Santos, M. S. y Misic, M. I. (2011). Dispositivos de Intervención Perinatales (DIP): Instrumentos en Salud Mental Perinatal. En Facultad de Psicología (Ed) *Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires* (pp. 11-30). Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Facultad de Psicología.

Oiberman, A., Santos, S. y Nieri, L. (2010). Perinatal Psychological Interview (PPI): An instrument of psycho-perinatal diagnose to consider the fantasmatic, imaginary and real baby. *Advances in Perinatal Medicine (Proceedings)*, 233-237.

Oreiro, V. (2013). Desarrollo Motor en el niño prematuro. Programa universitario: Impacto de la prematurez en el crecimiento y el desarrollo, Instituto Universitario del Hospital Italiano. Manuscrito no publicado.

Ortiz, J. A., Borré, A., Carrillo, S. y Gutiérrez, G. (2006). Relación de Apego en Madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38* (1), 71-86.

Paolicchi, G., Colombres, R., Kohan Cortada, A., Pennella, M., Maffezzoli, M., Botana, H., Garau, A., Cortona, P. y Olleta, V. (2009). Los Modelos infantiles de Apego y su importancia en la Constitución de los Lazos Parentales. En *Memorias I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 461-463). Tomo II. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.

Paolini, C., Santos, M.S. y Oiberman, A. (2014). Un Estudio Multicéntrico Argentino: Variaciones en el DesarrolloCognitivo en bebés nacidos a término. *Anuario de Investigaciones, XXI*, 363-374.

Para la vida: Atención primaria de salud "revitalizada". (2011). Argentina: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de http://www.unicef.org.ar

Pasqualini, T., Gryngarten, M., Pipman, V., Escobar, M.E., Boulgourdjian, E., Blanco, M., Bengolea S.V. y Alonso, G. (2007). Restricción del crecimiento intrauterino: perspectiva endocrinológica. *Arch Argent Pediatr, 1045* (1), 71-73.

Pelento, M.L. (2008). En torno al nacimiento. Nuevas figuras de la desprotección. En C. Schejtman (Comp.), *Primera Infancia. Psicoanálisis e Investigación* (pp.135-142). Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.

Philip, A.G.S. (2005). The Evolution of Neonatology. *Pediatric Research, 58* (4), 799-815. DOI: 10.1203/01.PDR.0000151693.46655.66.

Piaget, J. (1969). *El nacimiento de la inteligencia en el niño* (2da. ed.). Madrid, España: Aguilar (Publicado originalmente en 1936).

Piaget, J. (1988). *La construcción de lo real en el niño*. Barcelona, España: Crítica (Publicado originalmente en 1956).

Pillekamp, F., Hermann, C., Keller, T., von Gontard, A., Kribs, A. y Roth, B. (2007). Factors Influencing Apnea and Bradycardia of Prematurity: Implications for Neurodevelopment. *Neonatology, 91*, 155–161. DOI: 10.1159/000097446.

Pose, G. (2004). Ser padres prematuros. El parto, el nacimiento y la relación con el bebé. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Del Candil.

Raznoszczyk de Schejtman, C. y Vardy, I. (2008). Regulación afectiva diádica y autorregulación en los infantes en el primer año de vida. *Anuario de Investigaciones, XVI*, 99-108.

Raznoszczyk de Schejtman, C. (2005). Regulación afectiva diádica madre-bebé y autorregulación del infante en la estructuración psíquica temprana. *Anuario de Investigaciones, XIII*, 185-191.

Raznoszczyk de Schejtman, C., Lapidus, A., Vardy, I., Leonardelli, E., Silver, R., Umansky, E. (…) y Zucchi, A. (2004). Estudio de la expresividad emocional y la regulación afectiva en díadas madre-bebé durante el primer año de vida y su relación con la autoestima materna. *Anuario de Investigaciones, XII*, 227-236.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ra ed.). Madrid, España: Espasa.

Rodríguez, D. (2013). Prematurez. Programa universitario: Impacto de la prematurez en el crecimiento y el desarrollo, Instituto Universitario del Hospital Italiano. Manuscrito no publicado.

Rodríguez, G., Vivas, S., Cangelosi, M. y Schapira, I. (2008). Avatares en prematuros de 3 a 5 años y sus madres. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 27* (4), 152-154.

Rodríguez, S., Arancibia, V. y Undurraga, G. (1978). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses* (3ra. ed.). Santiago de Chile, Chile: Galdoc.

Rodulfo, M. (2010). *La clínica del niño y su interior*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rodulfo, R. (2008). Futuro por venir: Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y la adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Rodulfo, R. (2010). El niño y el significante: Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rodulfo, R. (2012). Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura en el niño. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Roy, E., Cortigiani, M.R., Acosta, L. y Schapira, I. (1988). Evaluación del desarrollo psicomotor de 319 niños de 1 a 24 meses de la consulta ambulatoria de los hospitales Ramón Sardá, Pedro de Elizalde y Luisa de Gandulfo. *Arch. Arg. Pediatr, 86*, 204-212.

Ruiz, Ana L. (2005). Abordaje clínico con el bebé y sus padres. *Cuestiones de infancia, 9*, 96-110.

Safder, S., Arora, S. y Chelimsky, G. (2011). Disorder of digestion. In R.J. Martin, A.A. Fanaroff y M.C. Walsh (Ed.), *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant* (9na ed.) (pp.1381-1386). United States: Elsevier.

Santos, M.S. (2008). Construcción de una Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé internado en UCIN: Resultados Preliminares de la aplicación del protocolo de Observación. *Anuario de Investigaciones, XV*, 207-217.

Santos, M.S. (2010). *Psychoneonatology: Results of a new observation scale of the bond mother-baby in incubator*. In Advances in Perinatal Medicine. Proceedings (pp. 515-518). Granada, España: Monduzzi Editore.

Santos, S. (2013). El abordaje clínico psiconeonatal de los nacimientos prematuros. En A. Oiberman, *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal* (pp. 225-239). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Schapira, I. (2007). Comentarios y aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 26* (1), 21-27.

Schapira, I. (2008). ¿Cómo Saber si el Bebé Aprende y se está Desarrollando Bien?. En M. Larguía, I. Schapira y N. Aspres, *Guía para Padres de Prematuros* (pp. 109-112). Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Recuperado de http:// www.funlarguia.org.ar

Schapira, I., Aspres, N., Benítez, A., Vivas, S., Rodríguez, G., Gerometta, G., Galindo, A., Cangelosi, M., Cúneo Libarona, M.L. y Fiorentino, A. (2008). Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 27* (4), 155-158.

Schapira, I., Aspres, N., Ferrari, A., Álvarez Gardiol, A.B., Bedacarratz, R., Collavini, L., Fiorentino, A., Noales, C., Spiazzi, S. y Vivas, S. (2005). Dos problemas "ocultos" en la infancia: Trastornos del desarrollo y accidentes. Propuestas para su prevención. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 24* (3), 110-116.

Schapira, I., Roy, E. y Cortigiani, M. (2002). Desarrollo normal y prevención de sus trastornos en los dos primeros años de vida: Cuidados para evitar accidentes. Buenos Aires, Argentina: Dharmagraf.

Schapira, I., Roy, E., Coritgiani, M.R., Aspres, N., Benítez, A., Galindo, A., Parisi, N. y Acosta, L. (1998). Estudio prospectivo de recién nacidos prematuros hasta los 2 años. Evaluación de un método de medición del neurodesarrollo. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 17* (2), 52-58.

Schejtman, C. (2004). Efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica durante el primer año de vida: Psicoanálisis e investigación empírica con infantes. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 6*, 281-302.

Schejtman, C. (Comp.) (2008). *Primera Infancia. Psicoanálisis e Investigación*. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Schneider, R. (2005). Prólogo. En A. Oiberman (Comp), *Nacer y después…Aportes a la Psicología Perinatal* (pp. 15-17). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sharko, J., Grinstein, G. y Marx, K.A. (2008). Vectorized Radviz and Its Application to Multiple Cluster Datasets. *IEEE Transactions on Visualization and Computer Graphics, 14* (6), 1444 -1451.

Simioni, P. y Allegro, A. (1993). La asistencia de enfermería para el neonato. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (pp. 73-88). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Soulé, M. y Lauzanne, K. (1993). Las carencias de cuidados maternos y sus efectos. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 19-41). Tomo VI. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Southgate, W.M. y Pittard, W.B. (2001). Classification and Physical Examination of the Newborn Infant. In A. Fanaroff y M. Klaus, *Care of the high-risk neonate* (5ta ed.) (pp. 100-129). Philadelphia: Saunders. (Publicado originalmente en 1973).

Souza Minayo, M. C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Spitz, R. (2003). *El primer año de vida del niño* (20da reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica. (Publicado originalmente en 1965).

Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Stern, D. (1997). La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Stern, D. (1998). *La primera relación: madre-hijo* (4ta ed.). Madrid, España: Morata.

Suárez-Morán, E., Morales-Fuentes, G.A., Inzunza-González, J.A., Cedillo-Ley, I., Gerardo-del Hoyo, M. y Silva- Ramírez, H. (2011). Influencia de la apnea central del niño prematuro en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cir Cir, 79* (6), 511-519.

Tinsley, B.R. y Parke, R.D. (1984). The historical and contemporary relationship between developmental psychology and pediatrics: A review and an empirical survey. In H.E. Fitzgerald, B.M. Lester y M.W. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioral pediatrics. Volumen 2* (pp. 10-11). New York: Springer Science+Business Media, Llc.

Torres Muñoz, J. y Rojas, C. A. (2010). Asfixia perinatal. *Revista Programa De Educación Continuada En Pediatría, 9* (3), 17 – 27.

Tronick, E. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Pychological Association, 44* (2), 112-119. Doi: 0003.Q66X/89/$OO.75

Tustin, F. (2006). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Publicado originalmente en 1990).

Tustin, F. (2010). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona, España: Paidós ibérica. (Publicado originalmente en 1972).

Vardy, I. y Schejtman, C. (2008). Afectos y regulación afectiva. Un desafío bifronte en la primera infancia. En C. Schejtman (Comp.), *Primera Infancia. Psicoanálisis e Investigación* (pp. 53-70). Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.

Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en Neonatología: Rol y estilo personal*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Vega, E. (2011). Un Modelo Integrativo en el Abordaje de Niños y sus Familias: Su aplicación en psico-neonatología y salas generales de pediatría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XX* (2), 175-185.

Vega, E. (2013). El apego en contextos clínicos Institucionales. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina, VI*. http://apra.org.ar/revistadeapra/mayo2013.html.

Vericat, A. y Orden, A. (2010). Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Rev Chil Pediatr, 81* (5), 391-401.

Vincent, M. (1990). Relación de la madre con el feto y de éste con ella. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 19-38). Tomo V. Madrid España: Biblioteca Nueva.

Vohr, B. R., O´Shea, M. y Wright, L. L. (2003). Longitudinal multicenter follow-up of high-risk infants: why, who, when, and what to assess. *Seminars in Perinatology, 27* (4), 333-342.

Vohr, B.R., Wright, L.L., Dusick, A. M., Mele, L., Verter, J., Steichen, J.J., Simon, N.P., Wilson, D.C., Broyles, S., Bauer, Ch.R., Delaney-Black, V., Yolton, K.A., Fleisher, B.E., Papile, L. y Kaplan, M.D. (2000). Neurodevelopmental and Functional Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993–1994. *Pediatrics, 105* (6), 1216-1226. DOI: 10.1542/peds.105.6.1216

Wechsler, D. (1949). *Wechsler intelligence scale for children*. New York: The Psychological Corporation.

White-Traut, R. y Norr, K. (2009). An ecological model for premature infant feeding. *JOGNN, 38*, 478-490. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2009.01046.x

Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Argentina: Hormé. (Publicado originalmente en 1958).

Winnicott, D. (1987). *Realidad y Juego.* Barcelona, España: Gedisa. (Publicado originalmente en 1971).

Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis.* Barcelona, España: Paidós. (Publicado originalmente en 1958).

Winnicott, D. (1999). La observación de niños en una situación fija. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis.* Barcelona, España: Paidós. (Publicado originalmente en 1941).

Winnicott, D. (2002). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires, Argentina: Paidos. (Publicado originalmente en 1962).

Winnicott, D. (2009). La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé. En *Exploraciones psicoanalíticas I.* Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Publicado originalmente en 1969).

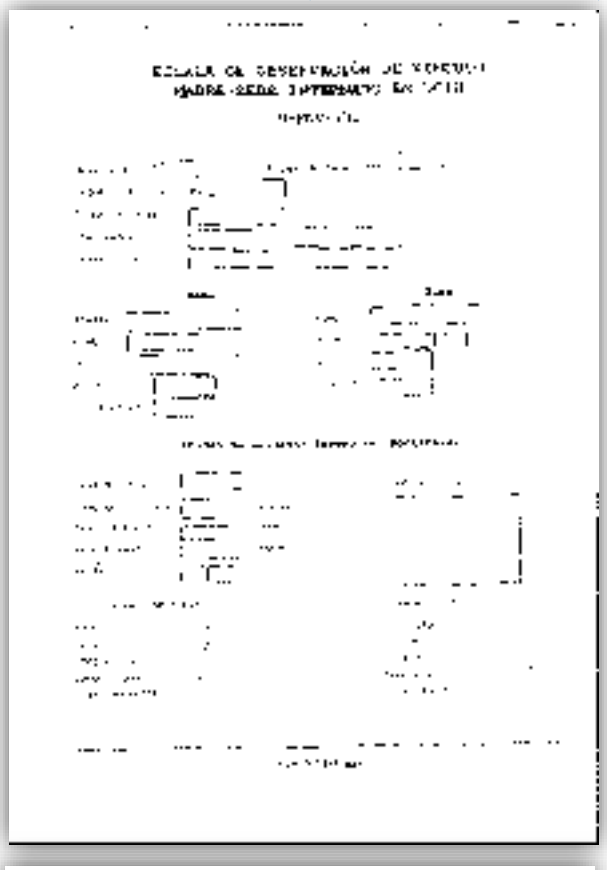
Zorzi, C. (1993). La internación. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (ed. español) (pp. 41-43). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

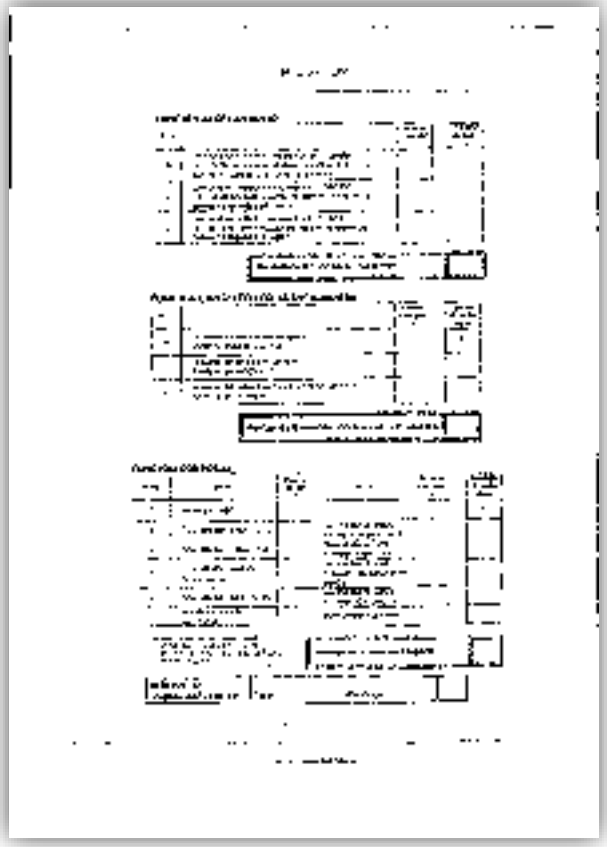
Zorzi, C., Fava Vizziello, G. y Bottos, M. (1993). La planificación de las altas. En G. Fava Vizziello, C. Zorzi y M. Bottos (comp.), *Los hijos de las máquinas: La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales* (pp. 147-151). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

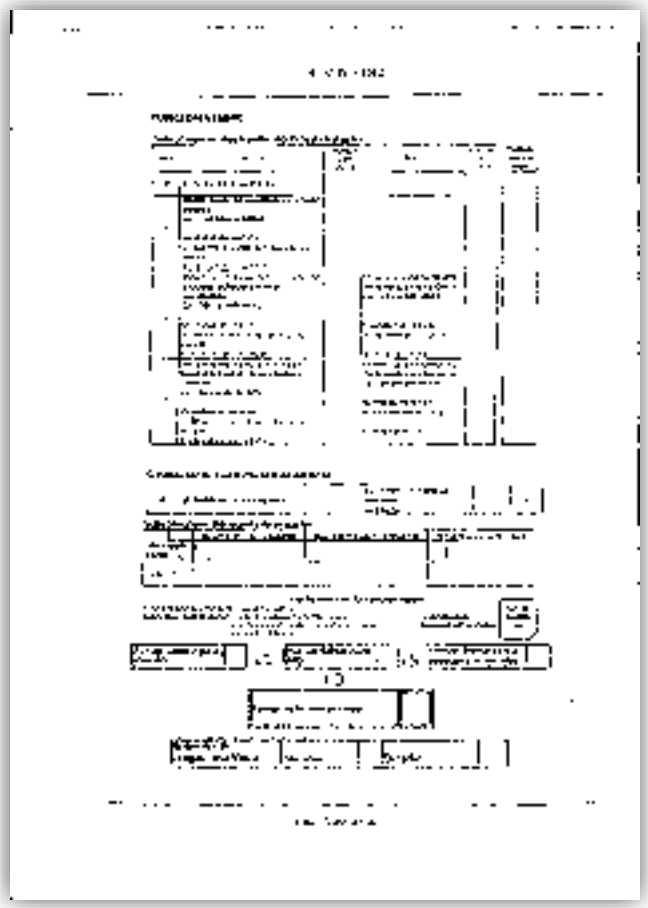
Zucchi, A., Huerin, V., Duhalde, C. y Raznoszczyk de Schejtman, C. (2006). Aproximación al estudio del Funcionamiento Reflexivo Materno. *Anuario de Investigaciones, XIV*, 215-221.

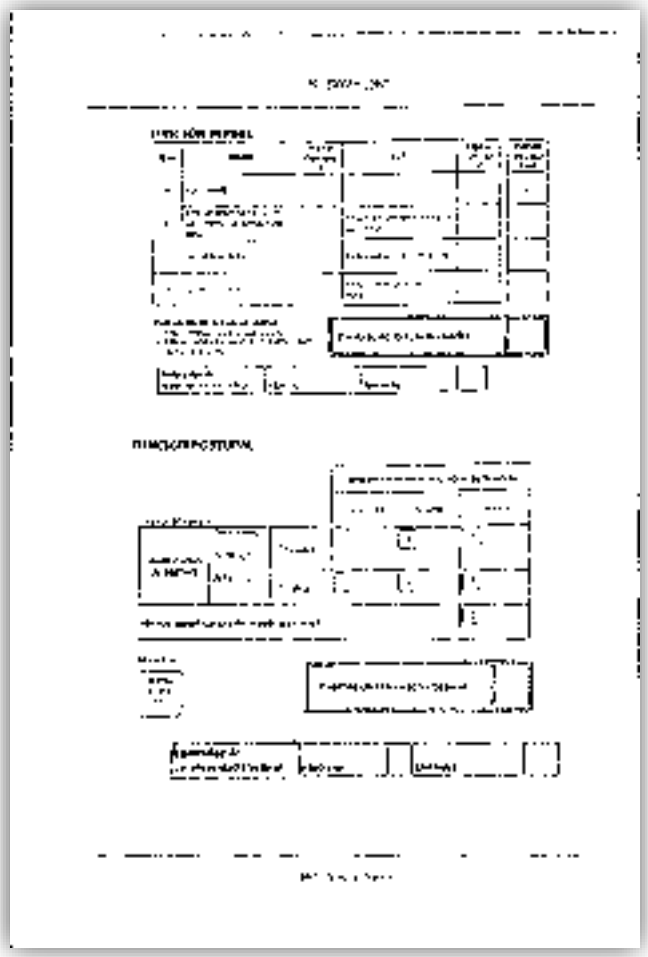
Anexos

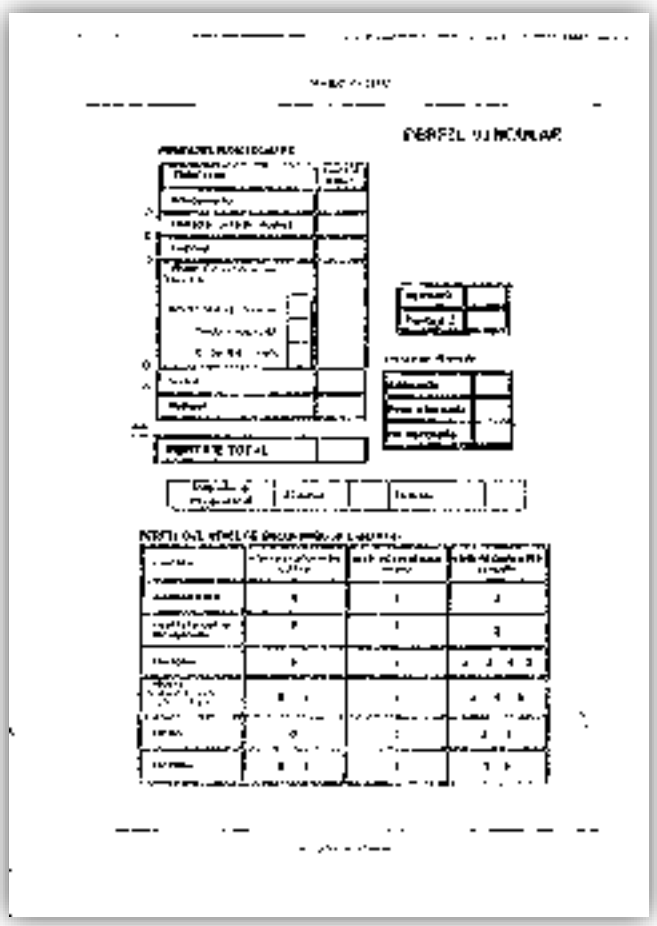
A. Escala de observación de vínculo madre-bebé internado en UCIN (Santos, 2010)



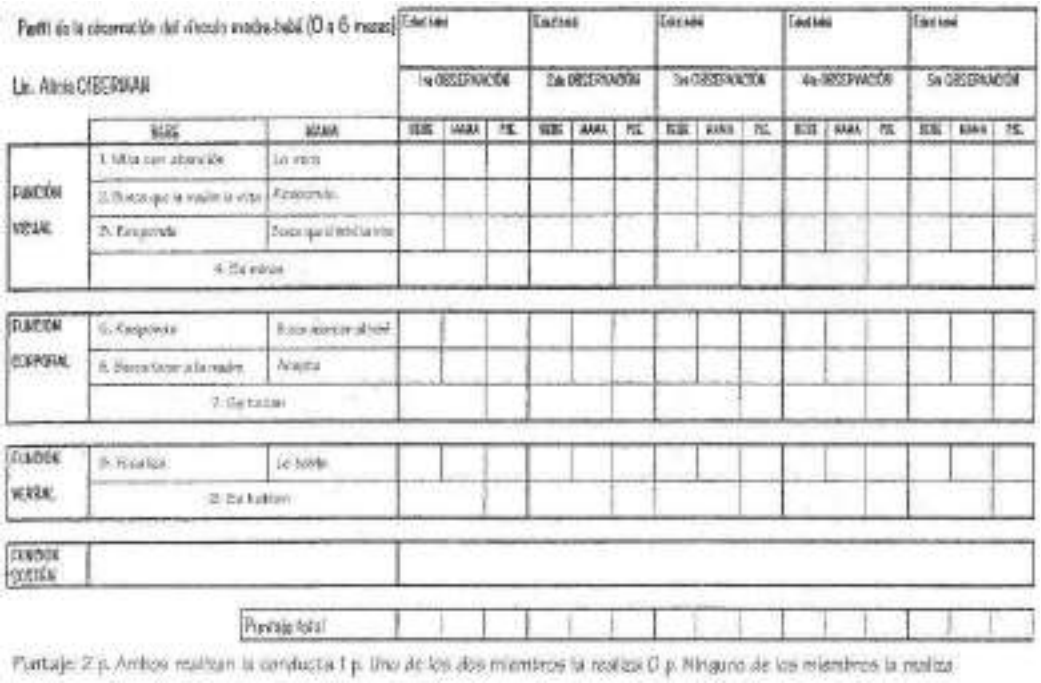








B. Escala de observación del vínculo madre-hijo (Oiberman, 2008)

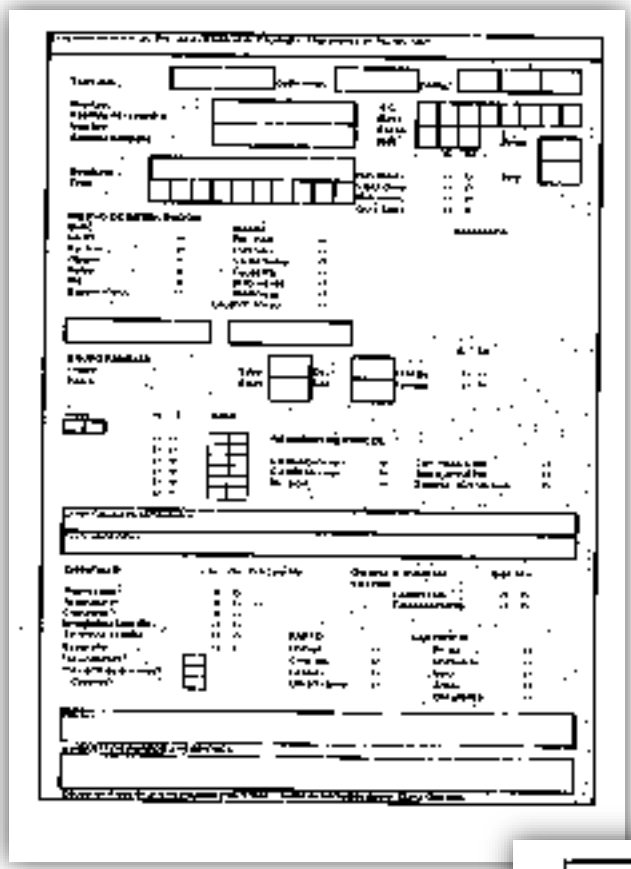


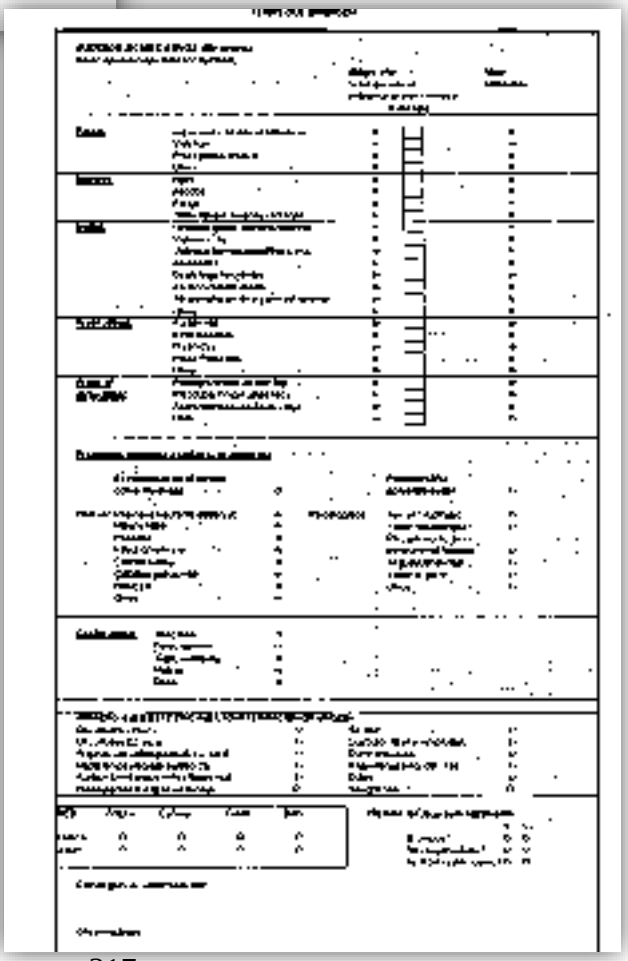
Perfil de la observación del vínculo madre-bebé (7 a 15 meses)

			Edad bebé			Edad bebé			Edad bebé			Edad bebé			Edad bebé		
			1ra OBSERVACIÓN			2da OBSERVACIÓN			3ra OBSERVACIÓN			4ta OBSERVACIÓN			5ta OBSERVACIÓN		
	BEBE	MAMA	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.
FUNCIÓN VISUAL	1. Gira la cabeza hacia la madre o la busca visualmente	Responde															
	2. Responde	Busca que el bebé la mire															
FUNCIÓN CORPORAL	3. Busca tocar a la madre	Acepta															
	4. Responde	Busca acariciar al bebé															
FUNCIÓN VERBAL	5. Llama a su madre	Responde															
	6. Responde	Inicia el diálogo															
FUNCIÓN SOSTÉN	7. Tiende los brazos hacia la madre o se acurruca en el cuerpo materno	Responde positivamente															
	8. Responde	Tiende los brazos hacia el bebé															
		Puntaje total															

Puntaje: 2 p. Ambos realizan la conducta 1 p. Uno de los dos miembros la realiza 0 p. Ninguno de los miembros la realiza

C. Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) (Oiberman, 2005; Oiberman et al., 2008)





D. Modelo de entrevista semiestructurada:

Grupo familiar

Integrantes del grupo familiar (cantidad de hijos).

Situación socioeconómica de la familia (vivienda, trabajo o desempleo, escolaridad de los padres y hermanos).

¿Con quienes viven? Características de la convivencia.

Pareja/padre del bebé

Historia de la relación (cómo se conocieron, cuándo, dónde, separaciones, conflictos).

Características de la relación (conviven, no conviven, hijos de otras parejas, tienen otros hijos, proyectos compartidos).

Actitud de la pareja frente al último embarazo (¿Imaginaban tener un bebé? ¿Cómo recibieron la noticia? ¿Se sintió acompañada por su pareja en el embarazo? ¿Cómo impacto en la familia el mismo?) (BEBÉ IMAGINADO)

Actitud de la pareja frente a los problemas en el embarazo

Embarazo

Antecedes de otros embarazos (número, fecha del anterior, pérdidas, problemas de salud, etc.)

El embarazo de este bebé: Planeado / aceptado (en qué mes lo aceptó)

¿Cómo era su situación familiar/ de pareja cuando ocurrió? ¿Pensó en interrumpirlo en algún momento?

¿Sospechó que estaba embarazada? ¿Cómo se enteró?

¿Cómo recibió la noticia? ¿Cómo se sintió?

¿Cómo le trasmitió la noticia al padre del bebé?

¿Cambió en algo su forma de vida?

¿Cambio en algo la relación con su pareja cuando se enteraron que estaba embarazada? ¿En qué?

¿Cómo fue el embarazo? (controles médicos, acompañamiento, etc.)

¿Cómo se sintió durante el embarazo? (física y emocionalmente)

¿Cómo era el bebé en la panza? ¿Lo sentía moverse, patear en su vientre durante el embarazo? ¿Lo soñó?

¿Se realizó ecografías? (cantidad, mes) ¿Qué sintió cuando vio las primeras imágenes del bebé en las ecografías? ¿Con quién estaba?

¿Cómo imaginaba que sería su bebé?

¿Qué expectativas tenía sobre el parto?

Parto

¿Cómo comenzó el trabajo de parto? (adonde estaba, con quien, quien la trajo al hospital, cómo se sentía)

¿Cómo fue el parto? ¿Fue muy diferente a cómo lo imaginaba?

¿Quién la acompañó en ese momento? (pareja, madre, familia)

¿Tenía el bolso/ cosas del bebé preparadas? (ropa, lugar/habitación en la casa, pañales, etc.)

¿Tenía temores, preocupaciones sobre su salud o la del bebé durante el parto?

Si hubo otros partos ¿Tuvo dificultades o problemas en ellos?

¿Cómo se sintió frente al nacimiento del bebé?

Nacimiento e internación del Bebé (BEBÉ REAL)

Datos del bebé (nombre, edad, semanas de gestación al nacer, peso al nacer y actual, etc.)

¿Cómo eligieron el nombre del bebé? ¿Quiénes lo eligieron?

¿A quién lo ve parecido? ¿A quién le gustaría que se parezca?

¿Cuándo vio por primera vez al bebé? ¿Qué fue lo primero que hizo cuando lo vio? ¿Qué sintió en ese momento?

¿Sabe por qué motivos estuvo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? ¿tenía dudas en ese momento? ¿Pudo preguntarle a los médicos sobre la salud de su bebé?

¿Qué sintió cuando lo vio por primera vez en la incubadora? ¿estaba sola o acompañada? ¿Qué pensó en ese momento? ¿Tenía miedo o preocupaciones respecto del niño?

¿Cómo cuidaba al bebé el tiempo que estuvo internado? (alimentación, limpieza, temperatura, acompañamiento de la pareja)

¿Se sintió acompañada y comprendida por los médicos en ese momento?

¿Cómo se sintió cuando le avisaron que podían irse de alta? ¿A dónde fue? ¿Con quién? ¿Tenía algún temor en ese momento?

Lactancia/ alimentación

Tomó pecho, mamadera o mixto.

Frecuencia.

¿Hasta qué edad tomó?

¿Lo alimentaba en algún lugar en particular? ¿Adónde, por qué?

Si tomó pecho ¿en qué posición está/estaba más cómoda para hacerlo? ¿Y el bebé?

¿Disfrutaba de darle el pecho a su bebé? ¿Cuál era la actitud del niño frente a esto?

¿Tuvo alguna dificultad en la lactancia?

¿Ha comenzado a ingerir alimentos sólidos? En caso de que si: ¿Cuándo?; ¿Quién lo alimenta?; ¿Cómo acepto la comida?; ¿Hay alguna comida en especial que prefiera o le desagrade?, etc.

Sueño

¿Cómo duerme el bebé?

¿Dónde duerme?

¿Cómo hace para dormirlo?

¿Quién lo acuesta por lo general?

Juego

¿Con que juguetes le gusta jugar?

¿Lo hace solo o acompañado? (en caso de que es acompañado) ¿De quién?

¿Comparten algún juego juntos?

Regulación emocional

¿Cómo reacciona cuando el bebé se angustia? ¿Qué hace, siente en ese momento?

¿Cómo lo calma?

¿Alguien la ayuda a calmarlo?

¿Con que frecuencia se irrita o angustia?

¿Quién cuida al niño cuando usted tiene que salir o trabajar? ¿Cómo reacciona el bebé?

Historia de su propio nacimiento (BEBÉ FANTASMÁTICO)

¿Conoce la historia de su propio nacimiento? ¿Fue amamantada?

¿Qué recuerdos tiene de su infancia?

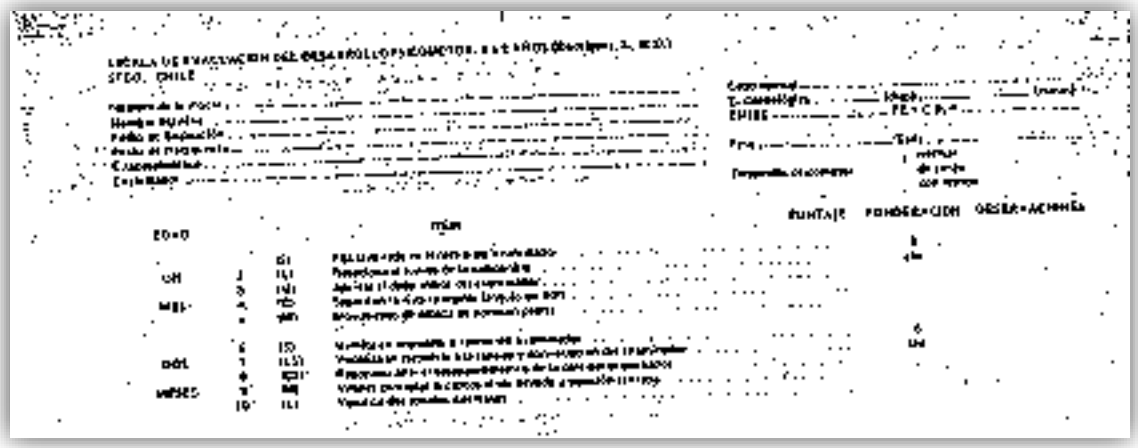
¿Cómo es la relación actual con su madre? ¿Y en el pasado cómo era?

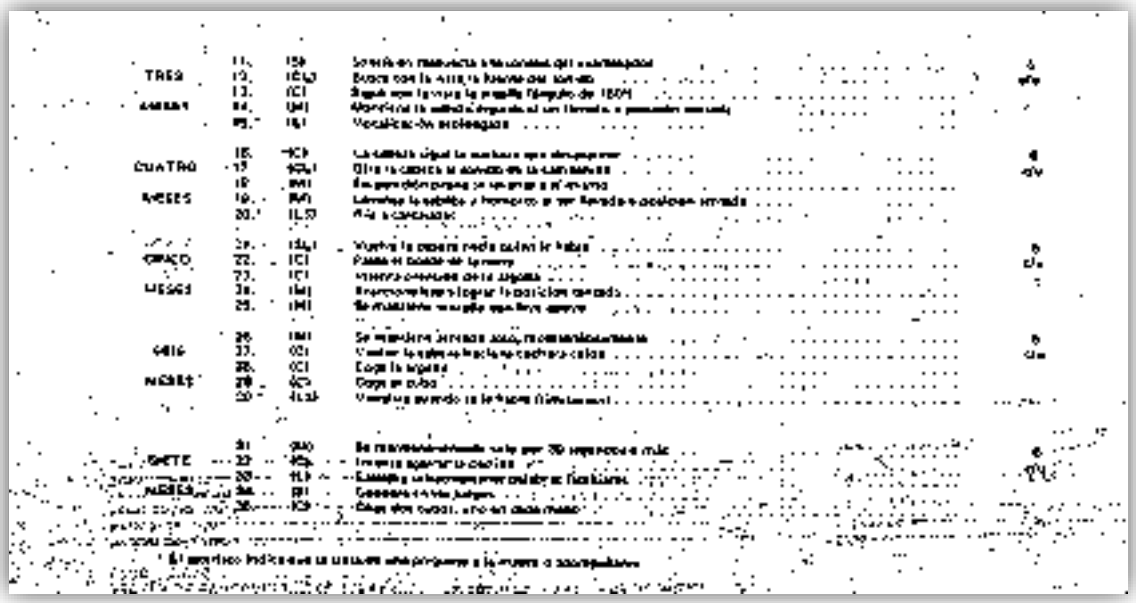
¿El embarazo y parto cambió de alguna manera la relación con su madre?

¿Recurre a su madre frente a dudas o temores en el cuidado del bebé?

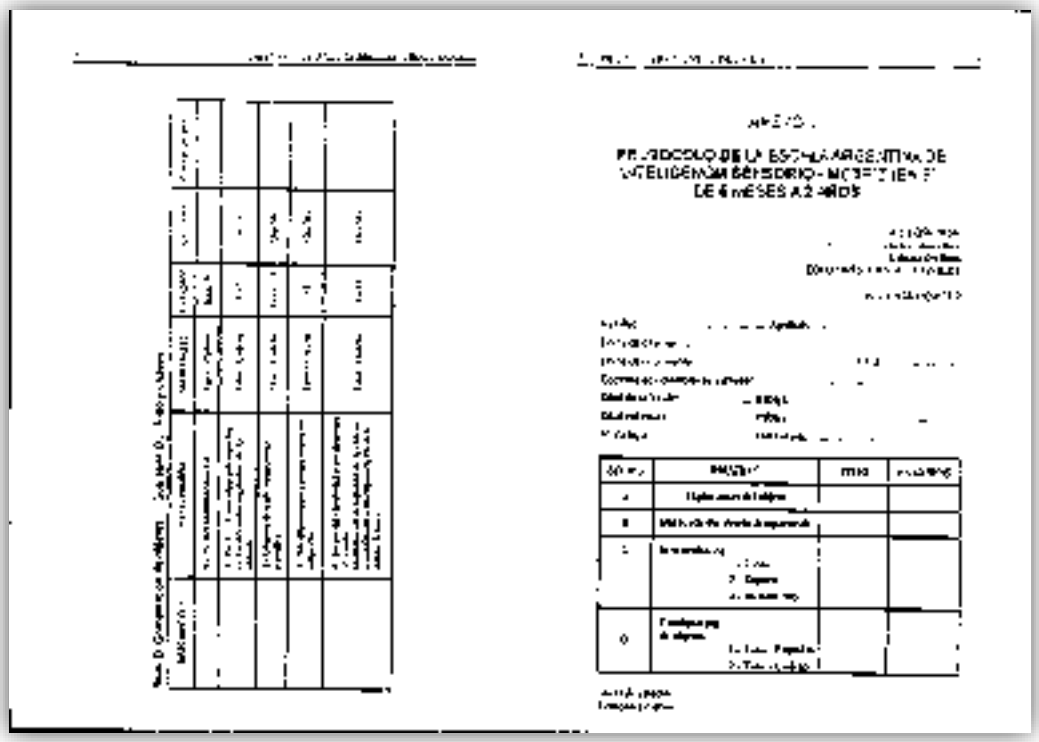
¿Tuvo algún problema o situación que la preocupara mucho este año?

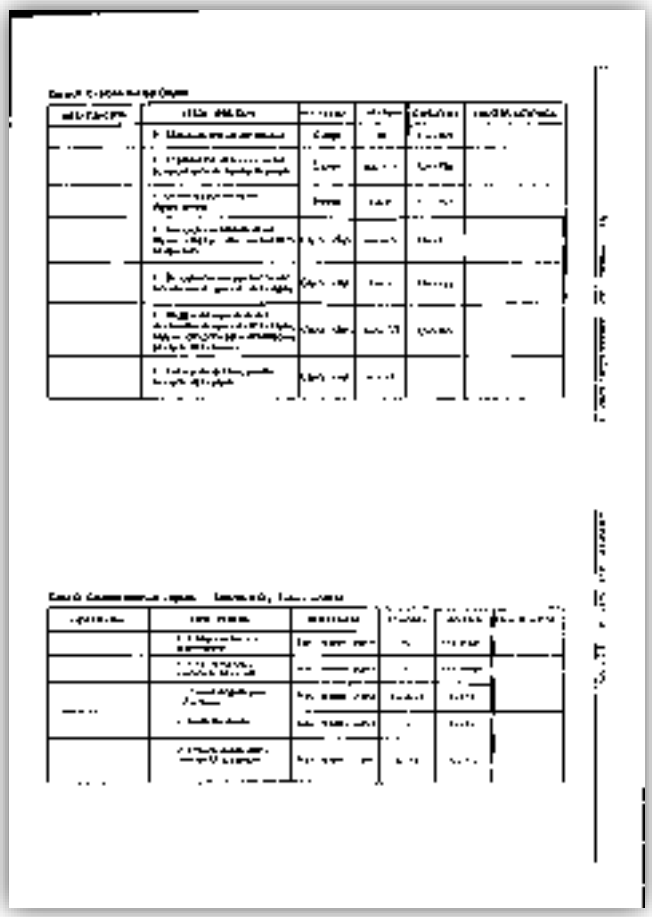
E. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1978)





F. Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS) (Oiberman, Mansilla, Orellana, 2002)





G. Interacciones madre-bebé en UCIN

Tabla de valores medios para la totalidad de las variables (ICM, IViM, IVeM, ICB, IViB, rCM, rViM, rCB, rViB, rVeB):

Día da	Media ICM	Media IViM	Media IVeM	Media rCB	Media rViB	Media rVeB	Media ICB	Media IViB	Media rCM	Media rViM
D8	0.0000000	0.000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.5000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D15	2.2222222	1.111111	0.5555556	2.1111111	0.3333333	0.3333333	0.6666667	0.0000000	0.5555556	0.0000000
D17	2.1666667	1.166667	1.3333333	2.1666667	0.8333333	1.3333333	0.1666667	0.0000000	0.1666667	0.0000000
D18	1.5000000	1.500000	0.5000000	1.5000000	1.5000000	0.5000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D19	2.8333333	1.666667	0.5000000	2.6666667	0.6666667	0.3333333	0.8333333	0.0000000	0.8333333	0.0000000
D20	2.6666667	1.333333	1.3333333	2.0000000	0.3333333	1.3333333	0.3333333	0.3333333	0.3333333	0.3333333
D21	1.6000000	1.200000	0.0000000	1.2000000	0.2000000	0.0000000	0.6000000	0.0000000	0.4000000	0.0000000
D22	1.7142857	1.000000	1.1428571	1.7142857	0.8571429	0.8571429	0.1428571	0.0000000	0.1428571	0.0000000
D23	2.3333333	1.333333	0.6666667	2.3333333	0.6666667	0.6666667	0.6666667	0.0000000	0.6666667	0.0000000
D24	1.3333333	1.000000	0.0000000	1.0000000	0.0000000	0.0000000	0.3333333	0.0000000	0.3333333	0.0000000
D26	0.6666667	1.000000	0.0000000	0.6666667	0.0000000	0.0000000	1.3333333	0.0000000	1.3333333	0.0000000
D30	1.6250000	1.125000	0.8750000	1.6250000	0.5000000	0.3750000	0.2500000	0.2500000	0.2500000	0.1250000
D31	1.7500000	1.250000	0.5000000	1.7500000	0.5000000	0.5000000	0.2500000	0.2500000	0.2500000	0.2500000
D32	1.3333333	1.333333	1.0000000	1.0000000	0.6666667	0.3333333	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D33	0.6666667	1.000000	1.3333333	0.6666667	0.0000000	0.3333333	0.3333333	0.0000000	0.3333333	0.0000000
D39	1.4000000	2.000000	1.2000000	1.4000000	1.2000000	1.2000000	0.8000000	0.0000000	0.8000000	0.0000000
D40	0.5000000	1.666667	0.8333333	0.5000000	0.6666667	0.8333333	0.1666667	0.1666667	0.1666667	0.1666667
D41	1.5000000	1.000000	1.5000000	1.5000000	1.0000000	1.5000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D42	1.0000000	1.000000	0.0000000	1.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D43	2.0000000	1.000000	0.4000000	2.0000000	0.0000000	0.0000000	0.4000000	0.0000000	0.4000000	0.0000000
D44	2.7500000	1.500000	1.0000000	2.7500000	0.5000000	1.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D45	1.0000000	1.000000	1.0000000	1.0000000	1.0000000	1.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D47	1.5000000	1.125000	0.8750000	1.5000000	0.1250000	0.6250000	0.1250000	0.0000000	0.1250000	0.0000000
D50	1.8333333	1.500000	0.5000000	1.6666667	0.3333333	0.5000000	0.3333333	0.0000000	0.3333333	0.0000000
D52	0.6666667	1.333333	0.6666667	0.6666667	0.3333333	0.3333333	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000

D53	1.7500000	1.000000	1.0000000	1.7500000	0.5000000	1.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D55	2.0000000	1.250000	0.5000000	2.0000000	0.0000000	0.5000000	0.2500000	0.0000000	0.2500000	0.0000000
D56	0.5000000	1.000000	0.0000000	0.5000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.2500000	0.0000000	0.0000000
D57	1.1428571	1.285714	0.5714286	1.1428571	0.4285714	0.4285714	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D58	0.7500000	1.250000	1.0000000	0.7500000	0.7500000	0.7500000	0.0000000	0.2500000	0.0000000	0.2500000
D60	1.3333333	1.333333	0.6666667	1.3333333	1.0000000	0.6666667	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D62	0.2500000	1.000000	0.0000000	0.2500000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D63	0.5000000	1.333333	0.0000000	0.5000000	0.0000000	0.0000000	0.1666667	0.1666667	0.1666667	0.0000000
D65	1.4444444	1.222222	0.4444444	1.4444444	0.2222222	0.2222222	0.0000000	0.0000000	0.0000000	0.0000000
D68	1.8000000	1.400000	0.4000000	1.6000000	0.4000000	0.4000000	0.4000000	0.0000000	0.4000000	0.0000000
D69	1.0000000	1.000000	0.0000000	1.0000000	0.3333333	0.0000000	0.1666667	0.3333333	0.1666667	0.3333333

Tabla de distribución de las díadas en los clústeres en función de la totalidad de las variables en la UCIN:

Diada 8	Diada 15	Diada 17	Diada 18	Diada 19	Diada 20	Diada 21	Diada 22	Diada 23
1	3	3	2	3	3	1	3	3
Diada 24	Diada 26	Diada 30	Diada 31	Diada 32	Diada 33	Diada 39	Diada 40	Diada 41
1	1	3	3	2	2	2	2	2
Diada 42	Diada 43	Diada 44	Diada 45	Diada 47	Diada 50	Diada 52	Diada 53	Diada 55
1	3	3	2	2	3	2	3	3
Diada 56	Diada 57	Diada 58	Diada 60	Diada 62	Diada 63	Diada 65	Diada 68	Diada 69
1	2	2	2	1	1	2	3	1

H. Interacciones madre-bebé en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo

Tabla de valores medios para las variables ICBs, rCMs, IViBs, rViMs, IVeBs, rVeMs, ICMs, rCBs, IViMs, rViBs, IVeMs, rVeBs, ISBs, rSMs, ISMs, rSBs:

Diada	ICBs	rCMs	IViBs	rViMs	IVeBs	rVeMs	ICMs	rCBs	IViMs	rViBs	IVeMs	rVeBs	ISBs	rSMs	ISMs	rSBs
D8	1.000000	1.000000	0.666667	0.333333	1.333333	0.666667	0.333333	0.333333	2.000000	1.333333	0.000000	0.000000	1.000000	1.000000	0.000000	0.000000
D15	0.333333	0.333333	1.000000	0.666667	0.333333	0.333333	0.666667	0.666667	3.000000	2.333333	1.666667	1.000000	1.000000	1.000000	0.000000	0.000000
D17	0.600000	0.600000	0.400000	0.200000	0.600000	0.400000	1.400000	1.400000	2.400000	2.400000	2.200000	0.600000	0.500000	0.500000	0.000000	0.000000
D18	0.375000	0.375000	1.125000	1.125000	1.125000	0.750000	1.750000	1.750000	2.250000	2.000000	1.500000	0.250000	0.666667	0.666667	0.333333	0.333333
D19	0.666667	0.555556	0.777778	0.666667	0.666667	0.555556	0.666667	0.666667	1.444444	0.888889	1.111111	0.111111	1.750000	1.750000	0.000000	0.000000
D20	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.500000	0.500000	0.250000	0.250000	0.750000	0.500000	2.000000	0.250000	0.500000	0.500000	0.000000	0.000000
D21	0.400000	0.400000	0.400000	0.200000	0.400000	0.200000	0.600000	0.600000	0.800000	0.600000	1.000000	0.200000	0.333333	0.333333	0.333333	0.333333
D22	0.500000	0.375000	1.000000	0.625000	0.500000	0.375000	0.500000	0.500000	1.250000	0.500000	1.375000	0.625000	0.500000	0.500000	0.000000	0.000000
D23	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	1.500000	0.666667	1.666667	1.666667	2.000000	1.500000	0.666667	0.166667	1.000000	1.000000	0.333333	0.333333
D24	0.571428	0.428571	1.000000	0.428571	1.428571	0.285714	0.428571	0.428571	0.857142	0.571428	0.000000	0.000000	0.750000	0.500000	0.000000	0.000000
D26	1.000000	1.000000	1.333333	1.000000	1.666667	0.833333	0.333333	0.333333	1.000000	0.666667	0.333333	0.333333	1.000000	0.750000	0.000000	0.000000

D30	0.125000000	0.125000000	1.125000000	0.750000000	2.250000000	1.125000000	0.500000000	0.500000000	0.875000000	0.750000000	0.875000000	0.500000000	0.250000000	0.000000000	0.000000000	0.000000000
D31	0.625000000	0.500000000	1.000000000	1.000000000	1.625000000	0.250000000	0.750000000	0.750000000	1.625000000	1.500000000	1.250000000	0.500000000	2.666667	2.333333	0.000000000	0.000000000
D32	1.285714 3	1.142857 1	1.142857 1	0.428571 4	1.714285 7	1.285714 3	0.428571 4	0.428571 4	1.571428 6	1.571428 6	1.571428 6	0.714285 7	0.750000 0	0.500000 0	0.000000 0	0.000000 0
D33	0.285714 3	0.142857 1	0.857142 9	0.714285 7	0.571428 6	0.428571 4	1.571428 6	1.571428 6	1.714285 7	1.142857 1	2.142857 1	0.571428 6	0.666667	0.666667	0.000000 0	0.000000 0
D39	0.571428 6	0.571428 6	0.857142 9	0.714285 7	1.285714 3	0.714285 7	1.285714 3	1.285714 3	2.428571 4	1.571428 6	1.714285 7	0.285714 3	1.666667	1.333333	0.000000 0	0.000000 0
D40	0.285714 3	0.142857 1	1.142857 1	1.142857 1	0.571428 6	0.428571 4	0.428571 4	0.428571 4	1.285714 3	0.571428 6	2.000000 0	0.428571 4	0.500000 0	0.500000 0	0.000000 0	0.000000 0
D41	1.000000 0	1.000000 0	0.666667	0.666667	1.833333 3	1.166667	0.833333 3	0.833333 3	2.000000 0	1.833333 3	2.333333 3	0.666667	2.000000 0	1.666667	0.000000 0	0.000000 0
D42	0.500000 0	0.500000 0	1.500000 0	1.000000 0	0.833333 3	0.500000 0	1.333333 3	1.333333 3	1.166667	1.000000 0	2.166667	1.000000 0	1.000000 0	1.000000 0	0.000000 0	0.000000 0
D43	0.333333 3	0.333333 3	1.333333 3	1.166667	1.000000 0	0.333333 3	1.500000 0	1.500000 0	1.833333 3	1.500000 0	1.833333 3	0.500000 0	2.500000 0	1.500000 0	0.000000 0	0.000000 0
D44	0.200000 0	0.200000 0	0.400000 0	0.400000 0	2.000000 0	1.600000 0	1.400000 0	1.400000 0	2.200000 0	1.800000 0	2.800000 0	1.200000 0	2.500000 0	2.000000 0	0.000000 0	0.000000 0
D45	0.500000 0	0.500000 0	2.750000 0	2.250000 0	1.250000 0	0.750000 0	1.000000 0	1.000000 0	0.500000 0	0.500000 0	2.250000 0	0.500000 0	2.000000 0	2.000000 0	0.000000 0	0.000000 0
D47	0.625000 0	0.625000 0	0.875000 0	0.750000 0	2.125000 0	1.375000 0	1.000000 0	1.000000 0	1.875000 0	1.125000 0	1.750000 0	1.000000 0	0.333333	0.333333	0.000000 0	0.000000 0
D50	0.250000 0	0.250000 0	1.000000 0	0.750000 0	2.500000 0	1.000000 0	1.250000 0	1.250000 0	1.000000 0	1.000000 0	1.000000 0	0.250000 0	0.500000 0	0.500000 0	0.000000 0	0.000000 0
D52	0.571428 6	0.571428 6	1.142857 1	0.571428 6	0.857142 9	0.142857 1	1.000000 0	1.000000 0	1.142857 1	1.142857 1	1.571428 6	0.571428 6	1.000000 0	0.000000 0	0.000000 0	0.000000 0
D53	0.750000 0	0.750000 0	1.000000 0	1.000000 0	1.750000 0	0.875000 0	2.250000 0	2.250000 0	2.750000 0	2.375000 0	2.625000 0	0.625000 0	1.500000 0	1.500000 0	0.000000 0	0.000000 0

D55	0.500000	0.500000	1.166667	0.833333	1.000000	0.833333	0.666667	0.666667	1.000000	0.500000	1.000000	0.333333	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
D56	1.000000	1.000000	2.000000	1.142857	2.571428	1.285714	0.857142	0.857142	1.857142	1.714285	2.142857	1.000000	0.666667	0.666667	0.333333	0.000000
D57	0.571428	0.428571	1.857142	1.285714	1.142857	0.428571	0.714285	0.714285	0.571428	0.571428	0.571428	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
D58	0.400000	0.400000	0.800000	0.600000	2.000000	0.800000	1.000000	1.000000	1.600000	1.400000	2.200000	1.000000	0.666667	0.666667	0.000000	0.000000
D60	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000	1.750000	1.625000	1.625000	1.625000	2.250000	1.875000	3.375000	1.125000	0.750000	0.750000	0.000000	0.000000
D62	0.285714	0.285714	1.285714	1.000000	1.142857	0.428571	0.571428	0.571428	1.714285	1.000000	1.428571	0.428571	0.750000	0.000000	0.000000	0.000000
D63	1.500000	1.500000	0.833333	0.666667	1.666667	0.333333	2.166667	2.166667	1.166667	0.333333	1.000000	0.000000	1.750000	1.750000	0.000000	0.000000
D65	1.000000	0.666667	1.000000	0.333333	2.166667	0.666667	0.500000	0.500000	1.000000	0.833333	3.500000	0.333333	0.333333	0.333333	0.333333	0.333333
D68	0.666667	0.666667	1.000000	0.666667	3.000000	2.000000	2.000000	2.000000	2.333333	2.333333	3.666667	0.333333	0.500000	0.500000	0.500000	0.500000
D69	0.600000	0.600000	1.000000	0.600000	1.400000	0.400000	2.200000	2.200000	1.000000	0.600000	2.400000	0.000000	0.500000	0.500000	0.000000	0.000000

Tabla de distribución de las díadas en los clústeres en función de la totalidad de las variables en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo:

Diada 8	Diada 15	Diada 17	Diada 18	Diada 19	Diada 20	Diada 21	Diada 22	Diada 23
1	2	2	2	3	1	1	1	2
Diada 24	Diada 26	Diada 30	Diada 31	Diada 32	Diada 33	Diada 39	Diada 40	Diada 41
1	1	1	3	1	2	3	1	3
Diada 42	Diada 43	Diada 44	Diada 45	Diada 47	Diada 50	Diada 52	Diada 53	Diada 55
2	3	3	3	2	1	1	2	1
Diada 56	Diada 57	Diada 58	Diada 60	Diada 62	Diada 63	Diada 65	Diada 68	Diada 69
2	1	2	2	1	3	2	2	2

La Colección: **Tesis doctorales en Psicología calificadas sobresalientes** de la Universidad Nacional de San Luis, Coordinada por la Doctora Alejandra Taborda y Editada por el Doctor Fernando Andres Polanco, busca acercar a la comunidad académica en general y a la del campo psicológico en particular, la producción destacada en el Doctorado en Psicología que ha sido evaluada con la maxima calificación que dicha intitución otorga.

En esta entrega, nos encontramos con la Tesis Doctoral de María Paulina Hauser. En la mimas, se señala que los avances científicos y tecnológicos han permitido que cada vez sobrevivan mayor cantidad de bebés prematuros, con patologías severas, que requieren de cuidados especializados. Estas díadas madre-bebé se encuentran por primera vez en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo que supone un contexto nuevo y diferente para la vinculación. El objetivo general de esta investigación fue observar, caracterizar y comprender las modalidades del vínculo madre- bebé de alto riesgo y la relación existente con el desarrollo alcanzado por el niño en el primer año de vida. La muestra estuvo formada por 36 díadas mamá–bebé de alto riesgo. Se realizaron observaciones vinculares durante la internación en la UCIN y los controles médicos en el Consultorio de Seguimiento para Niños de Alto Riesgo, también se entrevistó a las madres. Además, se evaluó el desarrollo psicomotor y cognitivo alcanzado por los infantes al año de vida. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos que permitió construir diferentes modalidades vinculares entre las madres y sus hijos (Modalidad Vincular "Desencontrada", Modalidad Vincular "Sintonizada" y Modalidad Vincular "Dual") que luego se relacionaron con el desarrollo alcanzado por los niños al año de vida. Las Modalidades Vinculares establecidas en esta muestra incidirían, junto a otros factores, en el desarrollo alcanzado por los infantes al finalizar el primer año de vida. Los resultados permiten reflexionar acerca de la importancia de la multideterminación del desarrollo ya que en cada caso particular se combinarían de diferentes maneras el riesgo biológico y la modalidad vincular establecida.

ISBN 978-987-733-193-6

9 789877 331936

Facultad de psicología

Universidad Nacional de San Luis

neu
nueva editorial universitaria