

**UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA.
FACULTAD DE PSICOLOGIA.**

Interacción Temprana y
Sensibilidad Materna en la diada
Madre-Bebé prematuro.



Romina Cabrera Sáez.

C.I.: 4.926.006-9

Montevideo, 13 de Febrero de 2015.

Tutora: Verónica Cambón.

RESUMEN.

El siguiente trabajo final de grado, presentado en modalidad de monografía, consta de una revisión bibliográfica, un análisis de lo recavado a partir de la articulación de diferentes temáticas, y las conclusiones que surgieron de lo anterior.

Se trato de dar cuenta de la importancia de la Interacción Temprana como factor determinante en el desarrollo psíquico de niño.

Esto cobra mayor importancia en los bebés prematuros, dada su traumática llegada al mundo.

Estos bebés necesitan mayores cuidados tanto físicos como emocionales para su maduración.

La Sensibilidad Materna juega un papel importante en el desarrollo de estos niños, ya que favorece la creación de fuertes lazos entre la madre y el niño, ayudándolo así a superar los obstáculos con los que se enfrenta al nacer .

La Interacción Temprana en la diada madre- bebe prematuro presenta entonces particularidades, debido al acontecimiento del nacimiento que se da de manera brusca e inesperada, opacando y poniendo en riesgo el futuro emocional del bebé.

Así mismo es posible que las primeras interacciones puedan darse de manera adecuada, para lo cual los padres requieren de apoyo tanto médico como psicológico.

El nacimiento prematuro implica una crisis tanto para los padres como para el bebe, crisis que distorsiona el comienzo del vinculo, no considerándose esto irreversible, si se brinda a tiempo el apoyo necesario.

INDICE.

Introducción.....	Pág.4
MARCO TEORICO	
1. La vivencia de ser madre.	
1.1 La actitud maternal.....	Pág.6
1.2 Cambios más traumáticos de la maternidad.....	Pág.7
1.3 Convertirse en madre.....	Pág.78
2. Interacción Temprana.	
2.1 El pensamiento de Winnicott y Bowlby.....	Pag.10
2.2 La Estructura Interaccional Temprana.....	Pág.16
3. Prematurez.	
3.1 Reseña.....	Pág.17
3.2 Psicopatología de la prematuridad.....	Pág.18
4. Sensibilidad Materna.	
4.1 El constructo de Sensibilidad Materna.....	Pág.19
4.2 Calidad de cuidado.....	Pág.19
5. El Bebé Imaginado/Fantaseado	
5.1 El bebé en la mente de la madre.....	Pág.21
5.2 Patrones comunes en la creación mental del bebé.....	Pág.22
ANALISIS	
1. El bebé imaginario y el bebé real en la madre del prematuro.....	Pág.23
2. La satisfacción de la madre a través de su bebé imaginado.....	Pág.25
3. La identidad materna de la madre del prematuro.....	Pág.26
4. Reacciones psicológicas de la madre frente a su bebé prematuro.....	Pág.30
5.El bebé prematuro.....	Pág.35
6. La familia del prematuro.....	Pág.36
7. Programa Madre Canguro. Una alternativa para los prematuros.....	Pág.37
CONCLUSIONES.....	Pág.39
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.42

INTRODUCCIÓN.

Desde el momento en que nace el ser humano es capaz de relacionarse socialmente. Esta capacidad sólo podrá desarrollarse si hay un otro presente con quien pueda establecer una relación.

Ya Bowlby (1989) mencionaba la "...capacidad del neonato saludable para entrar en una forma elemental de interacción social..." y también menciona "...la capacidad de la madre de sensibilidad corriente para participar con buen éxito en ella."

Un bebé llega al mundo siendo cien por ciento dependiente de los adultos (padres o quienes cumplan el rol), quienes deben satisfacer todas sus necesidades, tanto físicas como emocionales.

Siempre me interesó y me llamó la atención el tema de la interacción temprana entre el bebé y su madre, por su importancia, por lo que implica en cuanto a que determina el futuro emocional del ser humano.

En este camino recorrido en mis años de formación este interés creció, al ir incorporando conocimientos relacionados a la temática, lo cual hoy me hace reflexionar sobre este tema en particular, relacionándolo con la prematurez.

Dadas las particularidades de estos niños al nacer, me interesa ver cómo se da dicha interacción entre estos bebés y sus madres, lo que cada uno necesita recibir del otro para que pueda darse esa conexión inicial tan importante entre madre e hijo.

Los vínculos afectivos constituyen una necesidad en el desarrollo del recién nacido, por lo tanto, cuando esta necesidad no se satisface y hay carencia emocional es cuando el desarrollo corre riesgos.

En este trabajo me propongo, a través de una búsqueda bibliográfica, ver la importancia de esta interacción tan esencial para la vida del ser humano, así como también la importancia de la sensibilidad materna.

Haré un recorrido por los conceptos y las teorías de autores claves en esta temática (entre ellos Winnicott y Bowlby), y haciendo también un pasaje por otros temas que, a mi entender, se encuentran relacionados.

Para luego hacer hincapié en la temática central: la interacción en la díada madre- bebé prematuro.

A través de este trabajo abordaré los siguientes cuestionamientos:

- ¿Qué particularidades adquiere la relación entre el recién nacido prematuro y su madre?
- ¿Qué dificultades tienen los bebés prematuros a la hora de relacionarse?
- ¿Cómo incide la prematurez en la sensibilidad materna? Teniendo en cuenta aquí el ideal de bebé (Bebé fantaseado) y el bebé real.
- ¿Cómo viven los padres la experiencia de tener un bebé prematuro?
- ¿Cómo vivencia el bebé la experiencia de llegar al mundo antes de tiempo?
- ¿Puede el vínculo de apego verse afectado por la prematurez?
- ¿Existen formas de ayudar a estos bebés a vincularse emocionalmente a pesar de sus carencias al nacer?

Al dar respuesta a estos cuestionamientos me propongo dar cuenta de la importancia y complejidad de la interacción temprana y la sensibilidad materna, como vía de acceso a un sano desarrollo psicoemocional, y como prevención de futuros trastornos.

MARCO TEÓRICO.

1- LA VIVENCIA DE SER MADRE.

1.1. La actitud maternal.

"...una madre tiene que nacer psicológicamente al igual que su bebé nace de forma física." (Stern, 1999).

Daniel Stern plantea que en su mente la madre no da a luz a un ser humano, sino una nueva identidad: el sentido de ser una madre. Cada mujer en su mente realiza un trabajo a partir del cual se convierte en madre, y dicho trabajo se convierte en una actitud maternal, una experiencia privada y profunda.

La **actitud maternal**, dice Stern, no nace en el momento en que el bebé llora por primera vez. El nacimiento de una madre no se produce en un momento determinado, sino que surge gradualmente a través del trabajo durante los meses anteriores y siguientes al nacimiento físico del bebé.

Se cree que la actitud mental de una persona dura toda la vida. Es lo que nos ayuda a organizar nuestras vidas mentales. Determina lo que nosotros consideramos más importante, a qué somos más sensibles, en qué nos fijamos en una situación concreta. Nos dicta lo que consideramos agradable y excitante o lo que nos produce miedo o aburrimiento. Nos afecta en las decisiones que tomamos y en nuestras tendencias a actuar de determinada manera y no de otra. Por lo tanto, organiza nuestra vida mental. Stern pudo comprobar que en el proceso de convertirse en madre una mujer adquiere una actitud mental muy diferente de la que había tenido hasta entonces.

Dice Stern que al tener un bebé éste determinará durante un largo tiempo lo que la madre piense, lo que desee, lo que le provoque miedo y el tipo de fantasías que tendrá además de influir en sus sentimientos y acciones.

El tener un bebé reorientará las preferencias y placeres de la nueva madre, y muy probablemente reestructurará algunos de sus valores personales. La maternidad incluso va a influir en todas sus relaciones previas, y la llevará a replantearse sus vínculos más cercanos y a redefinir su papel en la historia de su familia.

Necesariamente dará a luz una ACTITUD MENTAL NUEVA, que por un tiempo actuará como guía, orientando su camino personal en la vida. No se trata sólo de una reorganización de su vida mental, sino una organización totalmente nueva que existirá durante el futuro y va a afectar en su vida anterior. Todo esto se va a dar en el interior de su mente, pero en el exterior, en su vida física, va a aprender muchas tareas nuevas: amamantar, cuidar, jugar, hacer dormir, y lo más importante...empezar a amar a este nuevo ser humano.

Luego del nacimiento de su bebé, la actitud maternal llenará la vida de su mente, pasando a determinar sus pensamientos y hasta su conducta. Su organización mental previa se desplaza a un lugar de menor importancia durante un tiempo, el cual va a ser semanas, meses o años. Esta actitud mental irá disminuyendo en importancia a medida que los aspectos prácticos de la vida le vayan exigiendo más atención.

Sin embargo, la actitud mental no desaparece, sino que se mantiene a la espera, dispuesta a resurgir nuevamente cuando sea necesario, por ejemplo cuando su hijo esté enfermo, tenga problemas o esté en peligro. La reacción será de madre sin importar la edad que el hijo tenga.

1.2. Cambios más traumáticos de la maternidad (Stern, 1999).

Veamos ahora, tomando a Stern como referente, los principales cambios que vivencia una madre al convertirse en tal.

- EL CAMBIO DE HIJA A MADRE:

Una mujer, antes de ser madre, siempre ha sido sólo la hija de su madre, y esta relación sea buena o mala, siempre ha formado parte de su identidad. Al tener un hijo, comienza a identificarse más con una madre que con una hija. Su vida como la hija de alguien pasa a formar parte del pasado, comenzando así su futuro como madre.

La nueva madre experimentará así, tanto una profunda pérdida como una ganancia maravillosa. Ya nunca será simplemente una hija. Se da aquí un verdadero cambio de identidad, el cual es responsable en parte de la compleja mezcla de emociones que muchas mujeres sienten después del nacimiento de su bebé. Esto es lo que explica la posibilidad de sentirse feliz y triste al mismo tiempo. La felicidad, dada por tener un hijo, y la tristeza por lo que ha dejado atrás.

- VER A LA PAREJA DE FORMA DIFERENTE:

La forma de ver a la pareja se verá afectada. La mujer lo verá más como padre de su hijo que como pareja. Empezará a tener más en cuenta las aptitudes parentales de su pareja

como un elemento clave a la hora de valorarlo.

- LA FORMACIÓN DE NUEVOS TRIÁNGULOS:

Cada persona es el resultado del triángulo madre-padre-hijo, el cual desempeña un papel central en la formación de cada una de nuestras personalidades.

Stern plantea que al momento de tener un bebé comienza a tener prioridad un nuevo triángulo, igual en importancia, una nueva dinámica: el bebé, la madre y su propia madre.

- ASEGURAR LA SUPERVIVENCIA DEL BEBÉ:

Adquirir la última responsabilidad sobre la vida del bebé es algo que las nuevas madres temen. Es una situación de mucho peso para cualquiera, en especial para una madre primeriza. Además de tener la responsabilidad de mantenerlo vivo, a esto se le suma su crecimiento y desarrollo. La confianza y la seguridad que se necesita para esto surgen poco a poco una vez que la madre comienza a ver que su bebé está creciendo sanamente.

- EL NUEVO ROL EN LA FAMILIA:

Con el nacimiento de un hijo la madre adquiere un nuevo rol en su familia de origen y un papel muy importante en las nuevas generaciones. Surge el sentimiento de responsabilidad, muchas veces como un shock. La identidad de la nueva madre se ve alterada ante los ojos de los demás, y algunas veces, ante los suyos propios.

- EL NUEVO LUGAR EN LA SOCIEDAD:

La sociedad les asigna a las madres un rol público que contrasta con sus expectativas personales. Una madre puede resistirse a dicho rol o aceptarlo de buena manera, pero no puede eludirlo totalmente. Nunca más será un sujeto libre en el mundo, solo responsable de ella misma. Sus nuevas tareas como madre son irrevocables, y no importa cómo se sienta o en qué esté pensando: para los ojos del mundo es una madre.

1.3. Convertirse en madre.

Stern habla de tres fases a través de las cuales una mujer se convierte en madre. Dice que no es el nacimiento real del bebé que convierte a una mujer en madre. Sino que, la experiencia del nacimiento real forma parte de la fase de preparación, y puede dar lugar a la madre física pero no a la psicológica.

La **primera fase** es de preparación e incluye los nueve meses de embarazo durante los cuales una mujer lleva a cabo gran parte del trabajo mental que se requiere para prepararse para la maternidad. Mientras que el feto se va formando en su cuerpo, su mente prepara activamente la forma de su nueva identidad. El embarazo se considera

una fase de preparación y de prueba.

Durante los nueve meses, la imaginación de una mujer está centrada por completo en las esperanzas, sueños, miedos y fantasías sobre cómo será su bebé, cómo será ella como madre y cómo será su pareja como padre, en el caso de que esté presente. Todo esto aún es desconocido, pero poder imaginarlo es necesario para convertirse en madre.

Esta primera fase también incluye el nacimiento físico del bebé, y el rol que juega a la hora de promover el nacimiento psicológico de la maternidad.

Las fantasías que aparecen después del nacimiento también forman parte de la primera fase, cómo se concretan dichas fantasías en un bebé real.

La ***segunda fase*** incluye, en primer lugar, los meses posteriores al nacimiento del bebé.

La actitud mental de maternidad toma forma por completo sólo después de que la madre vuelve a su casa y se ve implicada en las tareas de alimentación, educación y cuidado del nuevo bebé. En segundo lugar, la primer tarea de maternidad que es asegurar la supervivencia de su bebé, y los miedos y preguntas que surgen a partir de esta responsabilidad.

También el surgimiento de una relación íntima con su bebé, que según el autor constituye uno de los obstáculos a los que se enfrenta una madre al convertirse en tal ya que pone en juego su historia personal global de relaciones. Preguntas muy comunes que pueden presentársele a una madre son: ¿Amaré a este bebé? ¿Me amará él a mí? ¿Seré capaz de valorar si nuestra relación es buena?, entre otras.

La necesidad de la confirmación de la maternidad y el apoyo de otras madres, lo cual muchas veces implica confrontar su relación con su propia madre y decidir qué cosas de ella quiere repetir y cuáles quiere rechazar a la hora de crear un vínculo con su propio hijo.

La experiencia de hacerle frente a las tareas básicas de la maternidad. Luego del primer encuentro con el cuidado y la educación del bebé podemos decir que nace la nueva identidad maternal.

La tercera fase es de adaptación y describe la integración de su nueva identidad en su vida, la que llevaba antes de que naciera su bebé.

Esta etapa consta de:

- Las dudas con respecto al trabajo, si volver o no, y en caso de que si en qué momento.
- La repartición de las tareas que se requieren cumplir para el cuidado de un hijo. Y aquí se incluyen también las tareas que desempeñe el padre.
- Los retos por los que atraviesan las madres de niños prematuros o con minusvalías: la

actitud mental maternal de estas madres es creada con dificultades por estas mujeres, y también se les hace difícil integrarla en sus vidas.

2. INTERACCIÓN TEMPRANA.

2.1. El pensamiento de Winnicott y Bowlby.

Para comenzar el marco teórico me parece fundamental caracterizar a dos autores claves en lo que respecta a la interacción temprana: Donald Winnicott (1896-1971) y John Bowlby (1907-1990).

Ambos psicoanalistas y médicos. El primero: centró sus estudios en la evolución del sujeto a partir de la relación madre-lactante. El segundo: se destacó por su interés en el desarrollo infantil y sus trabajos sobre la teoría del apego.

Fueron los dos psicoanalistas del siglo pasado que mayor influencia han tenido en el campo de la salud mental infantil, más allá del psicoanálisis mismo.

Si bien se los asocia por puntos que tenían en común, también tenían diferencias bien marcadas. Bowlby admiraba el talento clínico de Winnicott, mientras que Winnicott criticaba abiertamente algunas de las ideas de Bowlby. Sin embargo trabajaron juntos en varios proyectos y en el ámbito de la Sociedad Psicoanalítica Británica. (Issroff, J & Marrone, Mario).

¿QUÉ TENÍAN EN COMÚN?:

En lo que respecta a lo personal: ambos llegaron al psicoanálisis desde la medicina y nunca abandonaron completamente su vocación médica. Se comprometieron por completo con el psicoanálisis y dedicaron la mayor parte de sus vidas a la profesión. Trabajaron en residencias infantiles y se sintieron enormemente conmovidos por estas experiencias, afectándoles esto en el ámbito personal y teórico.

En lo que respecta a sus ideas e intereses profesionales:

Ambos fueron pioneros del psicoanálisis relacional, cuyo principal principio es que no podemos comprender al ser humano sin tener en cuenta su contexto interpersonal e intersubjetivo. Si bien Winnicott y Bowlby no utilizaban estos términos, su visión del ser humano y del psicoanálisis, así como también de la psicopatología era inseparable del contexto evolutivo y social.

Se interesaron muchísimo por los efectos que tiene la privación de cuidados parentales óptimos sobre el desarrollo evolutivo del niño y le dieron un lugar privilegiado a las

experiencias tempranas con los cuidadores.

Fueron pioneros en lo que hoy en día llamamos Promoción de la salud mental infantil.

Ambos escribieron y publicaron de manera muy productiva, obteniendo un reconocimiento tardío por la comunidad psicoanalítica. Ninguno de los dos ha sido valorado en vida por su trabajo.

SUS DIFERENCIAS TEÓRICAS.

En cuanto a sus aportes teóricos podemos citar las siguientes diferencias entre los autores: Según Winnicott, inicialmente el bebé se encuentra en una condición de no-integración primaria, es decir, estados afectivos no conectados entre sí y que están relacionados con estados de tranquilidad y de excitación del bebé. El proceso de integración se hace posible gracias a experiencias unificadoras que vienen del exterior y del interior siendo lo más importante el rol facilitante de la madre. El self según Winnicott se desarrolla gracias al proceso de integración. La madre contiene la angustia inimaginable la cual llevaría al bebé al derrumbe, si su función de sostenimiento (holding) no fuese suficiente.

Por su parte Bowlby no parte del concepto de no-integración primaria. Según él la integración es un proceso que se da a partir de los cuidados parentales óptimos y los procesos disociativos son el resultado de situaciones traumáticas en la relación entre el niño y sus cuidadores.

Mientras que para Winnicott, en los primeros momentos el bebé inmaduro se encuentra al borde de una angustia inconcebible, para Bowlby la angustia solo aparece ante el fracaso de la función parental.

Sin embargo, Bowlby y Winnicott se ponen de acuerdo en que el trauma afecta el desarrollo temprano y en este caso la personalidad tiene que edificarse alrededor de la reorganización de las defensas que siguen al trauma.

Ambos comparten el mérito de ser pioneros en el estudio de los procesos disociativos y la relación de éstos con el trauma infantil en el contexto de las relaciones de apego.

Veamos ahora el pensamiento de cada uno en lo que respecta a la interacción temprana.

DONALD WOODS WINNICOTT centró sus estudios en la relación madre-hijo y en cómo repercute dicha relación en el futuro desarrollo del sujeto.

Según este autor el recién nacido forma con la madre una unidad psicosomática, una unidad dual o díada. Esta unidad tiene su inicio biológico en la vida intrauterina.

Entre otros autores, Winnicott marcó claramente una cierta continuidad del ser humano, para quien el nacimiento representa un cambio importante y muy brusco. Plantea que existe una continuidad biológica que conlleva la psicológica, y que va desde los últimos meses del embarazo hasta los primeros meses del post-parto.

La unidad dual que forma el bebé con su madre implica la "dependencia absoluta" de la que hablaba Winnicott, dándose un proceso de identificación entre ambos.

Dice Winnicott: "una madre y un padre no producen un bebé del mismo modo que el pintor produce un cuadro..." (Winnicott, 1965).

Lo que hacen los padres es poner en marcha un proceso de desarrollo que da como resultado la existencia de un "huésped" dentro del cuerpo de la madre, luego en sus brazos y más tarde en el hogar que los padres le brinden a ese bebé; y lo que acabe por ser ese "huésped" escapa al control de los demás.

Según Winnicott lo que los padres pueden hacer es brindarle lo necesario para que el niño esté sano, para que logre alcanzar la madurez propia de cada etapa. Si esta tarea se cumple los procesos de maduración del niño no se verán bloqueados.

En un principio es la madre quien crea el medio ambiente posibilitador, para lo cual necesita de ayuda, de un apoyo. Quien mejor puede brindarle dicho apoyo es el padre de la criatura, la familia y su medio social más cercano.

Winnicott nos habla aquí de la "**Preocupación maternal primaria**". Sobre el final del embarazo y primeras semanas después del parto la madre entra en un estado en el que se entrega por completo al cuidado de su bebé, tanto así que el niño parece formar parte de ella. De esta manera también la madre se encuentra en un estado de dependencia y vulnerabilidad.

"Mi tesis es que en la fase más precoz estamos tratando con un estado muy especial de la madre, una condición psicológica que merece un nombre, como puede ser el de Preocupación maternal primaria. Sugiero que la literatura psicoanalítica no ha rendido tributo suficiente a una condición psiquiátrica muy especial de la madre..." (Winnicott, 1958).

Las características de este estado según el autor serían las siguientes:

- Se desarrolla de forma gradual y se convierte en un estado de extrema sensibilidad durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo.
- Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del bebé.

- Una vez que la madre pasó por ese estado y se recompuso del mismo no lo recuerda fácilmente.
- El recuerdo que tienen las madres de este estado tiende a ser reprimido.

La madre que alcanza el estado de preocupación maternal primaria aporta un marco en el que la constitución del pequeño empezará a manifestarse, en el que las tendencias hacia el desarrollo empezarán a desplegarse y en el que el pequeño experimentará movimiento espontáneo y se convertirá en poseedor de las sensaciones apropiadas a esta fase precoz de su vida.

Otro concepto importante en la obra de Winnicott, en lo que refiere a la interacción temprana, es el de "**Función materna**" y es importante destacar que el autor antepone el concepto de función frente al del sujeto que la realiza (madre, padre o sustituto). Plantea que la función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto que realiza el cuidado. Por lo tanto la función materna puede ser ejecutada por cualquiera que tenga condiciones y disposición para hacerlo, sin importar si es hombre o mujer, y sin importar si es o no de la familia.

Para entender este concepto propone tres categorías que son funciones estructurantes del psiquismo, de la subjetividad del niño. Le asigna entonces a la madre, tres funciones maternas esenciales (Winnicott, 1980):

- Sostenimiento o sostén (Holding): es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostener al bebé emocionalmente de manera apropiada. En el desarrollo emocional primitivo, la noción de "holding" describe la función de la madre que permite la continuidad del ser del bebé. El sostén también es físico ya que un buen "holding" implica que la madre lo sostiene con tranquilidad, sin miedo por ejemplo a dejarlo caer, adecuando sus brazos a la comodidad del bebé, lo mece suavemente, le habla al oído, y con esto le proporciona la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental. El sostenimiento facilita la integración psíquica del infante.
- Manipulación o manejo (Handling): es una función que contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática, lo cual le permite percibir lo real como contrario a lo irreal. La manipulación facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia del self. Esta función, también, favorece la personalización del bebé.
- Presentación objetal (Objet-Presenting): consiste en mostrar en forma gradual al infante los objetos de la realidad, para que pueda hacer real su impulso creativo, promoviendo así

su capacidad de relacionarse con los objetos. A medida que la madre va habilitando en el bebé la capacidad de relacionarse con los objetos, él despliega su capacidad de habitar el mundo. La presentación objetal promueve la realización del niño. Contrariamente a esto, las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real.

Las funciones maternas favorecen la representación de un ambiente facilitador (suficientemente bueno) y permiten un estado básico de confianza que determina un adecuado desarrollo emocional del bebé.

A través de estas funciones la madre le brinda al bebé la confianza, seguridad, tranquilidad y estabilidad para sus logros madurativos.

Por su parte **JOHN BOWLBY** (1989) plantea que el vínculo del niño con su madre es un vínculo de dependencia y que resulta útil considerarlo como el "resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte pre programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna." (Bowlby, 1969).

Plantea Bowlby que la madre de sensibilidad corriente se adapta rápidamente a los ritmos naturales de su hijo, y al prestarle atención a los detalles de la conducta del niño, va descubriendo lo que lo satisface y actúa en consecuencia. Al hacerlo, no sólo lo contenta sino que también obtiene su cooperación. Si bien al inicio la capacidad de adaptación del bebé es limitada, no está totalmente ausente y si se le permite crecer a su propio ritmo, pronto produce recompensas.

Mary Ainsworth y sus colegas (1978), citada por Bowlby, han observado que los niños cuyas madres han respondido sensiblemente a sus señales durante el primer año de vida, no sólo lloran menos durante la segunda mitad de ese año que los bebés de madres menos sensibles, sino que están mejor dispuestos a aceptar los deseos de sus padres. Podemos deducir, según el autor, que los bebés humanos están pre programados para desarrollarse de manera socialmente cooperativa; que lo hagan o no depende en mayor parte de cómo son tratados por sus padres y cuidadores.

Algo que Bowlby considera fundamental en la crianza de los niños es la provisión por parte de ambos progenitores de una base segura a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si

se siente afligido y tranquilizado si está asustado.

Sin dudas que lo más destacado de la obra de Bowlby es su **Teoría del Apego**. Dicha teoría es, en palabras de su creador “un intento por explicar tanto la conducta de apego – con su episódica aparición y desaparición- como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas.” (Bowlby, 1989).

Plantea Bowlby que debemos distinguir el APEGO de la CONDUCTA DE APEGO.

Decir que un niño o una persona adulta está apegado o que tiene apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo, y a hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. La disposición para comportarse de esa manera es un atributo de la persona apegada. En cambio la conducta de apego hace referencia a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada (Bowlby, 1989).

La conducta de apego es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier otra cosa que atemorice al niño. Las condiciones que hacen que cese esa conducta varían de acuerdo con la intensidad de su activación. Si la intensidad es baja, esas condiciones pueden ser simplemente ver u oír a la madre, algo muy efectivo ya que es una señal de que ella reconoce la presencia del niño. A una intensidad más alta, el cese puede requerir que el niño la toque o se aferre a ella. En el grado máximo de intensidad, cuando el niño está angustiado y ansioso, no habrá nada mejor que un fuerte abrazo prolongado.

La función biológica de esta conducta es la protección.

Veamos ahora de qué manera se da la interacción temprana entre el bebé y su madre.

En la unidad que forma con su madre el bebé pone solamente su cuerpo, ya que su psiquismo se encuentra en formación. La madre sin embargo aporta ambas cosas.

Los autores de “Interacción Temprana” plantean que esta interacción es específica y diferente a cualquier otro tipo de interacción, ya que el bebé emite signos biológicos, hace una puesta en escena con su cuerpo a través de gestos, movimientos, ruidos, llanto, etc.

A través de estos signos el bebé manifiesta comodidad o incomodidad. Estamos hablando aquí de los primeros meses de vida, donde no hay representaciones, por lo tanto estos

signos son solo signos de presencia en lo biológico. Con el paso de los meses, y a través de las intervenciones de la madre es que podemos decir que las representaciones están presentes. Es con lo que trae genéticamente y con lo que va creando en la interacción con la madre que el bebé responde. La madre interpreta las acciones de su bebé de acuerdo a las capacidades que adquirió en su historia personal, re significando el vínculo de ella como bebé con sus padres infantiles (Freire de Garbarino et. al., 1992). En este vínculo tan especial hay afectos que están en juego y para expresarlos intervienen: caricias, gestos, contacto piel a piel, miradas y también un lenguaje especial y único entre ese bebé y su mamá, el cual se va desarrollando poco a poco. Es una relación de intercambios. La madre lo mira, lo oye, siente a través de su cuerpo los mensajes de su bebé, los interpreta y les da un sentido. Pone en palabras las necesidades de su bebé. Esta sería la acción que ejerce un bebé cuando el vínculo está bien establecido.

2.2 La estructura interaccional temprana.

Mercedes Freire de Garbarino y sus colaboradores (1992) plantean que la Interacción Temprana sería una estructura vincular que puede llegar a determinar en gran parte la estructura psíquica del bebé. Este enfoque parte del hecho de que lo que está en juego es la inicial estructura de un vínculo y principalmente, de un sujeto.

El cómo se haya desarrollado dicho vínculo en los primeros meses puede en muchos casos dejar constituida una forma de relación y de funcionamiento tanto diádica como personal (en el bebé).

Por lo tanto un déficit o un desencuentro inicial entre la madre y el bebé constituiría una limitación en el desenvolvimiento de las potencialidades del sujeto, que puede generar síntomas a corto plazo, o a largo plazo podría significar un campo fértil para la aparición de otras dificultades.

Dado esto, los autores consideran que la **Estructura interaccional temprana** sería una estructura estructurante y la definen como un conjunto de elementos solidarios entre sí, cuyas partes son funcionales unas de otras y sufren transformaciones que implican leyes propias. Cada componente de la estructura está relacionado con los demás y con la totalidad.

La Estructura interaccional temprana está conformada por tres elementos:

- La **imagen interna** que la madre tiene de su bebé, la posibilidad de representárselo. Esto es muy necesario para iniciar el espacio psíquico en la madre para crear el

psiquismo del bebé.

- El encuentro de **ritmos y sincronías**, la forma en la que interactúan, que si se da dentro de un adecuado encuentro, favorecen el desarrollo del bebé.

Se entiende, según estos autores, por RITMO la actividad desarrollada por el bebé y por la madre, la cual incluye un estado afectivo de base; y por SINCRONÍAS la coincidencia temporal de los ritmos de actividad de la díada.

- **Semantización y Decodificación**, sería la actividad materna que tiende a dar sentido, a semantizar, los gestos de su bebé.

3. PREMATUREZ.

3.1. Reseña.

La prematurez se define por una duración de la gestación inferior a 37 semanas.

Se denomina por lo tanto parto prematuro al que se produce entre la semana 28 a 36 semanas de gestación, siendo el criterio que se usa la edad gestacional y no el peso al nacer.

En América Latina la prematurez tiene una incidencia del 9% del total de los nacimientos institucionales y está presente en más del 75% de los niños que mueren en el período neonatal. (Schwarcz R., Duverges C., Díaz A., Fescina R. Obstetricia 5ta edición).

La prematurez nos enfrenta, según Choca, a las **distorsiones en la relación madre-hijo**, que se produce a partir del impacto de un nacimiento prematuro y las secuelas de estas distorsiones sobre la evolución del niño.

"...el nacimiento prematuro exige para suplir las necesidades vitales condiciones especiales que pueden ser de por sí traumáticas." (Choca, 2007).

Las consecuencias de la prematurez son indiscutibles, pero no son específicas. O sea, que los trastornos que se describen en los antiguos prematuros también se observan en otros niños, especialmente en aquellos niños con antecedentes perinatales.

Es muy importante, según este autor, tener en cuenta:

- el futuro del niño, que al momento de nacer todavía presenta características fetales, y se encuentra sometido a estímulos y excitaciones del exterior.
- la psicología de las madres frente a la situación de un embarazo fracasado, la

separación tan inmediata de su bebé al nacer, el tiempo que está sin verlo, el sentimiento de que su bebé puede morir o padecer anomalías.

3.2. Psicopatología de la prematuridad. (Choca, 2007).

La maduración neurológica del prematuro continúa después del nacimiento al mismo ritmo que en el útero. Desde el punto de vista clínico, anatómico y bioeléctrico está en el mismo punto que el recién nacido a término cuando alcanza las 4 a 6 semanas de edad.

El desarrollo psicomotor del prematuro está retrasado en comparación con el niño nacido a término. Precocemente se observa dificultad en adquirir los ritmos fisiológicos (del comer y del dormir); retraso en el desarrollo pondoestatural (peso-estatura) y psicomotriz.

En lo que respecta al desarrollo neuromotor, se destaca el tono axial. La hipotonía axial (disminución del tono muscular en reposo) se mantiene por mucho más tiempo que en el recién nacido a término. Vemos aquí un retraso en funciones posturomotrices, como por ejemplo en el sostén cefálico, la sedestación (sentarse solo), el mantenerse de pie, etc.

El eje postural interviene como eje de referencia para la adquisición del sentido del espacio, de la lateralidad del propio cuerpo, de la individuación.

Brazelton, citado por Choca, observó que la dimensión social (capacidad de "engancharse" con la mirada y seguir el arco de círculo, capacidad de amoldarse cuando es tomado en brazos) y la dimensión motora (tono, nivel de actividad, coordinación mano boca, etc.) eran las áreas donde se obtenían resultados más pobres.

En las diferentes etapas de su infancia pueden aparecer en estos niños trastornos precoces (Choca, 2007):

En la primera infancia se destacan los trastornos en la conducta alimenticia, trastornos del sueño (insomnio inquieto o agitado), actividades rítmicas (balanceos o giros de cabeza), actividades de manipulación del cuerpo autoagresivas o autoeróticas y dentro de lo que son los trastornos del comportamiento encontramos los espasmos del sollozo.

Para poder sobrevivir, el prematuro está sometido a una serie de condiciones caracterizadas por la inadecuación: al modo de alimentación que se realiza por sonda, a ritmos impuestos por las necesidades del servicio, inadecuación en cuanto a los estímulos sensoriales, luz fuerte y continua, ruidos, estimulación cenestésica, muy diferentes a las conocidas en el útero o cuando existe el contacto madre-hijo (Choca, 2007).

En cuanto a la importancia del seno para el prematuro y las dificultades en la conducta

alimenticia podemos decir que la palabra “seno” designa tanto la técnica de maternaje como el órgano en sí mismo, y en el caso del prematuro la madre no puede colocar el verdadero seno justo en el lugar y en el momento en que el niño está preparado para crearlo. Si la madre se adapta suficientemente bien a las necesidades del niño, éste obtiene la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su capacidad personal de crear. Lo que la madre aporta se encuentra con aquello de lo que el niño podría hacerse idea. En un plano psicológico, el niño mama de un pecho que forma parte de sí mismo y la madre da la leche a un niño que es una parte de sí misma.

Frecuentemente, ciertas características biológicas o consecuencia de su estado de prematuridad estos bebés no experimentan la lactada hasta luego de varios días, lo que potencialmente genera alteraciones en el vínculo así como en la función nutricia.

Dentro de los trastornos de aparición tardía (segunda infancia), suele hallarse el Síndrome tardío del antiguo prematuro, representado por trastornos psicomotores: praxias y capacidad instrumental. Es muy frecuente en la práctica escuchar a los padres decir de su hijo después de varios años “Es un prematuro”, lo que evidencia la cristalización de un imaginario que marca durante muchos años -y a veces definitivamente- la relación entre el niño y los padres, así como también con el médico.

4.SENSIBILIDAD MATERNA.

4.1. El constructo de Sensibilidad Materna.

Citando a Carbonell y Plata (2011) diremos que Ainsworth elabora el constructo de Sensibilidad Materna o de la crianza, entendida como la capacidad de la madre o cuidador principal de ver las cosas desde el punto de vista del bebé. Es estar alerta a percibir las señales de éste, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y rápidamente (Ainsworth et al., 1978).

Según Seifer (1995), citado por Carbonell y Plata (2011), implica también la capacidad del cuidador para apoyar los procesos de regulación emocional, en especial en situaciones de estrés, y negociar las metas y necesidades mutuas que están en conflicto, considerando cada etapa del desarrollo del bebé, cada contexto y estado emocional específico.

4.2. Calidad de cuidado.

Basándonos en Olga Alicia Carbonell (2013) diremos que desde la psicología, pero en

especial desde la teoría del apego (Bowlby 1969/1993), a partir de estudios realizados en diferentes contextos culturales (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), se le ha dado énfasis al papel tan importante que juega la calidad del cuidado por parte de la madre y de los adultos a cargo de bebés y niños pequeños, en el desarrollo infantil.

Cuando hablamos de **calidad de cuidado** nos referimos a comportamientos y estrategias que utilizan los principales cuidadores y en especial la madre, para cuidar, proteger y garantizar la supervivencia de los bebés y los niños pequeños.

Se consideran cuidadores principales a todos aquellos adultos familiares y no familiares que apoyan el cuidado, aunque no sea de forma exclusiva, así como también maestras, vecinos y demás.

Las observaciones de Mary Ainsworth en Uganda, África (1967) y luego en Baltimore, Estados Unidos en la década de los años 60 y 70, de díadas madre-bebé en interacción en ambientes naturales de la vida cotidiana, en especial en el hogar durante el primer año de vida del niño, le permitieron conceptualizar el cuidado temprano a partir de cuatro características del comportamiento materno, que va de lo más positivo a lo más negativo:

1- Aceptación-Rechazo.

Para toda madre o cuidador principal existen sentimientos positivos y negativos frente al cuidado de un bebé o niño pequeño, ya que implica demandas y exigencias para el adulto.

En el extremo positivo se encuentran los sentimientos de amor, aceptación, ternura, protección, goce compartido y cualquier otro tipo de reacción positiva que genere el bebé o niño pequeño. En el otro extremo se encuentran los sentimientos negativos, de rabia, resentimiento, irritación y rechazo. En toda relación madre o cuidador- bebé o niño pequeño, hay sentimientos tanto positivos como negativos, o sea, que existe un grado de ambivalencia, pero lo importante es en qué medida la madre o el cuidador principal es capaz de equilibrarlos e integrarlos, para que los aspectos negativos no primen en la relación con el niño o niña.

2- Cooperación- Interferencia.

En el extremo positivo tenemos la capacidad del cuidador para sintonizarse afectivamente y en el comportamiento con el niño, lo cual implica considerarlo como un ser autónomo, activo, cuyos deseos, sentimientos y actividades son tenidos en cuenta y respetados. En el otro extremo, la interferencia, está el adulto cuidador que no respeta las iniciativas o la autonomía del niño, niega sus necesidades, sus deseos, sentimientos y actividades, le impone su voluntad y sus deseos de adulto al niño.

- Accesibilidad- Ignorar.

Esta característica se refiere, en el extremo positivo, a la disponibilidad física y psicológica del adulto cuidador respecto a las necesidades del bebé o niño pequeño. Permitirle la cercanía y el contacto físico, estar dispuesto emocionalmente para el niño, demostrarle gusto por estar con él y compartir tiempo juntos.

En el otro extremo, el adulto ignora las necesidades y comunicaciones del niño, focalizándose en sus propias necesidades y preocupaciones. No está disponible emocionalmente para el niño.

4- Sensibilidad- Insensibilidad.

En el componente positivo se refiere a la habilidad de la madre o cuidador principal, a estar alerta a las señales comunicativas del niño, interpretarlas adecuadamente y responder pronto y correctamente.

En el extremo opuesto, la insensibilidad se refiere a la madre o cuidador que ignora las comunicaciones del bebé o niño pequeño, las interpreta incorrectamente, suponiendo en muchas oportunidades que el bebé tiene deseos negativos hacia ella o él, como molestar o manipular. Presupone que el bebé lo hace a propósito. Por lo tanto, no responde rápidamente a las comunicaciones y necesidades del niño, basándose en argumentos culturales como "darle al niño todo lo que quiere es malcriarlo", y permitiendo que señales negativas como el llanto se intensifiquen.

Carbonell y sus colaboradores plantean que la insensibilidad no implica una respuesta hostil o desagradable. Sino que ocurre cuando el cuidador falla o no logra leer e interpretar de forma adecuada los estados emocionales del bebé, por lo tanto, no logra ayudarlo para que pueda obtener nuevamente un estado emocional positivo, por ejemplo si está llorando, no logra calmarlo.

Un cuidado poco sensible le da a entender al niño que sus señales no son efectivas o que son contraproducentes, por ejemplo si pide algo y el cuidador rechaza su pedido.

5- EL BEBÉ IMAGINADO/FANTASEADO.

5.1. El bebé en la mente de la madre.

Me parece fundamental en esta monografía hacer referencia al bebé imaginado o fantaseado, ya que es un concepto que nos será de ayuda a la hora de ver las particularidades de la interacción entre la madre y su bebé prematuro.

Nos referiremos a Stern (1999) quien habla de tres embarazos que se producen simultáneamente en la mujer:

- El feto físico que se desarrolla en el útero.
- La actitud de maternidad que se desarrolla en la psique.
- El bebé imaginado que va tomando forma en la mente de la madre.

Nos centraremos en el tercer punto.

Durante el embarazo la mente se convierte en un lugar de trabajo en el que se proyecta el futuro y se trabaja sobre él. Preocupaciones como ¿Cómo irá el parto? ¿Cómo seré como madre? ¿Qué ocurrirá con mi matrimonio, mi profesión, las relaciones con mi familia y amigos? ¿Nacerá sano mi bebé?, proporcionan la materia prima con la que la madre tendrá que trabajar para preparar su identidad maternal.

Cada madre (y yo agrego aquí también cada padre) construye en su mente el bebé que desea, sueña y teme tener. Este proceso imaginado se produce de forma constante en las madres y constituye una forma creativa y útil de prepararse para las situaciones a las que pronto deberá enfrentarse.

5.2. Patrones comunes en la creación mental del bebé.

Tras muchas entrevistas a madres y futuras madres, Stern pudo identificar algunos patrones comunes en estas "ensoñaciones".

El patrón más común es que hasta que la mujer no está segura de que su embarazo seguirá bien, es decir, hasta la semana doce aproximadamente, no se atreve a pensar específicamente en el bebé que dará a luz. Es luego del tercer mes, cuando está la seguridad de que todo va bien, cuando entra en juego la imaginación. Comienzan a imaginar aspectos más específicos tanto físicos como de la personalidad de su bebé. Esto no sucede en todos los casos, ya que algunas madres necesitan más tiempo para asimilar su embarazo; incluso algunas llegan a ocultar su estado frente a los demás.

Durante el cuarto mes, la experiencia con el feto real se antepone a la imagen imaginada del bebé. Esto puede darse de dos maneras: una de ellas es a través de las ecografías, las cuales hoy en día son casi rutinarias y la otra manera es a través de los movimientos del bebé, a partir del cuarto mes, lo cual brinda una completa evidencia de que el bebé está allí.

Entre el cuarto y séptimo mes las futuras madres ya dejan fluir su imaginación, y el bebé comienza a adquirir forma en sus mentes. Ya hacia el séptimo u octavo mes el bebé

imaginado está tan definido en su forma como lo puede estar por el embarazo.

Llegando al final del embarazo, hacia el octavo y noveno mes ocurre lo siguiente: la madre comienza a deshacer la fantasía del bebé que esperaba. La imagen mental se desvanece y es alejada de la mente.

Pero el bebé imaginado no desaparece por completo. Por lo general antes del nacimiento real se realizan mentalmente algunos ajustes de último momento.

En los primeros dos trimestres del embarazo, es muy común que la madre construya mentalmente los rasgos de su bebé imaginado (en especial los positivos), a partir de su marido o de su padre si piensa que va a dar a luz a un niño, o en su madre si va a tener una niña. A medida que se va acercando el final del embarazo, la madre comienza a hacer a un lado la idea de que su bebé tenga los rasgos de los demás, y comienza a verse a ella misma como la fuente más importante del carácter y de la vida de su hijo. Comienza a considerar al bebé cada vez más suyo. Surge un sentimiento intenso en la madre de propiedad sobre su bebé.

ANÁLISIS.

Se presenta a continuación un análisis realizado a partir de la articulación de los temas tratados en el marco teórico.

1-EL BEBE IMAGINARIO Y EL BEBE REAL EN LA MADRE DEL PREMATURO (Stern, 1999).

Si una mujer da a luz a los siete u ocho meses de gestación no tendrá el tiempo que necesita para deshacer la imagen del bebé que ha estado imaginando. Recordemos que en el caso de los embarazos a término hacia el final del embarazo la madre deshace la imagen de su bebé imaginado para no sufrir al ver que hay un gran abismo entre la imagen con la que ella fantaseaba y la del bebé real.

La madre y el bebé real prematuro sufren por doble partida, ya que éste está menos desarrollado de lo que normalmente se espera, y además la madre lo compara con el bebé idealizado, irreal, el bebé imaginario que aún sigue demasiado vivo en su mente. En este momento, frente al nacimiento prematuro de su bebé, la actitud mental maternal es aún prematura y frágil psicológicamente.

La madre de un bebé prematuro es vulnerable por varios motivos:

- Se siente incompleta por no haber podido llegar al final de su embarazo, más allá de que la situación estuviera fuera de su control.
- Su bebé con frecuencia debe estar en cuidados intensivos por lo cual está físicamente separada de él, produciéndole esto un sentimiento de impotencia. Pasa a ser una observadora pasiva de cómo otras personas cuidan a su bebé.
- A esto se le suma el hecho de que se encuentra en un ambiente extraño, donde no se siente como en su propia casa. Puede también sufrir frente a esta situación los efectos psicológicos de un desequilibrio hormonal.
- Sus expectativas con respecto al bebé imaginado están en su punto clave en el momento en que, a partir de la estricta realidad, el niño prematuro está en el momento menos ventajoso.

En los últimos meses antes del final del embarazo, el miedo por el parto y por la salud del bebé ocupa un lugar importante en la mayoría de las madres, y por lo general esto contribuye al cese de cualquier otra elaboración posterior sobre la imagen del niño imaginado.

Los principales miedos según Stern son:

- la posibilidad de que el bebé nazca muerto o que muera en el parto.
- de no ser capaz de soportar el dolor.
- de ser tan estrecha que el bebé quede atrapado sin poder salir de su interior.
- que el niño nazca con malformaciones o deformaciones.
- que el cordón umbilical se enrosque en el cuello del bebé.
- tener que dar a luz de repente en un lugar donde no pueda recibir ayuda. (Stern, 1999).

Todos estos miedos son parte de un proceso habitual. Si estas situaciones no fuesen contempladas por anticipado una mujer nunca se podría preparar para lo peor. Esto, entonces, puede actuar como parte de la preparación de todas las posibles eventualidades de la maternidad.

La madre de un niño prematuro, sin embargo, no tiene tiempo para superar esta fase por completo. Normalmente una mujer tiene entre ocho y nueve meses para prepararse y poder recibir a su bebé real.

En estos casos en los cuales el tiempo es insuficiente para que la madre realice el trabajo preparatorio para ingresar en el mundo de la maternidad, la madre queda atrapada entre

su bebé real y el bebé imaginado.

Podrá hablarse de una metamorfosis que se produce durante las semanas posteriores al parto, llena de sentimientos de un pasado muy reciente, en la mayoría de los casos se vivencia una mezcla de vivencias depresivas y también sensaciones alegres.

Cuando la mujer da a luz, el bebé imaginado se encuentra con el bebé real, pero el bebé imaginado no desaparece automáticamente. Se reafirmará a sí mismo, pero también será revisado para ajustarse a las realidades en cuanto a sexo, tamaño, apariencia, color de piel y temperamento. La nueva versión actualizada del bebé imaginario sigue viviendo en la mente de la madre junto con el bebé real, y ella continúa viendo a su bebé real a través de sus deseos, sueños y miedos. Podemos decir que existe un bebé en sus brazos y otro diferente en su mente, y raramente coinciden.

2-LA SATISFACCIÓN DE LA MADRE A TRAVÉS DE SU BEBÉ IMAGINADO.

Todas las madres esperan que de alguna manera sus bebés satisfagan algunas de sus necesidades personales, ambiciones y deseos, y que así, también, reparen algunos de sus fracasos y decepciones.

Estas son las previsiones más frecuentes que las mujeres elaboran en sus mentes con respecto a su bebé y al rol que imaginan que va a tener en su vida (Stern, 1999):

- AMOR INCONDICIONAL.

El fuerte deseo de una madre de tener un amor incondicional, alguien que la ame más allá de todo, y el hecho de que le atribuya ese rol a su bebé, muchas veces proviene de su propia infancia y adolescencia. Es muy común que la madre se pregunte cómo será amar a ese bebé, y cómo su bebé la amará a ella.

Hay casos en los que las personas sienten que cuando fueron pequeños no recibieron un amor incondicional por parte de sus padres: fueron amados por lo que hicieron y no por lo que eran. Para conservar el amor de sus padres se sintieron obligados a hacer cualquier cosa que sus padres consideren importante.

Una mujer con estos antecedentes podría desear que con el nacimiento de su propio hijo podría disponer de alguien que la ame de forma incondicional. En estos casos podemos decir que estamos ante una forma de reparación, siendo esto muy satisfactorio para la mujer. Pero por otro lado, sería muy duro para esta madre soportar los momentos inevitables en los que el bebé se encuentra enfadado con ella o la rechaza, o simplemente comienza a mostrarse más independiente en una etapa de su maduración.

-QUE EL BEBÉ OCUPE EL LUGAR DE OTRA PERSONA:

Cuando una mujer ha sufrido la pérdida de una persona amada antes del nacimiento de su hijo, es muy posible y comprensible que vea al bebé como un sustituto de la persona amada.

La necesidad de sustituir es mucho más fuerte si la pérdida ha ocurrido durante el embarazo, pero puede haber ocurrido unos años antes e incluso ser más fuerte.

En los casos en que se ha perdido un padre, una madre o persona muy cercana, hay una tendencia que muchas veces se basa en la creencia religiosa, a mantener viva la memoria de la persona que murió, poniéndole su mismo nombre al bebé.

Una situación desfavorable puede darse en el caso en que los padres quieran y necesiten que el bebé tenga el mismo significado para ellos que la persona perdida.

Ocupar el rol de sustitución puede suponer una gran carga para el nuevo bebé, a quien se le pide que llene el vacío que otra persona dejó, y ese papel se lo atribuyen para toda la vida, siendo inconscientes de ello.

-EL BEBÉ COMO UN ANTIDEPRESIVO:

Las madres a menudo se deprimen en varias ocasiones a medida que se adaptan a vivir con un bebé. Algunas madres se enfrentan a una tendencia a la depresión de por vida, la cual no mejora con la llegada del bebé.

En estos casos puede ocurrir que la madre sin darse cuenta utilice al bebé para sentirse animada. El bebé en este caso estaría cumpliendo una función de antidepresivo.

Ser el antidepresivo de la madre puede ser una gran responsabilidad para un niño. Y para cumplirla, el bebé puede tener que convertirse en un ser muy activo o encantador para así satisfacer a sus padres.

-EL BEBÉ IMITADOR:

Podemos decir que los niños son extensiones de nosotros mismos que se proyectan hacia el futuro. Todos los padres tienen sueños insatisfechos, deseos que no han podido cumplir. Al tener un hijo es comprensible que surja en ellos el deseo de reparar o rehacer su pasado de forma vicaria a través de su hijo.

Los intentos de imaginar un futuro imaginario para el bebé puede incluir el repaso del propio pasado real de los padres y también de sus frustraciones.

3-LA IDENTIDAD MATERNA DE LA MADRE DEL PREMATURO (Stern, 1999).

Cuando una madre se adapta a la maternidad, no sólo tiene en cuenta quién es su bebé, sino también en quién se ha convertido ella por el hecho de tener un bebé y quién quiere ser en el futuro. Una mujer que trata de adquirir una identidad materna se enfrenta a una

serie de obstáculos cuando el bebé nace prematuro.

Recordemos que para una nueva madre la imaginación tiene mucha importancia. Durante todo el embarazo se hacen presentes en su mente las fantasías sobre cómo será como madre y cómo será su futura familia. Esto ayuda a la madre a poder aceptar la nueva vida que vivirá a partir del nacimiento del niño.

Pero más allá de que se halla imaginado todas las posibilidades negativas durante el embarazo, y aunque supiera que su hijo va a nacer con problemas, la llegada de un niño no sano provoca un shock, se vivencia con miedos e incertidumbre y tristeza.

Para cualquier madre en esta situación, hay una gran cantidad de trabajo psicológico a realizar en las semanas y meses que siguen al parto.

La llegada de un bebé con problemas no les permite a los padres imaginarse claramente a su bebé a futuro (como un niño preescolar, como un adolescente, un adulto, un padre, etc.). Se produce la pérdida del bebé ideal y con él se pierde también la libertad para anticipar el futuro del bebé y de la familia.

El nacimiento prematuro de un bebé "es un trauma que para virtualmente el tiempo, y cuando el tiempo se detiene para usted se interrumpe la posibilidad de imaginar más allá del presente" (Stern, 1999).

El futuro se transforma en impredecible para los padres, y emocionalmente inimaginable. Al mismo tiempo, la mujer siente que su pasado, lleno de esperanzas y fantasías de su embarazo se detiene y se convierte en algo demasiado doloroso de recordar. Dice Stern (1999) que "los padres se encuentran bloqueados en un eterno presente".

La madre, al quedar presa del presente, sin un futuro imaginable y con un pasado difuminado a causa del dolor, quedará privada de una amplia parte del proceso imaginativo que vivencia toda madre. No podrá elaborar historias sobre su bebé o su maternidad, y así éstas son eliminadas del espacio mental para el trabajo de planificación y creatividad.

Todo esto sucede en el interior de la madre, mientras que en lo físico lucha por aceptar y manejar una situación que está basada en todas las capacidades que tiene para amar, para ser paciente, y para resignarse.

Para una madre, el proceso de enfrentarse con un niño con dificultades, en este caso, prematuro, sigue un camino bastante predecible, aunque también hay aspectos

específicos que no lo son.

Algunas características de estas madres son:

- La necesidad de ver superada la situación de dificultad de su bebé.
- Las dudas sobre su habilidad como madre.
- El manejo de los obstáculos para amar.
- El identificarse y vincularse con el bebé.
- La necesidad esencial de reinventar el matrimonio partiendo a través de nuevas directrices.

Veamos cada una de ellas:

SUPERAR LA SITUACIÓN.

Las preocupaciones sobre las posibles dificultades y sobre el qué y cuánto será capaz de hacer el bebé, a menudo bloquean cualquier descubrimiento de la verdadera personalidad del bebé. Uno de los roles más importantes como madre es el de ser la persona que ve con mayor claridad, quien es realmente su hijo, cuáles son sus talentos, dificultades, preferencias, inclinaciones, qué cosas le gustan y que cosas no.

Pero cuando la presencia de dificultades bloquea ese proceso, los padres tienen problemas para encontrar el camino correcto para su hijo y orientarlo.

Podemos decir entonces, a partir de esto, que el bebé pierde parte de su individualidad.

IDENTIFICACIÓN CON EL BEBÉ.

Es inevitable que los padres vean a su hijo como una prolongación, como alguien con quien pueden identificarse. Es esperable, además, que el proceso de identificación con el bebé sea gratificante. Por lo general, la madre es impulsada por empatía hacia el interior de la experiencia de su bebé. El nacimiento prematuro puede llegar a impedir que esto ocurra. En estos casos, la primer reacción ante su bebé, como una continuación suya, puede llegar a ser el rechazo total.

No todas las madres tienen esa dificultad, pero hay mujeres que no logran vincularse con un bebé que para ellas no es normal. Lo que sucede aquí es que de alguna manera la herida de su autoimagen, mezclada con la tristeza que siente por su bebé, son demasiado intensas.

A pesar de estos obstáculos para la identificación, la mayoría de madres de niños con discapacidad o dificultades por prematuridad llegan a crear un vínculo con sus bebés. Se

ven obligadas a ver el mundo a través de los ojos de su bebé, de ponerse en la piel de ellos, y de vivir a su ritmo.

LAS DUDAS DE SU HABILIDAD COMO MADRE:

Con el nacimiento de un bebé sano, la mayoría de las madres se ven a si mismas como seres humanos capaces de continuar la especie. La madre de un bebé prematuro se encuentra herida en el mismo centro de esta tarea.

Ambos padres sienten un dolor y una culpa que afectará su experiencia de ser padres en el futuro inmediato, y a veces más adelante. Muchas veces también pueden verse preocupados por la búsqueda de la razón de la prematuridad.

Una madre decía al respecto: "Yo seguía mirando lo que había hecho o no hecho, para que esto hubiese ocurrido. De alguna manera, en algún lugar, alguien puede ser responsable".

LOS OBSTÁCULOS PARA EL APEGO.

Si un bebé es prematuro, puede estar aislado en una incubadora durante semanas o incluso meses. Durante ese lapso de tiempo la madre no puede ejercer un rol importante, y a veces incluso ningún rol a la hora de mantener al bebé vivo y lograr que se desarrolle. Las máquinas y el personal médico lo hacen por ella.

Al limitarse las visitas, también se ven limitadas las oportunidades que tiene para conectarse con su bebé. Es común que las madres se sientan menos especiales y menos útiles para su propio hijo que las enfermeras. En pocas palabras, el vínculo con el bebé se dificulta.

Stern (1999) plantea que el apego se refiere a la instauración de un vínculo especial de uno hacia el otro. Este vínculo entre la madre y el niño es en un principio de tipo físico, manteniendo a la madre cerca del bebé, y cuando el bebé puede andar, hace que el bebé siga cerca de la madre, después de que se haya introducido en el mundo. Este apego proporciona la seguridad del bebé en lo que respecta a los peligros externos del mundo. El lazo de apego, sin embargo, es también psicológico, dando lugar a un sentido de seguridad cuando el bebé y la madre se acercan el uno al otro. El punto máximo en lo referente a sentirse seguro es cuando la madre y el bebé están abrazados, pecho a pecho. Un bebé en esa situación se enfrenta al mundo sin miedo.

Plantea el autor que el vínculo de apego es una calle en dos direcciones. El apego de la madre hacia su bebé se forma más rápido, durante las primeras semanas de vida del

bebé.

En condiciones normales, justo después del nacimiento cuando limpian al bebé, la enfermera o el doctor llevan al bebé con su madre y lo pone a su lado. Es ahí cuando la madre inicia lo que Stern denomina "una danza lenta con su bebé" (Stern, 1999) y lo describe detalladamente: dicha "danza" comienza cuando la madre empieza a tocar los pies del bebé o sus manos con la punta de sus dedos, con delicadeza, casi sin atreverse. En ese momento el bebé es aún un extraño. Pero a medida que va aceptando que su madre lo toque, y a medida que ella comienza a conocer sus pies o manos, el bebé mueve las piernas o los brazos. Así la madre comienza a adquirir seguridad, utilizando todos los dedos, y ya no sólo las puntas de sus dedos.

La madre lo acaricia desde la periferia hacia el centro, hacia el estómago y el pecho del bebé. A medida que avanza, sus manos se abren y acarician el cuerpo del bebé con la palma de su mano. Puede seguir así durante un tiempo. Luego se dirige hacia la cabeza del bebé y la sostiene con la palma de su mano, y quizá toque ligeramente su cara con la punta de los dedos de su otra mano, o con los labios.

La madre hace de ese bebé su bebé y de esta manera crea sus vínculos de apego.

En el caso de los prematuros, muchas veces tienen que estar en incubadoras cerradas donde se hace más difícil poder tocarlos, se les colocan tubos que entran y salen, además de la respiración artificial.

Bajo estas circunstancias la madre no puede lograr que su apego progrese. Muchas madres además sienten mucho miedo de dañar a ese bebé tan delicado. Se puede observar entre el bebé y la madre una mezcla de atracción, miedo, rechazo en algunas ocasiones y siempre está presente la impotencia.

Esta situación puede durar semanas, durante las cuales la madre siente un gran vacío.

4-REACCIONES PSICOLÓGICAS DE LA MADRE FRENTE A SU BEBÉ PREMATURO.

Para tratar este tema tomaré como referencia un estudio realizado por Bertrand Cramer, el cual aparece como un informe suplementario en "La relación madre-hijo" de Klaus y Kennell (1978).

Cramer (1982) entrevistó a madres de recién nacidos prematuros en una sesión semiestructurada, induciendo a la madre a expresar con libertad sus impresiones y pensamientos, y formulándole preguntas de orientación sobre las reacciones frente al

nacimiento prematuro de su bebé. De este estudio surgieron los siguientes resultados. Lo que apareció con mayor frecuencia fue la sensación de fracaso. El comentario más común fue: "Ni siquiera fui capaz de retenerlo hasta el final, como las otras madres". Estas mujeres atribuían el nacimiento prematuro de sus bebés a un defecto personal, que en la mayoría de los casos consideraron físico.

Muchas de las madres de esta investigación expresaron esa sensación de fracaso en su papel maternal, y manifestaron su deseo de no querer quedar embarazadas nunca más, ya que sería mejor no hacerlo que no poder completar bien la gestación.

Esta sensación de fracaso se acentuaba con la separación del niño y la madre. Muchas madres llegaron a considerar que esta experiencia de haber dado a luz prematuramente sirvió para demostrar su ineptitud como madres, y además se sentían incapacitadas, no se creían capaces de criar a su propio niño.

Podemos decir que en estos casos el niño hiere profundamente la autoestima de la madre, ya que ésta ve en el niño una prolongación de sí misma, un producto defectuoso o de inferior calidad, porque pesa poco al nacer, porque su aspecto físico es decepcionante para ella y porque además a menudo se enferma.

Otro sentimiento que surge en las madres de los prematuros y que afecta la autoestima, es el de la insuficiencia. No consideran completo su embarazo, el niño tampoco es considerado completo, y en consecuencia muchas madres llegan a concluir que ellas tampoco lo son.

Dada la sensación inicial de que el niño es incompleto, surge la preocupación de la madre por la futura normalidad de su hijo, más que nada en la parte intelectual.

"¿Será como los demás niños? ¿Le irá bien en la escuela?" Son algunos cuestionamientos que surgen en estas madres.

En los casos en que el niño nace con defectos congénitos o alguna enfermedad crónica, el golpe es mucho más fuerte para la autoestima de la madre.

El autor plantea que si los padres de estos niños no son ayudados, su autoestima puede disminuir tanto que pueden llegar al punto de desinteresarse y desatender por completo al niño, viéndolo como signo de su propia maldad. En estos casos los resultados pueden ser terribles, pues pueden llevar a la privación materna total o al síndrome del niño golpeado. Cramer hace referencia al concepto psicoanalítico de **narcisismo**, ya que lo considera necesario para entender la dinámica de estas agresiones a la autoestima de la madre y la gran influencia que ejercen sobre la relación madre-hijo.

"Narcisismo es la inversión de amor e interés en la autoimagen, o sea el propio cuerpo y su contenido. Aunque esta forma de amor es centrípeta porque se orienta hacia el yo, otras corrientes de amor son centrífugas, o sea que se orientan hacia la gente y el mundo externo. Esto es amor objetivo". (Cramer, 1982)..

Dice Cramer que para poder comprender la relación de la madre con su niño hay que examinar la relación entre el narcisismo y el amor objetivo en la madre.

Al comienzo del embarazo el embrión está rodeado por el cuerpo de la madre, por lo tanto la madre contempla a su niño como parte de sí misma y lo incorpora a su propio narcisismo. Esta fusión total entre el bebé y la madre en la cual se contempla al embrión como un simple contenido del cuerpo, se altera frente a los primeros signos de movimientos fetales, pues la madre comienza a sentir al feto como una entidad aparte y deposita en él una gran carga afectiva como objeto externo.

Cuando el niño nace la madre ha completado casi la transición del amor narcisista hacia el amor por el niño, por lo tanto ya se encuentra en condiciones de tolerar la separación física para poder considerar a su recién nacido como una persona total, por completo separada de ella misma.

En el caso del nacimiento prematuro, la separación es muy repentina, se da antes de que la madre haya podido darle el suficiente amor objetivo. En consecuencia a esto el bebé prematuro recibe un excesivo amor narcisista, como si todavía lo percibiesen como parte de los órganos internos de la madre.

El nacimiento, así, se convierte en una agresión a la integridad corporal de la madre y su narcisismo se lesiona.

"Es como si me hubiesen arrancado una parte de mis entrañas", decía una madre.

Un hallazgo clínico (Cramer, 1982), muestra claramente la incapacidad de la madre para ver a su bebé con suficiente amor objetivo por la separación prematura de la unidad materno-fetal narcisista.

De trece madres, la mayoría manifestaron que no podían creer que su niño fuese real, y comentaron: "No lo puedo creer, pero es como si no hubiese ocurrido nada".

Vemos aquí según Cramer un irrealismo de tipo onírico, que indica que para la madre el niño aún forma parte de ella y no es un objeto real independiente. Esa sensación de irrealidad se acentúa por la falta de amor objetivo y se refuerza por la separación que se

impone bruscamente a la madre y su bebé.

Todas las madres pensaron que el verdadero nacimiento de su hijo había ocurrido semanas después, cuando pudieron tocarlo y alimentarlo y sobre todo cuando se les permitió llevarlo a casa.

De las madres de esta investigación ninguna había llegado a preparar el cuarto de su bebé. Para ellas sus niños no eran reales todavía, no eran personas independientes a las que había que cuidar cuando estuviesen fuera del cuerpo materno que los protegía.

Cramer propone, a partir de lo planteado anteriormente la siguiente hipótesis:

"El nacimiento de un neonato prematuro asesta un serio golpe a la autoestima de la madre, a sus capacidades maternas y a su papel femenino. Se lo contempla como la pérdida de una parte del cuerpo, como una agresión a su integridad corporal y como signo de inferioridad interior. El nacimiento prematuro fomenta la sensación de que el niño es irreal, pues se lo percibe como ajeno y resulta más fácil rechazarlo" (Cramer, 1982).

Podemos concluir, según el autor, que la autoestima de la madre es deteriorada con el nacimiento prematuro. Para estar en condiciones de aceptar al niño la madre tiene que superar el golpe narcisista que le provoca el nacimiento prematuro y las deficiencias que el niño tenga.

El deterioro de la autoestima de la madre, sumado a la separación temprana del par madre-hijo, inhibe el establecimiento de una relación entre la madre y su bebé.

Otro resultado fue que casi todas las madres de los niños prematuros expresan sentimientos de culpa. Se reprueban por ser malas madres, por haber expuesto al niño a grandes peligros expulsándolo de su vientre.

"Si todavía lo hubiese tenido dentro de mí, no estaría sufriendo ahora todas esas agujas y tubos", comentaba una madre.

Las reacciones de culpa muchas veces son tan graves que puede llegar a disolver la pareja, porque cada uno descarga su culpa en el otro, acusándolo de ser el causante de la prematuridad.

También surgen problemas de separación. En los momentos consecutivos al parto el bebé prematuro es retirado rápidamente de los brazos de su madre. Esto es vivido por la madre como una pérdida y dicha pérdida contribuye al proceso de duelo anticipatorio descrito por Caplan y col. (1965).

Las madres vivencian una sensación de vacío, de amputación. Las madres hacen comentarios como: "Nunca me sentí tan desolada en mi vida." "Es como si me hubiesen extraído un órgano". También expresan el intenso deseo de tocar y amamantar al niño y durante esta separación se imaginan el peor desenlace.

En algunos casos, el duelo anticipatorio es tan intenso, que las madres se niegan a imaginarse su futura relación con el bebé, y eluden toda conversación referida a él. Ninguna de las madres que participaron del estudio de Cramer preparó la cuna hasta que el niño dio señales de progreso.

Podemos decir entonces, según el autor, que existe un período de suspenso en el que la madre trata de no pensar en el niño. Esto es bastante contrario con la preocupación maternal total que se observa en las madres de recién nacidos a término.

Cuanto mayor es la espera al darse la separación cuando el niño se encuentra en incubadora, mayor es el distanciamiento de la madre con respecto al niño. En los casos más graves dicho distanciamiento es irreversible, con la posible consecuencia del síndrome de privación (falta de lozanía, síndrome del niño golpeado).

En los mejores casos, la ruptura de la relación madre-hijo comienza a evolucionar positivamente a partir del primer encuentro entre la madre y el hijo. La relación sólo se revitaliza cuando la madre puede atender a su hijo, y es en este momento cuando la madre comienza a experimentar todos los sentimientos maternos.

Los defectos del funcionamiento maternal después de la separación se pueden atribuir a distintos conjuntos de factores. La respuesta maternal requiere el estímulo de una íntima interacción mutua entre la madre y el niño desde el principio mismo.

Cramer afirma que la prematurez es una crisis psicosocial "accidental" y luego de haber realizado el estudio en las madres de prematuros, plantea que el nacimiento del niño prematuro genera una grave crisis psicológica en la madre. El establecimiento del comportamiento maternal es un proceso muy frágil.

El nacimiento prematuro, el embarazo que no llegó a su fin, la separación temprana entre la madre y el niño, y éste que al parecer no responde a su madre, son elementos que suman en contra de la respuesta maternal. La personalidad de la madre antes de la crisis también contribuye a determinar su respuesta y la gravedad del comportamiento maternal patológico que puede llegar a darse.

5-EL BEBÉ PREMATURO.

Haciendo referencia a Fernando González Serrano, diremos que los grandes avances que ha tenido la neonatología han logrado que la supervivencia de los bebés prematuros haya mejorado de manera significativa, así como también su estado de salud luego de superado el período neonatal.

La vulnerabilidad biológica de estos bebés, sumada a los problemas médicos y la estancia en el hospital alteran en gran medida las condiciones habituales de nacimiento y constituyen un factor de riesgo que puede afectar el desarrollo psíquico y relacional de estos pequeños.

El recién nacido aún presenta características fetales y está sometido, con esa inmadurez, al ambiente hospitalario (múltiples estimulaciones y maniobras). Debe completar su maduración física, y su desarrollo neurológico sometido a estímulos exteriores, frente a los cuales reacciona desde su inmadurez. Estas reacciones neuromotoras son rígidas y limitadas. Sus ritmos biológicos no están establecidos, por lo tanto muchas veces se encuentra en un estado de somnolencia interrumpido por movimientos.

Citados por Fernandez Serrano, Sibertin- Blanc (2001) y Jacques (2003) plantean que, en cuanto a lo psíquico, que es lo que más nos interesa, son bebés que parecen estar todavía a la espera de nacer, en una especie de apatía que parece ignorar los intercambios con su ambiente cercano. Muchos expresan ciertos indicios de reacción a estímulos, como los de malestar o dolor.

En cuanto a los **aspectos interactivos** L. Kreisler y M. Soulé (1990) hacen referencia a las investigaciones de Di Vitto y Goldberg (1979), quienes muestran que los bebés prematuros al principio están mucho menos abiertos a la interacción que los bebés nacidos a término. En las primeras tomas de alimento, resulta más difícil sostener al bebé en brazos y además los estímulos que reciben ocurren mientras se alimentan.

Citan también a Martini Field quien en un estudio deja en evidencia los llamados por él "déficit interactivos". A partir de estas características algunos autores consideran a los prematuros como niños de alto riesgo.

Dicho estudio muestra que el prematuro es poco reactivo al rostro de una persona, a su voz o a estímulos visuales o auditivos. Es difícil consolarlos y no entran en diálogo tónico con el cuerpo de la madre.

Hay dos síntomas destacados:

- La desviación de la mirada del niño, que con frecuencia es un signo precoz en la patología de la interacción.
- El aspecto hiperactivo e intrusivo de la madre, que lo que provoca es aumentar los comportamientos evitativos del niño.

Este estudio permitió, sobre la base de la interacción, llevar adelante una acción preventiva. Se instruía a la madre para que actúe de forma similar a la del niño, "infantilizando" su comportamiento por imitación del bebé.

Fernández Serrano cita a Mazet (1990) y Bozzette (2007), para referirse a las capacidades de interacción y de regulación de las respuestas motrices y emocionales de los prematuros, las cuales son mucho más limitadas que las de recién nacidos a término. A diferencia de éste que descubre e integra constantemente el entorno a través de la motricidad, el prematuro es invadido por el entorno, no pudiendo integrarlo. Muchos de estos bebés tienen que gastar su energía en reaccionar a los estímulos ambientales, de malestar y dolor, quedándoles muy poca energía para interactuar con sus padres.

Se observa poca reactividad ante el rostro humano y a la voz, mayor dificultad para ser consolados y para entrar en diálogo tónico con el cuerpo de la madre. Se habla de déficit interactivo con momentos de evitamiento y repliegue. (Fernández Serrano, 2009).

6-LA FAMILIA DEL PREMATURO.

Según Fernando González Serrano (2009), la familia, en especial la madre, se ven sometidos a un suceso de gran impacto emocional y siempre inesperado.

Los padres se ven enfrentados a circunstancias como un embarazo acortado, una ruptura y una separación inicial de larga duración, y a un bebé al que perciben como en peligro de muerte y con riesgos de anomalías y secuelas.

Se produce en ellos una ruptura de los procesos psíquicos que son propios del embarazo. El niño prematuro a pesar de todas las preparaciones llega siempre de un modo inesperado. Adquiere el carácter de un traumatismo psíquico intenso, en especial para la madre, que en muchos casos debió pasar por problemas médicos o por una cesárea, y además por períodos de incertidumbre y ansiedad.

Se considera todo esto una experiencia de gran estrés y desbordamiento emocional. Fernández Serrano hace referencia a un estudio realizado en España, entre los años

2006 y 2007, para el cual se entrevistaron a madres de prematuros cuando los niños cumplían dos años de edad corregida. Los resultados fueron los siguientes:

Las madres padecieron un nivel de estrés más elevado durante el primer año de vida de su hijo que las madres de niños nacidos a término. El estrés se manifestaba a través de sintomatología ansiosa y depresiva de intensidad variable.

Algunas madres acudieron a apoyo psicológico o tomaban psicofármacos. A pesar de ello, algunas seguían teniendo dificultad para no desbordarse emocionalmente al recordar la estancia en el hospital, o recurrir como modo de protección a la racionalización o el olvido. El periodo que rodea y sigue al nacimiento prematuro se caracteriza por un sentimiento de irrealidad. Las madres se enfrentan a la brutalidad del nacimiento y la imposibilidad de desplegar los comportamientos esperables más que nada por la ausencia del niño a su lado. El hecho de que no pueda verlo ni tocarlo le impide a la madre que construya las representaciones de su bebé.

Es común encontrar una relación entre padres e hijo donde prima la inseguridad. Se sienten perseguidos por las primeras imágenes de su bebe prematuro, y a esto se le suma un sentimiento de inquietud ante el mas mínimo signo de autonomía y miedo al futuro (Singer et al., 2007) (González Serrano, 2009).

7-PROGRAMA MADRE CANGURO. UNA ALTERNATIVA PARA LOS PREMATUROS.

El Programa Madre Canguro fue creado en el Instituto Materno Infantil de Bogotá-Colombia en 1978. Su creador fue el doctor Edgar Rey, y el objetivo fue suplir la escasez de incubadoras y disminuir las infecciones nosocomiales debidas al hacinamiento de los servicios de neonatos (Figueroa de Calume & Charpak, 1996) (Carbonell et al., 2010).

El cuidado Madre Canguro posee tres componentes (Charpak, Ruiz-Peláez & Figueroa de Calume, 1996) (Carbonell et al., 2010) :

- 1- Posición canguro: contacto piel a piel las 24 horas del día. Se coloca al bebé en posición vertical en el pecho de su madre, hasta que logre un peso de 2.400 g. La madre le ayuda a regular la temperatura y la respiración.
- 2- Nutrición canguro: lactancia exclusiva y leche de formula cuando el bebe lo necesite.
- 3- Control clínico: asistir todos los días a control hospitalario hasta que el bebe, durante tres días consecutivos, suba de 20 a 30 gramos diarios. Después, las

consultas son cada tres días, luego semanalmente y por último, mensuales.

Según estudios realizados, los efectos del Cuidado Madre Canguro son benéficos y la técnica es comparable con el cuidado tradicional en incubadora, por la estabilidad fisiológica, la reducción de la tasa de mortalidad y aumento en crecimiento del bebe prematuro. Se comprobó además que las infecciones nosocomiales son menos frecuentes y la estadía en el hospital es más corta para los bebes canguro que para los que reciben cuidado de incubadora.

Me parece importante mencionar aquí una investigación realizada por Olga Alicia Carbonell y colaboradores (2005-2008), la cual tuvo como propósito estudiar los efectos de la intervención del Cuidado Madre Canguro en la sensibilidad materna, con una muestra de madres adolescentes con alto riesgo psicosocial. Se compararon dos grupos de díadas: madres adolescentes con bebés prematuros en cuidado madre canguro, y madres adolescentes con bebés a término en cuidado regular. Se realizaron observaciones en el medio familiar, para poder evaluar la calidad del cuidado materno. Los análisis de la investigación indicaron que no existen diferencias significativas entre los dos grupos de madres adolescentes respecto a la calidad de cuidado materno. Esto permite suponer un efecto protector por parte del CMC en las díadas madres adolescente-bebé prematuros, ya que la condición de prematurez del bebé es un factor de riesgo adicional que se suma al de la maternidad adolescente.

CONCLUSIONES:

Finalizado el proceso de elaboración de este Trabajo Final de Grado, presento a continuación las conclusiones que surgieron a partir de la búsqueda bibliográfica y el análisis de los diferentes ejes temáticos.

El nacimiento prematuro no es un acontecimiento esperado por los padres, por lo tanto siempre constituye un shock y genera muchos sentimientos negativos como dolor, culpa y angustia, así como también una herida narcisista. Implica un desajuste entre el bebé que los padres esperan (bebé imaginado o fantaseado) y el bebé real.

Surgen deseos contradictorios, los cuales no siempre son conscientes y si no se tramitan adecuadamente, derivan en aislamientos mayores y también en un rechazo de la realidad que están viviendo.

Se logró dar cuenta de la importancia de las relaciones tempranas, dado que la organización del vínculo madre-bebé puede llegar a determinar la estructura psíquica del niño. La manera en que se desarrolle dicho vínculo en los primeros meses de vida puede dejar estereotipada una forma de relación y de funcionamiento en particular.

En cuanto a la relación con la madre podemos decir que existe un período sensible durante el cual se lleva a cabo la vinculación de la madre al niño y viceversa.

El desarrollo de la maternidad se ve dañado muchas veces de forma irreversible por la separación entre la madre y el niño, llevada a cabo por la práctica hospitalaria. Los sentimientos maternos de culpa por no haber podido llegar al final del embarazo, el sentirse incompleta por el mismo motivo, y el hecho de no poder ser del todo útil en el cuidado de su bebe, quien es atendido por las enfermeras, opaca aún más esta situación.

El bebé prematuro llega al mundo en total desventaja, donde debe terminar su desarrollo como si continuara en el útero materno. Además, es un bebé que no cumple con las expectativas de sus padres. No provoca en ellos alegría y felicidad, sino que por el contrario genera en ellos miedos e incertidumbres.

Podemos decir que la prematuridad constituye un factor de vulnerabilidad que se asocia a problemas cognitivos, atencionales y de regulación emocional.

Cuando el contexto de crianza es sensible, potencia el desarrollo y la adaptación emocional y social del bebé.

La sensibilidad materna influye óptimamente en el desarrollo del prematuro, alcanzando índices similares a los de los bebés nacidos a término.

También influye en su tono emocional, son niños más positivos y más colaboradores con sus padres, menos apáticos y más flexibles en cuanto a su organización psicomotora. Favorece también el desarrollo de un apego seguro independientemente de la edad al nacer, pero en el caso de los prematuros, es más necesaria.

Por otra parte también diremos que la prematurez puede afectar la sensibilidad materna, pero en el sentido opuesto, es decir, de manera negativa, ya que la herida narcisista de los padres muchas veces no les permite reconocer a ese bebé como suyo, dificultándose de esta manera el vínculo entre ellos.

Como posible alternativa para estos bebés existe el Método Madre Canguro, el cual posibilita un mejor desarrollo del vínculo en la diada madre-bebé prematuro, promoviendo la cercanía continua piel con piel del recién nacido y su madre, asegurándole así un futuro mejor, ya que lo favorece no solo en lo emocional, sino también en cuanto a su desarrollo físico.

La prematurez provoca un fuerte impacto no solo en la madre y el padre, sino que también puede llevar a una verdadera alteración de los ritmos habituales del medio familiar.

El rol del psicólogo en estos casos es, a mi entender, trabajar con estos padres para poder reparar lo que de alguna manera se “rompió” en ellos, por la situación traumática vivida, para así poder construir puentes entre lo real y lo imaginado. De esta manera estos padres ya no quedarán anclados en un presente doloroso, sino que podrán mirar hacia el futuro, un futuro donde les sea posible ver a su hijo como un niño capaz de desarrollar

todas sus capacidades, y ya no como un ser “incompleto” y dependiente.

La principal tarea será fomentar los vínculos sanos y seguros entre padres e hijos desde los primeros momentos, o incluso, desde antes del nacimiento mismo, ya que hoy en día sabemos que los lazos afectivos de la madre con su bebe comienzan en la vida intrauterina.

Finalizo estas conclusiones dando cierre no solo a este Trabajo Final de Grado, sino también a mi trayecto como estudiante de Psicología, resaltando que no solo en estos casos (prematurez) nuestro rol será “reparar”, sino que en cada una de nuestras experiencias como profesionales ésa será nuestra tarea, así como también la de unir, buscar sentido donde muchas veces parece que no lo hay. Teniendo siempre presente que cada persona que llega a nosotros atraviesa un presente en el que sufre.

Apostemos entonces a generar espacios donde la escucha, la responsabilidad y el respeto sean nuestras principales herramienta de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Bowlby, J. (1989) Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego.

Argentina: Editorial Paidós.

Carbonell, O. A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas VII (2)*: 201-207.

Carbonell, O.; Plata, S. (2011). Los vínculos afectivos a lo largo de la vida. ¿Qué sabemos de ellos? En: Cuadernos de Psicología -Lectio inauguralis- Vo. 7, número 1. Pontificia Universidad Javeriana de Colombia.

Carbonell, O.A., Plata, S.J., Peña, P.A., Cristo, M. & Posada, G. (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 773-785.

Choca, F. (2007) Vínculo en el bebé prematuro. *Revista APPIA*. Nro. 116. 2007. (pp. 56-68).

Cramer, B. Reacciones de la madre frente al nacimiento de un niño prematuro (pp146-155). En: Klaus, M. & Kennell, J. (1978) *La relación madre- hijo : impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Díaz Rossello, L. y otros. (1993) *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Montevideo. Editorial Roca Viva.

Freire de Garbarino, M. (coord), Correa, V., Escudero, M., Freifeld, F., Garcia, C., Garcia, R., Guerra, V., Lanza, V., Marques, M., O'Neill, Z., Ortega, M., Oyenard, R., Santiago, G., Sapriza, M., Sburlati, M. y Weignsberg, A. (1992). *Interaccion temprana. Investigacion terapéutica breve*. Uruguay. Editorial Roca Viva.

González Serrano, F. (2009) Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: La relación temprana y el apego. En: Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 2009; 48 (pp 61-80).

Issroff, J. & Marrone, M. (s/f). Bowlby y Winnicott. Recuperado de http://www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=31

Klaus, M. & Kennell, J. (1978). La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Kreisler, L. & Soulé, M. (1990) El niño prematuro. (pp. 39-61). En: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (1990) Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo V. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

Punta Rodulfo, M. (s/f). Los primeros tiempos de la vida. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/.../primeros_tiempos_de_la_vida.pdf

Salinas Quiroz, F. (2013) Vínculo de apego con cuidadores múltiples: la importancia de las relaciones afectivas en la educación inicial. XXII Congreso Nacional de Investigación educativa. Temática dos: Educación inicial y básica. Universidad de Guanajuato. México.

Stern, D, N. y otros.(1999) El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre. Barcelona. Ed. Paidós.

Winnicott, D. (1975). El proceso de maduración en el niño. Barcelona. Ed. Laia.

Winnicott, D. (1958). Escritos de pediatría y psicoanálisis. ?? Ed. Laia.

Winnicott, D. (1980). La familia y el desarrollo del individuo. Bs. Aires. Ed. Hormé.

