



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



ALIMENTACIÓN Y VÍNCULO

En bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Estatal Pereira Rossell.

TRABAJO FINAL DE GRADO

Pre-proyecto de investigación

Estudiante: Karina Ríos

C.I: 4.881.243-3

Tutora: Prof. Asist. Mag. Erika Capnikas

Co-tutora: Prof. Agda Silvia Palermo

Revisor: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan

Resumen

En Uruguay alrededor del 9% del total de nacimientos se producen en forma prematura, antes de las 37 semanas de gestación (SMU, 2018). Cuando un bebé nace de manera prematura debe permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), dada su situación clínica y cuidados especiales que necesita.

La bibliografía revisada plantea que los padres de hijos hospitalizados no estaban preparados para el nacimiento de un niño prematuro, por lo que experimentaron sentimientos de tristeza, ansiedad, autocrítica y temor, alterándose el vínculo afectivo entre padres e hijos (Acosta, Cabrera, Basante y Jurado, 2017).

El presente pre-proyecto de investigación tiene como finalidad resaltar la importancia de la presencia de los papás en la UCIN y su participación en los cuidados del bebé. Se centrará en los cuidados ligados a la alimentación y aspectos afectivo-emocionales. Los participantes de la investigación serán los bebés prematuros internados en la UCIN del Hospital Pereira Rossell y sus referentes (madre, padre, cuidador). Se sabe que los papás que transitan por la UCIN están atravesando un momento de importante vulnerabilidad emocional ante la vulnerabilidad biológica de su hijo (Basso, 2016). Se pretende generar evidencia que demuestre la importancia de la inclusión de un profesional de la salud mental que brinde sostén y oriente a la familia en sus funciones maternas y paternas con la finalidad de favorecer el vínculo de apego en esos primeros encuentros con su hijo, un encuentro que se dio en forma prematura para el bebé y los padres.

Palabras claves: prematurez, vínculo, depresión y alimentación.

Introducción y Fundamentación

La propuesta de este proyecto de investigación es poder relacionar la presencia y participación de los padres en los cuidados que necesitan los bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con su evolución en la alimentación por vía oral y el tiempo de internación que necesitan. En esta línea, se evaluará la presencia o no de sintomatología de depresión en las madres, se analizará si hay alguna relación entre la situación emocional de la mamá y la evolución favorable de la alimentación del bebé.

El proyecto tendrá un enfoque interdisciplinario, coordinado entre las disciplinas Fonoaudiología y Psicología. Este estudio integra la realización del Trabajo Final de Grado (TFG) en la Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Udelar, con un trabajo de postgrado como Fonoaudióloga en la Diplomatura en Neurodesarrollo, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Udelar. La investigación se realizará en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Montevideo, Uruguay.

De allí que el propósito de este trabajo es profundizar en la importancia de los cuidados en los primeros momentos de vida. Enfocarse en el vínculo, el contacto piel a piel, el sostén y la alimentación. Poder describir qué aspectos juegan en la interacción mamá-bebé en los primeros momentos de vida y en conjunto, relacionarlo con la instancia de alimentación: en un encuentro prematuro.

A partir de mi experiencia profesional como Fonoaudióloga (área fonoestomatología) con bebés prematuros, mi función tiene que ver con evaluar en forma individualizada y estimular las habilidades orales para lograr una alimentación segura y eficaz en el neonato. Se considera fundamental profundizar en el punto de encuentro entre: alimentación y vínculo, con el propósito de lograr una mirada integral al momento de pensar y evaluar la alimentación del bebé prematuro.

Se observa que la instancia de alimentación del bebé va unida al encuentro con su mamá y/o papá, por ello es de suma importancia quién lo alimenta, cómo ese bebé es sostenido y contenido.

El bebé no se alimenta solo, necesita de un otro que pueda interpretar y responder a sus necesidades, los papás al momento de alimentarlo no sólo satisfacen una necesidad

biológica básica. También le brindan sostén y afecto, hay una unión desde lo vincular necesaria para la construcción del vínculo de apego y evolución favorable del bebé.

Se sabe que los papás que transitan por la unidad (UCIN) están atravesando un momento de importante vulnerabilidad emocional ante la vulnerabilidad biológica de su hijo (Basso, 2016). Brindar un acompañamiento desde lo emocional/vincular favorece al bienestar del bebé y su familia.

La OMS ha informado que se estima que a nivel mundial alrededor de un 10% de los nacimientos totales son prematuros y la cifra va en aumento. Uruguay no es una excepción en cuanto a las cifras globales, alrededor del 9% del total de nacimientos se producen antes de las 37 semanas de gestación (SMU, 2018).

A nivel nacional hay pocas investigaciones en la temática, se considera que es fundamental investigar sobre la situación de los bebés prematuros, su entorno y su familia. Los primeros meses del bebé son los cimientos para su futuro desarrollo y esos primeros momentos en un bebé prematuro transcurren en la UCIN.

Se espera que los resultados de la investigación sirvan para generar estrategias y apelar por la inclusión del psicólogo en estos equipos de trabajo. En referencia a los aportes de dicho profesional; por una lado se puede pensar en las familias, en la situación de crisis que están transitando, acompañada de miedos e incertidumbres. Es de ahí que sería importante que puedan contar con la escucha de un profesional que los sostenga y oriente en sus funciones maternas y paternas con la finalidad de favorecer el vínculo de apego en esos primeros encuentros con su hijo, con ese bebé que llegó de una forma no deseada. Por otro lado, pensar en el equipo de salud, en el ambiente donde desempeñan su rol, en las expectativas que las familias depositan en los profesionales y su responsabilidad. Cabe destacar que en la UCIN se presentan situaciones que requieren una mirada y coordinación interdisciplinaria.

.Antecedentes

Revisando la literatura a nivel nacional se encontraron algunos estudios referidos a la temática, los mismo se realizaron en la Facultad de Enfermería, UdelaR, a continuación se hará referencia a los mismos.

Un equipo de estudiantes Feglia, Franconeri, Lunaz, Rivero y Sastre (2011) realizaron una investigación titulada: *“Factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario”*. La misma concluye como factores de extremo estrés para los padres: la

máquina para respirar que tenía el bebé (64%), tubos y equipamientos que tenía el bebé (el 36%), cuando el bebé se alimentaba por vía o por sonda orogástrica (43%). No poder alimentar al bebé (50%), no sentirse capaz de proteger al bebé del dolor y procedimientos dolorosos (43%). En cuanto a la comunicación con los profesionales, en general existe un pensamiento positivo. En relación al apoyo psicosocial, el total de los padres entrevistados presentaban una red de apoyo constituida por la pareja, la familia y el equipo de salud. En general, no recibían apoyo psicológico y social por parte de especialistas o instituciones.

Por otro lado, en el 2014 Acosta, Alves, Baladon, Di Pietro, Ferreira y Olivera realizaron una investigación titulada: "*Factores de riesgo de depresión en madres con hijos neonatos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales*". Los resultados concluyen que el peso y la edad gestacional del recién nacido son los factores de riesgo de depresión materna que se destacan, siendo estas las variables que más condicionaron el estado emocional de la madre al momento de ser entrevistada. El 54,5 % de las madres con neonatos internados en la UCIN presentan sintomatología de ansiedad y el 91 % de depresión.

Según un estudio realizado en Ghana (2006) publicado en la revista Médica Pediatrics, el Sindicato Médico del Uruguay (2018), destaca que es posible evitar el 16% de las muertes neonatales mediante la lactancia materna desde el primer día de vida. En Uruguay es posible cubrir la demanda mediante el Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rossell, lo cual ubica a nuestro país como pionero y ejemplo a nivel regional. En nuestro país también se están comenzando a implementar otras estrategias como el método "canguro precoz" para intentar disminuir las complicaciones vinculadas al neurodesarrollo.

A nivel internacional se destacan las siguientes estudios:

En Colombia Ocampo (2013), en su investigación "*El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados*". Los hallazgos muestran que las mujeres vivieron la gestación como una sorpresa de corta duración y final inesperado, percibieron a su hijo distante y ajeno, lo cual es diferente a lo que viven las madres de niños nacidos sanos y a término. Las situaciones que las mujeres vivieron durante el nacimiento y la hospitalización de su hijo retardaron la apropiación del rol de madre cuidadora debido a las restricciones para estar a su lado en la UCIN y participar de su cuidado.

En España Ruiz en el periodo 2013-2014, realizó una investigación titulada "*Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo (CCN) del Recién Nacido Prematuro Hospitalizado*". Los resultados obtenidos concluyen que la aplicación de los CCN al recién nacido prematuro produce una reducción de la necesidad de cuidados intensivos, de la

estancia hospitalaria y de la ansiedad familiar, así como una mejora de los resultados del neurodesarrollo a largo plazo.

En España Mosqueda (2016), en su trabajo "*Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología*". Sus hallazgos muestran que las expectativas de los participantes sobre el NIDCAP (Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido), llegaron a ser generalmente positivas, sobre todo en los temas vinculados con el bienestar del recién nacido y el rol parental. Los ítems que tuvieron menos valor fueron: las condiciones de trabajo de las enfermeras y la poca iluminación en la unidad. Los cuidados para el neurodesarrollo que tuvieron altas puntuaciones fueron: control de ruido 73%, uso de sacarosa 50%, el método canguro por los padres 82%.

En Colombia los siguientes autores: Acosta, Cabrera, Basante y Jurado (2017), en su investigación titulada "*Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado*". Se concluye que los padres de hijos hospitalizados no estaban preparados para el nacimiento de un niño prematuro, por lo que experimentaron sentimientos de tristeza, ansiedad, autocrítica y temor, alterándose el vínculo afectivo entre padres e hijos.

Marco teórico

Prematurez y neurodesarrollo

Se consideran prematuros a los niños nacidos vivos antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que se estima que cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños prematuros, alrededor de un 10% de los nacimientos totales y la cifra va en aumento.

La prematuridad puede ser clasificada en subgrupos de acuerdo a su edad gestacional. Según la OMS existen 3 categorías definidas: *prematuros tardíos* (32 y 37 semanas), *muy prematuros* (28 y 32 semanas), *extremadamente prematuros* (menos de las 28 semanas). De acuerdo al peso, los neonatos se pueden clasificar de la siguiente manera: bajo peso al nacer cuando este es inferior a 2.500 gr, de muy bajo peso al nacer cuando su peso es inferior a 1.500 gr, y de extremo bajo peso cuando es inferior a 1.000 gr (Aragón, García y Rellán, 2008).

El cerebro del recién nacido (RN) se encuentra en una etapa del desarrollo que puede ser fácilmente alterado. Esto tiene un significado especial cuando el bebé ha nacido de manera prematura, dado que los cuidados necesarios en esa etapa implican

inevitablemente procedimientos estresantes y dolorosos. Debido a que el desarrollo del cerebro está expuesto a estímulos sensoriales, estas experiencias pueden afectar tanto a la anatomía como a la funcionalidad del cerebro y, en consecuencia, pueden generar a largo plazo una influencia negativa en la regulación del estrés en el individuo y en su salud futura (Basso, 2016).

Los Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo (CCN) incluyen la participación de los padres en el cuidado de su hijo, la utilización del método canguro y de la analgesia no farmacológica, así como intervenciones dirigidas al control de los estímulos externos (luz y ruido) y al mantenimiento de una postura adecuada del prematuro (Ruiz, 2016). Los cuidados centrados en la familia favorecen el desarrollo del bebé, reducen el estrés, favorecen la autorregulación del infante, promueven la presencia, el vínculo y el apego de los padres, lo que hará que disminuya el estrés parental, que mejore el desarrollo cerebral y afecte de manera positiva el desarrollo cognitivo y psicomotor del infante (Basso, 2016). Proporcionar un programa de cuidados del desarrollo o facilitar la estadía de los padres dentro de la UCIN, ha demostrado una reducción del período de internación y en consecuencia menor costo económico (Basso, 2016).

La UCIN y programa de cuidados

NIDCAP (Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido) es un modelo que procura una aplicación individualizada de los cuidados del bebé a partir de la observación de su conducta y del conocimiento de su entorno físico y familiar. El objetivo de NIDCAP es mejorar el pronóstico de los bebés ingresados en las unidades de cuidados intensivos neonatales, especialmente el de los bebés más prematuros y/o de los que presentan mayor gravedad al nacer. Los pilares de NIDCAP son reducir el estrés, ofrecer al bebé un entorno organizador y fomentar la participación de los padres. En este marco, la función de los profesionales es ayudar a los padres a convertirse en los principales cuidadores de sus hijos (Perapoch, s/f).

Cada vez más UCIN están empezando a construir habitaciones individuales para el cuidado del niño y su familia, llamadas “habitaciones útero”. Se busca un seguimiento individualizado del control de temperatura, luz, sonido, privacidad bebé-familia. Interfase compleja: inmadurez biológica y vulnerabilidad emocional (Basso, 2016).

En nuestro país, en el 2019 se realizó el primer curso introductorio al programa NIDCAP, el mismo se está tomando en cuenta como modelo en los cuidados del RN prematuro.

El programa está basado en la Teoría Sinactiva del Desarrollo (Als, 1982) la misma postula que los recién nacidos humanos forman activamente su propio desarrollo, y que éste está mediado por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y cuidadores.

La misma se articula con los aportes de Mazet (citado en Guerra, 2020, p. 32), él expresa: “la relación padres-bebés está concebida como un proceso bi-direccional, donde el bebé no está solamente sometido a las influencias de los padres, ya que igualmente produce modificaciones importantes en ellos”.

Vínculo y alimentación

Winnicott (1947), menciona distintas formas en que la madre resulta necesaria. En los primeros momentos el bebé se mantiene dependiente de la protección y de los cuidados de quienes le rodean, no puede existir solo, ni físicamente ni psicológicamente.

La madre es necesaria como una persona viva. El bebé debe poder sentir el calor de su piel, el tacto en su cuerpo, saborear y ver. Debe haber pleno acceso al cuerpo vivo de la madre. Sin la presencia viva de la madre la más experta técnica resulta inútil. También se hace referencia a la madre como necesaria para presentar el mundo al bebé.

Pensando en la instancia de alimentación Winnicott (1947) expone la siguiente situación: imaginemos que un bebé nunca ha sido alimentado. Aparece el hambre, y el bebé está listo para crear una fuente de satisfacción, pero no hay ninguna experiencia previa que muestre al bebé lo que puede esperar. Si en ese momento la madre coloca el pecho allí donde el bebé está listo para esperar algo, y si se le da tiempo al bebé para que se familiarice con la situación, usando la boca y las manos, y quizás también el sentido del olfato, el bebé “crea” precisamente lo que se puede encontrar allí. El bebé eventualmente tiene la ilusión de que ese pecho real es exactamente el resultado de la creación surgida de la necesidad, la avidez y los primeros impulsos de amor primitivo. Se desarrolla la creencia de que el mundo puede conectar lo que uno desea y necesita, hay una relación viva entre la realidad interna y la externa.

Ahora, ¿qué pasa cuando el bebé nace prematuro y por su inmadurez no es posible succionar? En esas condiciones la alimentación se da por SNG o SOG¹. En la UCIN se manejan horarios para realizar el pasaje del alimento por sonda (cada 3 hs aproximadamente). Actualmente no se manejan horarios para que los referentes puedan ingresar a la UCIN, como sí sucedía antes, ahora tienen el derecho de ingresar las 24 hs. Entonces, ¿cómo pueden participar los referentes en el momento de la alimentación

¹ SNG sonda nasogástrica

SOG sonda orogástrica

cuando el pasaje es por sonda?, ¿el bebé puede tener esa ilusión que menciona Winnicott, donde el pecho es real y es el resultado de la creación surgida de su necesidad de hambre?

Respondiendo a estas interrogantes Gómez (2018), plantea que se ha constatado que el único alimento que tolera un bebé muy prematuro es la leche materna - o leche de banco, su sistema digestivo no está preparado aún para recibir otro tipo de alimento. Dicho autor destaca la importancia de que el bebé reciba la leche de su madre, pero el bebé aún no tiene la maduración necesaria para agarrarse al pecho y succionar. Hay evidencia que demuestra que si la madre se ordeña luego de sostener a su bebé mediante el método canguro obtiene más leche. También se recomienda que se extraiga leche al lado de la incubadora. Aunque el bebé no esté maduramente preparado para succionar, si tiene la sensación de hambre. Sería muy beneficioso que el bebé esté en brazos de su referente durante el pasaje de la alimentación, hay teorías que apuntan a que la mamá se ordeña antes, y durante el pasaje de su leche por la sonda prenda al bebé al pecho vacío. No hay riesgos deglutorios porque el pecho está vacío y si hay beneficios, el bebé siente su olor, saborea y hay una relación entre lo que el bebé necesita satisfacer y lo que la mamá le puede dar, su leche- su presencia: su olor, su temperatura y su amor.

“La alimentación exitosa constituye una parte esencial de la educación del bebé” (Winnicott, 1947. p.341).

Succión y ritmo

Para contextualizar a qué se hace referencia cuando se menciona que el bebé no está maduramente preparado para succionar, se hará una breve descripción de la evolución de los reflejos orales.

Existe un grupo de reflejos denominados “reflejos primitivos” que consisten en respuestas reflejas innatas que el recién nacido posee para su sobrevivencia. Dentro de estos se encuentran los reflejos orofaciales, los que particularmente garantizan la alimentación. Estos se dividen en adaptativos, por su importancia en la alimentación, y protectores, los que cumplen una función de defensa en las vías aéreas durante la alimentación (Adler, Fernández y Webb, citados en González, González, Vargas, Vega y Vidal, 2014).

El reflejo de succión se encuentra generalmente maduro alrededor de las 28 semanas de gestación. Entre las 32 y 34 semanas se logra establecer la coordinación entre succión-deglución, y es en la semana 36 cuando ambas funciones logran coordinarse con la respiración. La succión efectiva requiere que el infante sea capaz de coordinar tres complejas tareas: succión, deglución y respiración (Fernández, citado en González, et al., 2014). Por lo anterior, los recién nacidos pretérmino menores de 34 semanas generalmente son alimentados a través de sonda naso u orogástrica.

Se distinguen dos formas de succión: la succión no nutritiva (SNN) y la succión nutritiva (SN). La SNN se produce sin extracción de líquido y la SN, ocurre cuando en la alimentación hay presencia de líquido proveniente ya sea del pecho o de la mamadera. Hay diversas formas de generar succión no nutritiva en el lactante, tales como la estimulación con pecho materno vacío, con un dedo enguantado colocado en la parte media de la lengua o con el uso de un chupete.

Existe evidencia científica acerca de los beneficios que tiene la succión no nutritiva en el desarrollo del neonato, especialmente bajo circunstancias de prematuridad (Riordan, citado en Gonzalez, et al., 2014). Se destacan algunas de sus ventajas:

- Reduce el estrés en recién nacidos hospitalizados y se utiliza como estrategia para disminuir el dolor durante intervenciones invasivas.
- Tiene un efecto calmante y permite contener el llanto del bebé. A través de ella, el recién nacido puede explorar el medio ambiente y modular experiencias agresivas.
- Favorece el desarrollo de la musculatura orofacial y acelera la maduración del reflejo de succión. En el prematuro extremo, facilita la asociación entre succión y saciedad al ser estimulado durante la alimentación por sonda a través de succión no nutritiva.
- Promueve la ganancia de peso, la maduración y el crecimiento gastrointestinal en neonatos inmaduros.

Por lo anterior, resulta favorable considerar la succión no nutritiva como parte de la estimulación temprana en el recién nacido, actualmente el propósito en las UCIN es acompañar y empoderar a los padres en esta tarea.

Cuando el bebé logra organizar su padrón de succión (SN), consta de tres a cinco succiones y degluciones seguidas de una pausa para respirar, repitiendo esto a lo largo de la alimentación. La succión es ritmo. La coordinación succión-deglución-respiración es un factor crítico para lograr una alimentación segura. Cuando el bebé comienza a succionar, al principio inmaduro por su prematurez, se observa que el patrón no está totalmente organizado, es el referente que está alimentando al bebé quién lo debe guiar para lograr generar ese ritmo.

La experiencia rítmica también se puede apreciar en los acoples propios de la experiencia con el pecho, en la forma en que la madre lo toca, lo acaricia (Rossello, citado en Guerra, 2020), le habla, entra en sincronía, tolera la retiradas del bebe en los juegos cara a cara (Bernardi, citado en Guerra 2020). Todo esto implica un esfuerzo del psiquismo materno y la necesidad de un funcionamiento psíquico muy peculiar que Winnicott denomina “enfermedad maternal primaria”.

Para el lactante, la succión es un acto placentero tanto física como emocionalmente, y el medio por el cual alcanza confort y nutrición. La succión del pecho materno activa la liberación de prolactina y oxitocina en la madre, estimulando la producción de leche, el apego y promoviendo el instinto de protección materno (González, et al., 2014).

Satisfacción fisiológica y psicológica

La alimentación implica lo fisiológico y lo psicológico, dar comida en el momento adecuado significa satisfacer una necesidad psicológica (Winnicott, 1947).

La vivencia de satisfacción ocurre cuando se logra una descarga que es displacentera y deja una huella. Por ejemplo, cuando un bebé siente hambre (estímulo displacentero) el psiquismo pretende una descarga de esa cantidad. Pero el bebé no puede por sí mismo descargar esa cantidad, necesita de otro. Ese otro que cubre las necesidades, además le da un plus, el amor, las caricias, un nombre, etc. Cuando ese otro posibilita la descarga (le da de comer), deja en el bebé una huella placentera. Al generarse esa descarga se constituye la vivencia de satisfacción. Cuando la cantidad interna de displacer vuelve a aumentar (hambre), la huella de displacer que se generó en un primer momento, se embiste de un afecto placentero, esto es llamado tensión placentera, el placer de desear (Freud, 1895).

Al alimentar a un bebé en forma mecánica, hay actividad refleja pero ninguna experiencia personal. Hay un montón de cosas que un bebé hace mientras mama que nos parecen sin sentido porque no contribuyen a que gane peso (se podría relacionar con ese "plus" que plantea Freud). Pero son precisamente estas cosas las que nos aseguran que se está alimentando y no meramente es alimentado (Winnicott, 1956).

Se sabe que debido al nacimiento prematuro las funciones del bebé deben madurar en el entorno extrauterino. Pero, ¿qué pasa con la madre? Winnicott (1956), refiere que la madre gradualmente desarrolla un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo, lo denomina Preocupación Maternal Primaria (PMP). Permite a la madre adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del bebé, sólo si la madre se halla sensibilizada, podrá ponerse en el lugar del bebé y, de ese modo satisfacer sus necesidades.

Esta capacidad no se funda en el conocimiento, sino en una actitud afectiva que se adquiere a medida que el embarazo avanza. La madre se despoja de todos sus intereses personales, se concentra en el pequeño, se puede poner en su lugar. Y esto es lo que le permite saber qué es lo que necesita el bebé.

Se podría cuestionar qué sucede en la prematuridad, quizás la madre no llega a consolidar ese estado que justamente se afianza hacia el final del embarazo. Así como el bebé termina de madurar en el ambiente extrauterino, la madre debe continuar elaborando procesos

emocionales que se deberían dar con el bebé en la panza y ahora se dan con el bebé en la UCIN, con todo lo que se ha expuesto que implica: un conjunto de miedos, angustias e inseguridades. Nuevamente queda en evidencia que no se puede pensar sólo en el bebé, como menciona Winnicott (1947) “No hay una cosa tal como un bebé” (p. 340), esto hace referencia a que si uno se propone describir un bebé, se encuentra siempre con que debe describir a un bebé y a alguien. Un bebé no puede existir solo, sino que constituye una parte esencial de una relación. El entorno también necesita sostén, para lograr satisfacer las necesidades del bebé se necesita de un otro en resonancia afectiva, que pueda interpretar adecuadamente sus necesidades para luego poder satisfacerlas.

Embarazo y Puerperio

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y su hijo. Se siente la obligación de asumir una nueva responsabilidad, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión (Navas, 2013).

El puerperio dura aproximadamente 45-60 días, es un periodo de cambios físicos, hormonales y emocionales. Requiere de una reorganización y adaptación psicológica, hay que encontrar el equilibrio entre lo perdido -embarazo- y lo nuevo, lo adquirido -el hijo- (Basso, 2016).

Ante la ansiedad confusional producida durante el parto, la madre se reacomoda apelando a defensas de tipo maníaco (su bebé es el ser más lindo del mundo, está feliz y el mundo que la rodea con halagos y alegría confirma esa sensación).

Esa vivencia la defiende de la depresión posparto, siempre y cuando la madre se vaya reacomodando a su nueva situación y vaya adquiriendo confianza en su capacidad para ejercer la maternidad, estar junto a su bebé ayuda en este proceso (Basso, 2016).

Puerperio en la UCIN

El puerperio resulta mucho más complejo y difícil por ejemplo en la situación que el bebé ha nacido prematuro y tiene que permanecer internado. No hay un bebé hermoso para mostrar, no hay rostros felices ni familiares que festejan. La idea de estar rodeados por la familia, se transforma en estar en un lugar desconocido como es la UCIN, junto a rostros extraños (equipo de salud). En el entorno hospitalario se proyectan las fantasías depresivas, transformándolo en persecutorio (ansiedad). Puede suceder que la madre necesite alejarse, esto es a veces interpretado por el personal como un desinterés de la madre por su hijo.

Cuando el personal comprende esos mecanismos inconscientes facilita si es necesario, que la madre se aleje y, paradójicamente, es lo que permite que la madre pueda recuperar de a poco su lugar junto al hijo (Basso, 2016).

Por lo mencionado, se considera fundamental contar con la mirada de un profesional en salud mental, que el mismo pueda acompañar a la familia a reencontrarse con ese bebé esperado, pero que no llegó de la forma esperada. Brindar sostén a los papás para que ellos puedan ocuparse de los cuidados biológicos y afectivos-emocionales que necesita el bebé.

Depresión Postparto

La depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en el sistema de salud.

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%), (Mendoza y Saldivia, 2015).

Tanto el embarazo como el parto causan sentimientos inesperados y en muchos casos contradictorios, los mismos afectan a la madre, al recién nacido y al resto de la familia. Así mismo, el posparto representa un importante periodo de adaptación emocional, psicológica y física que regularmente cursa con gran entusiasmo y alegría. Sin embargo, esta nueva experiencia produce en muchas mujeres sensación de tristeza, variaciones del estado de ánimo, labilidad emocional, llanto fácil y ansiedad. Este periodo de adaptación fisiológicamente dura alrededor de una a dos semanas, pero en los casos que este se prolonga o se presenta de manera inhabitual pueden haber complicaciones como los trastornos del estado del ánimo (Acuña, 2016).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) considera que el diagnóstico de depresión posparto debe considerarse a partir de la segunda semana posparto.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) incluyó como novedad frente a la versión anterior, el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto (Mendoza y Saldivia, 2015). A continuación se detallarán los criterios para definir la DPP según el DSM V:

A. La presentación de cinco (o más) de los siguientes síntomas que han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Una particularidad de la depresión posparto que la diferencia de otras entidades psiquiátricas es la falta de asistencia a los servicios de salud, en la mayoría de los casos esto es consecuencia de que las mujeres atribuyen su sintomatología a una reacción normal y esperada de su estado, esforzándose así por continuar con sus obligaciones en el entorno familiar sin comentar sus síntomas con nadie (Acuña, 2016).

Vínculo temprano y ritmo

El vínculo entre los padres y el bebé es sumamente importante para la salud futura del niño y de sus padres. Estos procesos comienzan desde el embarazo y son interrumpidos por el nacimiento prematuro, por la separación antinatural de los padres y su bebé recién nacido, la cual ocurre cuando el recién nacido es ingresado en la unidad de neonatología (Basso, 2016).

Anteriormente se hizo referencia al método “canguro precoz”, el mismo es una de las estrategias utilizadas para favorecer un vínculo más saludable entre padres e hijos desde el momento del nacimiento, evitando o acortando al máximo la separación entre ambos. Se busca mejorar el desarrollo físico, neurológico y emocional (Basso, 2016).

Los cuidados canguro se basan en colocar al bebé piel con piel y alimentarlo con leche materna. Cuando se coloca al bebé piel con piel con su mamá se estimula el recuerdo de

sus experiencias intrauterinas, (el sonido del corazón, el movimiento continuo del tórax, las características de la voz, el olor y la temperatura corporal materna) sensaciones placenteras que tranquilizan al bebé. Colocarlo de esta forma genera que aparezcan gotas de calostro en los pezones, el método canguro hace que se segregue oxitocina y facilita la producción de leche (Gomez, 2018). Cuanto más tiempo esté su hijo en contacto piel a piel, más segura estará la mamá, el bebé se moverá hacia el pecho y cuando esté preparado es posible que empiece a succionar (Basso, 2016).

Los padres al ver a su bebé en la UCIN expresan sentir fragilidad, idea de un bebé pequeñísimo, que necesita estar en la incubadora todo el tiempo para controlar su temperatura y signos vitales. Gomez (2018) expresa que los referentes al tener al bebé junto a su cuerpo empiezan a sentirlo propio, los miedos y angustias se reducen, de esa forma se promueve empoderar a los referentes .

Anteriormente se hizo referencia a la succión y el ritmo, ahora, ¿cómo se piensa el ritmo?, ¿cómo se relaciona con la construcción del vínculo?

El ritmo puede ser concebido como “repetición de una experiencia de forma cíclica y con cierto grado de previsibilidad” (Guerra, 2020, p. 64). Se hace referencia a que el ritmo genera cierta vitalidad y esa vitalidad rítmica del movimiento establecería la primaria identificación de “estar con” otro ser humano. Eso le otorgaría hacia el interior del bebé una primera forma de identidad. El ritmo configuraría una de las primeras formas de inscripción de la continuidad psíquica, un núcleo primario de identidad: identidad rítmica (Trevarthen, citado en Alvarez, 1991).

Ciccone (citado en Guerra, 2020) habla de varias funciones del ritmo, en particular la de ser base de seguridad (p.68). Él rastrea este concepto desde la etapa fetal, apoyándose en las investigaciones de Maiello (citado en Guerra, 2020) sobre los “audiogramas”, de naturaleza rítmica. Sostiene que se puede postular la hipótesis que las experiencias prenatales auditivas de carácter rítmico no quedarían inscriptas en la memoria como algo neutro, sino que estarían ligadas a las emociones. Se afirma que estos ritmos prenatales, conformarían un proto-objeto interno percibido como bueno, es decir confiable en su continuidad. Sostiene que la voz materna percibida por el bebé, a diferencia de los sonidos corporales rítmicos que son continuos e impersonales, es discontinua e inconfundiblemente personal (Maiello, citado en Guerra 2020, p. 68). Aporte que reafirma el valor de la comunicación de los padres con su bebé, hablarle, cantarle, dirigirse a él de la misma forma que lo hacían cuando estaba en la panza. Se da una continuidad con lo que sucedía en el medio intrauterino. La madre comunica al niño, a través del volumen, del timbre, la cadencia, y el ritmo de la voz,

no solo los aspectos de su personalidad, sino también fluctuaciones del estado de ánimo (Maiello, citado en Guerra, 2020).

Roussillon (citado en Guerra, 2020) señala: ¿No hay implícitamente la idea de una adaptación y de una armonización suficiente de ritmos internos y externos durante la experiencia de satisfacción ?.. ¿No hace falta una armonización suficiente de ritmos (de la succión, de las presiones de la mano de la una y de la otra, del flujo de leche, de la respiración, etc.), para que la satisfacción ocurra verdaderamente como algo encontrado/creado?....

¿Y esta armonización suficiente de ritmos, no la podríamos pensar como una forma de "ritmicidad conjunta", que va gestando un sentido muy primario de la identidad como sensación de continuidad psíquica?

Liscano (2001) habla del valor del ritmo en el encuentro humano y también del valor de la mirada, de la a-tención psíquica como investidura activa del otro.

Junto al papel de los ritmos y de la ritmicidad conjunta se debería incorporar el papel de la atención y de la narrativa, la puesta en palabras de las vivencias del bebé. Es entonces en esa triada de elementos: ritmicidad conjunta, atención conjunta y narrativa conjunta, que se va conformando el viaje de la subjetivación del bebé (Guerra, 2020, p. 39).

La idea de una intersubjetividad, de un vínculo de interrelación, implica la noción de dos sujetos o de dos sujetos potenciales, pensando al bebé como un sujeto que podría coparticipar de una experiencia emocional. Es desde esta coparticipación, que el bebé va construyendo su self, su relación con el mundo y su desarrollo (Guerra, 2020).

Victor Guerra realizó una grilla de observación cualitativa sobre el desarrollo de la intersubjetividad en el bebé desde el nacimiento hasta el año de vida: "del encuentro de miradas al placer de jugar juntos" (Guerra, citado en Guerra, 2020).

Considerando que el pre-proyecto se centra en el encuentro con el bebé prematuro, se detallarán los indicadores de 0-2 meses. En los primeros momentos se da un sostén corporal del bebé y un encuentro de miradas. En el sostén corporal que el bebé necesita durante el amamantamiento, se realiza un fundamental encuentro de miradas. Ese encuentro implicará una búsqueda, un descubrimiento potencial entre ambos para comenzar el proceso de subjetivación (Guerra, 2020).

Se toma el intercambio de miradas como una de las primeras señales de encuentro afectivo entre las personas (Picci y Carel, citados en Guerra, 2020). En general, en un entorno libidinal, existe una fascinación visual como señal de apego entre un bebé y su madre. Es una de las construcciones básicas de la construcción subjetiva (Guerra, 2020).

El intercambio de miradas trae una sensación de embelesamiento, dicha fascinación que implica el orgullo y el deseo que el bebé reconozca el contacto afectivo con su madre, podría ser una forma de compensar una de las angustias mayores de la madre: el temor a desconocer a su hijo (Freud, citado en Guerra 2020). Ese temor es uno de los miedos que han expresado los papás que tienen a su bebé en la UCIN, su hijo está en un espacio con otros bebés, todos en incubadoras iguales, cuando son muy pequeños permanecen desnudos. A grandes rasgos hay una apariencia muy similar. Es el encuentro lo que hace la diferencia, ese encuentro único con el otro amado.

Los padres se encuentran con su bebé, que en parte es un desconocido y necesitan tener la ilusión de un saber sobre su hijo. Que nadie como ellos lo conoce. Ese saber se establece a partir de un diálogo a nivel corporal; siguiendo los aportes de J. de Ajuruaguerra se lo conoce como “diálogo tónico”, o “diálogo tónico-emocional” (Revera, citada en Guerra, 2020). Durante el momento de amamantamiento se puede observar una atención especial de la madre, que con una especie de embelesamiento busca la mirada de su hijo, y le acaricia suave y rítmicamente en su manito y en su boca, le dice palabras con un tono muy suave y dulce, generando un “diálogo imaginario” (Guerra, 2020). Se genera así el reconocimiento de su hijo, comienzan a sentirlo propio y se empoderan. Se apropian de la creencia de que son ellos, sus padres, quienes más saben sobre su bebé.

Problema de investigación: como se mencionó anteriormente, lo investigado comprueba que para los padres tener su hijo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es una situación estresante, genera inseguridad, dificultades en el apego y angustia por no poder alimentar a su bebé. También se ha demostrado que la presencia y empoderamiento de los padres en la UCIN reducen el estrés y favorecen el apego. Es por ello, que se considera pertinente investigar en la UCIN del Hospital Estatal Pediátrico Pereira Rossell, la situación emocional de la mamá, si a mayor presencia de los padres y participación de los mismos en los cuidados del bebé conlleva a una evolución favorable en la alimentación y menor tiempo de internación del neonato. El propósito es visibilizar la importancia de la presencia de los padres en los cuidados del bebé, que puedan contar con un profesional que los sostenga y oriente en sus funciones maternas y paternas con la finalidad de favorecer el vínculo de apego en esos primeros encuentros con su hijo.

Preguntas de investigación

- ¿Qué relación se puede establecer entre el tiempo que permanecen los papás con su bebé en la UCIN y los cuidados que realizan con la evolución favorable en la alimentación y el tiempo de internación del neonato?

- ¿Cómo incide la situación emocional de la mamá en la evolución de la alimentación del bebé?

Objetivo general

1- Relacionar la evolución de la alimentación en bebés prematuros que transitan por la UCIN del Hospital Pereira Rossell con la situación emocional materna, la presencia de los padres y los cuidados que los mismos le proporcionan al bebé.

2- Generar evidencia que demuestre la importancia de la inclusión de un Psicólogo en la UCIN del Hospital Pereira Rossell.

Objetivos específicos

1- Contabilizar qué figuras de referencia están presentes y el tiempo que las mismas permanecen en la UCIN.

2- Cuantificar la participación de las figuras de referencia en los cuidados del bebé.

3- Identificar sintomatología de depresión en las madres.

4- Cuantificar la progresión de la alimentación del bebé por vía oral.

5- Contabilizar el tiempo de internación del neonato.

6- Describir cómo se sienten los adultos de referencia en relación al funcionamiento de la UCIN, los momentos de alimentación y sostén del bebé.

Tipo de estudio: mixto (cuantitativo y cualitativo), diseño no experimental, correlacional y longitudinal.

Muestra: bebés prematuros cursando entre las 30 y 34 semanas de edad gestacional (E.G) que estén ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Pereira Rossell y sus referentes. Se tomará una muestra aproximada entre 15 y 20 familias.

Criterios de inclusión: bebés prematuros entre las 30 - 34 semanas de E.G que estén en la UCIN y sus referentes.

Criterios de exclusión: bebés extremadamente prematuros y/o de extremo y muy bajo peso al nacer. Prematuros que se encuentren en situación de judicialización. Bebés con encefalopatía hipóxico-isquémico, cardiopatías congénitas, síndromes asociados y/o afecciones que afectan en forma severa su situación clínica. Bebés cuyas madres estén en situación de consumo de sustancias psicoactivas.

Variables

- Datos del neonato: fecha de nacimiento, sexo, edad gestacional al nacimiento, peso.

- Forma de alimentación: sonda, pecho o biberón.
- Datos maternos y paternos: edad, nivel educativo, ocupación, núcleo familiar, situación de pareja.
- Fecha de los siguientes hitos: el neonato logra mantener 4 biberones por succión, pasaje a sala, retiro de sonda y alta del hospital.
- Tiempo que los referentes permanecen en la UCIN y tiempo de internación del neonato ², (correlacionar).
- Participación de los referentes en los cuidados del bebé -incluyendo instancia de alimentación-, sintomatología depresiva materna y evolución en la alimentación del neonato en forma autónoma -toma de biberón por succión- (correlacionar).

Instrumentos para la recolección de datos

- Se utilizará un formulario con puntos y preguntas estructuradas elaborado Ad-Hoc para la recolección de datos biosociodemográficos (ver anexo N° 2). Se recabará la información a través de preguntas a la familia y datos extraídos de la historia clínica.
- Se utilizará una planilla Ad-Hoc, “Cuidados del Recién Nacido” (CRN). Se recabará información sobre las variables: figuras de referencia que acompañan al bebé, tiempo de los referentes en la UCIN, cuidados que desarrollaron y cómo lo hacen (ver anexo N° 3). La planilla estará próxima a la incubadora durante una semana. El diseño es muy sencillo, pensado para que lo completen los referentes en forma ágil.
- Se empleará un cuestionario Ad-Hoc a la familia, cuenta con 3 secciones: 1) datos sobre el momento de alimentación del bebé, 2) información sobre momentos de sostén y regulación del bebé y 3) relación: referentes-UCIN-equipo de salud (ver anexo N° 4). Está diseñado con preguntas dicotómicas, múltiple opción y una pregunta abierta. El cuestionario se realizará durante la semana de seguimiento en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Se aplicará el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Elaborado por: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (ver anexo N° 5). Se trabajará con la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, 2011. Es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, se utiliza como instrumento para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se aplicará a las madres de los bebés que están participando en la investigación a partir de la segunda semana posparto.

² El tiempo de internación se contará desde las 30 semanas de edad gestacional en adelante.

Procedimientos: se presentará el pre-proyecto en la Dirección General del Centro Hospitalario Pereira Rossell, área: Comité de Ética en Investigación (mediante la vía que corresponda: e-mail o documentación personalmente) y se solicitarán los permisos necesarios. Se mantendrá una entrevista con cada familia (cuidador/es) que cumpla los criterios expuestos anteriormente, se le explicarán los objetivos, la importancia de su participación y la forma de proceder. En caso de aceptar participar deberán firmar el consentimiento informado.

Plan de Trabajo: se *subdivide en 3 puntos*, sólo las familias que firmaron el consentimiento informado participaran de los mismos. En la *primera instancia* se obtendrán datos biosociodemográficos del neonato y su familia, mediante el formulario Ad-Hoc (ver anexo N° 2). El mismo se terminará de completar al alta del neonato, el seguimiento implica como último paso registrar la fecha de alta del bebé. La *segunda instancia* implica que la familia complete la planilla Ad-Hoc (ver anexo N° 3) durante una semana, previamente se le explicará a la familia el objetivo y cómo se completa la misma. La *tercera instancia* consta de dos cuestionarios, los mismos los aplicará el investigador, uno es un cuestionario Ad-Hoc que se le aplicará a la familia (ver anexo N° 4) durante la semana de seguimiento en la UCIN. El otro cuestionario “Inventario de Depresión de Beck-II” (ver anexo N° 5), se le aplicará a la madre luego de la segunda semana posparto. La elección del momento de aplicación se fundamenta en las definiciones de DPP mencionadas anteriormente.

Análisis de los datos: se analizarán los datos con el paquete estadístico (SPSS), para determinar asociaciones, correlaciones y dependencia entre las variables de estudio.

Consideraciones éticas: luego de proceder con la solicitud de autorización en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y su aprobación para llevar a cabo la presente investigación, se procederá a recabar los datos necesarios. Acatando las consideraciones éticas en lo referente a la investigación con seres humanos en Uruguay Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública, adoptado por el Consejo de la Facultad de Psicología a través de su Comité de Ética en Investigación. Se le presentará a las familias involucradas en la investigación un consentimiento informado en el que se explicarán los objetivos y la forma de proceder. Asimismo, se especificará que la participación será voluntaria, los datos estarán protegidos, se mantendrá el anonimato y pueden retirarse cuando deseen (incluyendo el proceso de recolección de la información).

Cronograma de ejecución

<i>Actividad/Mes</i>	<i>En., Feb., Mar. 2023</i>	<i>Abr., May., Jun., Jul., Agto., Sep. 2023</i>	<i>Oct., Nov. 2023</i>	<i>Dic. 2023</i>
<i>Contacto con la institución.</i>				
<i>Relevamiento de datos de la HC.</i>				
<i>Relevamiento de datos de la planilla CRN.</i>				
<i>Aplicación: test BDI-II y cuestionario a los referentes.</i>				
<i>Análisis de datos.</i>				
<i>Informe final.</i>				

Nota: HC Historia Clínica. CRN Cuidados del Recién Nacido.

Resultados esperados: se espera generar evidencia científica que demuestre que a mayor tiempo de presencia de los padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales acompañando y ocupándose de los cuidados que el bebé necesita, conlleva a una evolución favorable en la alimentación y retiro de la vía alternativa como medio para alimentarse en menor tiempo. A partir de la escala Beck-II (BDI-II) se espera obtener información sobre la presencia de sintomatología depresiva en las madres. Con los resultados se propone generar evidencia que demuestre la importancia de la inclusión de un profesional que brinde sostén y oriente a la familia en sus funciones maternas y paternas con la finalidad de favorecer el vínculo de apego en esos primeros encuentros con su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M., Cabrera, N., Basante Y., y Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Rev. Univ. Salud*, 19(1),17-25.
- Acosta, N., Alves, J., Baladon, D., Di Pietro, P., Ferreira, S., y Olivera, S. (2014). *Factores de riesgo de depresión en madres con hijos neonatos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales* (Tesis de pregrado). Universidad de la República, Facultad de Enfermería. Montevideo, Uruguay.
- Acuña,D. (2016). *Validación del inventario de depresión de Beck como prueba de tamizaje para la depresión postparto en mujeres cursando el puerperio tardío, atendidas en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo noviembre 2015- enero 2016* (Tesis doctoral). Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina. Quito, Ecuador.
- Alvarez, A (1991). *Compañía viva*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Aragón, M., García, C., y Rellán, S. (2008). El recién nacido prematuro. *Asociación Española de Pediatría*, 68-77. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- Basso, G. (2016). *Neurodesarrollo en Neonatología. Intervención ultratemprana en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Barra, C., Coó, S., y Marín, A. (2021). Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: Fundamentos y características principales. *Andes pediatr.*, 92(1). Recuperado en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-60532021000100131&script=sci_arttext&lng=en
- Feglia, S., Franconeri, S., Lunaz, L., Rivero, L., y Sastre, C. (2011). *Factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros en un Servicio*

de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario (Tesis de pregrado).
Universidad de la República, Facultad de Enfermería. Montevideo, Uruguay.

Freud, S. (1895). Proyecto de una Psicología para Neurólogos. Recuperado de:
<https://biblioteca.org.ar/libros/211765.pdf>

Gómez, A. (2018). *Piel con Piel. Los secretos de una crianza feliz*. Barcelona, España:
Martínez Roca.

González, B., González, C., Vargas, M., Vega, E., y Vidal, S. (2014). *Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en lactantes prematuros extremos recién nacidos entre 33 y 36 semanas de edad corregida* (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de:
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130650>

Guerra, V. (2020). *Vida Psíquica del Bebé. La Parentalidad y los Procesos de Subjetivación*. Montevideo, Uruguay: LAB D +.

Liscano, C (2001). *El furgón de los locos*. Montevideo, Uruguay: Planeta.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. (2013).
Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*, 2015;143, 887-894. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>

Mosqueda, R (2016). *Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España.

Navas, W (2013). Depresión postparto. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*, LXX,(608), 639 - 647. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>

Ocampo, M. (2013). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Revista Aquichan*, 13(1), 69-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a07.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Nacimientos Prematuros. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=prematuros%20extremos%20>

Perapoch, J. (s/f). NIDCAP, un modelo de atención en neonatología. Recuperado de: <https://fundacionsaludinfantil.org/wp-content/uploads/congreso/ponencias/5-Dr.Josep%20Perapoch.pdf>

Ruiz, E. (2016). Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo del Recién Nacido Prematuro Hospitalizado. *Rev. Enfermería CyL*, 8 (1), 61-70.

Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Ed. Pearson Educación, S.A.

Sindicato Médico del Uruguay. (2018). Prematurez: el 9 % de los niños que nacen en Uruguay lo hacen antes de las 37 semanas de gestación. Recuperado de: <https://www.smu.org.uy/prematurez-el-9-de-los-ninos-que-nacen-anualmente-en-uruguay-lo-hacen-antes-de-las-37-semanas-de-gestacion/#:~:text=Search-.Prematurez%3A%20el%209%25%20de%20los%20ni%C3%B1os%20que%20nacen%20anualmente%20en,las%2037%20semanas%20de%20gestaci%C3%B3n.&text=Las%20complicaciones%20relacionadas%20con%20la,el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vid.>

Winnicott, D (s/f). *Obras Completas*. Ed. Laia, S.23A. Barcelona.

Anexo N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Pereira Rossell

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Investigación: **“Alimentación y Vínculo”** En bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Pereira Rossell.

INFORMACIÓN CLÍNICA

Se le ha propuesto participar en esta investigación por ser papá, mamá u otro referente de un bebé prematuro internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El propósito es conocer la participación de la familia en los cuidados del bebé y cómo incide en la evolución de la alimentación. También se propone investigar si hay alguna relación entre la situación emocional de la mamá y el proceso de alimentación del bebé.

La participación en la investigación implica a los referentes completar una planilla que consta de acciones (cuidados) que realizan al bebé. Cada vez que el referente realiza un cuidado mencionado en la planilla, se marca rellenando un cuadrado. La planilla se deberá completar durante una semana. Está diseñada para que se pueda completar en forma sencilla y ágil. Su duración estimada es de 1 minuto.

Por otro lado, se realizarán dos cuestionarios. Uno se le realizará a los referentes del bebé, el propósito es obtener información sobre: la relación referentes-UCIN-equipo de salud, momentos de alimentación, sostén y regulación del bebé. Su duración estimada es de 5 minutos.

El otro cuestionario se le aplicará a la madre del bebé el propósito es conocer su situación emocional. Su duración estimada es de 5-10 minutos.

Ambos cuestionarios los aplicará el investigador. No obstante, si el referente prefiere completarlos en forma independiente es posible, igualmente el investigador estará presente para poder responder dudas en caso de ser necesario.

Los datos no serán identificatorios, se mantendrá el anonimato durante todas las etapas de la investigación, incluyendo su eventual publicación.

Se entrega este documento con la información del proyecto así como los datos del investigador a fin de establecer contacto, si así lo desea, para poder conocer los resultados de esta investigación.

Consentimiento:

He leído atentamente la información expuesta en este formulario de consentimiento. Todas las preguntas sobre este estudio que pudiera tener y mi participación en él me han sido contestadas claramente. Libremente doy mi autorización para participar en este estudio de investigación, manteniéndose el anonimato de mi identidad.

Firma: _____

Karina Ríos
Email: rioskarina128@gmail.com
Celular: 098912708

Anexo N° 2

Información Biosociodemográfica		
Datos perinatales		
Fecha de nacimiento:	_____	
Edad gestacional al nacimiento:	_____	
Sexo:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Peso al nacer:	_____	
Apgar:	_____	
Tipo de parto:	_____	
Complicaciones:	_____ _____	
Situación del neonato al comienzo de la investigación		
Peso actual:	_____	
Necesidad de asistencia ventilatoria mecánica:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Forma de alimentación:	<input type="checkbox"/> Sonda orogástrica	<input type="checkbox"/> Nasogástrica
	<input type="checkbox"/> Pecho directo	<input type="checkbox"/> Biberón
Datos del neonato durante la investigación		
	Edad Gestacional (E.G.)	Peso
Toma 4 BB por succión	_____	_____
Pasaje a sala	_____	_____
Retiro de sonda	_____	_____
Alta del hospital	_____	_____
Forma de alimentación al alta	_____	
Datos personales de los cuidadores		
Edad:	Madre _____	Padre _____
Situación de pareja:	_____	
Nivel educativo:	Madre _____	Padre _____
Ocupación:	Madre _____	Padre _____
Localidad:	_____	
Núcleo familiar:	_____	

Referencia: BB = biberones.

Anexo N° 4

CUESTIONARIO A LA FAMILIA

1) En relación al momento de alimentación:

- ¿De qué forma le gusta o gustaría alimentar a su hijo/a? PD BB SNG SOG
- ¿De qué forma se siente más seguro/a al alimentar a su hijo/a? PD BB SNG SOG
- ¿Percibe cuando el bebé tiene hambre? frecuentemente/ a veces/ pocas veces.
- ¿Cómo percibe que usted vive el momento de alimentarlo? disfruta /preocupa/ angustia/ nervioso/ miedo.
- ¿Cómo está su bebé mientras se alimenta? Tranquilo, irritable, molesto.

2) En relación a los momentos de sostén y regulación:

- En momentos de incomodidad e irritabilidad ¿cómo es calmar a su bebé? sencillo/ complicado/ muy complicado.
- ¿Qué intenta hacer para calmarlo?

¿Otras personas pueden calmarlo? Sí No

- ¿Llora demasiado? Sí No

3) En relación a la unidad neonatal:

- ¿Se siente incluido en los cuidados de su hijo (cambio de pañal, tomar la temperatura, alimentarlo)? Sí No
- ¿Cree que lo realizaría mejor el equipo de salud? Sí No
- ¿Tiene libertad de horarios para ingresar y estar con su bebé? Sí No
- ¿Tiene un lugar disponible para sentarse junto a su bebé? Sí No
- ¿Hay lugar disponible para una o dos personas? 1 2
- ¿Puede realizar extracción de leche en la UCIN? Sí No
- ¿Lo puede hacer al lado de su bebé? Sí No

REFERENCIAS: PD* pecho directo, BB* biberón, SNG* sonda nasogástrica, SOG* sonda orogástrica.

Anexo N° 5

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Nombre:.....
Edad: Sexo: Estado civil:.....
Profesión: Estudios:.....

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.** Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señale la también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1 a Duermo algo más de lo habitual.

1 b Duermo algo menos de lo habitual.

2 a Duermo mucho más de lo habitual.

2 b Duermo mucho menos de lo habitual.

3 a Duermo la mayor parte del día.

3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable de lo habitual.

1 Estoy más irritable de lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual.

1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2 a Mi apetito es mucho menor que antes.

2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.

3 a He perdido completamente el apetito.

3 b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.

3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.

1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

3 He perdido completamente el interés por el sexo.

_____ **Puntuación total**