

Ana Lía Ruiz

El bebé prematuro y sus padres

Creación de un programa
de intervención psicológico

cción Retardo Mental y Educación Especial



MIÑO y DÁVILA
EDITORES

Ana Lía Ruiz

El bebé prematuro y sus padres

**Серия «Retardo Mental
y Educación Especial»**

Аннотация

El interés sobre los niños nacidos prematuros y sus padres surge de una práctica iniciada en el año 1990 como psicóloga en una Unidad de Cuidados Neonatales e integrante del equipo de seguimiento de niños nacidos prematuros de la División de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho seguimiento es realizado por un equipo multidisciplinario y la función del psicólogo consistía en un acompañamiento a la familia y sus hijos desde el nacimiento.

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

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

Tanto en unos como en otros casos, los padres hablaban de la hospitalización en la Unidad de Neonatología y de sus dificultades para contactarse con un bebé pequeño y para poder llegar a conocer sus necesidades. Expresaban, además, los temores y las angustias vividas durante la internación y el alta del bebé. Las observaciones de la díada madre-bebé prematuro realizadas como parte de la formación en los Seminarios de Observación de Lactantes, coordinados por la Prof. Kamala Di Tella, permitieron a su vez, un registro de los pequeños detalles y signos corporales alrededor de los cuales la vida psíquica del bebé comienza a organizarse, como así también los sufrimientos corporales de estos bebés pequeños y sus padres.

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

Содержание

Referencias	15
Siglas de técnicas de evaluación:	16
Agradecimientos	17
Introducción general	22
Fundamentación de la elección del tema	23
Planteo del problema	26
Importancia del estudio	29
Capítulo I	33
1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros	34
1.3 Una incubadora para neonatos	39
1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros	43
1.5 La Neonatología en Argentina	47
1.6 Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal	48
1.7 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional	50
1.8 Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematurez	54
1.9 Embarazos de riesgo y experiencias de vida	62
1.10 Bibliografía	70
Capítulo II	73

2.2 Embarazo: conflictos y temores de la mujer embarazada	75
2.3 Ansiedades de la embarazada	81
2.4 El embarazo como preparación para la paternidad	88
2.5 Etapas psicológicas del embarazo	90
2.6 La constelación maternal	93
2.7 El futuro padre	97
2.8 Bibliografía	103
Конец ознакомительного фрагмента.	106

Colección

Retardo Mental y Educación Especial

Dirigida por **Jaime Tallis**

ISBN: 978-84-18095-39-9

Diseño: Gerardo Miño

Composición: Eduardo Rosende

© 2003, Miño y Dávila srl / Miño y Dávila editores sl

Prohibida su reproducción total o parcial, incluyendo fotocopia, sin la autorización expresa de los editores. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear

algún fragmento de esta obra.



dirección postal: Tacuarí 540 (C1071AAL) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

tel-fax: (54 11) 4331-1565

e-mail producción: produccion@minoydavila.com

e-mail administración: info@minoydavila.com

web: www.minoydavila.com

twitter: [@MyDeditores](https://twitter.com/MyDeditores)

facebook: www.facebook.com/MinoyDavila

instagram: <https://www.instagram.com/minoydavila/>

EL BEBÉ PREMATURO
Y SUS PADRES:

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

Ana Lia Ruiz

Índice de contenido

Agradecimientos

Introducción general

Fundamentación de la elección del tema

Planteo del problema

Importancia del estudio

Parte I. El nacimiento prematuro, el niño y sus padres

Capítulo I. El cuidado de recién nacidos prematuros

1.1 Introducción

1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos

prematuros

1.3 Una incubadora para neonatos

1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros

1.5 La Neonatología en Argentina

1.6 Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal

1.7 Clasificación del recién nacido según peso y edad

gestacional

1.8 Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematurez

1.9 Embarazos de riesgo y experiencias de vida

1.10 Bibliografía

Capítulo II. El nacimiento de un niño. El nacimiento de

unos padres.

2.1 Paternidad y maternidad

2.2 Embarazo: conflictos y temores de la mujer embarazada

2.3 Ansiedades de la embarazada

2.4 El embarazo como preparación para la paternidad

2.5 Etapas psicológicas del embarazo

2.6 La constelación maternal

2.7 El futuro padre

2.8 Bibliografía

Capítulo III. La maternidad y la paternidad prematura

3.1 Introducción

3.2 Los primeros momentos posteriores al nacimiento

3.3 El dolor psíquico

3.4 “Somos madres especiales porque somos madres prematuras”

3.5 El recién nacido prematuro: Lo propio como diferente

3.6 La problemática de los duelos

3.7 El padre

3.8 Bibliografía

Capítulo IV. El lenguaje corporal del bebé prematuro:

pensar al bebé

4.1 La construcción del cuerpo

4.2 La comprensión del comportamiento neonatal

4.3 El lenguaje corporal del bebé internado en una UCIN

4.4 El bebé prematuro de bajo peso y edad gestacional

(RNMBPN)

4.5 Los estados de conducta

4.6 Funciones sensorio perceptuales

4.7 Bibliografía

Capítulo V. Situaciones críticas en una Unidad de

Cuidado Intensivo Neonatal

5.1 Situaciones críticas e interacción padres-bebé

5.2 Diagnóstico incierto

5.3 Malformación congénita

5.4 Muerte de un bebé

5.5 Bibliografía

Capítulo VI. Investigaciones sobre la paternidad del niño nacido prematuro

6.1 Introducción

6.2 Impacto ante la separación temprana entre padres y recién nacido prematuro

6.3 Investigaciones sobre el estrés paterno ante la internación del RNP

6.4 Influencia del nacimiento prematuro sobre la paternidad y crianza del niño en sus primeros años de vida

6.5 Percepciones paternas acerca del niño nacido prematuro

6.6 La depresión materna y su influencia en el desarrollo del niño

6.7 Bibliografía

Capítulo VII. El devenir futuro de los niños que nacieron prematuros. Resultados de nuestras investigaciones

7.1 Los primeros años de los niños que nacieron prematuros

7.2 Evaluación del desarrollo de RNMBPN de 2 a 30 meses de edad

7.3 Los niños nacidos prematuros en edad escolar

7.4 Niños vulnerables: niños en riesgo

7.5 Conclusiones

7.6 Bibliografía

Parte II. La creación de un espacio psicológico en las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Capítulo VIII. Programas de intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres

8.1 Introducción

8.2 El prematuro como un deprivado sensorial: La estimulación“adicional”

8.3 El prematuro como inmaduro: El cuidado del medio ambiente extrauterino

8.4 La asistencia individualizada del prematuro

8.5 La asistencia psicológica a la familia del prematuro

8.6 Programas de Intervención sobre recién nacidos prematuros y sus padres. Revisión de la bibliografía

8.7 NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

8.8 La asistencia psicológica a los padres

8.9 Abordaje clínico basado en el Método de Observación de Lactantes de E. Bick (1964)

8.10 Diferentes modalidades de intervención (Romana Negri)

8.11 Atención psicológica desarrollada por C. Duron

8.12 Programa de intervención psicosocial para niños de alto riesgo

8.13 Análisis de los diferentes programas de intervención

8.14 Bibliografía

Capítulo IX. Programa de intervención psicológico sobre el recién nacido prematuro y sus padres

9.1 Descripción del programa de intervención psicológica

9.2 Bases del programa

9.3 Objetivos

9.4 Programa de intervención psicológica sobre el RNMBPN y sus padres

9.5 Bibliografía

Parte III. Investigación

Capítulo X. Evaluación de un Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres llevado a cabo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

10.1 Planteo del problema

10.2 Estrés y depresión

10.3 Plan de trabajo

10.4 Análisis estadístico

10.5 Análisis de las entrevistas

10.6 Discusión

10.7 Bibliografía

Parte IV. Conclusiones

Conclusiones

Prematurez del recién nacido y de los padres

Maternidad y prematurez

Paternidad y prematurez

La integración de la dimensión psicológica en las Unidades de

Cuidados Intensivos Neonatales

Conclusión general

Referencias

A continuación se detalla una lista de las siglas utilizadas en el contenido de este trabajo:

UCIN Unidad de cuidados intensivos neonatales.

UCE Unidad de cuidados intermedios.

RN Recién nacido.

RNP Recién nacido prematuro.

RNMBPN Recién nacido de muy bajo peso al nacer.

PC Parálisis cerebral.

SNC Sistema nervioso central.

CRAP Coeficiente de riesgo de amenaza de parto prematuro.

APP Amenaza de parto prematuro.

NIDCAP Newborn Individualized Developmental Care.

IDU Infant Development Unit.

C.I. Coeficiente de inteligencia.

MDI Índice de desarrollo mental.

PDI Índice del desarrollo psicomotor.

BRS Registro de comportamiento.

Siglas de técnicas de evaluación:

PSS:NICU Parental Stressor Scale- Neonatal Care Unit.

MSRI Maternal Self Report Inventory.

BDI Beck Depression Inventory.

FES Family Environment Scale.

CLIP Clinic Interview for parents of High-Risk Infants.

NBAS Neonatal Behavioral Assesment Scale.

NNNS NICU Network Neurobehavioral Scale.

BDI Escala Bayley de Desarrollo Infantil.

BDI II Escala Bayley de Desarrollo Infantil II.

DFH Dibujo de la figura humana.

Test GV de Bender TestGestáltico Visomotor de Bender.

Wisc Escala de Inteligencia para niños de Weschler.

Agradecimientos

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

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

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

A Ceriani Cernadas y a Fustiñana, por el reconocimiento que ambos tuvieron del significado del trabajo de un psicólogo en una unidad de cuidados neonatales, gracias a cuya opinión y apoyo pude continuar mi labor.

Mis agradecimientos también a los doctores E. Lupo y G. Mariani, A. Jenik, N. López, C. Garbaniati, y a todos aquellos médicos residentes, secretarias, becarios y puericultoras que de una forma u otra participaron en esta investigación.

A las doctoras V. Cravedi y D. Rodríguez por su cooperación en el trabajo de campo y sus consejos, como así también a los diferentes integrantes del equipo de seguimiento de niños

prematuros del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires,
Lic. C. Martínez y Lic. L. Guzzetti.

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

Al Dr. L. Novali y Susana Diez por el tiempo dedicado a la lectura, corrección y consejos.

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

Por último, a mi familia en cuyo seno fue gestada esta tesis, en especial a mi esposo Jorge por su apoyo emocional y el compartir nuestro tiempo con un tercero en discordia: “la tesis de doctorado” y a mis hijos Diego, Pablo, como así también a Cecilia, Carla y Noel, por su sostén afectivo e informático.

Carta de un prematuro a sus padres

A mis padres:

Para todos soy un prematuro
porque nació antes de tiempo.

Prematuro, como si fuera algo malo...

muchos me miran con aprensión,

otros con pena y compasión

y algunos hasta con curiosidad.

Pero yo quisiera decirles

a ustedes, mis padres
que por favor me miren como a un hijo.
No teman hacerlo.
Nacer antes de tiempo no es culpa de
nadie, y para querer y ser querido
no se necesita ser grande.
Es cierto que me falta ser más maduro,
y hasta entonces necesito de los demás,
especialmente de mis médicos
y enfermeras. Pero a ustedes,
mis padres, puedo verlos y sentirlos.
Necesito mucho de vuestro cariño,
como estoy seguro
ustedes también del mío.
¿Por qué no pensar que somos
afortunados por poder vernos antes?
Es bueno nacer ya grande
pero si igual estamos juntos
no es malo pesar poco y ser prematuro.
Ustedes son tal cual los imaginaba.
Yo diría que quizás aun mejor,
y cuando me miran y sonrían
me están diciendo ...
que lo mismo piensan de mí.
A veces los veo apenados
por no poder abrazarme y alzarme,

sin embargo por mi pequeño tamaño
una caricia de ustedes me colma de amor.
Desde mi incubadora veo a todos inmensos,
imponentes en sus uniformes.
Pero cuando llegan ustedes
sólo veo vuestros ojos,
y cuando me miran
me siento igual que antes
cuándo no había nacido.
Porque me siento protegido,
protegido y por sobre todas las cosas: querido.
No dejen de mirarme;
yo más que los veo, los siento,
y así estamos como antes,
como siempre... juntos.
Queridos padres: soy vuestro hijo,
el mismo que ustedes concibieron;
quizás no el que ustedes imaginaron
cuando primero me vieron.
Pero yo les doy una nueva oportunidad.
Todas las oportunidades
y tiempo que necesiten
para reponerse del susto,
para asumir los problemas que he provocado
y para reorganizar nuestra casa,
porque yo los quiero

y se que USTEDES a MI.

A. Miguel Larguía

Introducción general

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

Fundamentación de la elección del tema

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

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

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

La integración al equipo de Estimulación Temprana del Servicio de Neurología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez me permitió el conocimiento de niños que, nacidos prematuros, quedaban con alguna secuela de origen neurológico o con cierto

retraso psicomotor que se lograba revertir con algunas sesiones de estimulación temprana.

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

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

La lectura del material en el seminario de aplicación del método de observación de lactantes (Bick, 1964), en este caso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, permitió crear “un espacio mental” para poder plantear ciertos interrogantes acerca de la prematurez y la inserción del campo psicológico en ese ámbito de trabajo.

La investigación realizada con niños nacidos con menos de 1500 gramos en el Hospital Italiano, en la que se evaluó el crecimiento corporal y los trastornos que pudieran perturbar los procesos de aprendizaje, dió lugar a ciertos interrogantes que hacen a la condición de la prematurez y puso de relieve como

estas primeras experiencias ligadas a un nacimiento antes de término marcan el devenir psíquico y el desarrollo del niño, además de las primeras interacciones con sus padres (respuesta dada por la mayoría).

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

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

Planteo del problema

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

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

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

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

La separación de su bebé que requiere cuidados especiales y que son brindados por otros sumerge generalmente a la madre en una “depresión reactiva protectora”, dando lugar al duelo anticipado ante el temor de la muerte de su hijo, como así

también a otros duelos que deberán atravesar los padres a lo largo de la internación del niño.

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

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

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

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

los esfuerzos de reorganización posteriores al acontecimiento traumático de la prematurez.

Importancia del estudio

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

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

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

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

El trabajo de investigación efectuado con una población de sesenta bebés prematuros de menos de 1500 gramos y 33 semanas de gestación y sus padres permitirá dar cuenta y explicar los hechos que se manifiestan ante el nacimiento prematuro y la necesidad de formar profesionales que puedan insertarse en

las unidades de cuidado intensivo neonatal, creando un espacio para la atención psicológica tanto de los neonatos como de sus familias.

Sus propósitos son, entonces, lo siguientes:

1. Analizar la significación de la prematurez, a través del enlace entre la clínica y los aportes teóricos, para aportar nuevos conocimientos a la comprensión de los efectos de lo irruptivo del nacimiento prematuro, tanto para los padres como para el recién nacido.

2. Identificar factores que pueden interferir en el estado afectivo de los padres, durante la internación del bebé, y su influencia en las representaciones e interacciones padres-hijo. Asimismo, reconocer algunas posibles consecuencias que esta situación puede tener sobre el desarrollo emocional del niño.

3. Resaltar la importancia de la creación de un espacio para “lo psicológico”, en las UCIN.

4. Fundamentar la organización y sistematización de un Programa de Intervención Psicológica basado en el enfoque clínico desarrollado y llevado a cabo en las UCIN, sobre el recién nacido prematuro de muy bajo peso y edad gestacional y su entorno familiar.

5. Sentar las bases para un trabajo interdisciplinario en las UCIN, orientando al equipo médico y de enfermería, en relación a las necesidades psicológicas del RN prematuro y su familia.

Para ello hemos dividido esta obra en tres partes.

En la primera parte de esta obra se plantearán cuestiones

ligadas al cuidado de los recién nacidos prematuros, se analizarán las diferentes concepciones acerca de tiempo de gestación, parto, nacimiento y recién nacido prematuro desde la antigüedad hasta la creación de las unidades de cuidado intensivo y su funcionamiento, ligado a lo tecnológico en la actualidad. Estos recorridos históricos permitirán un primer acercamiento a la problemática de la prematurez del niño y sus efectos en el vínculo con sus padres. Así se desarrollarán diferentes cuestiones teóricas que permitirán comprender la vulnerabilidad psicológica que trae aparejado un nacimiento antes de tiempo para el bebé y sus padres como sus efectos en la paternidad y representación del niño de mayor edad.

En la segunda parte se fundamentará la importancia de la creación de un espacio psicológico en las unidades de internación neonatal. Se describirán diferentes modalidades de intervenciones y se describirán distintos enfoques orientados al trabajo con el recién nacido prematuro, sus padres, entorno familiar y equipo de atención de la unidad de internación para fundamentar por último un abordaje transdisciplinario y multifactorial cuyos dispositivos terapéuticos darán lugar a un Programa de Intervención Psicológica basado en la hipótesis que el nacimiento prematuro interrumpe en los padres el proceso de anidación biopsíquica del futuro hijo, dando lugar a un suceso no esperado y produce una vivencia ligado a lo traumático y diferentes procesos de duelos que deberán atravesar. Se analizarán los momentos que atraviesa el recién

nacido prematuro en relación a su maduración y vínculo con sus padres, y se plantearán objetivos y estrategias de intervención ejemplificadas con relatos clínicos.

En la tercera parte se desarrollará el trabajo de investigación llevado a cabo con una muestra de 60 recién nacidos prematuros con peso < 1500g. y sus padres. Los objetivos de la misma se centraron en conocer la influencia del Programa de Intervención Psicológica, evaluando el nivel de estrés y depresión materna.

Por último, en la cuarta parte se realizará una síntesis de lo planteado a lo largo de esta obra subrayándose los esfuerzos que desde el psíquico deben realizar tanto los niños nacidos prematuros como sus padres y entorno familiar señalando la necesidad de un espacio para lo psicológico en las unidades de internación neonatal.

Parte I El nacimiento prematuro, el niño y sus padres

Capítulo I

El cuidado de recién nacidos prematuros

1.1 Introducción

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

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

1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros

Hipócrates (citado por Gélis, 1983) reconoce que los recién nacidos ya están constituídos en todas sus partes a los 7 meses de gestación, que es cuando se produce la rotación o versión interna del feto ubicándose cabeza abajo en el canal del parto, y sostiene que si el parto se produce en esos momentos el bebé no corre riesgo de morir, pero a su vez aclara que para realizar esta rotación el bebé en gestación necesita tanta fuerza que se agota y debilita, debiendo esperar un mes para recuperar un cierto vigor y poder contar con fuerzas como para nacer en un tiempo justo.

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

Esta idea de que el nacimiento es más propicio a los 7 meses de gestación ya había sido planteada por los griegos cuando se relatan los nacimientos de Apolo y Dionisio, que se produjeron a los 7 meses de embarazo (Gélis, 1983: 107). Otra opinión semejante la planteaban Las leyes Hebraicas, que establecían que

los nacidos a los 8 meses de edad gestacional (como opuesto a los 7 y 9 meses) no alcanzaban el reconocimiento legal de su nacimiento hasta que el individuo cumpliera los 30 años (Harrison, 1946).

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

La antigua medicina y la prematurez: la naturaleza decide

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

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

Por otra parte, oponiéndose a las ideas de Hipócrates, Mauriceau (1668, citado por Gélis, 1983) plantea que el recién nacido puede sobrevivir fuera del útero solamente pasados los 7 meses de gestación, y aclara que los que lo hacen a los 8 meses tienen más fuerza para sobrevivir, y expresa la opinión general de que no hay “una fecha fija de término del embarazo; la naturaleza decide, ella solo elige el momento para liberarse de una fuerza que la oprime” (Mauriceau, 1668, citado por Gélis, 1983: 107)

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

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

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

Por ello, las matronas que se ocupaban del parto tenían siempre la tendencia a preservar la vida de la madre. Así, cuando

el parto presentaba ciertas complicaciones, ellas se esforzaban por cuidar al recién nacido vivo, pero si la madre sufría luego de varias horas, si la cabeza del bebé no podía pasar por el canal de parto, o se presentaban otras dificultades, no dudaban en sacrificar al recién nacido.

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

Una de las preocupaciones de los cuidadores de estos bebés era evitar, como en todo recién nacido, la pérdida de calor. Así eran ubicados cerca del hogar de leña, envueltos en mantas. Plaquet en 1748 describe así este hecho: “Es tan pequeño que uno piensa que los pañales y ropa que sirven para otros bebés son inútiles para él. Es ubicado en un pequeño cesto, rodeado de muchas hebras de lana o cuando se trata de un bebé de buena familia es rodeado de algodón” (Gélis, 1983: 112).

Brouzet, en 1748, cuenta la historia de Marseillan, un niño que su madre dio a luz a los 5 meses de embarazo: “De recién nacido tenía la forma de un feto. Durante los primeros 4 meses posteriores a su nacimiento permaneció sin llorar, sin succionar, sin hacer ningún esfuerzo aparente para alimentarse, sin ningún movimiento de brazos y piernas. Luego de los 4 meses hasta los 9 meses de vida, él emergió de golpe de esa especie de letargo. Comenzó a llorar, succionar, tomar el pecho. Movi6 sus

extremidades a tal punto que a los 16 meses era tan fuerte como un bebé de su edad” (Gélis,1983: 110)

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

1.3 Una incubadora para neonatos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

los niños “débiles” (Rollet, 1996). Los cuidados brindados a los recién nacidos fueron de interés para Budin, ocupándose de la puericultura de los niños pequeños.

Este neonatólogo definió, en su libro *Manuel pratique d'allaitement*, publicado en 1907; al recién nacido prematuro como aquél que nace con un peso inferior a 2500 gramos, describiendo los cuidados especiales que requiere un prematuro y las complicaciones que pueden presentar en su cuidado. Estas giran alrededor de tres aspectos:

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

Para el control de la temperatura emplearon la primera incubadora con aire humidificado, la cual contaba con una alarma eléctrica para calentar o recalentar el aire. Budin aconsejaba utilizar el aire de la calle o jardín, ya que lo consideraba más sano que el que circulaba por el ambiente hospitalario (Harrison, 1946).

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

Para prevenir las infecciones sugería una estricta higiene

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

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

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

1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros

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

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

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

Se exhibieron alrededor de 500 niños prematuros durante 39 años en diferentes puntos del país. Luego, la atención de los

mismos pasó a manos de los hospitales (Harrison, 1946). En los lugares donde se presentaba el espectáculo “Infant Incubators with Living Infants” el público acudía a presenciarlo, sosteniendo con el pago de sus entradas los gastos que requería el cuidado de los niños. Así se hizo en la Pan-American Exposition en Buffalo, en 1901.

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

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

Durante varios años, Couney con sus “child hatcherey” se instaló en el estado de Coney Island y su hija, Hildegarde, que nació prematura, fue exhibida a lo largo de 3 meses. Más tarde, ella se transformaría en una de las nurses de Couney, colaborando en el trabajo con su padre.

A diferencia de Budin, para Couney los padres no tenían cabida en la atención de los niños prematuros, ya que por temor a infecciones respiratorias e intestinales (recordemos que era la

época anterior al uso de los antibióticos) se los separaba de su cuidado, y las enfermeras en un acto de expropiación del bebé sustituían a los padres. Como es lógico, esta situación generaba un rechazo por parte de éstos.

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

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

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

El primer Servicio para prematuros creado en Estados Unidos fue en el Hospital Michael Reese de Chicago. Klaus y Kennell (1975) relatan cómo los bebés permanecían de 10 a 90 días

internados en nursery, sin contacto con sus padres. Sin embargo, los días previos al alta, las madres concurrían al Hospital donde se les enseñaban los cuidados que requerían sus bebés.

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

Sin embargo, en las décadas del 50 y 60 se excluyeron a los padres de los servicios de neonatología. Posteriormente esta actitud fue modificada, en parte, por la era de los antibióticos, aunque aún se mantienen ciertas restricciones en relación a las visitas de los padres, en algunos Servicios de Neonatología.

1.5 La Neonatología en Argentina

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

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

1.6 Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal

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

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

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

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

El nivel 3 es el de máxima complejidad y es denominado

UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales). Brinda asistencia a niños que requieran cirugía cardíaca, neurocirugía, diálisis y estudios diagnósticos especiales, como los prematuros.

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

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

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

En el nivel 1 se incluyen a aquellos neonatos nacidos a término y que permanecen internados en las habitaciones de la Maternidad en una modalidad de internación conjunta madre-hijo.

1.7 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional

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

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

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

Se clasificó a los neonatos según la duración del embarazo en tres grupos:

- a) RN de término, los nacidos entre 38 y 41 semanas;
- b) RN pretérmino los que nacieron con 37 semanas o menos, y
- c) RN de posttérmino cuando el nacimiento se producía a las 42 semanas o más.

Los RN de bajo peso para su edad gestacional son comúnmente llamados desnutridos fetales, aun cuando no lo

fueran, y se asocian a patologías tales como malformaciones congénitas, infecciones intrauterinas y enfermedad hipertensiva del embarazo.

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

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

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

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

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

Estas desventajas pueden traer aparejados riesgos tales como

enfermedad de membrana hialina, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizantes, infecciones severas, ictericia, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, etc.

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

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

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

De acuerdo a lo mencionado por Ceriani Cernadas (1999: 135), en base a un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría, de un total de 80.000 recién nacidos, el 10% tuvo bajo peso y el 1,8% correspondió a una tasa de niños

nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 g.). Se encontraron diferencias no sólo en función de las zonas geográficas del país, sino de las instituciones (si las mismas eran públicas o privadas), aumentando el porcentaje de RN de bajo peso si la institución era pública. Se demuestra, de esta manera, la influencia de los factores socio--económicos sobre los partos prematuros. Por otra parte, la mortalidad infantil es mayor en el grupo de niños RN con muy bajo peso.

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

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

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

De acuerdo a lo planteado, los factores que determinan el nacimiento de estos niños son múltiples. Entre ellos se encuentran factores sociales, económicos, culturales que se tratarán de elucidar en las entrevistas con los padres y equipo de atención del niño.

1.8 Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematurez

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

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

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

En la antigüedad, las matronas que asistían los partos tenían como prioridad preservar y cuidar la vida de la madre antes que la del recién nacido, y la preocupación por la mortalidad

materna se sostuvo por parte de los obstetras hasta la mitad del siglo XX. Los avances de la medicina perinatal dieron lugar a la reducción de los riesgos para la madre, durante el embarazo y parto (Sebastiani, 1994).

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

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

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

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

Sin embargo, quedan aún por identificar ciertos factores de

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

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

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

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

- consultas tardías,
- falta de control perinatal,
- condiciones laborales desfavorables para el desarrollo normal del embarazo,
- desconocimiento por parte de la embarazada de ciertos

signos corporales, por ejemplo, contracciones,

- viajes que incluyan distancias excesivas.

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

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

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

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

Estos resultados alentadores, sin embargo, se contradicen con el mayor número de niños con secuelas graves encontrados entre los recién nacidos prematuros de menos de mil quinientos gramos (Papiernik, 1983: 25/26). Papiernik subraya que la prematurez es más frecuente entre las mujeres de menores

recursos económicos y educacionales, así como en las de menor edad (Papiernik, 1983, p.16). Por lo tanto, define a la prematuridad como “una “enfermedad” con un fuerte componente social. De ahí que sea necesario poder prevenirla.

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

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

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

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

experimentadas en su cuerpo y en el registro de las contracciones.

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

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

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

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

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

Si bien, como plantea Rousseau (1994), el coeficiente de riesgo de parto prematuro (CRAP) planteado por Papiernik (1969, citado por Rousseau, 1994) está en vías de abandono, es interesante como planteo en relación al cuidado de la mujer

embarazada, y a la vulnerabilidad biológica y psicológica de la futura madre.

Harrison (1946), en el capítulo destinado a los futuros embarazos de las madres, de su libro dedicado a padres de niños prematuros, plantea los temores y miedos de los progenitores a volver a tener un recién nacido prematuro. Y menciona el trabajo del Dr. Creasy de la Universidad de California en el que se brindan una serie de indicadores que deben tener en cuenta las embarazadas para detectar una amenaza de parto prematuro.

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

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

Newton y Hunt (1984) han realizado un trabajo prospectivo con el fin de investigar el estrés psicosocial y su relación con el

bajo peso. Examinaron 250 madres, en un estudio randomizado, usando un inventario de eventos o sucesos de vida y una lista de 20 ítems, con el fin de determinar los niveles de ansiedad. Las pacientes fueron entrevistadas en tres momentos a lo largo del embarazo, y luego del nacimiento. De estas madres, 195 tuvieron bebés a término y 20 tuvieron bebés prematuros o de muy bajo peso.

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

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

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

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

1.9 Embarazos de riesgo y experiencias de vida

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

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

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

como cólera, temor, tristeza, humillación.

Entre 1989 y 1991 se analizaron entrevistas abiertas que surgieron de las consultas prenatales de 343 madres de embarazos simples. Los resultados muestran que el RNBPN está ligado a sucesos de vida de madres en un 63% de casos ($p < 0,01$) (Rosseau, 1994: 138).

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

- El primer grupo concierne a los sucesos de vida contemporáneos al embarazo. Las futuras madres señalaron todos los acontecimientos de vida enumerados en el inventario de Newton y Hunt (1984). Por orden decreciente de frecuencia, estos son: conflictos familiares, una enfermedad grave o la muerte de alguien cercano, falta de apoyo, conflictos con la pareja, problemas con la justicia, dificultades laborales, pérdida de bienes materiales, desalojo. Su intensidad podía variar en función de la forma en que la madre lo vivía.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tuvieron niños de bajo peso.

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

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

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

- estrés de existencia,
- escaso sostén social y familiar de la mujer embarazada,
- antecedentes depresivos,
- problemas con la pareja.

En un estudio retrospectivo realizado por Lew, Ceriani Cernadas, Altabe, Fernandez Fustiñana (1998), en el cual se

tomó una muestra de 231 recién nacidos a término (Control= C) y 77 prematuros de RNMBP (menores de 31 semanas de gestación y 1500 gr. de peso al nacer) (Prem= P) con adecuado nivel socio cultural, se determinó que factores tales como muerte prenatal, parto prematuro anterior y consumo de alcohol, incrementaban notablemente la prematurez:

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

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

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

- problemas relacionados con la maternidad (incluían los siguientes temas: abortos o muertes de hijos previos, temores

acerca de la capacidad de sobrevida del recién nacido, temor de tener un hijo con anomalías; en el grupo control el 13,9% de las madres expresaron esos temores, mientras que en el experimental lo hicieron 42,6%);

- problemas en el entorno familiar;
- conflictos con la pareja;
- problemas sociales, como desarraigo, desocupación, etc.;
- revivir las patologías similares en otros hijos o angustia por otro hijo que no pueden ver (esto se dio lógicamente en el grupo experimental);
- angustia por estar separada del bebé (sólo en el grupo experimental), y
- conflictos infantiles de la madre no resueltos.

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

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

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

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

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

Los resultados de estas investigaciones analizadas plantearían ciertos factores obstétricos y psicosociales de riesgo que incrementarían notablemente la prematurez o amenaza de parto prematuro, determinando un cierto “déficit de base” que, como “terreno fértil”, darían lugar a una cierta “vulnerabilidad materna” de algunas madres de niños prematuros, que podrían influir luego en el largo proceso de separación durante la internación de sus hijos.

1.10 Bibliografía

Bydlowski, M. (1998) “La transparence psychique de la femme enceinte”, en: Mazet et S. Lebovici (comp.) *Psychiatrie périnatale*. Presses Universitaires de France; 101-110.

Ceriani Cernadas, J. (1991) “Aspectos principales en la organización de un servicio de neonatología”, en: *Neonatología práctica*. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires; 101-110.

—— (1999) “Más acá del ‘50. El desarrollo de la neonatología”, en: *Boletín Informativo*. Año XXVI- Nº3. Sociedad Argentina de Pediatría; 15-16.

Cone, T. E. (1979) *History of american pediatrics*. Little Brown, Boston; 57-58.

Fava Vizziello, G. (1992) “Introducción”, en: Fava Vizziello, G.; Zorzi, C.; Bottos M. (1993) *Los hijos de las máquinas*. Nueva Visión, Buenos Aires; 17-26.

—— (2000) *Los padres en terapia intensiva neonatal*. Ponencia. 5º Simposio Internacional de Actualización pediátrica Dr. Carlos Gianantonio. *La medicina Neonatal a fin de Siglo: una evaluación crítica de los resultados y perspectivas en el futuro próximo*. Hospital Italiano, Buenos Aires.

Fustiñana, C. (1991) *El recién nacido prematuro*, en: Ceriani Cernadas (comp.) *Neonatología práctica*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires; 141-143.

Gélis J. (1983) *Enfant pas mûr, enfant pas cuit. Un enfant, prématurément.* Les Cahiers du nouveauné. Editorial Stock, París; nº6; 105-122.

Harrison, H. (1946) *The premature Baby Book.* New York, St. Martins Press.

Klaus, M. y Kennell J. (1975) “Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo”, en: *La relación madre-hijo.* Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983; 100-130.

Laterra, C.; Casini, S.; Andina, E.; Levi Hara, C.; (2000) “Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica”, en: *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2000; 19.

Lew, A.; Ceriani Cenadas, J.; Altabe, O.; Fernandez, S.; Fustiñana, C. (1998) Factores de riesgo de prematurez en una población con apropiado control prenatal, clase media y nivel educacional adecuado. Poster presentado en VI Congreso Argentino de Perineonatología- Buenos Aires.

Lupo (1991) “Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional”, en: Ceriani Cernadas, J. (comp.) *Neonatología práctica.* Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires; 37-39.

Molenat, F. (1999) *El bebé tiene la palabra: aproximaciones a la psicología perinatal.* Ponencia- Simposio Internacional Secretaría de Extensión Universitaria, Fac. de Psicología UBA.

Newton, R. y Hunt, L. P. (1984) “Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birt weight”, en: *British Medical*

Journal. Volumen 288 /abril; 1191-4.

Oiberman A.; Fiszlelew, R.; Vega, E.; Di Biasi, S., Mercado, A.; Galíndez, E.; Kufa, P. y Pavilinusich, G. (1998) Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato. Beca Ubacyt (1995-1997). Trabajo presentado en IV Jornadas de Investigación en Psicología Secretaría de Investigaciones. Instituto de Investigacione Facultad de Psicología, UBA.

Papiernik, E. (1983) Prévention de la prématuré. Un enfant prématurément. Les cahiers du nouveauné. Editions Stock. París; nº 6: 25-30.

Rousseau, P. (1994) “Point de vue :¿quelles sont les véritables grossesses à risque?”, en: Prévention précoces: les professionnels inventent. L'AFREE. Francia; cahier nº 7: 137-141.

—— (1996) “Vers une prévention du poids de naissance”, en: L'enfant pendant la grossesse. L' AFREE. Francia; cahier nº 10:140-152.

Rollet, C. (1996) “Pierre Budin, l'obstétricien pédiatre, ou début de la médecine périnatale”, en: Devenir 8, nº3. Editions Médecine & Hygiène; Genève; nº 3: 61-76.

Sebastiani, M. (1994) “Cap. 8: Embarazo de alto riesgo”, en: (1995) Embarazo ¿dulce espera? Paidos, Buenos Aires; 56-68.

Videla, M. (1973) “Normalidad y conflictos en el embarazo cap.V”, en: (1997) Maternidad Mito y Realidad. Nueva Visión, Buenos Aires.

Capítulo II

El nacimiento de un niño. El nacimiento de unos padres

2.1 Paternidad y maternidad

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

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

Brazelton y Cramer (1990) describen este proceso planteando diferentes fases. Así, mencionan “la prehistoria del vínculo” como el momento en el que las fuerzas “biológicas y ambientales llevan a hombres y mujeres a desear tener hijos, y las fantasías que estos deseos suscitan”. En el embarazo, los nueve meses permiten una adaptación física y psicológica al feto en crecimiento, dándose una progresión de etapas que son

descriptas por estos autores como los albores del vínculo. Si bien estos procesos serán vividos por los dos progenitores en forma complementaria, las dimensiones de la maternidad y paternidad son diferentes.

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

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

2.2 Embarazo: conflictos y temores de la mujer embarazada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Define la maternidad como un estado psicobiológico normal; como una “fase crítica” en la vida de una mujer, en la que se requiere ajustes fisiológicos y adaptaciones psicológicas. Para esta autora la maternidad es la manifestación del instinto de supervivencia del niño. Dicho instinto daría lugar al impulso reproductor de la mujer y a sus correlatos psicodinámicos de las tendencias receptivas y retentivas, que son fuente de la “cualidad maternal”. El conflicto básico al que se vería enfrentada la mujer embarazada gira alrededor de la regresión psicobiológica que produce el embarazo, los dolores y el peligro del parto.

El dar un significado psicológico al embarazo permite una evaluación clínica del desarrollo de la personalidad femenina. Los conflictos que se reavivan en él influyen en los sentimientos de la mujer acerca de la maternidad y en su actitud hacia los hijos (Benedek, 1970: 147). El psicoanálisis de la mujer embarazada o púérpera, a través de los procesos de proyección e identificación, ofrece indicadores sobre la interacción de tres generaciones en la psicología de la maternidad.

Deutsch, (1949, citada por Videla, 1973) trató de explicar la relación entre la mujer embarazada y su madre basándose en el pensamiento de M. Klein sobre el conflicto edípico, y el complejo de castración femenino. Este último consiste en el temor de la niña a que la madre destruya su interior y robe sus contenidos. Al revivir la mujer en su gravidez el vínculo primitivo con su propia madre, se produce una identificación con el bebé en gestación, y vive una profunda regresión.

Por otro lado, el bebé en gestación representa para el inconsciente de la embarazada el superyo materno. Teme ser destruida por el feto; experimenta el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre, y así el embarazo se convierte en un castigo. Aparecen sentimientos de culpa por haber robado el niño a su madre, por haber envidiado su capacidad creadora, etc. El embarazo movilizaría, para esta autora, fantasías de la vida mental que darían lugar a múltiples angustias y trastornos somáticos.

En el parto se reviviría su propio trauma de nacimiento.

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

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

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

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

“El hijo será la prueba de realidad que la certifique de su

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

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

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

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

2.3 Ansiedades de la embarazada

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

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

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

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

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

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

A) Ansiedades del 2º y 3º mes: los relatos de sueños de embarazadas, según dicha autora, permiten detectar la instalación de la placenta, y las ansiedades anteriormente descriptas se ven incrementadas, dando lugar a disfunciones como diarrea o constipación, llegando en casos extremos a situaciones de peligro de aborto.

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

Otro síntoma sería el embotamiento de la percepción que

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

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

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

En este punto juega un papel importante la paternidad, y al respecto es interesante mencionar lo planteado por Soifer (1971) acerca de las fantasías inconscientes que pueden emerger en esta

etapa del embarazo ligadas a la propia conflictiva edípica, que pueden dar lugar a sensaciones de exclusión y la envidia por lo que la mujer tiene y él no.

C) Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos del bebé en gestación (desde los 5 meses en adelante): estas experiencias corporales de movimientos del bebé van acompañadas de una mayor percepción de contracciones uterinas fisiológicas, lo que provoca mayor ansiedad en la madre.

D) Ansiedades por versión interna: se pueden producir desde la mitad del 7º mes debido a que el niño se va ubicando con la cabeza para abajo y queda en la entrada del canal del parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provocan una intensa crisis de ansiedad que es totalmente inconsciente, y que se traduce en manifestaciones psíquicas y somáticas como las mencionadas anteriormente.

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

Según Soifer (1971), estas sensaciones en algunos casos no existen, y pueden ser producto de la eficacia psíquica de

mecanismos de negación o, en el caso opuesto, pueden dar lugar a procesos somáticos de hipertensión y/o aumento de peso. En ciertos partos prematuros puede aparecer el mecanismo defensivo de evacuación, ante el incremento de ansiedad. Por eso surgen en esta etapa ansiedades que son producto de otras problemáticas, entre otras, la relación de la pareja, la familia de origen, la situación económica, y la duda de no poder criar adecuadamente a su hijo.

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

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

Otra autora, Videla (1973), en su libro “Maternidad, Mito y Realidad”, plantea que cuando la mujer busca embarazarse, consciente o inconscientemente, posee dos grupos psicológicos de referencia:

- A) La relación con su madre y su padre, que incluye procesos de identificación y de diferenciación con relación a los contenidos psíquicos, fantasías y ansiedades que se manifiestan.
- B) Los elementos que la sociedad y la cultura le señalan, que

pueden determinar los modelos de maternidad o de identidad femenina que estos tratan de imponer a sus miembros.

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

La misma autora, de acuerdo a su experiencia, relata una serie de temores que pueden expresar las mujeres embarazadas. Se analizarán a continuación aquellos que puedan tener alguna influencia en el nacimiento prematuro:

- Temor a perder atractivo físico durante el embarazo: la mujer debe enfrentarse a una serie de cambios corporales para los que no suele estar preparada. Estos cambios corporales representan la pérdida del cuerpo infantil, y una modificación de su esquema corporal que muchas veces no concuerda con su representación corporal. La elaboración de ambas imágenes, cambios corporales y representación del cuerpo, se producirá a lo largo del embarazo. De ahí que surjan problemáticas ligadas al duelo por el cuerpo infantil, tal como ocurre en el proceso adolescente.

- Temor a tener un hijo anormal; temor a la muerte del hijo cuyos motivos ya fueron analizados por Langer, Aberastury y

Soifer, relacionados con el complejo de castración, siguiendo el pensamiento de Klein; temor a sufrir mucho dolor en el parto que, de acuerdo a Videla (1973), reflejaría el dolor por el desprendimiento del hijo y estaría relacionado con otro temor ligado a no poder separarse del bebé luego del parto, y que fue significado por Deutsch como el temor de separarse de la madre.

2.4 El embarazo como preparación para la paternidad

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

Dice sobre el tema: “Un embarazo que transcurre normalmente significa que madre e hijo tienen un profundo conocimiento mutuo. La implantación del embrión en el endometrio implica un mutuo acuerdo psicossomático” (Videla, 1973: 97). Esta observación se puede relacionar con los conceptos de Winnicott (1956) acerca de la “preocupación maternal primaria”.

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

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

2.5 Etapas psicológicas del embarazo

El pensamiento de Winnicott coincide con las ideas desarrolladas por Brazelton y Cramer (1990, p. 41), quienes plantean que las etapas físicas del embarazo estarían ligadas a la preparación psicológica de ambos padres. De tal manera que a los 9 meses, tanto la madre como el padre, tienen la sensación de estar completos y listos para recibir a su hijo. Por el contrario, si el nacimiento ocurriera antes de lo previsto, dicen estos autores, encontraría a ambos padres no preparados para el mismo, y esta situación se daría con mayor intensidad en los partos prematuros y en aquellos embarazos que presentarían complicaciones físicas que alterarían, a su vez, la preparación psicológica adecuada para los padres. Plantean, además, tres etapas preparatorias, cada una de las cuales estarían ligadas al desarrollo físico del feto y pueden contemplarse fenomenológicamente como tres tareas separadas y diferentes.

Las etapas son:

1. Aceptación de la noticia

La falta del período menstrual determina desde lo corporal para la mujer y para el hombre futuro padre la entrada a una nueva fase de sus vidas que moviliza ciertos aspectos psicológicos ligados a sus historias. La tarea más inmediata que tiene la mujer es la de integrar “ese cuerpo extraño” dentro de sí, iniciando un período de repliegue sobre sí misma, de

sentimientos ambivalentes y de dependencia.

Por otra parte, el futuro padre vive esta nueva situación como una retrospectiva hacia su propia infancia e ideales. Si bien las dimensiones de la maternidad y paternidad son diferentes, las experiencias recibidas pasivamente por ambos (madre y padre) de sus propios padres o sustitutos, permiten, en este caso al hombre, obtener un modelo de aprendizaje de la función, identificándose con los cuidados maternos recibidos. Frente al niño por venir, opera la reorganización de lugares y de roles en la dinámica intergeneracional e intrafamiliar.

2. Los primeros indicios de un ser separado

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

El nuevo carácter concreto del bebé, complementado por las ecografías y los cambios corporales visibles para ambos, sobre todo para la madre, aportan una nueva realidad como fantasías en relación al futuro hijo. Surge un estado de identificación con el bebé en gestación que hará sentirse a la madre más dependiente, más regresiva, más simbiótica en este retorno al "útero fantaseado" (Brazelton y Cramer, 1990: 48). Esto

le permite una elaboración de sus propias necesidades de dependencia y de deseos de simbiosis insatisfechos. El bebé en gestación permite a la madre reparar de alguna forma su primitiva historia. El reconocer el rol del padre ayuda a la futura madre en la tarea de separarse del futuro bebé y diferenciarlo de sus fantasías

3. El aprendizaje sobre el futuro bebé

Los padres comienzan a personificar al bebé en gestación. Durante este período, el bebé intraútero da señales de presencia a través de la adopción de ciclos y patrones de movimiento y actividad que pueden ser reconocidos y previstos. Su respuesta puede considerarse cómo una forma de interacción temprana. Los padres personifican al bebé en gestación a través de la búsqueda de nombres, lugar dentro del hogar, ropa, etc., en un intento para que éste no sea un desconocido en el momento de nacer; es habitual encontrar en los relatos de los padres, anécdotas acerca de las preferencias del bebé no sólo sobre posturas de la madre, sino también con relación a la música que prefiere. La actitud del padre se vuelve activa y manifiesta, expresando deseos de una fuerte comunicación con su hijo en gestación. Cuando llega el momento del parto, éste provoca una crisis organizadora, porque se estuvo preparando para el acontecimiento. Según Cramer y Brazelton (1990), al nacer el niño la madre gana afuera lo que ha perdido adentro, cambia su gravidez por su hijo.

2.6 La constelación maternal

Tras el nacimiento de un bebé, y especialmente cuando se trata del primer hijo, la madre entra en una nueva y única organización psíquica que Stern (1995) denomina “constelación maternal”. Esta determinará un nuevo conjunto de tendencias, acciones, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. La nueva organización comienza a gestarse a lo largo del embarazo, y aún antes. Su duración es variable ya que puede oscilar de meses a años, transformándose en el eje de la vida psíquica de la madre. No es universal ni obligatoria, y surge a la luz de diferentes factores socioculturales que desempeñan un papel dominante para que se produzca en las sociedades occidentales desarrolladas y postindustriales (Stern, 1995: 212). La constelación maternal hace referencia a tres preocupaciones y discursos diferentes:

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

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

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

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

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

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

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

Este tema se refiere a la relación socio-afectiva de la madre con el bebé. Así la madre se interrogará sobre si podrá amar al bebé y si éste la querrá. Si podrá reconocer y creer que ese es su hijo. Para Stern este tema se enlaza con la preocupación primaria descrita por Winnicott, y con las funciones maternas como la de sostén, a través de las cuales se establecería esta primera relación entre madre e hijo.

Los temores ligados a este tema se enlazan con el miedo a fracasar que puede sentir la madre en su función, llevándola a no

poder sentirse capaz, a sentirse inapropiada, o a ser demasiado exigente consigo misma. Estos temores estarán enlazados con lo que la cultura espera que debe desempeñar ella en su función de madre.

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

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

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

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

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

Stern (1995) señala los peligros de la sociedad occidental actual, en la que las mujeres no cuentan con figuras femeninas

como figuras de apoyo, ya que esta matriz de referencia le permitirá establecer comparaciones en relación a ella como madre y memorizar sus experiencias como niña. De ahí que la madre tema no lograr o no poder mantener una matriz de apoyo.

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

Como consecuencia de la necesidad de generar una matriz de apoyo, la madre buscará modelos identificatorios, reviviendo identificaciones con su propia madre u otras figuras significativas, dando lugar aquí a la transmisión intergeneracional de la función materna.

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

2.7 El futuro padre

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

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

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

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

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

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

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

afectuosa y formadora del hijo, que viene a constituir el vínculo paternal.

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

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

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

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

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

como la couvade. Por ello, no se muestran empáticos ante las necesidades internas de la embarazada.

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

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

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

En general, estos aspectos se relacionan con los procesos de apego al futuro hijo. Observaciones clínicas de Brazelton y Cramer refieren, durante el tercer trimestre del embarazo (momento en el cual puede producirse un nacimiento prematuro), un aumento de la ansiedad del futuro padre, en relación a la salud del bebé. Esta ansiedad encubre

ciertas fantasías inconscientes que pueden ser vinculadas a su ambivalencia, rivalidad y resentimiento frente a la capacidad de la mujer de poder gestar en su cuerpo al futuro bebé.

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

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

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

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

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

Las fantasías y temores de los padres, sentidas durante el embarazo, pueden ser movilizadas, adquiriendo diferentes matices si el nacimiento se produce antes del tiempo previsto. La madre, por lo explicado anteriormente, se volverá a su propia madre para poder comprender qué le está sucediendo y cómo ser madre. A su vez, el padre encontrará en la presencia del hijo una señal acerca de qué es ser padre, situación que lo remitirá a su propia historia.

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

2.8 Bibliografía

Aberastury, A. (1984) “Nuevas perspectivas en la terapia”, en: Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños. Paidós, Buenos Aires; 231-248.

Benedek, T. (1970) “La psicobiología del embarazo,”, en: Anthony, E.J. y Benedek, T. (compiladores) Parentalidad. Asappia. Amorrortu Editores, Buenos Aires; 146-159.

Bibring, G.L. (1959) “Some considerations on the psychological processes in pregnancy”, en: The psychoanalyses study of the child.; London; 113-121.

Bowlby, J. (1954) “Cuidados maternos y salud mental”, en: Organización Mundial de la Salud. Monografía N°2. Ginebra.

Brazelton, B. y Als, H. (1979) “Four early stage in the development of mother-infant interaction”, en: The psychoanalyses study of the child n° 34: 349-370.

Brazelton, B. y Cramer, B. (1990) “El embarazo: el nacimiento del vínculo”, en: La relación más temprana. Paidós, España, 1993; 23-80.

Bydlowski, M. (1998) “La transparence psychique de la femme enceinte ”, en: Mazet, P. y Lebovici, S.(compiladores) Psychiatrie périnatale. Monographies de la psychiatrie d’enfant. Presses Universitaires de France PUF; 101-110.

Fava Vizziello, G.; Gracia, M.; Antonioli, M. y Cocci, V. (1993) Dal mito al bambino reale. La gravidanza tra fantasia e

realta. Ed. Il pensiero scientifico editore, Italia; 159-178.

Gauthier, Y. (1998) "Du projet d'enfant aux premières semaines de la vie. Perspectives psychanalytiques.", en: Mazet, P. y Lebovici, S. (comp.) *Psychiatrie périnatale. Monographies de la psychiatrie de l'enfant.* Presses Universitaires de France, PUF; 39-57.

Erikson (1967) "Method for frequent assessment of symptomatology pregnancy", en: *Psychol. Rev.*, 20: 447-450.

Langer, M. (1964) "Embarazo y Parto", en: *Maternidad y Sexo*, Paidós, Buenos Aires.

Lebovici, S. (1989) "El padre", en: Lebovici, S. y Weil-Halpern, F. (comp) *La psicopatología del bebé. Siglo XXI*; 70-78.

Missonnier, S. (1998) "L'Echographie obstétricale. ¿Un lieu de prévention précoce des avatars de la parentalité?", en: Mazet, P. y Lebovici, S. (compiladores) *Psychiatrie périnatale. Monographies de la psychiatrie de l'enfant.* Presses Universitaires de France; 10-30.

Molénat, F. (1999) "El bebé tiene la palabra: aproximaciones a la psicología perinatal", en: *Seminario Internacional. Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.*

Oiberman, A.; Fiszlelew, R.; Vega, E.; Dibiasi, S.; Mercado, A.; Galíndez, E.; Kufa, P. y Pavinosich, S. (1998) *Detección de factores de riesgo psicosocial en el pos-parto inmediato*, Secretaría de ciencia y técnica de la Universidad de Buenos Aires

(UBACyT) Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (1995-1997).

Oiberman, A. (1999) Padre-bebé. Inicio de una relación. Editorial Universidad de la Plata.

Roitman, C. (1993) Los caminos detenidos, Nueva Visión, Buenos Aires.

Soifer, R. (1971) “Parto y puerperio”, en: Psicología del embarazo. Kargieman, Buenos Aires.

Stern, D. (1995) capítulo XI : “La constelación maternal”, en: La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Paidós, Buenos Aires (1997); 209-233.

Videla, M. (1973) Cap. V y VI, en: Maternidad: mito y realidad. Nueva Visión, Buenos Aires (1997).

Winnicott (1956) Cap. XIV: “Preocupación maternal primaria”, en: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Editorial LAIA, Barcelona (1979); 405-412.

Winnicott (1960) Cap. III: “La teoría de la relación paterno-filial”, en: El proceso de maduración en el niño. Editorial LAIA, Buenos Aires, 1975; 41-63.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.