

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
(UCES)**

**TESIS MAGISTER EN PROBLEMAS Y
PATOLOGÍAS DEL DESVALIMIENTO**

- NOMBRE DEL ASPIRANTE

Lic. Carolina A. Lascano

**- CARRERA EN EL MARCO DE LA CUAL SE PRESENTA EL PROYECTO
DE TESIS O EL TRABAJO FINAL**

Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento.

- NOMBRE DEL DIRECTOR y TUTOR DE TESIS

Dr. David Maldavsky

Tutor: Sebastián Plut

- TÍTULO DEL PROYECTO

“Exploración de las manifestaciones del bebé prematuro en interacción con la madre”.

ÍNDICE

Introducción	4
1) Planteo del problema	6
2) Justificación	7
3) Antecedentes- Estado del arte	8
3.1) <i>Capacidades de un bebé nacido a término</i>	8
3.2) <i>Capacidad de un bebé prematuro</i>	12
3.2.1) <i>Algunos signos de alarma a observar en el recién nacido</i>	15
3.2.2) <i>Algunos ítems a tener en cuenta en el contexto de la observación de niños prematuros</i>	16
3.2.3) <i>Escala de evaluación neonatal (EERN) según Brazelton</i>	18
3.3) <i>Capacidad del bebé en el útero</i>	18
3.4) <i>Contexto del desarrollo madre-hijo</i>	19
3.5) <i>Resumen de aportes actuales del conocimiento ampliándose a continuación con otra revisión bibliográfica</i>	22
4) Marco teórico referencial	23
4.1) <i>Discusión entre algunos autores</i>	23
4.2) <i>Patologías del desvalimiento</i>	25
4.2.1) <i>Conceptualización: Barrera de protección antiestímulo-yo real primitivo</i>	26
4.3) <i>Pensando en los primeros tiempos de constitución psíquica</i>	32
4.3.1) <i>El autoerotismo y su espacialidad</i>	35
4.4) <i>Interacción</i>	37
4.5) <i>Características de las madres prematuras y bebés prematuros</i>	44
5) Objetivos	
5.1) <i>Objetivos generales</i>	55
5.2) <i>Objetivos específicos</i>	55
6) Metodología	
6.1) <i>Tipo de trabajo de investigación</i>	55
6.2) <i>Plan de análisis</i>	56
<i>-Propuesta general</i>	
<i>-Organización cronológica del plan de trabajo</i>	
6.3) <i>VARIABLES</i>	57
6.4) <i>Desarrollo de los conceptos que se constituyen en la base de la observación</i>	57
6.5) <i>Muestra</i>	59
6.6) <i>Procedimiento</i>	61
<i>-Síntesis del trabajo realizado</i>	
<i>- Pasos</i>	62
6.7) <i>Cuestionario para aplicar a las madres acerca del hijo</i>	62

6.8) Entrevistas	62
6.9) Elaboración de una grilla	64
	68
6.10) Estudio de los casos: Observación y explicación sobre la práctica clínica en la unidad de cuidados intensivos	67
6.10.1) Caso José	67
-Descripción del nivel funcional del desarrollo emocional y de la interacción madre-bebé	73
a) Relacionamiento e interacción	73
b) Identificaciones-interacciones	73
c) Afecto	74
d) Comunicación y lenguaje	74
e) Procesamiento sensorial y motriz	75
f) Adaptación	75
- Protocolo de la observación de los indicadores del desarrollo emocional en José	76
- Otros indicadores en la observación de José	78
- Indicadores en la Observación de la madre de José	79
6.10.2) Caso Ema	84
- Descripción del nivel funcional del desarrollo emocional y de la interacción madre-bebé	84
a) Relacionamiento e interacción	85
b) Afecto	85
c) Comunicación y lenguaje	86
d) Procesamiento sensorial y motriz	86
e) Adaptación	86
-Protocolo de la observación de los indicadores del desarrollo emocional en Ema	86
- Otros indicadores en la observación de Ema	88
- Indicadores en la observación de la madre de Ema	89
7) Estudio de los casos, análisis y explicaciones a la luz del marco teórico	90
8) Conclusión	100
9) Aportes de la investigación a la ciencia	105
10) Bibliografía	107

Introducción

Los estudios realizados en el transcurso del Magister en Patologías del Desvalimiento me llevaron a intentar articular la teoría con la observación de los casos de bebés prematuros en el vínculo temprano y a considerar ciertos aspectos de la interacción madre e hijo que parecen influir negativamente en la posibilidad de evolución clínica de los niños.

Desarrollé esta investigación a fin de aportar algo nuevo al conocimiento del trabajo interdisciplinario en el Servicio de Neonatología. El trabajo descriptivo realizado se propone contribuir a estimular el interés por el estudio sobre la incidencia del vínculo materno en el desarrollo del bebé prematuro. Los resultados pueden ser útiles para todos los equipos interdisciplinarios que atienden la problemática y, en consecuencia, para niños prematuros y sus madres.

He comenzado sintetizando el resultado de la búsqueda exhaustiva de diferentes aportes teóricos clínicos y los he ordenado con el objetivo de fundamentar el trabajo, historiar y esclarecer las diferentes perspectivas en el convencimiento de que la riqueza teórica del terapeuta hace posible un abanico de recursos internos que buscan dar respuesta o abrir el camino de la interrogación en situaciones clínicas con diferente grado de complejidad.

En el marco de este trabajo me propongo sintetizar las líneas de estudio y rescatar el uso de grillas para registrar el testimonio de la actividad clínica y proceder a su análisis. Utilizando estas grillas, describiré las características generales de dos bebés prematuros, -uno, de 27 semanas de gestación y el otro, de 32 semanas de gestación-, de sus madres y del vínculo entre ambos. He considerado para ello la modalidad que madres e hijos asumen en la interacción, en cuanto a las manifestaciones verbales,

gestuales, corporales, que dan cuenta de la percepción que tienen uno del otro. Me interesa responder a un interrogante puntual: ¿de qué modo incide en la evolución clínica el hecho de que las madres de niños prematuros tengan dificultades personales para procesar, discriminar y cualificar estímulos?

La muestra fue seleccionada entre varios bebés prematuros, uno entre los más prematuros y el otro con una prematurez normal. En virtud de las características y limitaciones de la investigación, elegí solo dos casos para lo cual consideré que los diagnósticos iniciales no presentarían signos de anomalías genéticas ni trastornos orgánicos que pudieran haberse detectado en los numerosos y complejos estudios genéticos, endocrinos y neurometabólicos a los que fueron sometidos desde su nacimiento.

La lectura y el análisis de los registros de las historias clínicas de todos los pacientes prematuros que ingresaron a la sala de neonatología durante seis meses aproximadamente me motivaron para llevar a cabo la investigación, el equipo interdisciplinario en su conjunto aportó datos acerca de la atención de los niños a lo largo de su tratamiento y evolución.

Describo, entonces, las características generales de dos niños prematuros, de las madres y del vínculo entre ambos, considerando específicamente la modalidad de interacción que asumen y la percepción que tienen del otro.

Para ordenar la descripción, seleccioné algunas variables y confeccioné con ellas una grilla que permite visualizar la evolución observada en términos de respuestas del bebé y de su madre, así como el uso que ellos hacen de los aportes del terapeuta. Luego analicé dicha modalidad.

1) Planteo del problema

Trabajo como psicóloga en el Servicio de Neonatología de un Hospital privado, asistiendo a las familias de bebés prematuros, en especial a las madres en el encuentro con sus hijos. Para la madre es una situación diferente a lo esperable que implica, además, riesgos de vida. Haré mención de algunos autores que desarrollan el tema, como Stella Acquarone (2009), M. V. Torres (2008), Romana Negri (1991) quienes tienen en cuenta los efectos que produce tal situación anticipada en una madre, también prematura, y el impacto que esto genera en ella por la consecuente ansiedad relacionada con la idea de muerte proyectada en su hijo.

La lectura de historias clínicas en el Servicio de Neonatología me ha permitido comprender que los niños que reciben mayor aporte de cuidado de sus madres en términos de visitas, baños, alimentación, comunicación etc. han evolucionado y se han autonomizado (de respiradores y de la alimentación parenteral) en un tiempo menor que el esperado o que el necesitado por otros niños con menor compromiso orgánico y menor dedicación materna.

Este conocimiento que surge de la práctica despertó mi interés por explorar la relación madre – bebé prematuro en el Servicio de Neonatología con el objetivo de conocer la visualización de las manifestaciones de los bebés prematuros en la interacción con sus madres. Me pregunto entonces, por la clase o el tipo de estímulos que provienen de las madres, si son recibidos y discriminados por el bebé prematuro, en cuánto elevan su potencial vital o promueven la emergencia de las pulsiones de autoconservación favorablemente.

El objetivo de esta investigación es la exploración de la interacción madre-hijo en el Servicio de Neonatología de un Hospital privado y pesquisar la incidencia de esa interacción en el desarrollo del hijo.

2) Justificación

El resultado de este estudio resultará un aporte valioso para nuestro servicio y para otros servicios similares y además complejizará sin dudas las teorías y observaciones existentes.

El conocimiento obtenido en cuanto a los beneficios observados de los cuidados maternos en el bebé, posibilitará el desarrollo de otras estrategias clínicas. El conocimiento que brinde esta investigación se constituirá en una herramienta para el desarrollo y la prevención, la detección temprana del problema y la posibilidad de hacer intervenciones clínicas pertinentes y eficaces.

Propongo utilizar la observación como instrumento diagnóstico de la individualidad del bebé, de la madre y la interacción entre ambos lo que puede brindar nuevos elementos al desarrollo de esta práctica como técnica en la evaluación de niños prematuros.

Las observaciones detalladas del niño prematuro, y de él y su madre, nos permitirán contribuir con el diagnóstico temprano de las fallas que hubiera en el desarrollo del pequeño. Se sabe que las fallas tempranas del desarrollo aumentan la posibilidad de problemas futuros, y esto hace que sea muy importante comprender los avatares de la constitución psíquica temprana.

La contención, el cuidado y la protección emocional de los padres, en especial de la mamá, deben ser atendidos tan cuidadosamente como el tratamiento físico de la criatura.

El paso por la Unidad de Neonatología puede aportar seguridad y confianza a las madres, mejorar el apego afectivo de la díada, ya que el contacto y cercanía son tan

significativos para el estado emocional de ambos, como para la condición física y mental del niño. Aunque también puede resultar una experiencia traumática que perturbe tanto el desarrollo infantil como la interacción.

A los fines de lograr un enfoque integral en la asistencia de bebés y padres prematuros, me apoyé especialmente en el trabajo de todo el equipo del Servicio para un abordaje interdisciplinario.

3) Antecedentes – Estado del arte

3-1) *Capacidades de un bebé nacido a término*

En los años '70 comienza a considerarse al bebé como un ser inteligente. Desde el aporte de la psicología del desarrollo se confirma:

- muestran cierta predilección por la leche de la madre en los experimentos del olor de la leche de la madre; McFarlane (1975).
- se percibe su individualidad desde el nacimiento, observada y descrita en la clasificación de los distintos tipos de succionadores y succionantes;
- ocupan y desocupan la atención con los ojos en la distancia;
- pueden evaluar constantemente y cambiar de comportamiento en consecuencia;
- parecen prediseñados para transferir información a través de distintas formas y modelos que le permiten reconocer similitudes y diferencias de un sentido a otro. Esta representación abstracta muestra la capacidad

global de la experiencia que le permite al niño tener unidad en el mundo perceptual;

- poseen un aparato afectivo que tiene la capacidad de entonarse o sintonizarse con la madre, ligar o conectar acciones con sentimientos, por ejemplo, la conexión al ser tomado en brazos con cariño, exteriorizar claramente los sentimientos en expresiones faciales, etc.

Desde la psicología del desarrollo y el aporte psicoanalítico se considera que el bebé nace con un aparato mental capaz de experimentar necesidades y sentimientos y que funciona en interacción activa con los sentimientos de la madre. “El infante aprende a usar a su madre como orientadora e internaliza esta experiencia como su madre interna”. M. Mahler (1968).

Stella Acquarone (2009) en el texto *Upa Lala!*, manifiesta que el recién nacido experimenta la pérdida de la vida intrauterina con la estimulación de todos los sentidos, la experiencia de hambre como nueva sensación, del dolor, la necesidad de expresar sus deseos y comunicarse, de adaptarse, de ejercer las capacidades abstractas de la mente, la experiencia del miedo a lo desconocido. Por lo tanto, el yo primitivo del niño percibe, piensa y siente de acuerdo con sus predilecciones innatas y su experiencia.

Numerosas experiencias científicas han determinado que el bebé cuenta con un cerebro complejo. Se ha demostrado que los bebés no son ciegos, ni sordos; de hecho, a pesar de su miopía y de cierto astigmatismo, el bebé no ve borroso si se le presentan objetos a una distancia de 20 o 30 cm., de lo cual se desprende que, de cerca, tiene las mismas capacidades visuales que un adulto desde su nacimiento. R. J. Adams (1987).

También se ha conocido que, algunos minutos después del nacimiento, el bebé dirige su mirada hacia imágenes de rostros humanos (colocadas a 30 cm. de sus ojos) y que, sin embargo, no se interesa por rostros deformados o por dibujos de óvalos

blancos. Desde su nacimiento, entonces está capacitado para reconocer la imagen de sus semejantes. C.C. Goren, M. Starty (1975). Este reconocimiento es innato, al igual que el esquema corporal que, según Jacques Mahler (1995), no sería el mero fruto de la experiencia: el recién nacido no debe aprender qué es el rostro humano, sino que, por el contrario, es como si ya lo supiera de antemano pues parece provisto desde el nacimiento de un esquema que corresponde al prototipo de sus congéneres y la representación que se hace de ellos sería, al menos en parte, innata.

Françoise Dolto (2005) presuponía el esquema corporal innato, considerando la imagen inconsciente del cuerpo como encarnación simbólica del sujeto deseante, así demostró que uno podía conocer la existencia de sus manos pero ser incapaz de hacer uso de ellas. El saber genético de la existencia del cuerpo y el cuerpo que nos representamos y que habitamos como ser de deseo son diferentes; este último es un cuerpo erotizado que tomará sentido para el sujeto en relación con el otro, sabiendo que, sin esta dimensión del deseo, el potencial genético seguirá sin poder desarrollarse.

Veremos ahora cómo los diferentes autores han trabajado sobre las capacidades innatas del bebé desde sus distintas potencialidades.

Desde el punto de vista de la visión, el “ver” es indicador del logro de metas pulsionales y se torna un instrumento constitutivo del psiquismo, Maldavsky (1992); la mirada de los infantes es “voraz” en tanto su función es la de asimilar el mundo, en situación reactiva, incluso, el bebé puede cerrar los ojos o desviar la mirada.

Desde el punto de vista auditivo, los bebés son también muy habilidosos, pueden extraer informaciones sonoras y organizarlas de un modo similar al del adulto, Werner-Bargones (1993) asegura que escuchan la voz de la madre, de su padre y los ruidos intra y extrauterinos desde el sexto mes de gestación. Esto permite a Bénédicte de Boysson-Bardies (1996) afirmar que si el niño oye hablar estará en condiciones de

adquirir el lenguaje, proceso este para el que parece estar genéticamente programado ya que el recién nacido se interesa mucho en las voces y puede distinguir ya ciertos elementos del lenguaje.

La postura de Boysson-Bardies coincide con la de Catherine Mathelin (2001), quien refiere que es fácil observar el interés del bebé por la palabra, y esta sed de palabras incluye al gran prematuro quien cuenta, a pesar de su prematurez, con capacidades innatas para tratar los sonidos y también conocimientos innatos para la palabra que pueden hoy ser puestos en evidencia experimentalmente. A ello es importante agregar que desde las primeras horas de vida el bebé reconoce y prefiere la voz de su madre, que ya oyó *in utero*, a las otras voces que se le presentan. J. de Casper, W. P. Fifer (1980). Otra autora, Catherine Dolto-Tolitch (1995) corrobora también estos dichos al hablar de los fetos como seres que demandan constantemente comunicación, alegres vigías, según ella, siempre al acecho de la presencia del otro.

En lo que al tacto se refiere, podemos sostener que la sensibilidad táctil está presente ya en el período fetal: la propiocepción es totalmente posible a partir del nacimiento y permite a los bebés conocer su entorno antes de la maduración de sus receptores centrales o periféricos; la respuesta a la estimulación existe ya en las primeras semanas de vida fetal, momento en que todos los receptores cutáneos están presentes, Humphrey (1964).

En lo referente al olfato, sabemos que el recién nacido humano reacciona a una gran diversidad de estímulos olfativos; los bebés de un día de vida, por ejemplo, pueden reconocer un olor, esto es, si se les hace sentir un olor en su cuna desde el nacimiento, se vuelven hacia este olor familiar en los días siguientes. Balogh Poter (1986).

Además de lo que hace a las cuestiones sensoriales del bebé, debemos también considerar la importancia que el factor afectivo tiene para su desarrollo.

Desde Freud el bebé debe ser el centro y el núcleo de la creación, “his majesty the baby”; el conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo revivido de los padres. S. Freud (1920).

Refiriéndose a los afectos, Spitz (1969), por su parte, manifiesta acerca de los recién nacidos que en él no solo los afectos son caóticos e indiferenciados, sino que también lo es la “percepción”, ya que la percepción diacrítica no existe aún, no puede distinguir una cosa de otra -mucho menos singularizar el objeto libidinal-, y que responde principalmente a los estímulos interoceptivos. Se ha conocido que al final de la primera semana de vida empieza a responder a las sugerencias, aparecen los primeros indicios de conducta dirigida hacia un fin, es decir, actividad que, es de suponer, se halla asociada con procesos psíquicos que parecen ocurrir al modo de los reflejos condicionados; el reconocimiento de tales sugerencias y la respuesta a ellas se vuelve cada vez más específicos en el transcurso de las ocho semanas siguientes.

3.2) *Capacidades de un bebé prematuro*

Hoy sabemos por las investigaciones realizadas que el bebé que nace prematuramente no es un ser insensible al que el sistema sensorial no le permita sentir el mundo circundante. Incluso se puede pensar que es hipersensible por la inmadurez de su equipamiento neurobioquímico. Los bebés prematuros son más vulnerables que los bebés nacidos a término, ya que la experiencia precoz determina el funcionamiento y puede incluso determinar la anatomía de un sistema. J.-P. Changeux (1976).

Debido a esta vulnerabilidad, la existencia de consecuencias neuropsíquicas es altamente probable en los grandes prematuros en terapia intensiva, quienes están totalmente privados de un continente táctil, de cuerpo a cuerpo, de envoltura y sometidos a sobreestímulos a los que son hipersensibles. V. Granboulan (1995).

Por ello, para poder sobrevivir, un prematuro requiere, además de la observación de los médicos, también de un intento de comunicación y de que se entre en contacto con él. “Todos los lactantes programados para establecer un contacto con quienes los rodean necesitan respuestas a sus intentos de comunicación para desarrollarse adecuadamente” Brazelton (1990). Cabe agregar a ello que un aspecto obstaculizador para interactuar con el bebé desarrollado por Negri (1994) alude a las ansiedades en relación con la muerte proyectadas en los niños, mediante un sentimiento desagradable y doloroso al ver al niño pequeñito y feo y la preocupación y desilusión subsiguientes que se desprenden de esto.

Las observaciones realizadas de recién nacidos prematuros nos permitieron comprender las diferencias individuales, su grado de madurez, las manifestaciones neuromentales. Los movimientos de los brazos, la tensión muscular y el color de la piel se pueden relacionar al estado de ánimo; pero también es posible observar cómo influye en el bebé la calidad de la relación entre sus padres, y el acercamiento de ellos. Deben asimismo considerarse las reacciones del niño prematuro frente a las condiciones de privación que le impone el medio, hay que tener en cuenta la naturaleza de la privación, en este caso inevitable, y que se trata de un sujeto humano que posee capacidades y que es sumamente sensible. La condición de sobrevivencia de un prematuro está marcada por cuidados clínicos necesarios, con intubaciones pegadas a la piel, pinchaduras en los talones, monitores para chequear el ritmo cardiaco, y toda clase de procedimientos dolorosos, para que el bebé pueda vivir. M. V. Torres (1998).

Con las investigaciones que actualmente se están llevando a cabo demuestran entonces que el prematuro tiene expresiones de placer, de dolor, y que a veces el llanto ocurre con la expresión de angustia y terror de la cara. Lo mismo ocurre con los reflejos físicos. “El estado de shock que el niño experimenta al recibir todos estos tratamientos dolorosos y la falta de un entorno cálido y de cariño pueden producir efectos devastadores en los infantes, según los rasgos y las características individuales.” Stella Acquarone (1997).

Romana Negri (1994) en Milán, hizo observaciones en los niños, que pueden incluir a la madre, con estimulaciones realizadas a los bebés –cutáneas, acústicas u otras-, como parte del tratamiento que reciben los prematuros para equilibrar las experiencias displacenteras con las placenteras, y contribuir así a una integración más rápida de experiencias y de individualización; también ha observado en sus investigaciones que aquellos recién nacidos que mantenían los ojos abiertos por mayor cantidad de tiempo eran quienes habían sido sostenidos por sus madres y habían tenido mayor contacto con ella.

Mostrando una postura similar a la anteriormente descrita, Brazelton(1990) refiere en términos generales que los bebés prematuros que son sostenidos por sus mamás y tienen intenso y frecuente contacto corporal con ellas durante la hospitalización exhiben, presentan una cantidad considerablemente menor de apnea y su peso corporal se incrementa adecuadamente, con una menor cantidad de evacuaciones y un importante desarrollo de las funciones del sistema nervioso, lo cual persiste aún después del alta.

3.2.1) Algunos signos de alarma, a observar en el recién nacido (ante los cuales es necesaria y/o conveniente la intervención de un terapeuta)

- El bebé:
- evita la mirada.
 - finge estar dormido.
 - nos mira o espía cuando no nos percatamos de ello.
 - no sonríe.
 - muestra rigidez en los movimientos.
 - sus sonidos y movimientos son estereotipados (por ej., gestos repetitivos con las manos).
 - excesivo interés o atención posicionada en los movimientos de la boca y la lengua.
 - temblores (especialmente durante los dos primeros meses).
 - hipo (especialmente durante los dos primeros meses).
 - desasosiego o inquietud motora.
 - anomalías posturales.
 - manifestaciones psicósomáticas a nivel cutáneo o respiratorio.
 - fobia al contacto en pies y/o manos.
 - fobia del “pequeño sombrero” (al contacto o caricias en la cabeza).
 - temor a ser desvestido.
 - otros temores.
 - desórdenes alimentarios.
 - alteraciones mayores en los ritmos biológicos (trastornos del sueño, irritabilidad, etc.).

3.2.2) Algunos ítems a tener en cuenta en el contexto de la observación y en el trabajo con niños prematuros

Romana Negri (1994):

-Terapia sonora: introducir en la incubadora un grabador pequeño (tipo periodista o micrograbador) con un cassette en el que estén registrados los latidos cardíacos de la madre, música que el niño haya escuchado durante su permanencia en el vientre o mensajes verbales de madre y padre.

-Trabajar con el impacto que produce la fisonomía del niño: proyecciones; significación que alcanza para las enfermeras y médicos.

-Importancia de la presencia materna cerca de la incubadora: fuente de estímulo y de interacción con el medio exterior. No obstante, Negri señala que el hecho de que estas interacciones no se desarrollen puede responder a otras circunstancias. Por ejemplo: la “apatía proyectiva”, un modo de conservar la energía útil para mantener la homeostasis; una ayuda para el proceso de recuperación. Negri señala también que el dormir puede representar un mecanismo de defensa respecto de las condiciones de vida poco satisfactorias.

-Relevancia de considerar la imagen del niño vivo en la cabeza, en la mente de los padres: ayudar a construir la imagen de un niño que vive y que es hermoso.

-Estados de irritabilidad y primeros movimientos mentales: diferenciación de objeto. En el período comprendido entre la semana 30 y la 32 puede manifestarse cierta irritación e inquietud por parte del bebé. Su edad y su condición clínica mejorada le proporcionan una gran vitalidad, y así es que se resiste a tolerar la respiración asistida, por ejemplo, y se enoja ante la presencia de las tuberías y aparatos. El dilema reside en que necesita de la asistencia mecánica para respirar y, por ende, para vivir. Se puede ayudar a superar estas situaciones de irritabilidad: buscar la posición más confortable para el niño,

ofrecerle una piel de cordero bajo las sábanas, terapia sonora y succión no nutritiva. Se aplicarán aquellos procedimientos que parezcan brindar más placer al niño. Las observaciones realizadas en este período muestran, además de la inquietud física, los primeros signos embrionarios de la necesidad del otro, de la necesidad de relación e interacción.

-Remoción del tubo traqueal: suele ser considerado un segundo nacimiento. Situación en la que despiertan emociones contrariadas: deseo de deshacerse del tubo, de sacarla y pánico y ansiedad ante el momento que se acerca y la respuesta que brindará el niño a ello (los padres). Las enfermeras, por su parte, comprenden los riesgos que puede significar para el chico la dependencia prolongada del respirador. El observador se coloca en una posición silenciosa, pero que resulta una presencia contenedora, especialmente para los padres.

Estimulación gustativa

- *Comienzo de la autorregulación:* el dormir y el despertar; la actividad autónoma. Separación gradual de las enfermeras.

-Formación del pensamiento: integración de experiencias sensorio-motoras o emocionales, derivadas de la relación de objeto. Contacto con la madre (en brazos de esta fuera de la incubadora); establecimiento de ritmos y del funcionamiento mental. Importancia del ajuste mutuo entre madre e hijo durante el amamantamiento, para establecer un ritmo “sincronizado”.

- *Depresión materna-paterna:* sus repercusiones en la relación con el bebé hospitalizado.

3.2.3) *Escala de evaluación conductual neonatal (EECN), según Brazelton (1990)*

Diseñada para captar las respuestas conductuales de los recién nacidos a su nuevo ambiente, es decir, para verificar las respuestas del recién nacido a factores ambientales en el contexto de los estados de conciencia. También fue pensada para ayudar a los profesionales a juzgar el estilo de respuesta del bebé y así poder respaldar a los padres en su esfuerzo por vincularse con su hijo y para registrar y estimar algunas de las capacidades de los bebés cuando son manipulados por el observador capacitado o por uno de los progenitores. Sirve también para ayudar a los padres a comprender a su bebé e identificar la conducta de los recién nacidos. Esta evaluación mide la capacidad del recién nacido para calmarse a sí mismo, así como su modo de dominar la estimulación.

Los estímulos utilizados en la EECN incluyen las clases de estímulos (los actos de tocar, mecer al bebé, la voz, la conducta facial) que emplean los progenitores al tratar al bebé para ayudarlo a adaptarse al medio.

3.3) *Capacidad del bebé en el útero*

Catherine Mathelin (2001), en su texto *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*, manifiesta sobre el bebé en el útero que los receptores sensoriales y las vías de conducción aparecen muy tempranamente, desde la séptima semana de gestación, luego se activan sucesivamente los sistemas olfativo, gustativo, auditivo y visual. Durante el sexto mes de gestación, todos estos sistemas operan normalmente. El crecimiento de las neuronas llega a su máximo desarrollo al final del embarazo; y las sinapsis entre ellas se multiplican en el momento del nacimiento.

Por lo tanto, su potencial genético humano, presente desde el nacimiento, será moldeado por la experiencia de vida y por las respuestas que obtenga de quienes lo rodean en su llegada al mundo.

Stella Acquarone (1997) considera que el feto responde tanto a las caricias de la madre cuando está en el útero como a sonidos o estados sensitivos de la madre, y presenta algunos casos que dan cuenta de ello.

En la misma línea que Acquarone, otros autores han realizado un seguimiento de niños desde los tres meses de embarazo hasta los dos años de vida, para ver cómo se desarrollaba el comportamiento; así pudo observar, por ejemplo, cómo un bebé que se chupaba el dedo o jugaba con el cordón umbilical continuaba con el mismo comportamiento en la vida externa.

3.4) *Contexto del desarrollo madre-hijo*

En los últimos momentos del embarazo Winnicott (1969) describe la instauración de la “preocupación materna primaria”, o sea, el estado particular que permite a la madre ponerse en el lugar de su hijo, identificarse con él e invertir al bebé antes de que nazca, y también comprender entonces las necesidades fundamentales del bebé como ninguna máquina sería capaz de hacerlo. El prototipo de los cuidados maternos es el *holding* “...un lactante que conoció un *holding* suficientemente bueno, no tiene nada que ver con un lactante que no lo tuvo”, D. Winnicott (1969).

La importancia de los primeros vínculos también aparece destacada en sus estudios al particularizar que madre y bebé desarrollan una “empatía”, esto es, la posibilidad que la madre tiene de pesquisar los estados afectivos y orgánicos del bebé y de reflejarlos como una forma de facilitarle al hijo el conocimiento de sí mismo. Winnicott (1958)

En la misma línea se sitúa Bowlby (1973), al hacer hincapié en la función de la madre, considerando y reconociendo las características de su bebé, generando así un sistema de adaptación a sus necesidades, lo cual se constituye en el inicio de la vida en la “base segura”; que le permite al niño reconocerse con un yo distinto, capaz y poseedor de características personales en constante evolución y experimentación.

Continuando con la importancia del entorno, al bebé se lo recibe con sus representaciones mentales (objetos internos respectivos), experiencias infantiles, imágenes y memoria de sus respectivos padres y expectativas con relación al niño. Ellos viven en un contexto en el que crean un clima particular que se define por la modalidad en la que circula la energía, los afectos, se mantienen los ritmos, la ternura. El niño se desarrolla entrecruzado por estas circunstancias y va integrando las experiencias, unificando lo que viene del otro, aportándole coherencia. M. V. Torres (2005).

Otro autor que pone el acento en la importancia de los intercambios sensitivos con el medio ambiente es Greenspan (1997), quien ha realizado un desarrollo teórico acerca de los cimientos sobre los que se apoyan, al decir de los autores, “la arquitectura mental primaria”. Esto hace referencia a las experiencias emocionales vividas como fuente de las ideas que manifiestan los niños y el papel de las emociones que consiste en crear, organizar, coordinar muchas de las más importantes funciones cerebrales. De este modo el bagaje genético cobra sentido a través de la experiencia con el medio ambiente y los intercambios sensitivos que allí se generan. “Las experiencias interactivas pueden conllevar un agrupamiento de células cerebrales con finalidades específicas: células diferenciadas para oír más que para ver, por ejemplo, la de privación o alteración de las experiencias requeridas puede producir diversos déficit”. Greenspan (1997).

Para Romana Negri (1994), la examinación del bebé debe basarse en la búsqueda de “competencias proposicionales”. La autora señala que la observación del

desarrollo motor del feto sugiere que el individuo predomina por sobre el ambiente, en tanto se nota la insistencia o el acento de la puesta en acción de la competencia primaria individual. Un carácter constante del proceso ontogenético y del comportamiento motor parece ser el rol esencial del sujeto, quien se proyecta en el mundo que lo rodea y se crea a sí mismo a partir de sus propias competencias proposicionales o propositivas.

Este punto de vista se opone a los modelos comportamentales conductuales, a los ambientes-dependientes o medio-dependientes y reflexológicos; el objetivo de estos métodos de psicodinámica es cambiar la personalidad subyacente del paciente. Los modelos basados en paradigmas de aprendizaje se desarrollan a partir de estudios de laboratorio que hacen énfasis en la manipulación controlada de eventos observables, en la medición y el análisis de hechos complejos en componentes simples.

Respecto a la situación de prematuridad, la madre del bebé prematuro se encuentra bajo el impacto del imprevisto y lo inesperado de la situación, lo cual constituye un estado de separación traumática para los padres y el bebé. Esta abrupta separación que ha tenido que soportar la lleva a anticiparse al encuentro con el hijo, por ello se encuentra con el duelo del embarazo perdido, de su bebé en manos de terceros, de su bebé imaginado. Algunas mamás se tornan agresivas o quejosas con el medio, otras rechazan el contacto con el niño y tratan de eludirlo. Se trata de una herida infligida al narcisismo de la madre y de la pareja que no ha creado la criatura bella que se correspondería con su bebé ideal. En relación a este ideal de bebé, Meltzer (1990), escribe sobre el “conflicto estético” y señala que el problema de la belleza es sumamente relevante en la esfera de la intervención con estos pequeños, puesto que es aquí donde se puede ver claramente de qué modo la belleza y el peso corporal están directamente relacionados con la viabilidad del desarrollo de esos niños Meltzer (1990); este autor supone que al final de la vida intrauterina el bebé está animado por la pulsión

a nacer, por una espera del nacimiento para escapar de un continente uterino que se ha convertido, o que se ha vuelto, demasiado exiguo para ejercer sus sentidos maduros pero insuficientemente estimulados. El nacimiento sería vivido sobre el modelo de un impacto estético, de un maravillarse frente a la belleza del mundo y sobre todo del objeto primordial investido por el bebé: el pecho de la madre. Meltzer (1990) llama “conflicto estético” a la separación que se crea, entonces, entre la sobreabundancia de estimulaciones que el niño recibe de la superficie del objeto y lo desconocido de sus cualidades internas.

3.5) Resumen de aportes actuales del conocimiento ampliándose a continuación con otra revisión bibliográfica

Se puede considerar que el bebé prematuro, por nacer antes de tiempo, es más vulnerable y desvalido, y consecuentemente es expuesto y tapado por pantallas tecnológicas y deshumanizantes que, paradójicamente, permiten salvar la vida.

También sobre el vínculo temprano me surgen preguntas acerca del desarrollo del bebé, posibilidades de interacción desde el bebé con el medio, y cómo desde su bagaje genético y posibilidades el bebé prematuro se encuentra beneficiado por la interacción materna, conociendo las distintas respuestas manifiestas en tanto cercanía materna a pesar de las limitadas capacidades debido a su prematurez.

Veremos en uno de los casos a presentar cómo el bebé hace uso del otro como mediador valiéndose de algún aspecto de la madre, usándolo como una placenta que nos permite establecer un contacto. Y ello nos servirá para comprender al niño prematuro como tal, cuando ofrecen poco de lo vital al observador mirando la criatura acostada en la incubadora. Además de presentarse como un ser frágil, manifestará también una peculiar inadecuación en sus posibilidades y capacidad de reaccionar e interactuar.

Un bebé prematuro se presenta menos alerta, reactivo y responde menos socialmente durante el primer tiempo. Por ello en el bebé prematuro resulta difícil obtener datos a través de la observación, a pesar de ello apunto a pesquisar indicios, signos vitales y respuestas que nos permitan ahondar más en el tema y dar cuenta de la singularidad de cada individuo. A mi modo de ver, y coincidiendo con lo desarrollado por Negri y otros autores, la examinación del bebé debe basarse en la búsqueda de “competencias proposicionales”, a diferencia del modelo comportamental conductual.

Se considera que los diferentes aportes que he rastreado y analizado exceden el marco de esta presentación, algunos se profundizarán dentro del marco teórico y serán expuestos en el trabajo final.

4) Marco teórico referencial

4.1) *Discusión entre algunos autores*

Exploro y explico el tema tomando como marco teórico referencial la teoría psicoanalítica y la psicología del desarrollo, dado que ha dado lugar a la comprensión de los casos sobre los que procuro reflexionar. Específicamente integro los aportes de quienes, en la comprensión de la interacción madre e hijo, acuerdan en destacar la importancia de aquella para el desarrollo psíquico-físico del recién nacido. Haré mención de algunos autores anteriormente citados y otros que serán desarrollados en otros ítems de la tesis: Romana Negri, Levobici Serge, Meltzer Donald, Acquarone, Torres. M. V., Winnicott, Bowlby, Stern, Brazelton, Maldavsky.

Un autor a considerar es Spitz, quien manifiesta que la función materna es indispensable para la constitución psíquica. La empatía, la *rêverie* que establece la función materna afecta la estructura neuronal tal como lo describe la neurociencia, por

ello los procesos deficitarios en los primeros meses se pueden transformar en orgánicos, no porque hayan sido genéticos sino porque las células nerviosas por falta de estimulación no se han conectado, Schore (1998). Otro aporte lo realiza Stern al presentar modelos múltiples y complejos que incorporan el apego como sistema motivacional específico e independiente del hambre y la sexualidad, siendo el bebé extremadamente sensible a captar información del medio, formando representaciones abstractas de las cualidades primarias de la percepción desde el principio. También tomo el aporte de Lebovici respecto a los bebés, concediendo importancia a las diferencias individuales en su modo de entrar en interacción con la madre, que parecen constituir el origen de los diferentes tipos de cuidados proporcionados por la madre; siguiendo en la misma línea Romana Negri(1994) considera que el individuo predomina por sobre el ambiente, en tanto se nota el acento de la puesta en acción de la competencia primaria individual; es el rol del sujeto que se proyecta en el mundo que lo rodea. Este punto de vista se encuentra en oposición a los modelos comportamentales conductuales, cuyo objetivo es cambiar la personalidad subyacente y la modificación de la conducta. Dicho modelo surgió como una reacción y renovación de los postulados psicológicos vigentes a principios del siglo XX. El postulado fundamental de la nueva psicología conductual era que la conducta es fundamentalmente una consecuencia del aprendizaje que tiene lugar en el medio social en el que crece y se desenvuelve el individuo.

La base teórica en la que se sustentan los diferentes enfoques del modelo conductual se remonta a los estudios pioneros (a principios del siglo XX) de la escuela rusa a través de autores tan relevantes como Pavlov (“condicionamiento clásico”), o de psicólogos experimentales como Watson o Thorndike. En cuanto a las características generales del modelo conductual, aparece en primer lugar que la conducta es

principalmente una consecuencia del aprendizaje en las condiciones sociales del medio. Este modelo concede una especial importancia a las influencias del medio como causa o determinante de la conducta y un menor protagonismo a los factores innatos o hereditarios. En efecto, dicha postura no concede suficiente importancia a los aspectos subjetivos de los humanos ni a la propia identidad personal de cada uno, sino que se limita a estudiar la conducta externa adquirida en su relación con el medio.

4.2) *Patologías del desvalimiento*

Haré mención a continuación a las llamadas “patologías del desvalimiento”, es decir, aquellas patologías en las que el sujeto carece de un universo simbólico y representacional eficaz, en las que el problema central se libra en el terreno de la conciencia, viéndose aquejados el mundo sensorial y afectivo del sujeto. Maldavsky (1992). Se podría incluir dentro de estas patologías al bebé prematuro, considerándolo desvalido desde sus inicios en su constitución psíquica.

También se podrían considerar a la madre y al bebé prematuro ambos seres desvalidos porque en ellos se puede ocasionar un trauma, y por tal se entiende a “una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético”. Freud (1920).

4.2.1) *Conceptualización: Barrera de protección antiestímulo-yo real primitivo*

El bebé prematuro, se encuentra privado de una protección antiestímulo debido a la inmadurez de su estructura neurobiológica por lo que requiere de cuidados que lo conducen directamente a una Unidad de Terapia Neonatal, donde tratarán de enmendar lo faltante; lo recibe un sustituto del útero (la incubadora). Ya no más las paredes compactas y tirantes del interior de un cuerpo humano que lo separaban y lo protegían del mundo externo. Ya no más los ritmos íntimos, la temperatura del cuerpo a cuerpo. Cuando estos niños han sufrido la invasión de estímulos exógenos devastadores (separación de la madre, internación, prácticas médicas, etc.) la barrera antiestímulo se puede tornar restitutiva Maldavsky(1986) impidiendo incluso el desarrollo de vínculos afectivos. Un niño sano tiene niveles óptimos de estimulación, por sobre los cuales la estimulación será evitada y por debajo de los cuales se la busca. Stern (1997).

El concepto de barrera contra estímulos nos remite a los principios freudianos de placer y constancia, en donde la elevación de la excitación interna es experimentada como displacer. Así es que, si el bebé no es asistido a una necesidad específica, progresivamente la “barrera antiestímulo” se eleva, a la vez que se torna más rígida, impidiendo al niño el reconocimiento de determinados estímulos. Durante los primeros meses de la vida el infante está protegido de los estímulos externos por una barrera contra estímulos, un “escudo protector contra los estímulos”; que es de origen intrínsecamente biológico y asume la forma de umbrales sensoriales elevados, salvo para los estímulos internos. El umbral de la barrera desciende por momentos a cero, o bien, el bebé periódicamente lo atraviesa. Freud (1920). Así es que, por ejemplo, cuando un bebé tiene hambre y realiza las acciones motoras necesarias para que lo asistan pero

el asistente no concurre en estos casos, por ejemplo, el niño parece no sentir hambre; incluso, cuando se les acerca el alimento vuelven sus cabezas hacia un costado.

Freud (1915) le atribuye al yo real primitivo la capacidad de orientarse en el mundo distinguiendo el adentro y el afuera, fundando la espacialidad. El “Yo real primitivo” procura, regido por el principio de constancia, mantener la tensión cercana a “0”. Para lograrlo necesita de un cierto equilibrio interno garantizado por los cuidados que la madre le brinda al recién nacido, para proveérselos por sí mismo. La madre lo protege de los estímulos exógenos desmesurados (ruidos, temperaturas, etc.) realizando las acciones específicas a la vez que le ayuda a construir su propia barrera antiestímulo mundana. Al nacer, el bebé percibe los movimientos intrasomáticos, por ejemplo, los que produce su vientre cuando tiene hambre, los descubre y se los apropia merced al trabajo psíquico que realiza con los elementos que le ofrece el contexto, específicamente la capacidad empática de la madre para interpretar que el bebé tiene hambre. Así se le posibilita al sujeto pedir los auxilios para producir la alteración interna necesaria. Es a partir de este natural y necesario proceso que se construye la “representación - órgano” que más tarde se articulará con la “representación - cuerpo”.

En efecto la constitución del yo real primitivo depende de que no se genere una contradicción en las investiduras y de que el contexto (agente externo) realice acciones específicas para satisfacer las necesidades. Cuando fallan estos intercambios contextuales la atención deja de realizar la función de buscar las impresiones sensoriales y explorar el mundo externo y persiste en su modalidad “reflectoría o automática”, es decir, sin implicar un movimiento pulsional activo. Freud (1915). También puede ocurrir en algunos casos, que en situación reactiva el bebé cierre los ojos o desvíe la mirada (Maldavsky (1997)); mirada que en esta etapa es “voraz” en tanto su función es la de asimilar ávidamente el mundo.

Como los ojos, las manos son una parte importante en la constitución del universo sensorial del recién nacido, cumplen su función –exploración, defensa - en la constitución de la conciencia inicial. En los primeros días de nacido, al juntarle las manos, un bebé percibe su unidad corporal y se calma, puede llevar sus manos a la boca e imaginar que el pecho de mamá está allí. Más adelante, sus manos se encuentran con las manos de la madre y le permiten apoderarse de ellas y curiosear, mediante el contacto y el tacto, los orificios del cuerpo de su madre. Con sus manos “agujerea” a la mamá, toca su saliva; guía las manos de su madre para que aferre objetos que le interesan; las manos se constituyen en la extensión de la barrera antiestímulo y protegen de una luz fuerte o de un golpe o le sirven de apoyo o de instrumento para apoderarse de objetos.

El déficit en los intercambios del contexto profundiza el desvalimiento inicial del infante que queda quebrantado por las cantidades de los estímulos endógenos, debido a la ausencia de un adulto auxiliador que sea capaz de leer su necesidad, descifrarla y operar; en consecuencia, falla el proceso que Bion denominó *rêverie*, mediante el cual el niño realiza las “reacciones musculares”, a las que el asistente les da un significado “ ya sé, estás protestando, tenés hambre, querés la leche”, respondiendo así a la “acción específica”. Cuando el mecanismo de proyección normal fracasa, “el yo” ya no puede articular los ritmos biológicos, se afecta la barrera contra estímulos y la energía pulsional ya no puede ser derivada desde órganos y sistemas funcionales a la periferia; el proceso de redistribución no se realiza y la libido intrasomática se vuelve tóxica. Maldavsky (1991). Las pulsiones de autoconservación se trastornan; no solo las cantidades ya no se enlazan a la sensorialidad, sino que el sujeto deja de producir las “acciones motrices” que realizaba como forma de descarga, y que se constituían en mensaje para ser leído por el maternante. Al agravarse el desvalimiento, se vuelve

tóxica la libido intrasomática, y aparecen entonces estados en los que priman la desconexión y la apatía. En efecto, esa delicada y compleja organización que se construye a partir de lo orgánico neurológico y lo pulsional depende de la calidad del contexto, de la empatía materna para desarrollar el sentimiento de sí, para sentir los propios sentimientos y para sentirse sentido por otros. Por ello se puede decir que estos desarrollos necesitan de un niño y una madre atentos a las manifestaciones pulsionales del otro.

Cuando la frustración ha sido excesiva, el infante –deprimido o en retracción– pierde la posibilidad de discriminar entre lo interno y lo externo, entre lleno y vacío. La ausencia de empatía o *rêverie* materna en el inicio de la vida produce una inhibición en el desarrollo del yo en su primera etapa de formación, en el momento en que la libido inviste vísceras y sistemas funcionales -los espacios interiores-, lesionando el yo real primitivo en su constitución. En este primer tiempo de constitución las “magnitudes” generadas por las necesidades insatisfechas o la “angustia” producida por el desamparo resultan improcesables y configuran un “éxtasis inicial tóxico” que fragmenta la constitución psíquica a partir de puntos de fijación e inhibición del desarrollo yoico. Maldavsky (1991).

Las funciones de las diferentes corazas antiestímulos se encuentran ligadas a la conciencia primordial. David Maldavsky (1997) describe diversas corazas antiestímulos: una, de carácter químico que labora desde el interior del organismo y a la que ligamos con las defensas inmunitarias, y otra, que consiste en una desafectivización funcional como freno de la intrusión afectiva desde el contexto. Con respecto a esta última la desestimación del afecto se trata de un juicio en acto; este decreto se refiere a una desatribución de lo percibido, un “no ha lugar”, donde la afirmación primordial halla su término. La desestimación insta su despótico imperio repudiando aquella

parte de lo registrado como “lo novedoso” o bien su recuerdo, también el segmento del propio yo que posibilita lo nuevo. Freud (1927). En el autismo precoz y otros estados tóxicos, la defensa de la desestimación adquiere un carácter patológico, en momentos previos a la descondensación de los juicios de existencia y atribución.

La estructuración del yo real primitivo, implica la constitución de ciertas funciones: 1) las que tienden a conciliar el sueño, 2) las que mantienen un estado placentero de base, 3) las que promueven o inhiben el registro sensorial, 4) las que inhiben o facilitan la motricidad, la actividad con el mundo externo y con sus objetos. Maldavsky (1999).

Por lo tanto, para que la estructura del yo real primitivo, se constituya adecuadamente se requieren dos condiciones: que no se generen contradicciones entre las diferentes investiduras de órgano, por ejemplo, dificultades respiratorias en el nacimiento pueden implicar una sobreinversión del aparato afectado, restando o debilitando la energía necesaria para el acto de succión, y la otra condición está relacionada con el contexto, en el cual los estímulos externos se deben presentificar o ausentar cuando la actividad pulsional lo requiera, siendo que la presencia materna en su función nutricia debe coincidir con el hambre del niño. Este contexto incluye a nuestro juicio al menos cuatro funciones: a) de filtro de estímulos, lo cual le permite al niño en un momento posterior configurar su propia coraza de protección antiestímulo, b) como lugar de descarga de ciertos volúmenes de excitación, c) de soporte del período neurológico y pulsional, y d) de una espacialidad que sostiene el matiz afectivo, que instaure un sujeto primordial, puramente cualitativo, y por lo tanto no mensurable.

También tomamos como referencia la teoría de Winnicott (1969), quien manifiesta que un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad a la identificación primaria y más allá de ella, si no existe una madre lo

bastante buena. El concepto de madre suficientemente buena de Winnicott está íntimamente relacionado con el tiempo de espera de un niño; si la madre responde al instante a las exigencias del bebé se obtura la posibilidad de pensamiento y elaboración, en cambio si el retardo es excesivo, las necesidades internas adquieren un carácter insoportable. Desde Winnicott (1958), la madre se adapta activamente a las necesidades del bebé mediante un proceso asociativo de carácter identificatorio.

Otro autor que hace hincapié en la importancia del entorno es Stern (1991) quien manifiesta que desde el principio de la vida, el infante es extremadamente sensible a los rasgos temporales del ambiente. Denominó “percepción amodal” a la modalidad sensorial de los niños de tomar información del medio, y describió cómo desde los primeros días de vida el bebé forma representaciones abstractas de las cualidades de la percepción y actúa basándose en ellas. “Estas representaciones abstractas que el infante experimenta no son sensaciones visuales, auditivas o táctiles, ni objetos nombrables, sino más bien formas, intensidades y pautas temporales: las cualidades más globales de la experiencia. Y la necesidad de..., y la capacidad para..., formar representaciones abstractas de las cualidades primarias de la percepción y actuar sobre esa base aparecen desde el principio de la vida mental.” Stern (1997) Asimismo el autor expresa que: “El universo fue creado sólo una vez, muy lejos, mientras que los mundos interpersonales se crean aquí y todos los días en la mente de cada nuevo infante”. Le da peso a las representaciones mentales reales e imaginarias afirmando que “lo que imaginamos que experimenta el infante da forma a nuestras ideas sobre lo que el infante es. Esas ideas constituyen nuestras hipótesis de trabajo sobre la infancia”. Entiende que como no podemos conocer el mundo subjetivo en el que habitan los infantes, tenemos que inventarlo, a fin de tener un punto de partida en la formulación de hipótesis.

En el inicio de la vida existen el equipamiento neuronal y la “cantidad”, es decir, el impacto de los estímulos sobre él mismo, el aparato psíquico comienza entonces a constituirse Freud (1950). “El mismo habrá de desarrollarse a partir de un fundamento consistente, por un lado, en el funcionamiento de un conjunto de sistemas de órganos, de cuyos procesos dimanar exigencias que requieren una satisfacción para la continuidad de la existencia y, por otro lado, en el funcionamiento de un sistema nervioso, por el cual circula la estimulación en el camino hacia la acción, hacia la resolución de la tensión, por una descarga” Maldivsky (1986). La percepción de los estímulos es posible merced a la conciencia, “la conciencia inicial es un derivado de la percepción, un efecto de la organización del sistema nervioso” y contribuye al nacimiento del yo, en tanto la conciencia secundaria es el resultado de la activación de ciertas huellas mnémicas o del esfuerzo por expresar un pensamiento.

Cabe agregar un aporte importante sobre este tema de Melanie Klein (1952), quien considera como principio fundamental que una separación e individuación satisfactoria del “*self*” y del objeto constituye un requisito primordial para un desarrollo saludable; mediante este mecanismo, una parte idealizada del *self* infantil puede aliarse con un objeto idealizado, en primer lugar el pecho de la madre, como barrera de protección contra la angustia persecutoria y la confusión.

4.3) *Pensando en los primeros tiempos de constitución psíquica*

En los primeros momentos del nacimiento del neonato tenemos: los estímulos internos en su búsqueda del camino motor, el primer grito del niño, la primera aspiración. Freud (1950). En un momento lógico posterior, la motricidad, que se conjuga en emisión de los sonidos propios, es introyectada, inscrita en lo psíquico. Moreira (1990). Nos dice Lacan que los propios sonidos tienden a constituirse en una

especie de firma primordial que se escribe en lo anímico. Estas tramitaciones permiten la constitución de un lenguaje del erotismo intrasomático; la instauración de este lenguaje requiere de un soporte contextual que puede ser encontrado en una escucha empática por parte de la madre. En este sentido, la función materna ocupa el lugar del filtro, de descarga, de ritmo.

El infante implementa un mecanismo en donde se privilegia el sistema de fuga a partir del sistema muscular; sin poderse fugar de los estímulos endógenos, como el hambre, la sed, la respiración, la sexualidad, entre otros, considerando que la fuga conserva su eficacia con respecto a los estímulos externos. Se determina la investidura de los estímulos internos como pertenecientes a sí mismo, en tanto producen dolor y de los que no puede fugarse. Según Freud, a raíz de este empeño en un comienzo se invisten corazón y pulmones; estas investiduras son indispensables para la oxigenación de la sangre, lo cual responde a la conservación de sí, a las sensaciones de equilibrio, y luego a las sensaciones provenientes de otros órganos, estableciendo una cierta estabilización homeostática, llamada así por Maldivsky (1986).

En consecuencia, si se produce una falla en los intercambios del contexto, se incrementa el desvalimiento inicial del infante, quedando afectado por las cantidades de los estímulos endógenos del propio cuerpo y siendo precursores de las pulsiones que se producen debido a la ausencia de un adulto auxiliador que sea capaz de leer su necesidad, descifrarla y operar consecuentemente.

Freud supone la existencia de un cuerpo como estructura celular compleja, fuente de incitaciones que requieren tramitación, y un sistema neuronal igualmente complejo, que recibe tales incitaciones, así como las aportadas desde el mundo exterior. Un fragmento de la superficie de esta estructura neuronal aporta la conciencia. El

sistema neuronal se deja afectar por los períodos de las masas mundanas, y en ello consiste la percepción. A esta faz objetiva del proceso, Freud le agrega como complemento una faz subjetiva, la conciencia. Poco después agrega que sin embargo las percepciones no son los primeros contenidos de conciencia, sino que lo son los afectos. Mientras que las percepciones son contenidos de conciencia del mundo externo, los afectos lo son del universo pulsional, que en consecuencia resulta más originario. Por lo tanto, Freud enlaza la subjetividad a la conciencia como primer componente anímico surgido de una estructura químico neuronal. La percepción de los estímulos es posible merced a la conciencia, “la conciencia inicial” es un derivado de la percepción, un efecto de la organización del sistema nervioso. El surgimiento de la conciencia, y sobre todo la ligada al mundo de las percepciones, constituye un gran logro anímico, que exige una cierta desexualización, como lo expone Freud (1923) en “El yo y el ello”, un recurso fundamental mediante el cual Eros se defiende de la pulsión de muerte. Tal sublimación, ligada con la investidura del universo sensible con libido siguiendo la orientación de la pulsión de autoconservación, conduce al desarrollo de la pulsión de vida.

Se debe procurar que el niño integre progresivamente la psique al cuerpo, se constituya el yo y establezca relaciones objetales; en este proceso la madre tiene tres funciones: el sostén, los cuidados maternos y la presentación de objeto. Desde dicha función empática Spitz (1969) ha definido la función materna como indispensable para la constitución psíquica, mediante la cual ella infiere estados del infante y tiende a solucionarlos.

4.3.1) *El autoerotismo y su espacialidad*

En un comienzo de la vida se constituyen las zonas erógenas. Merced a la proyección de tensión de necesidad a la periferia del cuerpo, la estimulación rítmica (acunamiento, caricias, canciones) va transformando esos estímulos en sensaciones diferenciadas que luego se constituyen en soporte de la creación de las inscripciones psíquicas. (Freud, 1905)

El autoerotismo incluye una forma de acción particular en la que coinciden habitualmente la pasividad de los alveolos y el paladar con la actividad del maxilar inferior, la lengua (en cuya superficie encontramos las llamadas papilas linguales, que posibilitan la sensibilidad térmica, táctil y gustativa), los labios y quizás el velo del paladar. Estas regiones de valor erógeno permiten instaurar un goce autoerótico, Lacan (1991) que en su momento inaugurará otro tipo de erogeneidad, por ejemplo, el chupeteo. En esta secuencia lógica tenemos que en un primer momento, ciertos estados orgánicos que afectan al yo real primitivo son registrados por los ojos, como una mirada interior. Luego la sobreinvestidura con atención de la zona sensible, permite la instauración del autoerotismo visual; en estas circunstancias el niño, cuando mira los ojos de su madre, probablemente vea sus propios ojos, logra verse con los ojos de la madre que lo miran. Para Freud (1905) el placer visual es derivado del placer de tocar, lo que implica que lo visual reordene y otorgue sentido táctil, junto a otros registros tales como el gustativo y el olfativo. Por otra parte, para cada una de las fuentes del erotismo, se puede hablar de un proceso de construcción de un objeto autoerótico de características específicas, así para la piel donde se encuentran los receptores de frío, calor, presión y de sensaciones dolorosas tenemos el cuerpo materno o sustituto; para la mucosa de la boca, la piel del pecho. En lo que respecta a la vista, el ver es indicador del

logro de las metas pulsionales y se torna un instrumento constitutivo del psiquismo. Maldavsky (1996). También las manos son una parte importante en la constitución del universo sensorial del recién nacido y cumplen su función de exploración y defensa en la constitución de la conciencia inicial. Las manos se constituyen en la extensión de la barrera antiestímulo y protegen de una luz fuerte o de un golpe, o sirven de apoyo o de instrumento para apoderarse de objetos.

Lo que tendremos que agregar es que no existe cognición temprana que no se halle asociada a una emoción positiva o negativa, o sea vinculada al principio de placer/displacer. La percepción de cualidades sensibles (impresiones sensoriales), requieren para constituirse como tales de ciertas intensidades de placer y displacer en donde se hace posible el registro de lo sensorial; y en este sentido, producir cualidades de sensación, cobrando así eficacia la tendencia originaria del aparato al apartamiento de cantidad. La hiperpresencia o ausencia del estímulo sensorial (de la madre, por ejemplo), en tanto no respeta los requerimientos pulsionales y no tiene la discontinuidad que caracteriza la percepción, puede determinar la pérdida de su eficacia, con lo cual tampoco permite la inscripción de un resto de dichos procesos de huellas mnémicas. Moreira(1995).

Respecto al autoerotismo se puede pensar que el contacto erogenezante con el cuerpo materno genera el deseo de recrearlo a solas en el autoerotismo; la capacidad del adulto de contener y regular los estados fisiológicos y emocionales creará condiciones de equilibrio psicobiológico en el bebé y la progresiva autoregulación del propio cuerpo y el autoconsuelo de sus ansiedades.

4.4) *Interacción*

La interacción describe la modalidad de relación progenitor–infante, compromiso, metas comunes, captación del otro y modalidad de la respuesta. Específicamente si el niño adquiere conocimientos a través del sistema motor.

Siguiendo a Bleichmar (1993), el infante está con otro que regula su propia experiencia, en este sentido, el otro es un regulador del sí mismo, “la interacción” es un poderoso medio de regulación de múltiples dimensiones del psiquismo tales como:

- la cualidad de la actividad.
- la intensidad del afecto
- la seguridad del apego.
- la categoría afecto
- la atención, curiosidad y compromiso cognitivo
- el estado neurofisiológico.

Respecto a la “díada” madre e hijo y el cuidado materno, Bleichmar escribe sobre la multiplicidad de funciones que cumple la madre en la díada: cada una de ellas deberá pasar a ser capital propio del bebé; si la madre se ha hecho cargo de los cuidados de la heteroconservación, devendrá la capacidad en el niño para el autocuidado y la autoconservación. La especularización narcisizante del adulto que vive orgulloso de su hijo dará paso a la autoestima del infante, el contacto erogenezante con el cuerpo materno generará el deseo de recrearlo a solas en el autoerotismo, la capacidad del adulto de contener y regular los estados fisiológicos y emocionales creará condiciones de equilibrio psicobiológico en el bebé y la progresiva autorregulación del propio cuerpo y el autoconsuelo de las ansiedades.

Otro de los autores ya descripto que realiza un aporte al conocimiento sobre el tema del vínculo es Winnicott (1958), quien destaca en sus estudios la importancia de

los primeros vínculos y particulariza en cuanto a la “empatía”, la posibilidad que tienen las madres de pesquisar los estados afectivos y orgánicos del bebé y reflejarlos como una forma de facilitarle al hijo el conocimiento de sí mismo. Winnicott también se refiere al desarrollo del lactante de la relación madre-hijo y al *holding*, haciendo recaer el peso en el entorno que facilita la evolución de la dependencia a la independencia, es decir, para que el yo y el sí mismo evolucionen. El autor considera la calidad de los cuidados del medio y refiere a la experiencia cultural, el espacio transicional y los fenómenos transicionales como fuente de las perturbaciones neuróticas y psicóticas. ~~Agregando a su teoría~~ Llama preocupación materna primaria a un estado específico de hipersensibilidad, de escucha del hijo, que llega a compararse con una enfermedad normal; esta devoción permite a la madre adaptarse a las necesidades del bebé. Como en el inicio de la vida las necesidades son absolutas, la salud mental del lactante es el resultado de cuidados ininterrumpidos que permiten una continuidad en el desarrollo afectivo. D. W Winnicott (1969).

En el adulto, como en el niño, la expresión y la discriminación de la emociones son esenciales en el procesamiento de la información. Antonio Damasio (1995) en su obra *Error de Descartes* expresa que no existe la razón pura que pensamos con nuestro cuerpo y con nuestras emociones. Desarrolla el concepto de marcadores somáticos que posibilitan establecer categorías entre objetos o sucesos y estados somáticos placenteros o displacenteros. Los marcadores son portadores de valores emocionales, se integran a la corteza prefrontal en el nivel de la zona de guía automática que orienta las elecciones del sujeto y, por ende, su razonamiento.

Menciono otro autor que refiere sobre el vínculo temprano, Brazelton y Cramer (1990) quien manifiesta que es con el nacimiento del hijo cuando empieza el vínculo más temprano, puesto que ahora hay un ser separado, y por lo tanto la posibilidad de

una relación. Cuando este lapso de embarazo de los nueve meses se ve interrumpido, como es el caso de un parto prematuro, las madres se sienten desprevenidas e incompletas, y cuando aparecen complicaciones físicas, pueden poner en peligro la adaptación psicológica. Hay que tener cuenta que el proceso de crear un vínculo con el bebé prematuro lleva tiempo y los intentos de consolidarlo pueden ser rechazados. Se puede considerar que la percepción de los primeros movimientos fetales es la primera aportación del futuro hijo a la relación. Esto apunta al problema de adaptarse a un bebé prematuro para el cual este proceso ha sido abreviado.

Otro aporte a la investigación respecto a la interacción madre-hijo lo realiza Stern (1985) mostrando en sus trabajos que ciertos factores subjetivos presentes en la madre interactúan de un modo específico con las características del bebé, creando interacciones distorsionadas que moldean la conducta del hijo. Para el recién nacido, el medio circundante (la madre o sustituto), consiste en un solo individuo; este individuo único no es percibido por el recién nacido como una entidad distinta a él, sino que es simplemente parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción, forman entre madre e hijo un sistema cerrado. Es la etapa de no diferenciación en donde no existe una distinción clara entre la psique y el soma, entre lo interno y lo externo, entre el impulso y el objeto, entre el yo y el “no yo”, ni siquiera entre las diferentes regiones del cuerpo. “Un infante de pecho no distingue aún su yo del mundo exterior, como el origen de las sensaciones que fluyen en él”. Freud (1920).

La relación interpersonal que se genera entre el hijo y su madre se crea todos los días en la mente de cada niño, Stern (1997), afirmando que “lo que imaginamos que experimenta el infante da forma a nuestras ideas sobre lo que el infante es; esas ideas constituyen nuestras hipótesis de trabajo sobre la infancia.

Afirmamos que la modalidad en que la madre procesa y cualifica las expresiones del hijo, y el tipo de interacción establecido por ella valorando la individualidad del bebé, tienen una incidencia fundamental en el desarrollo emocional del bebé. Madre e hijo viven en un contexto en el que crean un clima particular que se define por la modalidad en la que circula la energía, los afectos, se mantienen los ritmos, la ternura. El niño se desarrolla entrecruzado por las circunstancias y va integrando las experiencias, unificando lo que viene del entorno y aportándole coherencia. M .V. Torres (2007). Por el contrario la madre que tiene dificultades para cualificar estímulos y dar la respuesta adecuada, impide un desarrollo emocional sano en el hijo para su autoconservación.

Teniendo en cuenta lo expuesto por los autores ya mencionados, a medida que los niños van creciendo y exploran cada vez en el mundo que los rodea, las emociones les ayudan a comprender nociones tan sencillas como caliente o frío, por ejemplo, que el niño aprende “demasiado frío” y “temperatura correcta” a través de baños placenteros o baños desagradables, biberones fríos o “en su punto justo”. Las emociones y el juicio crítico se van consolidando a partir de un trabajo de discriminación y generalización que se configura en relación a la modalidad que adoptan, en cada caso, con los encuentros intersubjetivos. La articulación y ajuste entre la estructura emocional y los procesos de análisis lógicos darán como resultado los actos de pensamiento. Los procesos de abstracción son considerados como la síntesis integrada de varias experiencias emocionales sobre los demás. La capacidad del ser humano de objetivar la realidad, de ordenarla, clasificarla, estableciendo relaciones a partir de la experiencia, se encuentra profundamente arraigada en el conjunto de emociones que regulan y significan los intercambios subjetivos. Significamos el mundo de acuerdo a nuestras experiencias,

historia vincular, constitución subjetiva, accionamos y le damos sentido a nuestro accionar mediante el uso del lenguaje que compartimos y recreamos con otros.

Brazelton y Cramer (1990) explica los aspectos esenciales de la interacción temprana, utilizando ciertos conceptos en la observación:

-sincronía: adaptar su conducta a los ritmos biológicos del bebé. Cuando se logra una comunicación sincrónica, el bebé responde y la madre puede sentir que ejerce control sobre la vulnerabilidad de su hijo y sobre la suya propia.

-simetría: significa que la capacidad de prestar atención del bebé, su estilo y sus preferencias, tanto para recibir como para responder, influyen en la interacción. En un dialogo simétrico el progenitor respeta los umbrales del bebé.

-contingencia: la capacidad del bebé para emitir señales al progenitor también depende de sus posibilidad de autorregularse. La contingencia requiere que la madre esté accesible, tanto cognitiva como emocionalmente. El resultado de las respuestas eventuales de modo predecible en su parte también se relaciona con lo que se ha denominado armonización selectiva.

-arrastre: puede prever cada uno las respuestas del otro, pueden establecer un ritmo como obedeciendo a una serie de reglas, creando una expectativa que parece arrastrar a cada miembro de la díada. El aporte de cada miembro parece inmerso en un impulso que han denominado “arrastre”. Este arrastre es un incentivo tanto para la madre como para el bebé, así como un poderoso factor en el crecimiento del vínculo.

-juego: El uso reiterado de conductas que emiten señales y la expectativa de que se repitan ciertos conjuntos de conductas interactivas varían incesantemente en las secuencias de “juego”. Dentro de cada secuencia, hay un conjunto de reglas que es establecido y reconocido por cada participante; los tiempos, los tonos, la intensidad, la duración y también el modo elegido, están todos gobernados por esas reglas. El bebé

está aprendiendo a conocerse a sí mismo y la madre a la vez aprende maneras de retener la atención del bebé.

Cabe agregar que sobre la importancia de reconocer la aportación específica de cada miembro de la díada Brazelton (1990) toma algunos puntos de referencia, incluyendo los siguientes criterios básicos:

-etapa del desarrollo: La función de los padres también es afectada por la etapa de desarrollo del niño, por lo que va cambiando a través de los meses y no se la puede evaluar mediante un examen una sola vez.

-observación de la conducta: nunca es puramente objetiva, dado que el observador constituye una presencia y una influencia activa, su participación puede modificar la interacción familiar.

-experiencia subjetiva: la experiencia interior de las madres respecto al hijo y las proyecciones de que lo hace objeto moldearán poderosamente la experiencia que tiene el niño de sí mismo.

-el enfoque complementario: se basa en datos extraídos de la observación y de informes subjetivos.

La obra de Bowlby (1969,1973 y 1980) sobre la “teoría del apego” se centró en demostrar cómo la proximidad a la madre que busca la cría humana no se basa solo en las necesidades autoconservativas de alimento o de placer sexual, sino que el infante necesita su presencia y su contacto en tanto relación social, y el afecto resultante es un sentimiento de seguridad. El hecho de que la madre considere y reconozca las características de su bebé y genere un sistema de adaptación a sus necesidades se constituye en el inicio de la vida en la “base segura” Bowlby (1980), que le permite al niño reconocerse con un yo distinto, capaz y poseedor de características personales en constante evolución y experimentación.

Por su parte, Serge LeVobici (1983) definió el observable “interacción” de acuerdo a cómo la interacción madre lactante es entendida como un proceso en que la madre entra en comunicación con su bebé enviándole ciertos mensajes, mientras que el lactante, a su vez, responde a la madre con sus recursos propios. Así, la interacción madre-lactante se presenta como el prototipo primitivo de todas las formas de intercambios posteriores; en esta conversación entre la madre y el bebé, las palabras y las frases son reemplazadas, muy a menudo en la madre y siempre en el pequeño, por mensajes extra-verbales: gestos, vocalizaciones, sonrisas. LeVobici (1983) transmite que se ha comprobado que los bebés presentan grandes diferencias individuales en su modo de entrar en interacción con la madre y entonces señala que las diferencias entre los bebés parecen constituir el origen de los distintos tipos de cuidados proporcionados en respuesta por la madre; ambos se potencian recíprocamente. Este autor plantea en la obra citada que “El modelo de la interacción madre-lactante se convirtió, entonces, en una secuencia de intercambios recíprocos que utilizan mensajes y señales propios del estadio del desarrollo del lactante”.

Los diferentes autores expuestos que se ocupan del tema manifiestan en relación a la capacidad de *rêverie* de la madre como “función” que le permite aprehender intuitivamente los mensajes que le dirige su bebé y responder a ellos de una manera suficientemente adecuada, no solamente para aportar al niño la satisfacción pulsional que él reclama sino también para proveerle el material sensorial y la experiencia emocional que son necesarias al trabajo de representación. Para el bebé, el otro es un regulador de sí mismo, la interacción es un modo de regular funciones del psiquismo, por ello la importancia de la empatía, y la posibilidad de pesquisar los estados afectivos y orgánicos del bebé. Si la madre se ha hecho cargo de la heteroconservación, devendrá la capacidad en el niño para el autocuidado y la

autoconservación. Por lo tanto en el adulto, como en el niño, la expresión y la discriminación de las emociones son esenciales en el procesamiento de la información.

4.5) *Características de las madres prematuras y bebés prematuros*

Según los autores Romana Negri (1994) y Torres M. V (2007) el embarazo es un proceso interno, en el cual hay que re-pensar el movimiento de la posición inicial y fusional hacia la investidura de objeto, interés materno que se corre de ella al bebé.

El post-parto es una experiencia crítica en un doble sentido: psicológica y fisiológicamente. La mujer se encuentra en condición de fragilidad aunque este estado va desapareciendo después de unos pocos días o meses, cuando la relación madre-bebé se establece más firmemente y uno se ajusta al otro. En una primera instancia, luego del nacimiento se produce una unión o juntura progresiva de las partes infantiles y maduras del *self* materno y del *self* infantil; luego la aceptación del bebé como alguien separado, cesura que produce el nacimiento, en el establecimiento de una nueva relación con el recién nacido. Es un proceso en el cual se produce el alivio de conflictos arcaicos con los objetos y las ansiedades y desilusión resultante de la interrupción de la fusión y de la pérdida de omnipotencia, así como de las ansiedades y el sufrimiento de la separación y la depresión.

Con la separación temprana entre madre y bebé, se produce una interferencia significativa en el proceso descrito, que tiene implicancias en cuanto a la potencialidad depresiva para la madre, dándose la hospitalización del bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos con una intensa movilización emocional de la díada. Este puede ser un verdadero trauma para la madre, porque es una interrupción del proyecto de los planes

de familia. El nacimiento de un bebé prematuro tiene sus repercusiones cuando se trata principalmente de padres primerizos; el bebé es una persona que les brinda la oportunidad de convertirse en una familia, de continuar desarrollándose y de adquirir, de hacerse de otra oportunidad que brinde la vida. El hijo es la expresión de sus mejores cualidades y de las mejores cualidades de sus padres, con él se consigue una armonía más completa en la familia.

La idea sería entonces que entre la madre y el bebé se espera una satisfacción mutua; la idea de una madre lo suficientemente buena, con una identificación y soporte de una madre buena interna. También actúa como soporte la existencia de una realidad buena externa durante el puerperio y la maternidad temprana.

Negri (1994) realiza un aporte teórico y de técnicas de intervención útiles para la investigación en el abordaje de la temática: el acercamiento de la madre:

Es importante establecer contacto directo con los niños en la Unidad de Cuidados Intensivos, mediante el amamantamiento y el mantenimiento de la relación de la dupla.

Desde los primeros momentos de la hospitalización, es importante conservar durante la mayor cantidad de tiempo posible el contacto y la cercanía que se tornan muy significativos para el estado emocional de la madre y también para la condición física y mental de los niños.

Esto aparece confirmado por Brazelton al referir en términos generales que los bebés prematuros que son sostenidos por sus mamás y tienen intenso y frecuente contacto corporal con ellas durante la hospitalización exhiben/presentan una cantidad considerablemente menor de ataques de apnea y su peso corporal se incrementa adecuadamente; presentan una menor cantidad de evacuaciones y un importante

desarrollo de las funciones del sistema nervioso, todo lo cual persiste aún después del alta.

Teniendo en cuenta la difícil situación anticipada e inesperada de un nacimiento prematuro, en la madre prematura surgen algunas cuestiones y sensaciones ambivalentes, de las que teorizan algunos autores; tales como:

-Ansiedad acerca de la muerte:

Se reactiva en la madre la ansiedad acerca de la muerte cuando nace un bebé prematuro o un bebé en alto riesgo, ante el fantasma de la inminente muerte de sus lados parentales e infantiles. Las madres manifiestan sueños en los cuales aparece recurrentemente y en cantidad la sangre.

Negri alude a que las ansiedades en relación con la muerte proyectadas en el niño aparecen mediante un sentimiento desagradable y doloroso al ver al niño tan pequeñito y desvalido con la consiguiente preocupación y desilusión por la situación nueva. La misma autora señala cuán importante es que se les permita a las madres vivir cerca del niño durante la mayor parte del día ante la amenaza que representa el cuadro del niño.

-Herida al narcisismo:

Cuando nace un niño con dificultades, su madre siente un profundo dolor. Se trata de una herida infligida al narcisismo y de la madre que no ha procreado una criatura bella, aquella que se correspondería con su bebé ideal. ¿O será tal vez una experiencia conectada con la proyección de “lo horrible de la muerte” en el bebé, que es visto como horrible en sí? .Un profundo dolor emerge por no contar ya con la posibilidad de hacer crecer al propio hijo en el propio cuerpo. Los bebés prematuros con severo riesgo de vida pueden ser objeto de proyecciones persecutorias muy intensas, que repercuten negativamente sobre el estado mental de la madre.

-El conflicto estético:

Se refiere a las repercusiones del nacimiento de un bebé prematuro en la situación emocional de la madre que generalmente opera de modo negativo en el desarrollo infantil. Las ideas de Meltzer (1990) sobre “el conflicto estético” señalan que el problema de la belleza es sumamente relevante en la esfera de la intervención con estos pequeños, puesto que es aquí donde se puede ver claramente de qué modo la belleza y el peso corporal están directamente relacionados con la viabilidad del desarrollo de esos niños.

Negri(1994) refiere que las madres deben ser custodiadas y ayudadas por el personal de la institución, las madres deben ser colocadas en una posición donde no se sientan pasivas, sino que cooperen en el plan de asistencia que ha sido organizado para su hijo; esto significa hacerlas responsables en ciertos campos limitados: permitirles que controlen el correcto funcionamiento del equipamiento/de la aparatología, el fluido regular en los tratamientos de transfusión, etc., y que noten y den cuenta de las posibles respuestas de los bebés. La observación directa del bebé, junto con el conocimiento del mismo y la utilidad del aparato, del porqué de la tecnología, puede constituir una manera de evitar el sucumbir a elevados niveles de ansiedad.

Romana Negri en Milán procede en estos casos de la siguiente manera: se encuentra con la madre unas horas después del nacimiento y conversa con ella. Le comenta qué vio; le señala la importancia de que permanezca junto a la incubadora y los momentos del día en que podrá hacerlo; la escucha. Chequea la información disponible respecto de la situación psicológica de la madre y considera el impacto emocional que ha producido en ella el nacimiento de un niño en peligro de no sobrevivir, resultando relevante considerar el riesgo psicológico en el que se encuentra la madre.

Esta evaluación suele hacerla en conjunto con las enfermeras quienes, al compartir una gran cantidad de tiempo con las familias, conocen a la perfección la situación que atraviesan, y cuentan con datos de gran importancia y utilidad para las intervenciones respecto de las madres.

Romana Negri discute con ellas las actitudes parentales y la frecuencia con que visitan al niño. Muchas veces, pueden conocerse así y solucionarse los problemas sociales que no permiten que estén el tiempo suficiente con el niño, ya que las ausencias pueden derivarse de problemas sociales o de problemas psicológicos. En las situaciones psicológicas y socialmente menos favorables, el procedimiento es el mismo; se trata de acomodarse a las necesidades de la madre y ajustar sus visitas a sus posibilidades. En contrapartida, requiere su compromiso y participación para establecer una relación cercana con el bebé.

Una observación semanal no permite seguir y captar los rápidos cambios que experimenta un niño enfermo, ni las sucesivas fases que caracterizan su desarrollo. Negri señala que es preciso observar varias horas día tras día al niño mientras se encuentra hospitalizado. La observación de la madre (anterior y posterior al alta) no es una elección casual y, en el caso de un bebé prematuro, se realiza en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, que resulta ser el medio natural para un niño en tales condiciones, el único lugar donde puede sobrevivir en esta situación.

La observación del infante perdería todo sentido si, al desarrollarse en la Unidad de Cuidado Neonatal, no se considerara también –y especialmente- el cuidado de las enfermeras y la emotiva presencia de la madre. Por ello la madre y las enfermeras se mantienen al tanto del trabajo y constituyen parte de él, y sus reacciones espontáneas son tenidas en cuenta como parte de la observación. Tal vez podría pensarse en

desarrollar una futura investigación en donde se incluya y se profundice solamente el vínculo enfermeras–bebé.

-El proceso de separación-individuación:

Comenta Negri que las madres suelen pedir entrevistas para hablar sobre ellas mismas, sobre sus otros hijos, si los tuvieran, y sobre su situación emocional. Es importante, a partir de aquí, realizar una distinción entre el recién nacido, su dolor y su sentir, y la dificultad emocional personal de la madre, resultado de la experiencia impactante y angustiante de un nacimiento prematuro. La comprensión y el discernimiento de las madres, de su propio sentir y emocionalidad, les permiten distinguir lo que vive y siente el bebé y allanan el camino al proceso de separación–individuación, que es muy difícil de alcanzar en los niños nacidos prematuramente, y especialmente en aquellos que desarrollan síntomas de parálisis cerebral.

-Ansiedad catastrófica y sentimiento de culpa:

Desde el comienzo, y en muchos casos, las madres aparecen muy compuestas y armadas, por lo cual es difícil detectar la presencia de la ansiedad catastrófica en las primeras entrevistas. Las madres, apelando a su aparente calma, evitan pensar en el drama que tiene lugar en la Sala de Cuidados Intensivos Neonatales. Es importante aliviar la culpa de la madre que se siente muy presionada por la circunstancia crítica del hijo en riesgo grave de muerte y por el hijo que han traído al mundo (con deficiencias y/o serias dificultades).

Las intervenciones de Negri se dirigen a mostrar a las madres la posibilidad de que el niño se recupere de la experiencia dolorosa y partir de su acompañamiento, lo que les permite conectarse con la parte de ellos que se siente desvalida y necesita ayuda.

La validez de estos modelos de intervención presentados por Negri ha sido confirmada por su pertinencia en la recuperación y evolución de los casos.

El objetivo del acercamiento a las madres, según Negri, tiene como ventaja el hecho de que desarrolla la capacidad en las madres de distinguir entre las emociones del infante y las propias, emociones dominadas o teñidas por la compleja situación de ansiedad generadas por el nacimiento prematuro. La conciencia de estas situaciones motivó a algunas madres a requerir asesoramiento para ellas mismas.

Negri hace hincapié constantemente en la necesidad de trabajar sobre la ansiedad y angustia maternal y sobre la distinción de lo vivido y experimentado por las madres y lo vivido y experimentado por el niño.

-Encontrarse con las madres de niños que mueren:

Las modalidades de acercamiento propuestas anteriormente también pueden aplicarse al encuentro con, y tratamiento de, madres con niños que nacen prematuramente y/o con patologías graves, y mueren. Es frecuente, dice, que las madres de estos niños lleguen a la consulta aún cuando están internados u hospitalizados; que requieran un asesoramiento y una contención en las circunstancias de la muerte del bebé, pero que luego –una vez que abandonan la institución– no vuelvan a contactarse con el terapeuta.

-Dificultades de la observación en la incubadora:

Negri ha descrito las dificultades con que el observador se encuentra en la observación de un niño prematuro en el contexto de su familia. Esto apunta a las emociones del niño, que suelen ser tan intensas durante la edad temprana al punto de interferir con la capacidad perceptiva del observador y alterar la calidad misma de la observación. Estas dificultades ejercen mayor presión en el ambiente de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, donde el bebé se encuentra frecuentemente en una situación dolorosa y extremadamente crítica, luchando por sobrevivir.

No resulta sencillo observar a un niño con movilidad reducida/inmóvil y sometido a tratamientos invasivos y a procedimientos terapéuticos sangrientos. Para un niño prematuro seriamente comprometido, esto no es todo. Además de presentarse como una criatura frágil y sufriente, por un largo tiempo manifestará una peculiar inadecuación en sus posibilidades y capacidad de reaccionar e interactuar. Puede pasar de la absoluta incapacidad para responder aún a los estímulos nociceptivos generados por el propio ambiente (hiporreactividad), a una excesiva respuesta ante acciones específicas (hiperreactividad). En comparación con los niños nacidos a término, el niño prematuro se presenta mucho menos alerta, reactivo y responde menos socialmente durante la primera etapa de la vida. Lo que está especialmente señalado en la literatura especializada es la extremadamente pobre capacidad para interactuar con aquellos que lo cuidan y asisten. Esta es una de las razones por las cuales resulta tan difícil observar una criatura en este estadio de su desarrollo. Es una experiencia dolorosa, difícil de tolerar, porque uno está confrontado con los caracteres embrionarios de la actividad mental.

Esta experiencia es compartida por todos aquellos que forman el entorno del recién nacido: observador, médicos, enfermeras y padres. Las ansiedades en relación con la muerte y la posibilidad de que la vida no prevalezca tienen un efecto paralizante e interfieren con el hecho de no poder ver al bebé como una criatura viviente; en consecuencia, se siente con pocas posibilidades de ayudarlo o sin ellas directamente. El niño está verdaderamente luchando por sobrevivir, entonces surge cierta identificación con él y se experimenta un sentido de rebelión. En el caso de los recién nacidos prematuros, durante el primer período de sus vidas estos no ofrecen a los observadores nada vital a lo cual aferrarse y a través de lo cual conectarse con ellos; es sumamente difícil detectar algún elemento vital o alguna respuesta en ellos. Mirando a la criatura

acostada en la incubadora parece imposible pensar y mantener un nivel de atención flotante. Por ello, durante las primeras observaciones, durante el primer período, puede aparecer una intensa y violenta frustración, que es muy difícil de tolerar.

Para Negri, la examinación del bebé debe basarse en la búsqueda de “competencias proposicionales”¹ y no en su capacidad o habilidad para desarrollar movimientos involuntarios o para responder a los estímulos.

- Acciones directas en el niño que se encuentra en la incubadora:

a- observación.

b- postura.

c- ajustes en la iluminación para reducir la intensidad lumínica.

d- vestir al bebé con un sombrero de algodón colorido y medias desde temprano.

e- estimulación cutánea: piel de cordero bajo las sábanas; masajes suaves realizados por mamás y enfermeras; las manos de mamás y enfermeras se colocan en posición de contenedor durante la alimentación.

f- estimulación acústica: mensajes verbales proferidos por madres o enfermeras a través de la apertura de la incubadora; terapia sonora (introducción de una grabación del latido materno o de las voces de las madres).

g- estimulación gustativa: gasas embebidas en agua azucarada; jarabes o esencias en el dedo de la mamá o la nurse.

h- succión no nutricional.

i- estimulación propioceptiva y vestibular: mecimiento.

¹ “Competenza Propozitiva” - “Competencias proposicionales” según Milani Comparetti (1982). El autor señala que la observación del desarrollo motor del feto sugiere que el individuo predomina por sobre el ambiente, en tanto se nota la insistencia o el acento de la puesta en acción de la competencia primaria individual. Este punto de vista se opone a los modelos comportamentales/conductuales y a los ambientes – dependientes o medio-dependientes y reflexológicos. Un carácter constante del proceso ontogenético y del comportamiento motor parece ser el rol esencial del sujeto, quien se proyecta en el mundo que lo rodea y se crea a sí mismo a partir de sus propias competencias proposicionales o propositivas.

j- estimulación vestibular: oscilaciones de la cabeza a los pies, producidas por presión rítmica en la matriz acuática en la que el bebé se halla.

k- desvinculación del respirador a partir de la reeducación respiratoria: esquema corporal; elongación del tórax (ejercicios de ampliación de la capacidad torácica).

- Acciones sobre los niños en la sala de cuidado y atención neonatal:

a- atención dirigida especialmente por el *staff* de enfermeras y cuidadores a los problemas emocionales durante la rutina de cuidado del bebé.

b- alimentación a cargo de la madre y/o padre; los padres también están invitados a visitar al niño entre comidas.

c- contacto piel a piel entre madres y niños: se ofrece al bebé el “cuidado de canguro”, esto es, se lo coloca contra el cuerpo de la madre, contra su pecho, sujeto por una cinta o una manta.

d- amamantamiento suplementario: permite a la madre alimentar a su bebé prematuro con el pecho, aún en el caso en que su leche sea insuficiente. Es también el caso de los niños con dificultades para succionar o de aquellos que se entrenan, se preparan para alimentarse del pecho de su madre.

e- desarrollo de una actitud de rehabilitación en mamás, enfermeras y cuidadoras hacia los niños seriamente afectados en el aspecto neurológico, bajo la supervisión de un fisioterapeuta.

Se presentan otros autores que han investigado sobre el tema, Monti Fonseca, L.M; Carmen Gracinda Silvan-Scochi (2007), quienes realizaron estudios tratando el sitio de la atención en puericultura en el cuidado en salud, utilizando entrevistas no estructuradas con madres y profesionales de dos unidades de salud de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Los resultados apuntan aspectos sobre el modo cómo los profesionales ven a

los sujetos, el modo cómo la salud del niño es acompañada, y la eventualidad de los cuidados. En el seguimiento del niño, es importante la adhesión al acompañamiento de la salud, la longitudinalidad de los cuidados y, sobre todo, la preocupación de las madres. El cuidado del niño en la atención primaria a la salud tiene carácter contingencial, debe lidiar con la eventualidad, incertidumbre y acontecimientos vinculados a las experiencias, integrando saberes prácticos y saberes técnicos.

Otra autora que ha investigado sobre el tema es Gallegos Martines, (2004), realizando un estudio para promover un modelo de participación familiar en la Unidad Neonatal en el que pone el acento en la importancia de iniciar el contacto precoz entre la madre y el hijo. Se parte de la base de que existe exposición de los niños y padres a un medio hostil, como es la Unidad neonatal, que por una parte dificulta la organización del cerebro en desarrollo del niño y por otra, produce en los padres un impacto emocional que puede modificar el proceso de crianza y de vida de los egresados de las Unidad Neonatal. Esto lleva a plantearse la necesidad de transformar la visión asistencial del paradigma biotecnológico y a complementarlo con el paradigma de holismo y humanización del cuidado en la Unidad Neonatal a través de modelos emergentes como el cuidado centrado en el desarrollo y modelo en la familia, que tiene como objetivo dar soporte a la participación de los padres en el cuidado del hijo en la Unidad Neonatal y promover la interacción madre-hijo para apoyar el crecimiento y neurodesarrollo del niño lo que ha mostrado resultados satisfactorios en el establecimiento del vínculo y un mejoramiento de la evolución clínica del neonato así como una reducción de la mortalidad, entre otras ventajas.

5) *Objetivos*

5.1) *Objetivos generales*

- Explorar las interacciones entre madre e hijo en el Servicio de Neonatología.
- Explorar las manifestaciones de bebés entre 27 y 32 semanas de gestación a partir de los estímulos provenientes de la madre.

5.2) *Objetivos específicos*

- Determinar los tipos de manifestación de los bebés prematuros (la mirada, el toque, las señales faciales y corporales, alimentación, estado de irritabilidad, primeros signos de placer o displacer).
- Describir las manifestaciones del bebé al entrar en contacto con los estímulos provenientes de la madre.
- Describir las manifestaciones del bebé que permanece en la incubadora sin el contacto materno.
- Conocer diferencias que se puedan observar en las manifestaciones del bebé en interacción con su madre y sin el contacto materno.

6) **Metodología**

6.1) *Tipo de trabajo de investigación*

De acuerdo a su fin:

- Aplicado

De acuerdo al tipo de investigación:

- Descriptivo

6.2) *Plan de análisis - Propuesta general*

Desarrollé algunos tipos de manifestaciones de bebés prematuros, especificando si se observan diferencias en la interacción con su madre estando en brazos de la misma o mientras permanecen en la incubadora.

Implementé la observación participante con la intervención del terapeuta.

Organización cronológica del plan de trabajo

- Selección de la muestra, con consentimiento de los sujetos.
- Determinación de la fecha de inicio.
- Se realizaron entrevistas individuales y cuestionarios para recabar información.
- Tiempo de duración: dos meses aproximadamente.
- Tres encuentros semanales.
- Obtención de conclusiones esperando cumplir con los objetivos propuestos en la direccionalidad planteada.

Fue preciso observar varias horas mientras el niño se encontraba hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, que resulta ser el medio natural para un niño en tales condiciones.

Consideré también en la observación el cuidado de las enfermeras y las verbalizaciones espontáneas de ellas acerca del bebé y los padres, enfocando mi

atención principalmente en la observación de manifestaciones del bebé en presencia de su madre y en su ausencia.

6.3) *Variables*

La observación como método para producir el abordaje puede resultar en una variable a la que se considere una constante. Se indica como una instancia de validación particular la fase expositiva en el marco de un proceso de investigación científica, es decir, se la considerará como una "constante", en la medida en que el mismo observador ha abordado la observación y la recolección de datos.

Las principales variables son entonces: las manifestaciones del bebé prematuro y el fruto de la interacción materna del desarrollo emocional en el cual el infante organiza la experiencia afectiva, interactiva, comunicativa, motriz y sensorial en el impacto de la interacción materna en todo su espectro.

6.4) *Desarrollo de los conceptos que se constituyen en la base de observación*

Tomaré para la observación los conceptos del texto *Clasificación Diagnóstica Internacional* "De 0 a 3" (1998) porque se trata de un texto de impacto internacional; específicamente determina los procesos básicos interrelacionados que surgen en el desarrollo, uno a continuación del otro, teniendo en cuenta que cada uno continúa desarrollándose y se hace más complejo a medida que el niño crece.

.Relacionamiento e interacción:

Describe la modalidad de relación progenitor–infante; compromiso, metas comunes, captación del otro y modalidad de la respuesta. Específicamente si el niño adquiere conocimientos a través del sistema motor, si se concentra y planifica, si asocia su experiencia.

.Afecto:

Describe la calidez o el desinterés, el placer o el displacer puesto de manifiesto en la interacción interpersonal. La modulación y la intensidad de la expresión. Describe si registra emocionalmente la existencia de otro, considera sus expresiones, conductas y entonamiento.

.Comunicación y lenguaje:

Describe los gestos y expresiones portadoras de sentido, de carácter intencional, simples o complejos así como sus contenidos simbólicos si resultan improcesables. También si intercambia señales comunicacionales, si interrelaciona procesos subjetivos y objetivos. Nivel de la comunicación: pre-simbólica.

.Procesamiento sensorial y motriz:

Describe la modalidad en la que los niños conectan sus experiencias sensoriales con la interacción y los sentimientos interpersonales. Grado de reactividad a los estímulos, modalidad de la respuesta: autocalmante, autoestimulante, rítmicas,

productoras de *input* táctil o auditivos, perseverante o promotora de respuestas motrices planificadas. Describe la modalidad con la que cualifica, discrimina establece relaciones dando sentido a las sensaciones. Winnicott describe el rol de la madre mediante el cual ella refleja como un espejo los estados psíquicos del bebé para que él los vaya reconociendo y se vaya conociendo a sí mismo a través de su madre.

Los ojos de la madre buscan y reciben la individualidad del bebé y se la devuelven en palabras, gestos, acciones con la intención de ayudar al bebé a reconocerse a sí mismo. El hecho de considerar y reconocer en forma total y única estas características se constituye en su “base segura” Bowlby (1982) desde la cual puede reconocer su yo como distinto, capaz y poseedor de características personales en constante evolución y experimentación.

.Adaptación:

Describe la modalidad de reacción a las experiencias, a los cambios de rutinas, de ambientes familiares, de cuidadores.

6.5) Muestra

Realizaré una investigación tomando en la observación un máximo de dos casos, descriptos a continuación, para la cual se atendieron básicamente los siguientes criterios:

- Edad gestacional de 32 semanas y 27 semanas.
- Ausencia de trastornos orgánicos y genéticos. No se constatan anomalías.
- Entrevistas individuales y vinculares con el bebé.

La idea de la investigación es la selección de la muestra teniendo en cuenta las manifestaciones de bebés prematuros en interacción con sus madres, entendida como tal

aquella que sostiene la interacción y cumple la función de traductor, filtro y lugar de descarga.

He realizado la observación de dos casos llevando el seguimiento en forma paralela. Los dos casos ingresan al Hospital al mismo tiempo y pertenecen a localidades cercanas de la ciudad de Bahía Blanca que, por no poseer en el lugar la disponibilidad de un Servicio Neonatológico para la asistencia de prematuros son trasladados al Servicio de Neonatología de este Hospital Privado de la ciudad de Bahía Blanca. En este punto es importante estudiar y averiguar acerca de las características de la zona de donde proceden las familias para conocer la idiosincrasia propia del lugar.

Esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Neonatología de un Hospital Privado de la ciudad de Bahía Blanca donde fueron observadas las manifestaciones y evolución de los bebés, uno de ellos de un tiempo de gestación de 27 semanas, que llamaremos José, y la otra, que llamaremos Ema, de 32 semanas. Para ello tuve en cuenta ciertos aspectos diferenciales en el análisis respecto de la interacción temprana con sus madres. En ambos casos se observa el tipo de interacción entre madre e hijo, y la capacidad de la madre para recepcionar las intervenciones del observador.

El más pequeño, de 27 semanas, con 900 grs. de peso al nacer, se autonomizó rápidamente, prescindiendo del respirador a los tres días de nacido, y la leche parenteral fue reemplazada por la leche materna.

Ema, por su parte, era una beba prematura de 32 semanas que pesó al nacer 1.560 grs. Esta niña no pudo establecer circuitos de interacción y finalmente, aunque sin mayor daño orgánico, falleció al mes de vida. Su madre rechazó las intervenciones del observador participante, sosteniendo la desconfianza a los aportes provenientes del afuera.

José, en cambio, pudo establecer circuitos de interacción con su madre, y fue así evolucionando sin dificultad. Su madre se mostraba con apertura ante las intervenciones del terapeuta.

6.6) *Procedimiento*

-Síntesis del trabajo realizado

Selecciono las muestras en forma aleatoria, con el consentimiento de los sujetos. Les comunico acerca de la investigación a llevarse a cabo, sin especificar detalles al respecto, mi presencia es la de un observador participante. Se determina la fecha de inicio y el tiempo de duración, de dos meses aproximadamente. Se pactan con los padres tres encuentros semanales en distintos horarios, teniendo en cuenta los horarios de los que dispondrán los padres para las visitas.

Luego de observar el modo de acercarse al hijo, mantengo entrevistas de tres encuentros por semana con las madres, a los fines de recabar información sobre la maternidad, fantasías y sus historias de vida. También elaboré un cuestionario con el fin de conocer lo que piensan las madres de sus hijos.

Para organizar y optimizar la observación elaboré una grilla tomando indicadores específicos que me permitieran mostrar las características de la conducta del bebé, de su madre por separado y la interacción entre ambos.

Cabe aclarar que fue preciso observar varias horas al niño en la incubadora, y por otra parte a la madre en contacto con su hijo.

-Pasos

- . Lectura de historias clínicas.
- . Exploración bibliográfica con los autores ya citados y otros.
- . Identificación de modelos y pautas de observación.
- . Recorte de los hechos a la luz de los modelos teóricos utilizados para proceder a la exploración.

6.7) Cuestionario para aplicar a las madres acerca del hijo

- ¿Qué capacidades considera usted que tiene un bebé prematuro a diferencia de un bebé nacido a término?
- ¿Qué siente su hijo/a?
- ¿Qué piensa su hijo/a?
- ¿Qué necesita?

6-8) Entrevistas (recolección de datos)

Se realizan entrevistas para recabar algunos datos importantes en relación al lugar que tiene el bebé en la madre:

- Fantasías y ansiedades de la madre (embarazo, parto, nacimiento, etc.).
- ¿Es una mamá que se deja cuidar o maternar? ¿Pide auxilio o ayuda? ¿La acepta? ¿Acepta y toma los comentarios del observador?
- ¿Cómo describen al hijo? ¿Encuentran parecidos?
- ¿Cuál es la percepción que la madre tiene de su bebé?
- ¿Hubo niños anteriores muertos o embarazos interrumpidos?

- ¿Cuáles son los conflictos no resueltos de la madre?, si los hubiera.
- Respuestas que la madre da al hijo en las cuales se evidencia la proyección que ella hace en su hijo de ciertos atributos positivos o negativos.
- ¿Qué manifestaciones o respuestas observa del hijo?
- Deseo de embarazo.
- Deseo de maternidad.
- Impacto que produce la fisonomía del niño: proyecciones, significación para la madre, enfermeras y médicos.
- Relevancia en considerar la imagen del niño “vivo” en la cabeza, en la mente de la madre.
- ¿Cómo se ha vivenciado desde la madre la separación temprana?
- Repercusiones en la madre del nacimiento del bebé prematuro.
- Trabajar la relación madre, padre e hijo (ansiedades, miedos, riesgos de la salud del bebé).
- Las ansiedades acerca de la muerte. ¿Se proyectan en el hijo?
- Herida narcisista.
- Sentimiento de culpa.
- Patología de base de la madre.
- Embarazos interrumpidos anteriores, muertes de otros hijos.
- Se realizan entrevistas con la madre a partir de los primeros días de hospitalización, cerca de la incubadora, y otras alejadas de la misma y del niño.
- Con el *staff* médico y no médico:
 - encuentros grupales de discusión (desarrollo semanal).
 - completamiento y discusión de protocolos.
 - discusión de material de observación.

- observación del prematuro “a puertas abiertas”.

6.9) *Elaboración de una grilla*

De acuerdo con lo desarrollado en el soporte conceptual (Protocolo) que todo trabajo metodológico-operativo supone, se realiza un cuadro o grilla que permitirá visualizar las variables y sus dimensiones y operativizar el análisis de los casos en la interacción madre e hijo .

Como protocolo para la observación utilizaré la Escala de Acquarone-Hannon y de Romana Negri combinadas y modificadas aportando mis propios sesgos al tema.

<p>SOSTÉN (<i> Holding</i>)</p> <p><i> Madre e Hijo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Postura del bebé cuando está en los brazos de la madre, por ejemplo, cómodo flácido, rígido, inquieto. • Postura del cuerpo de la madre cuando alza al bebé en sus brazos o de otra manera, por ejemplo, segura, cómoda, desequilibrada, grosera, etc.
<p>POSTURA EN LA INCUBADORA</p> <p><i> Hijo</i></p>	<p>Temblores, anomalías posturales (rigidez en los movimientos), movimientos estereotipados: gestos repetitivos con las manos.</p>
<p>MIRADA</p> <p><i> Madre e Hijo</i></p>	<p>Desde la madre y el bebé contacto visual. Se conectan a través de la mirada o se evitan.</p>
<p>TOQUES</p> <p><i> Madre</i></p>	<p>Respecto al contacto físico: caricias (desde la madre).</p>
<p>SEÑALES</p> <p><i> Madre e Hijo</i></p>	<p>Comunicación a través de ellas, expresiones faciales, corporales, sonidos sugestivos que busquen producir una respuesta afectiva.</p>
<p>CONSOLARSE</p> <p><i> Bebé</i></p>	<p>Capacidad de calmarse cuando está incómodo o trastornado, por ejemplo, chuparse el dedo.</p>
<p>ALIMENTACIÓN</p> <p><i> Madre e Hijo</i></p>	<p>Actitud del bebé antes y durante la comida, por ejemplo, girar la cabeza, mover los brazos, reflejo de succión.</p> <p>Actitud de la madre en relación a la forma de interpretar y</p>

	<p>satisfacer las necesidades del bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anticipación, tener el alimento fácilmente disponible. b) Prestar atención y/o hablar con el bebé. c) Interrumpir la alimentación sin motivo, hablar con otros o mirar en otras direcciones. d) Estar asustada, angustiada o presentar alguna forma de delirio. e) Se presenta apática.
<p>HISTORIA PSIQUIÁTRICA <i>Madre</i></p>	
<p>ESTADOS DE IRRITABILIDAD <i>Bebé</i></p>	<p>(Responde a procedimientos placenteros).</p>
<p>PRIMEROS MOVIMIENTOS MENTALES <i>Bebé</i></p>	<p>(Se observan primeros signos embrionarios de la necesidad del otro, necesidad de relación e interacción).</p>

6.10) *Estudio de los casos: Observación y explicación sobre la práctica clínica en la unidad de cuidados intensivos*

Describo aspectos de las manifestaciones de los bebés prematuros en interacción con su madre, y la modalidad en que la madre procesa y cualifica las expresiones del hijo en el transcurso de sus interacciones, así como sus efectos.

Desarrollo una síntesis y hago el análisis del estudio de los casos. Para su presentación adjunto una grilla que hace más simple la lectura de los ítems propuestos en el análisis. *A posteriori* elaboro los resultados.

6.10.1) *Caso José*

La mamá de José, Alejandra, permanece internada en reposo durante tres días por riesgo de parto prematuro y fisura de bolsa. Su marido la acompaña. Me acerco a ellos presentándome como parte del servicio. Ambos se perciben asustados, “es todo tan de golpe, que todavía no podemos caer... fue todo muy rápido, ayer me hice la ecografía, y ahora me dicen que ya está por nacer”. Se encuentran bajo el impacto de la situación, hablan de lo abrupto, de lo inesperado.

La madre se pregunta por el bebé, cuándo lo podrá conocer, tiene principalmente las expectativas puestas allí, en su hijo que está por nacer. Le pregunto acerca del nombre del bebé, y dice que aún no lo han pensado. Los incentivo para que vayan pensándolo.

Al tercer día de internada le realizan la cesárea, había riesgo de infección. José nace el 21 de abril del 2010, con 900 grs. Su madre lo ve en el momento de nacer pero la debilidad de su hijo no le permite tomarlo en brazos, lo cual lamenta mucho. “Apenas pude verlo porque enseguida lo llevaron a la incubadora”.

Las enfermeras lo habían alejado de su madre, no obstante durante la noche Alejandra, tambaleando, había ido a ver a su hijo. Cerca de la incubadora, impresionada por tantos cables eléctricos, por los ruidos del monitor y del oxígeno, escucha las explicaciones sobre el estado del bebé y los aportes que los médicos le hacían para garantizar su viabilidad.

José es el primer hijo de la pareja, sus padres son primerizos. A pesar del temor que en ellos despierta la situación de riesgo implicada en la llegada anticipada del bebé, se muestran fortalecidos y en condiciones de poder tratar este hijo en dichas circunstancias. Se suman a sus dificultades el hecho de que este bebé era gemelo de otro que detuvo su desarrollo *in útero* durante el curso del tercer mes de gestación.

Si bien la madre está atenta y se visualizan en ella condiciones psicológicas apropiadas para afrontar tal situación de riesgo, el objetivo del trabajo con ella circula en torno de contribuir con interrogaciones para que alcance la comprensión de su bebé y que la misma se vea representada en la interacción. La madre de José muestra cierta programación inconsciente para buscar y valorar la individualidad del bebé.

La madre fue trasladada rápidamente a un Hospital Privado de la ciudad de Bahía Blanca (a 120 km. del lugar en que nació); el traslado era imprescindible, en su pueblo no se contaba con un Servicio de Neonatología que pudiera dar respuestas a las exigencias de un bebé prematuro de **las características de José**.

Los primeros días José es asistido con respirador, se encuentra en Terapia Intensiva Neonatal. El exceso de estímulo sonoro o de luminosidad en el ambiente es desagradable para el recién nacido, allí se encuentra inserto José. Se observa que le molesta la luz, ante este estímulo cierra fuertemente los ojos.

La madre, al observar a José, refiere que ante el primer impacto visual creía que se iba a impresionar por el pequeño tamaño de su bebé; pero no fue así: “no lo veo

tan frágil”, dice su mamá y agrega que lo ve parecido al padre; mira maravillada a su hijo. Acaricia la mano de José y el bebé responde apretándole el pulgar, ella se emociona frente a la respuesta del hijo y dice: “José es fuerte, le va a pelear a la vida. No quiero angustiarme porque no se lo quiero transmitir a él”.

La madre se saca la leche, que será administrada por sonda. También se le suministra la parenteral por suero, en forma complementaria. Ella manifiesta una actitud temerosa, debido a los ruidos de los aparatos y alarmas que por momentos aturden. Dice sentirse especialmente apoyada por su marido “No sé qué haría sin él”.

Luego de la observación y el encuentro con ella le entrego el cuestionario que explora lo que ella piensa sobre la capacidad del bebé prematuro. Al recibir el cuestionario ya completado hablamos sobre las características del bebé prematuro en general y la importancia de la interacción madre - hijo. La idea de registrar por escrito las capacidades que ella piensa tiene su bebé, ayuda a la madre a reflexionar y a comprender a su bebé e identificar a los recién nacidos prematuros. La idea sería comprender cómo evalúa y juzga la madre el estilo de respuesta del bebé.

Al responder al cuestionario, refiere la madre: “No entiende con palabras, pero sé que siente.”, “Me reconoce por la voz.”, “Se da cuenta de que estoy cerca de él, lo siento, siento una conexión muy fuerte con él.”

Con seis días de nacido la madre lo toma en brazos por primera vez. Promovimos esta acción ya que el bebé no necesita respirador, ni cámara de oxígeno. La madre se muestra ansiosa por este contacto corporal con su bebé.

A José se lo ve inquieto e irritable, había intentado quitarse la sonda. La madre le habla con ternura y tranquilidad intentando calmarlo, le toma la mano y él responde al tacto, se calma. Se lo ve a José muy activo e inquieto, responde con irritación a las prácticas hospitalarias.

Cuando su madre lo toma en brazos, las pulsaciones aumentan, por el contrario, en posición horizontal en la incubadora, dormido, sus pulsaciones bajan. José se durmió en brazos de la mamá, las pulsaciones y respiración seguían manteniéndose constantes.

A las dos semanas de nacido, la madre manifiesta que José “En el día de ayer ha tenido apnea, coincidió cuando lo pasaron de sector a cuidados intermedios y con la ida del papá”. Al padre ya se le termina la licencia y tiene que retomar el trabajo, volvería para el fin de semana. Esta situación angustia mucho a la mamá “Me quedo sola, estamos acostumbrados a estar los tres”. Ella piensa que la recaída de José se asocia a la ida del padre.

Cabe aclarar que la madre siempre está acompañada por familiares o amigos, quienes actúan como soporte, esto marca la existencia de una realidad buena durante el puerperio y la maternidad temprana. Alejandra se aloja en un departamento a una cuadra del Hospital, cubierto la obra social. A pesar de la contención familiar que recibe, ella destaca principalmente el apoyo afectivo incondicional de su marido, “Sin él no podría con José y con esta situación”. Se puede pensar que en este punto ella se siente fuerte narcisísticamente porque se encuentra sostenida por su pareja como mujer. El estar sostenida como mujer le permite también sostener a su hijo.

La mamá tiene una permanencia constante en el hospital, se retira solo a la noche, y regresa a la mañana temprano, mantiene la relación de a dos. Desde los primeros momentos de hospitalización la madre se acerca la mayor parte del tiempo posible. Transmite la importancia del contacto y cercanía, que es muy significativo para el estado emocional de ella y también para la condición física y mental del niño.

José se mantiene despierto y mira con los ojos abiertos por una buena fracción de tiempo.

En las entrevistas realizadas con la madre, manifiesta una angustia permanente aunque desconoce los motivos aparentes. La madre refiere que aún no lo ha inscripto en el Registro Civil. Casi al finalizar uno de los encuentros comenta que se siente muy vulnerable ya que José era gemelo con otro bebé, que perdió en el tercer mes de embarazo. Refiere al respecto que, quizás por eso, José quiso salir antes “al no tener al hermanito cerca..., viste que dicen que los gemelos tienen una relación especial, muy fuerte”. Le pregunto en qué sentido lo piensa “Sería que uno no puede estar sin el otro”. Allí es donde estalla en llanto manifestando el temor de perderlo también a José. Luego intervine diciendo... “José quiso quedarse más tiempo en la panza, quedando del lado de la vida”. Este tema lo trabajamos en varios encuentros. Se habló de la muerte, del duelo del bebé perdido intentando diferenciarlo de José, de la angustia de separación, de sus temores, etc. Trabajar estos temas no solo alivió a la madre, también propició en un acercamiento diferente hacia José. Hay momentos en los que se puede percibir que disfruta verdaderamente de estar con José, logrando interacción con él en un vínculo enriquecedor para ambos.

La mamá, a partir de estas elaboraciones, se deja cuidar y maternar. La madre percibe al hijo encontrándole parecidos al padre. Lo percibe contento, dice que le sonrío, como queriendo hacer carcajadas.

Algunas enfermeras y la madre de José coinciden en que la posición que le gusta más al bebé es mirando los rostros, no contra la pared, porque intenta rotar de posición preferentemente del lado en que hay presencia de rostros.

Cabe comentar que casi la mayor parte del día, durante la permanencia de la madre en el Hospital, José se encuentra en sus brazos. Al respecto, su mamá refiere haber leído sobre las mamás canguros. Se lo ve a José activo, atento a los estímulos, su madre siente que responde y se comunica.

También me ocupó de la historia personal de la madre. Es única hija, lo repite varias veces. Por ello pretende, más adelante, darle un hermanito a José, para que no esté solo. Se pregunta: ¿“Devolverle el hermano que perdió”? Se trabaja en los encuentros sobre dicho duelo. La madre luego manifiesta en repetidas ocasiones que le ayudaron mucho mis observaciones, para entender que José deseó vivir y lo hizo. Es la madre quien debe tramitar el duelo para poder diferenciar a un hijo de otro, posibilitando en José un destino distinto.

La mamá manifiesta sueños en los cuales aparece recurrentemente y en cantidad la sangre; Alejandra sueña, por ejemplo, que se inunda su casa de sangre y que avisa a sus amigas embarazadas para que no vayan a visitarla, como una manera de protegerlas. En este sueño surgen cuestiones sobre la muerte lo que abre el campo para su análisis en el espacio terapéutico.

Al mes de vida, con 1,460 kgs., se inicia el intento de la succión con la teta; cuesta mucho, se requiere de mucha paciencia. José succiona sin fuerza, se cansa y termina durmiéndose. Recién cuando pesa 1,880 kgs. puede tomar la teta con continuidad y energía. Su madre comenzó a bañarlo todos los días. Si bien José se alimenta con la teta aumentando bien de peso, los médicos deciden darle un refuerzo con mamadera.

Con un peso de 2,220 kgs., comienza con la mamadera, y a los pocos días le sacan definitivamente la sonda, ahora sí solo teta y mamadera. El 29 de junio le dan finalmente el alta.

-Descripción del nivel funcional del desarrollo emocional y de la interacción madre-bebé

a) *Relacionamiento e interacción*

. Experimenta sensaciones táctiles. Por ejemplo, su madre le toma la mano, el niño responde cerrándola y se calma. José muestra estados de irritabilidad, con gran vitalidad, se resiste a prácticas hospitalarias (pinchaduras y sondas) con mucho enojo. José manifiesta rapidez en alcanzar el estado de vigilancia cuando lo examinan o realizan prácticas de enfermería.

Desde los primeros días intenta la succión introduciendo el puño de su mano en la boca. Su madre procura captar sus expresiones y darles un sentido. Se observa un ritmo sincronizado tomando su madre en brazos a José, fuera de la incubadora, ello se percibe al aumentar sus pulsaciones. Integra experiencias sensorio-motoras o emocionales, derivadas de la relación de objeto, establecimiento de ritmos y del funcionamiento mental. Se percibe un buen ajuste entre madre e hijo.

b) *Identificaciones-interacciones*

Respecto al impacto que produce la fisonomía de José, **la madre** no parece sorprenderse, ya que no lo ve frágil, incluso lo encuentra parecido al padre. Alejandra expresa al ver a José. "Arruga el ceño como el padre cuando se despereza". La madre busca puntos de identificación de José con su padre.

La madre atribuye al niño una fuerza especial que lo ayudará a salir adelante. Cuenta que el padre fue un bebé prematuro y se permite bromear "¡... y mirá cómo creció, casi 1.90 de altura!"

La interacción corporal con la madre y el sostén favorecen la autonomía respiratoria.

José reconoce la existencia de lo vivo y humano. Se vislumbran los primeros movimientos mentales (responde al placer y displacer).

c) *Afecto*

Se percibe que José registra emocionalmente la existencia del otro en las manifestaciones antes descritas.

La madre, por su parte, insiste en conectarse con él, le habla, le explica sus emociones. La madre siente la necesidad y el deseo de permanecer cerca de él todo el tiempo. Solo se retira para irse a descansar, regresando a las 7 hs. del día siguiente. “Lo extraño y sé que él también a mí; fíjate que responde diferente ante mi presencia, hasta parece que le cambia el color de la piel, más rosado”.

También se observa que responde a estados placenteros y displacenteros. Su madre en pocos días puede, por ejemplo, reconocer qué posición le gusta más, percibe que al escuchar su voz José logra calmarse por momentos.

d) *Comunicación y lenguaje*

El bebé ha desarrollado herramientas gestuales, con expresiones faciales útiles para la comunicación. Realiza movimientos con la boca.

Abre y cierra los ojos manteniendo el contacto visual.

Responde principalmente al contacto corporal y al tacto a través de la mano, cerrando el puño al recibir el contacto de la piel.

Su madre le habla con la verdad, le habla acerca de lo molesto de las intervenciones que le hacen, que por ello se irrita, y a veces sufre con las intervenciones hospitalarias.

Considero que es más efectivo hablarle con la verdad para que el bebé se sienta oído, que con palabras dulces de consuelo y lo dejen claro para los padres, porque creen que evitar hablar del sufrimiento es mejor.

Su madre utiliza un tono de voz sincero, explicándole la verdad de lo que siente al verlo, y de lo que están viviendo ambos.

e) *Procesamiento sensorial y motriz*

Realiza movimientos gestuales con la boca. Percibe estímulos diferenciales en el ambiente, la presencia de un objeto nuevo, el movimiento de una silla o de una persona.

Muestra preferencias posturales, girando hacia los rostros humanos y hacia donde escucha estímulos auditivos (sonidos o ruidos fuertes).

Parecen seducirlo los estímulos táctiles al contacto con la piel. Nos fue posible precisar que podía conectar su experiencia sensorio-motora (al tacto de la madre y con la voz de la misma).

Se observa en José cierta madurez motora, con movimientos flexibles y maniobrables, con tonicidad muscular.

f) *Adaptación*

Del análisis del primer mes de trabajo con José nos fue posible visualizar a través de sus manifestaciones datos que posibilitaron conocer que el niño interactúa con el entorno, se adapta al contexto, en especial con su madre.

José percibe el mundo circundante reaccionando a la luminosidad, a las sensaciones térmicas, respondiendo a las modificaciones de la organización espacial, por ejemplo, respondiendo a rostros humanos en lugar de la pared; también reacciona frente a estímulos visuales y auditivos, los sigue con la vista según lo que vea o escuche.

-Protocolo de observación de los indicadores del desarrollo emocional en José

	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL BEBÉ	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LA MADRE
RELACIONAMIENTO INTERACCIÓN	Se observa con capacidad para reaccionar e interactuar con el entorno. Hace intentos de atender al medio en breves momentos.	Capacidad para ingresar en interacción. Describe los estados emocionales de ellos y del niño buscándole sentido. Pide y utiliza mis observaciones.
AFECTO	Frente al intercambio afectivo responde. Muestra placer o displacer ante los estímulos provenientes de las personas cercanas. Por ejemplo, posturas, con estímulos auditivos y táctiles.	Comprende mis observaciones y parece cambiar de actitud. Tolera sin desesperación la lenta e incierta evolución de su hijo. Se observan manifestaciones afectivas de la madre hacia el

		hijo.
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	Ha desarrollado herramientas comunicacionales de expresión gestual y corporal. Por ejemplo, sonríe ante el rostro de la madre.	Muestra riqueza expresiva en calidad de tonos y matices (gestual, corporal, verbal, etc.)
PROCESAMIENTO SENSORIAL Y MOTRIZ	Percibe estímulos diferenciales en el ambiente (táctiles, visuales y auditivos). Se autoestimula para calmarse (se chupa el puño de la mano).	Va hacia él intentando mostrar y describir estímulos, la respuesta acorde.
ADAPTACIÓN	Muestra signos de adaptación. Responde frente a lugares diferentes o estímulos diferenciales.	Es flexible, intenta adaptarse al niño. Muestra capacidad para revertir situaciones personales negativas mirando aspectos positivos.
REPRESENTACIÓN, ELABORACIÓN, COGNICIÓN.	Inquietud física, estado de irritabilidad. Manifiesta los primeros signos embrionarios de la necesidad del otro, de la necesidad de interacción.	

	<p>Primeros movimientos mentales, en la diferenciación de objeto.</p>	
--	---	--

-Otros indicadores en la observación de José

<p>SOSTÉN, postura cuando está en brazos de la madre, por ejemplo: cómodo, flácido, rígido.</p> <p>EN LA INCUBADORA se lo observa más inquieto y tenso.</p>	<p>Manifiesta tono afectivo placentero al percibirse sostenido por su madre tomándolo en brazos.</p>
<p>MIRADA, contacto visual con los ojos o la cara de la madre o mantenimiento del mismo.</p>	<p>Contacta con la mirada en respuesta a la mirada materna o paterna. Abre los ojos, encontrándose despierto por bastante tiempo.</p>
<p>SEÑALES comunicación a través de ellas, expresiones faciales, corporales.</p>	<p>Busca comunicarse a través de señales produciendo respuestas afectivas o buscando responder a las señales de los otros. Responde a través del tacto, la mirada y la sonrisa.</p>
<p>TOQUE, contacto de piel y corporal.</p>	<p>Sus pulsaciones aumentan cuando su madre lo abraza, lo toma en brazos.</p>
<p>CONSUELO, capacidad de calmarse cuando está incómodo o trastornado.</p> <p>Ejemplo: chuparse el dedo.</p>	<p>Se calma al interactuar con la madre y cuando se chupa el puño de la mano.</p>

<p>ALIMENTACIÓN, actitud antes y durante la comida, por ejemplo: girar la cabeza, mover los brazos, reflejo de succión, mirada.</p>	<p>El primer mes se alimenta sólo por sonda. Luego se intenta en forma complementaria con la teta. Al mes y medio se utiliza la mamadera de refuerzo, retirando el suero.</p> <p>Cuando su madre lo alimenta centra la mirada con la de la madre.</p> <p>Cuando su madre lo toma en brazos gira la cabeza en busca del alimento.</p>
<p>Primeros movimientos mentales</p>	<p>Se observan primeros signos embrionarios de la necesidad del otro. José puede demandar y satisfacer la necesidad.</p>

-Indicadores en la observación de la madre de José

<p>SOSTÉN, <i> Holding</i>, manera de alzar al niño, postura del cuerpo de la madre cuando lo alza en sus brazos o de otra manera, por ejemplo: segura, cómoda, desequilibrada, grosera, etc.</p>	<p>Engloba al niño, segura y relajada ofrece su cuerpo a modo de cobijo, es suave y se muestra firme para sostener a su hijo.</p>
<p>MIRADA</p>	<p>Mira a su hijo intentando encontrar su mirada. Se encuentran con las miradas.</p>
<p>SEÑALES, comunicación a través de señales.</p>	<p>Comunica con su hijo a través de palabras, señales.</p>

	<p>Continúa con firmeza aún cuando no tiene respuesta.</p> <p>Le habla con humor, procura tocarlo, y él responde al tacto.</p>
<p>ALIMENTACIÓN, actitud de la madre relacionada a la forma de interpretar y satisfacer la necesidad de su bebé</p>	<p>Le preocupa no tener suficiente leche para amamantar a su hijo.</p> <p>Procura tener sus alimentos disponibles y le explica con palabras que va a ser alimentado. Comunica con gestos o palabras dando sentido a lo que su hijo le despierta.</p>
<p>AFECTOS, reconocimiento de sentimientos en ella, y en el bebé.</p>	<p>Describe los sentimientos y sensaciones que produce en ella su hijo, hipotetiza sobre su sentimiento con respecto al bebé, focaliza sus angustias. Repara en mis observaciones, reflexiona sobre ellas, procura modificar inmediatamente y describe cómo se ha sentido.</p>

6.10.2) *Caso Ema*

Ema nació con 32 semanas de gestación por cesárea, su madre fue internada con un diagnóstico de hipertensión. Su peso fue de 1.560gs.

Ema nació a la mañana por cesárea programada. Fue asistida con respirador , alternando con cámara de oxígeno. No presentò anomalías. Sus padres, Sara y Federico

se acercaron al Servicio de Neonatología a la tardecita del mismo día para conocer a su hija. Acompañé a los padres en ese momento, ellos la miran y expresan “Nos hubiera gustado que hubiera sido diferente, que fuera normal”. Les pregunto a qué se refieren, y explican “Esperábamos una situación normal, con un hijo normal”. Se les aclara al respecto que por ser prematura no es anormal. Sin embargo, la actitud de la madre, en especial, es distante, parece poco receptiva. Se acuerda una entrevista conmigo.

La madre de Ema se muestra como una mujer sumisa, educada, agradece al médico por todo el trabajo que se toma, no hace ninguna pregunta sobre su hija. El médico y las enfermeras creen que está demasiado angustiada o deprimida y que por ello no puede reaccionar; los profesionales esperan impacientes la cita que ella tendría conmigo.

Su papá comenta que al día siguiente ya tendrá que regresar a su ciudad, un pueblo cercano de la ciudad de Bahía Blanca que es donde viven, él vuelve a trabajar, le pregunto si no le dan unos días más y me responde que él es muy responsable en su trabajo y que tampoco lo pediría, que tiene que estar allí.

La primera entrevista con la madre fue extraña. Después de darle información sobre el recién nacido prematuro, acerca de sus capacidades y hablarle de su bebé, de cómo se veía, etc., durante un tiempo prolongado, ella se quedó en silencio, como si todo le fuese ajeno. Estaba allí, sentada, parecía resignada. Dijo que no tiene nada que preguntarme. Como yo le pregunte si estaba preocupada, me respondió: “Hay que ver, ella no es muy fuerte, no se sabe qué puede pasar”. Luego se levantó y sin preguntarme nada se fue con actitud amable y sonriente.

La madre de Ema está radicada en la ciudad, en casa de su familia en la que viven sus hermanas, pero no visita diariamente a su hija. Expresa que concurre solo dos veces a la semana porque tiene que venir de lejos en colectivo, de un barrio alejado del

centro que es donde se encuentra el Hospital. Sara es la séptima hija, con otras seis hermanas mujeres.

En el encuentro siguiente, que fue propiciado por mí, le pregunto a Sara sobre lo que cree que siente Ema, dice: “Creo que está en su mundo...; no sé.” Se queda en silencio y dice: “No sirve de nada hablarle, no escucha, es mejor no decir nada. Ema siempre duerme y cuando está despierta no la alzo porque no quiero que se malacostumbre, la otra vez la dejé llorar como veinte minutos.”

A la semana siguiente el estado de Ema era bastante satisfactorio, pero el personal del hospital estaba preocupado por la indiferencia de la madre. ¿Por qué esta mujer era tan distante?. “Más vale no hablar”, decía ella y agregaba: “Ella no oye”. Nos preguntábamos entonces ¿Quién era la que no oía? ¿Qué dificultades tenía ella misma o qué resistencias no podíamos superar y nos mantenía en este nivel de sordera?

Observamos en Ema que dormía la mayor parte del tiempo, tenía movimientos lentos. Estando en la incubadora manifestaba ciertos temblores, también hipo, y abría y cerraba los ojos con lentitud. Cuando abría los ojos le costaba mantenerlos abiertos. Su madre por entonces refería: “Es demasiado tranquila; la mayor parte del tiempo duerme, y los ratos que está despierta grita sin parar”.

Con el paso del tiempo, la actitud de Sara era cada vez más distante e indiferente, no planteaba problemas a nadie. No pedía nunca entrevistas conmigo, ni con el equipo. Cuando me acerqué junto a ella se pudo constatar lo poco que respondió a mi presencia. Cada vez se alejaba más de Ema. Las visitas eran espaciadas.

En una oportunidad la crucé casualmente, por sus resistencias a que me acercara, y le manifesté que yo quería hablar con ella. Aceptó mi solicitud. Esta vez, yo hablo de la dificultad que tenemos para comprenderla a ella. Ema tiene una evolución normal hasta el momento y no estamos preocupados por su hija, pero sí por ella, que

parece triste y lejana. Encontramos muy difícil trabajar con ella para favorecer los progresos de Ema. ¿Es nuestra responsabilidad? Ella sonrió: “No, ustedes no tienen nada que ver, todo el equipo es amable, veo que hacen todo lo que pueden por esta bebé”. Entonces le dije: “Es raro, usted habla de ella como si no fuera su hija”.

Respondió: “Sí, es verdad yo no puedo hacerme a la idea. Necesito rendir las materias del secundario que me quedaron pendientes y trabajar, hacer gimnasia para recuperar mi cuerpo, me veo espantosa, con panza y estrías por el embarazo. La verdad es que no se me había cruzado por la cabeza un embarazo. Me enteré del embarazo a los tres meses y medio. Hubiera hecho un aborto, si me enteraba antes del tercer mes. Le dije: “Simplemente queremos ayudar a ambas a comprenderse mejor, a conocerse”. Así fue como luego empezó el relato manifestando que Ema no fue una hija deseada “¡Si por lo menos hubiera sido un varón! Tampoco nos encontramos bien en pareja”.

En una de las visitas de Sara, le sugiero que tome en brazos a Ema, ella la alza en forma desafectivizada como era su estilo. Al rato Ema hizo una apnea, su color cambió, estaba muy morada. La madre, asustada, la dejó y dijo: “Tal vez ocurrió porque la alcé, mejor está en la incubadora”. Este episodio la confirmó en su fantasía de que ella no podía ofrecerle nada bueno a su hija, y en el convencimiento de que su lejanía sería lo mejor para ella.

Sara habla un poco de su historia, es la menor de siete hermanas. Jamás conoció a su padre, ya que sus hermanas tenían otro padre que no era el de ella. Del padrastro habla poco, apenas para decir que le tenía miedo. La madre había fallecido dos años antes sin hablarle de su padre biológico. Sara había empezado a formularse algunas preguntas recién en ese tiempo de internación de su hija. Ella no entendía aún hoy por qué su madre no la había abortado, ya que siempre había sentido su rechazo, “A mí me criaron mis hermanas mayores”.

Me llama la atención lo desafectivizado del relato, ella no pudo conectarse con la angustia. Al conocer parte de su historia se podría pensar que Ema había nacido en las mismas condiciones, es decir después de un aborto tardío fracasado. Ema había venido al mundo portando el traumatismo del nacimiento de su madre, constituyéndose en la repetición.

Ema era tranquila, dormía mucho, parecía serena y resignada. Su actitud parece reflejar la de su madre, que no molestaba al equipo. Es dócil, no pide nada. Cuando me instalo junto a ella, puedo constatar lo poco que responde a mi presencia. Ema se la pasa durmiendo, cada vez es más difícil llamar su atención, ya que el ratito que se mantiene despierta mira a un punto fijo o grita y cuesta mucho calmarla.

Algunas semanas después, el estado del Ema se agrava. En el Servicio de Neonatología, las enfermeras se preocupan del repliegue del bebé sobre sí mismo. Está cada vez menos reactiva a nuestros intentos de comunicación y parecía alejarse un poco cada día.

Durante las semanas siguientes tuvo reiteradas infecciones, empeorando paulatinamente, comenzó a necesitar del respirador y debió ser trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva. El cuadro se complicó con una bronquiolitis. También manifestó dificultades para orinar. A los pocos días, Ema entró en un estado crítico, lo cual es comunicado a la madre y, un mes después de haber nacido, falleció de un paro cardíaco.

-Descripción del nivel funcional del desarrollo emocional y de la interacción madre-bebé

a) ***Relacionamiento e interacción***

La bebé no intenta la succión. Su madre no procura captar sus expresiones y darles un sentido. Su madre no capta la receptividad de la hija.

Respecto al impacto que produce la fisonomía de Ema, su madre no la ve fuerte, creyendo que no va a lograr sobrevivir. Su padre solo la vio una vez sin hacer comentario alguno.

En el último tiempo necesita del respirador y es alimentada por sonda. Desde su nacimiento casi no tiene contacto corporal, ya que su madre prefiere no alzarla el poco tiempo que la visita, tampoco lo hacen las enfermeras.

Ema mantiene un ritmo de respiración agitado. Se sobresalta en algunos momentos, con temblores.

Ema despierta sentimientos de desconexión, un no encontrar modo de intercambio afectivo.

b) ***Identificación e interacciones***

La madre atribuye al niño una fragilidad particular, reconociéndolo débil y que por ello no podrá sobreponerse, según lo referido por la madre.

No se observa interacción corporal con la madre .

Ema parece no reconocer la existencia de lo vivo y humano. No responde al placer y displacer.

c) ***Afecto***

Por las manifestaciones antes descriptas, se percibe que Ema no registra emocionalmente la existencia del otro.

Su madre concurre solo dos veces a la semana y permanece un corto tiempo; el padre apenas la vio cuando nació y no volvió a verla.

Parece que Ema no reconoce estados placenteros o displacenteros diferenciales, por ejemplo, no responde a estímulos auditivos y visuales.

d) *Comunicación y lenguaje*

Respecto a las expresiones faciales, en su rostro se manifiesta el dolor. Realiza movimientos con la boca.

Abre y cierra los ojos con lentitud, fijando por momentos la mirada, pero sin poder ver.

La expresión del rostro de la madre es dura, indiferente.

e) *Procesamiento sensorial y motriz*

No se muestra reactiva a los estímulos provenientes del medio.

f) *Adaptación*

En Ema no fue posible visualizar a través de sus manifestaciones datos que posibilitaran conocer que el bebé interactuaba con el entorno o se adaptaba al contexto, a la situación y a los otros.

-Protocolo de observación de los indicadores del desarrollo emocional en Ema

	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL BEBÉ.	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LA MADRE.
RELACIONAMIENTO	No se observa con capacidad para reaccionar e	No muestra capacidad para entrar en interacción.

INTERACCIÓN	interactuar con el entorno.	Su madre se manifiesta desafectivizada con la hija. Se resiste a mis observaciones.
AFECTO	Frente al intercambio afectivo no responde. No muestra placer ni displacer ante los estímulos provenientes de las personas cercanas. Se irrita por momentos, no necesariamente por estímulos del entorno.	No se observan manifestaciones afectivas de la madre hacia el hijo.
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	Rostro de dolor. No establece comunicación.	
PROCESAMIENTO SENSORIAL Y MOTRIZ	No percibe estímulos diferenciales en el ambiente. (táctiles, visuales, auditivos).	No va hacia su hija intentando mostrar o describir los estímulos.
ADAPTACIÓN	No muestra signos de adaptación. No responde frente a lugares diferentes o estímulos diferenciales.	No intenta adaptarse a la hija, ni acercarse a ella.

REPRESENTACIÓN, ELABORACIÓN, COGNICIÓN	<p>Inquietud física, estado de irritabilidad.</p> <p>No manifiesta los primeros signos embrionarios de la necesidad del otro, de la necesidad de interacción.</p> <p>No se observan primeros movimientos mentales.</p>	
--	--	--

- Otros indicadores en la observación de Ema

SOSTÉN , postura cuando está en los brazos de la madre, por ejemplo: cómodo, flácido, rígido, inquieto.	Manifiesta tono afectivo displacentero. No se percibe sostenida por su madre al tomarla en brazos.
MIRADA , contacto visual con los ojos o la cara de la madre o mantenimiento del mismo.	No contacta con la mirada materna. Abre y cierra los ojos, sin ver. Ubica un punto fijo por un rato.
EN LA INCUBADORA	Manifiesta temblores y sobresaltos. La postura es rígida.
SEÑALES , comunicación a través de ellas, expresiones faciales, corporales.	Su rostro se muestra con cierta expresión de dolor.
TOQUE , contacto de piel y	Parece que no responde placenteramente al

corporal.	contacto corporal y de la piel.
CONSUELO , capacidad de calmarse cuando está incómodo o trastornado. Ejemplo: chuparse el dedo.	No se calma al interactuar con la madre. Cuando en una de las pocas oportunidades que su madre la toma en brazos produce una apnea. En momentos aislados grita sin que se la pueda calmar fácilmente.
ALIMENTACIÓN , actitud antes y durante la comida, por ejemplo: girar la cabeza, mover los brazos, reflejo de succión.	No succiona, solo es alimentada por sonda. Al no poder succionar no se llegó a alimentarla con mamadera.
Primeros movimientos mentales	No se observan signos embrionarios de la necesidad del otro. Ema parece no demandar al otro, no responde a manifestaciones de placer o displacer.

-Otros indicadores en la observación de la madre de Ema

SOSTÉN , <i>Holding</i> , manera de alzar al niño, postura del cuerpo de la madre cuando lo alzan en sus brazos o de otra manera, por ejemplo: segura, cómoda, desequilibrada, grosera, etc.	Se manifiesta desinteresada y desafectivizada. No se muestra firme en su postura sosteniendo a la hija.
MIRADA	No mira a su hijo evitando la mirada. No se

	encuentran con las miradas. Evita la mirada.
SEÑALES , comunicación a través de señales.	No intenta la comunicación con su hija a través de palabras, o alguna señal que dé sentido a lo que su hija le despierta.
ALIMENTACIÓN , actitud de la madre en relación a la forma de interpretar y satisfacer la necesidad.	No la alimenta, se alimenta solo por sonda. Casi no tiene contacto corporal.
AFECTOS , reconocimiento de sentimientos en ella misma y en el bebé.	Describe sus sentimientos, manifestando que su hija no es deseada por ella. No repara en las observaciones del terapeuta, solo se detiene sobre ellas al relatar su historia de vida. Reconoce en ella sensaciones, sentimientos respecto al rechazo materno.

7) Estudio de los casos, análisis y explicaciones a la luz del marco teórico

Como vimos, José se mantenía despierto y mirando con los ojos abiertos. Minde (1969) en sus investigaciones reveló que aquellos niños recién nacidos que mantenían los ojos abiertos por mayor cantidad de tiempo eran quienes habían sido sostenidos por sus madres y habían tenido mayor contacto con ella.

También mencionamos que se ha observado en el desarrollo y en el relato de las secuencias de la internación, que José era muy sensible a la presencia humana, buscaba los rostros, trataba de cambiar de posición cuando se encontraba mirando hacia la pared, también era sensible al tacto, al sostén y a las caricias. Los autores ya mencionados que abordaron el tema refieren, en términos generales, que los bebés prematuros que son sostenidos por sus mamás y tienen intenso y frecuente contacto corporal con ellas durante la hospitalización presentan una cantidad considerablemente menor de ataques de apnea y su peso corporal se incrementa adecuadamente, al mismo tiempo que manifiestan una menor cantidad de evacuaciones y un importante desarrollo de las funciones del sistema nervioso que persisten aún después del alta. Todo ello se puede corroborar en el desarrollo y evolución de José.

En el caso de José la madre decodifica sus necesidades, satisfaciéndolas; haciendo referencia a lo desarrollado por Spitz (1969) sobre las madres que ayudan también al infante a tratar con los estímulos que proceden de su interior, y les proporcionan una descarga a la tensión. Alimentándolos cuando tiene hambre, cambiando los pañales cuando están mojados, abrigándolos cuando hace frío, etc., las madres modifican las condiciones adversas y alivian la tensión desagradable.

La madre de José puede mirar a su hijo desde un principio valorando sus esfuerzos por vivir, sin que los aparatos a los que se encuentra conectado sean un impedimento en este caso. La madre acepta su modo de estar en el mundo. Esto podemos relacionarlo con lo descrito por Meltzer acerca del “conflicto estético”.

Otro aspecto importante que se observa en José es en cuanto a la constitución de las zonas erógenas como tales, el reconocimiento de la tensión de necesidad de origen interno y la presencia de objetos del mundo para satisfacerla, vehiculizando la experiencia de placer-displacer. El ritmo como factor determinante del placer lo

introduce a la noción de tiempo y espacio internos y es fundamentalmente vehiculado por quien realiza cuidados maternos.

El factor para capacitar al niño a construir gradualmente una consistente imagen ideativa de su mundo procede de la reciprocidad entre madre e hijo. Es a esta parte de las relaciones de objeto que Spitz (1969) ha denominado “el diálogo”. El autor define el diálogo como un ciclo de la secuencia acción–reacción–acción, dentro del marco de las reacciones entre madre e hijo. “Esta forma muy especial de interacción crea para el infante un mundo singular muy propio, con su clima emocional específico, siendo dicho ciclo de acción-reacción-acción lo que permite al bebé transformar, poco a poco, los estímulos sin significado en señales significativas”.

El hecho de que un gemelar se haya resumido en útero antes del tercer mes de gestación reactivó en la madre fantasmas de muerte que ponían en situación de duelo por la pérdida de un hermano a José. En los casos de bebés prematuros en alto riesgo, en la pareja parental se reactiva el fantasma de la inminente muerte de sus lados parentales infantiles, aludiendo a la aparición de las ansiedades en relación con la muerte proyectadas en los niños, mediante un sentimiento desagradable y doloroso al ver al niño pequeñito, feo y preocuparse y desilusionarse por esto. A ello hace referencia Romana Negri; aunque en el caso de José, muy por el contrario, su madre no lo percibe como frágil, sino que considera que le va a pelear a la vida.

Cuando nace un niño con dificultades, la madre siente un profundo dolor. Se trata de una herida infligida al narcisismo, que no se correspondería con su bebé ideal. ¿O será tal vez una experiencia conectada con la proyección de “lo horrible de la muerte” en el bebé, que es visto como horrible en sí?

Es importante ayudar a la madre a pesar de todo, no dejar que la familia o el personal del centro de salud confundan al niño con la máquina. Hacer lo posible para

que se preserve la capacidad de pensar de cada uno. Hablar de la muerte para que la muerte psíquica no invada todo, para que no avance sobre la muerte del cuerpo.

La orientación del trabajo en Neonatología no se limitará a hacer viable al bebé, a restaurar el cuadro de la maternidad, sino que procurará devolver un niño con vida a una madre en condiciones de recibirlo como finalmente separado de ella. Para ello, es necesario que el traumatismo del nacimiento pueda simbolizarse, que pueda inscribirse.

Desde un abordaje psicológico nos veremos confrontados como equipo a un trabajo de duelo y deberemos sostener a la madre en un trabajo de pérdida y de separación para que cada quien se halle en posición de sujeto.

Estos casos y su evolución permiten asegurar que durante la permanencia en la Unidad, el acompañamiento del equipo facilitará la comprensión y expresión de lo que ellos están viviendo, los ayudará a reencontrar a su hijo y encontrarse también a ellos mismos. Ello se puso de manifiesto en José, en tanto la madre escuchaba al observador participante con apertura y receptividad.

Dice Antonio Damasio (1995), investigador en neurología: “El amor, la angustia y el odio, la bondad y la crueldad, la actividad mental que conduce a la resolución de un problema científico o a la creación de un nuevo objeto técnico artístico, todo esto resulta del proceso neuronal que se produce en el cerebro, con tal que este haya bastado y continúe estando en el presente, en interacción con el cuerpo. El espíritu respira a través del cuerpo, y el sufrimiento originado en la piel o en una imagen mental también tiene repercusiones sobre la carne. El lenguaje ejercerá sus efectos sobre el cuerpo del sujeto, se unirá a él para ser uno”.

Spitz (1969), al hacer referencia a ciertos aspectos de la organización psíquica, se remite al nivel cenestésico, enfatizando ya desde el nacimiento, la

sensibilidad visceral que está conectada con algunas de las modalidades sensoriales periféricas, tales como la superficie cutánea. Parece que en el ser humano, al nacer, existen zonas y órganos sensoriales periféricos y los viscerales, entre lo interno y externo. Por ejemplo, la región oral, que se extiende, por una parte, desde la larínfaringe al paladar, la lengua y la parte interior de la mejillas; y por la otra, comprende los labios, el mentón, la nariz y la superficie exterior de la mejillas, en una palabra el “hocico”. La transición es demostrable por las modificaciones sucesivas de la envoltura de estos órganos, que van desde el cutis hasta la mucosa. Otro de dichos órganos está situado en el oído interno.

D. W. Winnicott (1969) estaba acertado al afirmar que la madre debe sentirse lo suficientemente protegida para autorizarse a sufrir la preocupación materna primaria. Esto se ve en el caso de José en donde la madre se encuentra contenida por el contexto, en especial por su marido.

“Para el hombre, alimentarse está vinculado con el querer bien del Otro, el sujeto primitivo no se alimenta solo de pan y con el querer bien del Otro sino del cuerpo de aquel que lo alimenta”. Damasio (1995).

Trevarthen (1986) demuestra científicamente que el niño de tan solo veinte minutos de vida busca entablar una comunicación con el otro. Sus manos expresan emociones y el intercambio de sentido es vital para él. Para Trevarthen, esta demanda de comunicación se llama “motivo”: es decir la pulsión del niño que lo lleva a querer comunicarse. En relación a José este intenta comunicarse con el entorno, sus movimientos y emociones así lo expresan.

Si la madre no se siente sostenida, si su historia la hizo narcisísticamente frágil, si por el hecho de llegar a ser madre no puede ya ser mujer, entonces está en peligro. Ello no ocurre en el caso de Alejandra la mamá de José, ya que tiene una pareja que la

sostiene; ella misma refiere la importancia de dicha contención dándole lugar a su pareja y una historia que le permite sobrellevar la situación. Respecto al vínculo con su propia madre, refiere haberse sentido muy contenida por ella, manifestando su capacidad para “allegarse a los objetos internos buenos”. Bollas (1989).

Observar al bebé en Neonatología y hablar sobre él, ir construyendo su historia ha sido significativo para los padres en la tarea de “ahijar” a su hijo y sin dudas lo será para el bebé. La tarea de simbolizar a partir de lo real, resignificar y crear un espacio para que las cosas innombrables puedan ser dichas, posibilita la inclusión y elaboración de fantasmas dolorosos como la muerte.

Pudimos observar en José que percibe el reconocimiento de que hay alguien interesante afuera en quien se puede confiar o con quien experimentar el sentimiento de estar vivo y el mecanismo de escisión normal que va a permitirle al niño alejar lo que le molesta, lo que le resulta doloroso, vislumbrándose de esta manera también los primeros movimientos mentales. Entre los autores que desarrollaron este tema mencionaremos a Maldavsky (1986).

En el caso de Ema por el contrario, se advierten expresiones letárgicas y retraídas. Estos niños que sufren tratan sin duda de reponerse, de sostenerse aferrándose a un punto exterior para luchar tal vez contra los estragos provocados por el dolor y el pánico.

¿De qué defecto del mecanismo pulsional se trata?

Estos recién nacidos nos enseñan cómo este mecanismo no puede instalarse si solo es mecánico, es decir, vinculado a una máquina. Tal vez la posibilidad de hablarles durante largas horas, permitan que ellos vuelvan al mundo, una música de palabras, escrita por una “pluma de vos” que les permitiría construirse, darles el continente que les falta. Catherine Mathelin (2001). Solo después de haber logrado establecer contacto

con el bebé, intentamos decodificar cada uno de sus signos como un intento de comunicación. Nada de esto pudo lograrse con Ema, la madre huía sistemáticamente ni bien alguno se acercaba a ella o a la incubadora.

Sara, la madre de Ema, manifestó que Ema no había sido una hija deseada, que tampoco se encontraba bien en pareja. Luego me explicó que ella era la última de siete hermanas, de una madre cuya desesperación era no tener hijos varones.

En su guión fantasmático, su hija no podía vivir. Esta madre no podía pensar que una relación de deseo y amor fuese posible ya que ella misma sentía que no había sido querida. Esta herida narcisista se repetía con su hijo que confirmaba la pérdida de la que la madre no pudo deshacerse. Ella no fue objeto de otro, ella solo pudo ser privada de objeto. El niño que representa para ella algo posible de tener no es simbolizable, estaría condenado a la muerte. El cuerpo del niño, que entra en escena como fragmento de lo real allí donde el significante falta, sería tomado como tal en la pulsión de muerte. Seminario IV de Lacan (1994).

La falta que la madre de Sara no pudo llenar, no será hoy llenada por su hijo; y, a pesar de que los médicos no creían que la vida de su hija estuviera en peligro, su madre estaba absolutamente convencida de que moriría.

Cuando Sara ingresaba a Neonatología a ver a Ema, apartaba la vista de la incubadora y se alejaba mientras me explicaba que no había logrado reponerse de la operación. “Este vientre me duele demasiado”. Mi intención era detenerme en este punto, en esta herida que le dolía tanto, que le impedía acercarse a su bebé.

Winnicott(1972) refiere que el lactante experimenta intensas angustias, en realidad, la palabra angustia es demasiado suave. El desamparo tiene la misma naturaleza que aquello que está detrás del pánico. El pánico es una defensa contra el dolor psíquico extremo, el que lleva a la gente a suicidarse en vez de recordar.

Spitz desarrolla el tema de la desafectivización de las madres e irritabilidad del bebé cuando el infante es privado del cuidado materno y del suministro emocional vital que debe recibir mediante los intercambios con su madre. Se puede observar que en el caso de Ema hubo privación del cuidado materno. “Las primeras satisfacciones cenestésicas se experimentan en relación con las funciones vitales, a las finalidades de la autoconservación” Freud (1914)

Según Spitz (1969), la elección anaclítica del objeto está determinada por la dependencia original del infante con respecto a la persona que la alienta, protege y cría. Freud afirma que, al principio, el impulso se despliega anaclíticamente, es decir apoyándose en una satisfacción de necesidad esencial para la supervivencia.

El aparato perceptor del recién nacido se halla escudado del mundo exterior mediante una barrera alta contra los estímulos. Esta barrera protege al infante durante las primeras semanas y meses de vida de la percepción de los estímulos del medio ambiente. Durante los primeros días toda percepción marcha a través de los sistemas interoceptivo y propioceptivo, las respuestas del infante se producen según la percepción de las necesidades. Los estímulos que provienen de afuera son percibidos solo cuando su nivel de intensidad excede el umbral de la barrera contra los estímulos. Ello se podría visualizar en los estados de irritabilidad de los bebés. En Ema dichos estados fueron frecuentes, luego de los cuales quedaba exhausta y dormida y no lograba calmarse fácilmente.

La adecuación entre madre e hijo es necesaria si no, el bebé se desmorona. El bebé busca el deseo de su madre y la madre busca el deseo de su hijo. Ella le envía, como en un espejo, la prueba de su existencia. Sin esto el bebé no puede “ser”, se hunde en la desesperación y en el desamparo. Si los niños hospitalizados fueran sometidos durante una parte importante del día a “rostros impasibles” no podrían posicionarse en

el mundo y evolucionar normalmente. Brazelton (1990) ha estudiado el efecto de las expresiones del rostro de la madre sobre el bebé.

Frente al bebé enfermo, la madre, a veces carente de deseo, no puede reconocerse como madre, ni tampoco reconocer al hijo como suyo. Entonces el único medio que posee para demostrar su instinto maternal es alejarse de él. Ello se puede visualizar con la distancia a la que la madre de Ema somete a su niña, incluso al creer que la bebé se encuentra mejor en la incubadora que en sus brazos.

Winnicott (1969) refiere que el eventual fracaso en ser madre se debe a una herida que la madre tiene desde mucho antes y que nunca cerró; a veces se trata de una grave carencia materna en su familia. En el caso de Sara, cuando habla de la herida, parece estar hablando de la herida que le dejó su propia madre al no sentirse querida por ella, reactivando en ella el no poder sostener a ese bebé como tampoco pudo ser sostenida ella por su madre, tal vez por ser mujer o ... quién sabe.....

Es importante señalar que en casi todas las historias de nacimientos difíciles, las relaciones de las madres con sus propias madres han sido dolorosas. Para Marie-Magdeleine Cahtel (1993), la maternidad no se transmite de madre a hija como se transmite el falo entre los hombres. Una hija solo podrá convertirse en madre (ella puede dar a luz pero esto no significa que devenga madre para su hijo) una vez que haya podido enfrentar los estragos que se evidencian bajo la forma de desgarramiento, de desprendimiento sin sustitución, deberá abandonar la esperanza de obtener directamente de su madre la autorización para dar a luz.

En relación al aporte teórico, en los primeros momentos de constitución psíquica respecto al caso de Ema, se observa que no establecía intercambios con el medio, tampoco su madre se percataba de sus necesidades, déficit que proviene de la modalidad en la que se ha constituido la conciencia originaria y el yo real inicial y que

impide desarrollar la capacidad para percatarse de sus necesidades e identificarlas, de entrar en relación con el entorno o específicamente con el contexto; el desvalimiento inicial que comprende a todos los recién nacidos se profundiza.

Se podría interpretar respecto a los primeros pasos de constitución psíquica que Ema no pudo hacer uso del trabajo de traducción que implementó su madre, dando cuenta del quebranto que le ha producido el hecho de quedar invadida por las cantidades de las incitaciones endógenas (incitaciones del propio cuerpo y por entonces precursores de las pulsiones) y de la estimulación exógena, proveniente en principio de quienes les otorgaban los cuidados, frente a su imposibilidad de cualificarla. Los estímulos e incitaciones devienen en magnitudes traumáticas y frente a la existencia de una perturbación en la base de la organización, el sistema de percepción – conciencia se torna frágil y sus elementos quedan escindidos o encapsulados impidiendo su elaboración, aún en momentos posteriores.

El yo real primitivo es el responsable de la constitución de la barrera antiestímulos que protege al individuo de estímulos desmesurados improcesables. En el caso Ema podría haber funcionado de manera restitutiva. Al funcionar así, hace que el niño no solo no perciba las necesidades provenientes del interior del cuerpo sino que tampoco lo haga con los estímulos del exterior, inclusive los vinculados al nacimiento, las caricias, los abrazos. Los niños necesitan que el objeto externo, madre, los ayude a discriminar sus experiencias y que los busque, los descubra constantemente, los reclame.

En los pocos momentos en que se vislumbraba en Ema tal vez un intento de demandar algo, con un grito desesperante, su madre interpretaba que no era momento para responder, decidiendo no alzarla porque no quería que se acostumbrara a los brazos “No quiero que se malcríe”. Y, por el contrario, en los pocos momentos en los que su

madre la tomaba en brazos, Ema se incomodaba, se percibía rígida. “La madre solo es captada si aparece allí donde el niño la espera” Winnicott (1972), para esperar reencontrarse en los ojos maternos es necesario sentir que uno existe. El mundo sensorial es generado por los órganos de la percepción siempre y cuando haya alguien que se apropie de ellos. Para darse a sí mismos los cuidados maternos el niño tiene que tener un principio de representación de sí mismo, haber iniciado la interacción que inaugura la vida mental de los bebés, marca el comienzo de la vida psíquica. Winnicott (1972) se refirió al “sí mismo” como la experiencia que permite sentirse con una existencia psíquica continua.

El proceso de subjetivación es más complejo, no solo implica la organización narcisista sino el impacto del mundo, del exterior, que debe ser procesado por esa organización. En el caso de Ema, no habría sostén de ningún tipo, un padre ausente, también como pareja, que no podía contener a la mujer-madre; y una madre desolada en la realidad actual y desde su propia historia.

8) Conclusión

Mi inquietud de trabajar sobre el tema de la interacción madre e hijo en la evolución del bebé prematuro surgió porque, a través de la observación de varios casos y la lectura de historias clínicas, he notado cierta relación respecto de la interacción de la madre en el vínculo con el hijo y su consecuente evolución.

Realicé una investigación descriptiva que presenta un conjunto significativo de características en relación con las decisiones metodológicas que se han adoptado, las que merecen ser expuestas, al menos en sus aspectos básicos.

En principio, me propuse identificar los componentes básicos y caracterizarlos, para luego reelaborarlos con la mediación de los diferentes aportes teóricos. Identifiqué esos elementos en los registros de las observaciones acerca de las manifestaciones de la madre con su bebé y su incidencia, y en la observación de las respuestas surgidas desde el bebé con la presencia materna y sin ella.

Inicié la investigación con el objetivo de describir la evolución de bebés prematuros alojados en la Unidad de Neonatología. He trabajado en la observación y descripción de la variable contexto, madre y la interacción con el bebé. Describí los rasgos diferenciales que entiendo han contribuido en cada caso.

Elegí para mi trabajo aquellos casos cuyas características guardan una estrecha relación de pertinencia respecto de los interrogantes centrales de la investigación.

Mostré mediante la utilización de grillas las observaciones manifiestas de la conducta del bebé, la madre y la interacción entre ambos, tomando indicadores y variables para operativizar lo propuesto a investigar.

En el espacio de este trabajo he descripto en forma de grillas la conducta de los bebés, la conducta de las madres de los casos analizados, y las observaciones que aportaron al trabajo de investigación en la interacción madre e hijo.

He analizado la evolución clínica de dichos bebés y la visualización de sus manifestaciones en interacción con su madre y, a la inversa, la conducta de las madres en interacción con ellos, así como las respuestas del bebé sin la presencia materna.

Los resultados clínicos obtenidos hacen posible afirmar que la posición de la madre en el acercamiento hacia su hijo es fundamental para el desarrollo del bebé prematuro en sus primeros momentos constitutivos, y que es esencial para la evolución psicofísica del mismo.

De mi experiencia en el análisis de la observación del trabajo con madres y bebés en el área de Neonatología, me es posible concluir que es necesario contemplar entre los avatares ciertos aspectos de la historia personal de la madre, que influyen negativamente en el establecimiento del vínculo con el bebé.

Como construcción se infiere que en el caso de Ema, la madre fue arrasada por procesos traumáticos que perturbaron su desarrollo no pudiendo ser elaborados, y esto quedó reflejado en el rechazo materno, al manifestar a su vez dificultad en cualificar estímulos y dar la respuesta adecuada a su bebé mediante “acciones específicas”, lo que impidió cimentar las bases de una constitución psíquica adecuada para el infante. En Ema se produce la pronta recaída, a pesar de haber nacido con un peso óptimo más allá de su prematurez y sin ninguna afección orgánica. Aun así, la salud de Ema desmejoró rápidamente y falleció al mes de vida. En este caso puede haber sucedido que cuando el psiquismo inicia su constitución, las “magnitudes” generadas por las necesidades insatisfechas o la “angustia” producida por el desamparo, se constituyan en traumáticas porque resultan improcesables y configuran un “éxtasis inicial tóxico” que fragmenta la constitución psíquica a partir de puntos de fijación e inhibición del desarrollo yoico, clínicamente observables bajo la forma de abrumamientos. Ema ya no demandaba, se replegaba en sí misma y evitaba la mirada. Esto tiene su explicación en que cuando el mecanismo de proyección normal fracasa, “el yo” ya no puede articular los ritmos biológicos, se afecta la barrera contra estímulos y la energía pulsional ya no puede ser derivada desde órganos y sistemas funcionales a la periferia; el proceso de redistribución no se realiza y la libido intrasomática se vuelve tóxica. Maldavsky (1991). Las pulsiones de autoconservación se trastocan, no sólo las cantidades ya no se enlazan a la sensorialidad, sino que el sujeto deja de producir las “acciones motrices” que realizaba como forma de descarga, y que se constituían en mensaje para ser leído

por el maternante. Al agravarse el desvalimiento, se vuelve tóxica la libido intrasomática, por lo cual sobrevienen estados en los que priman la desconexión y la apatía. Cuando la frustración ha sido excesiva, el infante –deprimido o en retracción-, como se observa en Ema, pierde la posibilidad de discriminar entre lo interno y lo externo, entre lleno y vacío.

Así es que, por ejemplo, cuando un bebé tiene hambre y realiza las acciones motoras necesarias para que lo asistan y el asistente no concurre, progresivamente la “barrera antiestímulo” se eleva, a la vez que se torna más rígida, impidiendo al niño el reconocimiento de determinados estímulos; en estos casos, por ejemplo, el niño parece no sentir hambre. Incluso, cuando se les acerca el alimento vuelven sus cabezas hacia un costado. En el caso de la madre de Ema, en los pocos momentos en que se acercó a la bebé, parece haber decodificado mal sus necesidades, ya que cuando Ema, en un principio, demandaba llorando, la madre no podía calmarla y se negaba a alzarla para que “No se mal acostumbre”, según lo referido por ella. Ema en el último tiempo evitaba la mirada del otro, en un estado de repliegue y desconexión. Se puede pensar que en Ema primó el déficit en la cualificación, desconexión y abrumamiento, lo que puede verse como una “patología del desvalimiento”, que hace que se capte el mundo sensorial como golpes, se registren frecuencias antes que cualidades, predominen estados de vértigo como registro cenestésico -ser atraído por un vacío, encontrarse sin sostén alguno, estados de abulia, estallidos de furia, apatía y terror.

Por el contrario, en el caso de José, su madre realizaba un buen aporte materno cualificando las necesidades del hijo. Se percibe a José conectado con el entorno, busca la mirada, responde a los estímulos. Se evidencia que la historia personal de la madre influye positivamente en el establecimiento del vínculo con el bebé, lo que propicia la

constitución psíquica del infante evidenciada en las respuestas dadas por José. Su evolución es rápida y satisfactoria, a pesar de su bajo peso y pronóstico reservado.

Por lo observado y analizado en los casos descriptos se puede afirmar que las dificultades del contexto (madre) para tramitar -cualificar- las exigencias pulsionales y/o la realidad individual o interindividual, se torna en un impedimento para la evolución clínica de los niños. Los resultados clínicos hacen posible afirmarlo. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la idea sería hacer hincapié en el vínculo temprano madre-hijo, a los fines de prevenir y optimizar el desarrollo del bebé prematuro. El estudio planteado ayuda a evaluar la presencia de la madre en las respuestas de bebé y su evolución, y hacen que sea de fundamental importancia conocer los factores que inciden en esta relación (historia familiar y personal).

También hay que considerar que hallamos en la Unidad de Neonatología poco personal de enfermería para la asistencia personalizada de los recién nacidos prematuros, para que el bebé pueda ser asistido dentro de un contexto que pueda decodificar aspectos de su propia individualidad a través de intercambios y encuentros que sean posibles.

La perturbación biológica que atraviesa el bebé no provocará necesariamente una perturbación simbólica. ¿Qué conservarán de este pasaje por la Unidad de Neonatología? ¿Agujeros en sus cuerpos tal vez? ¿Carencias afectivas? ¿Cuál será el destino de las pulsiones? Se puede agujerear el cuerpo siempre y cuando no se agujeree lo simbólico. Si no ha habido agujeros en sus historias, si sus referencias significantes han sido respetadas, no habrá catástrofe alguna. La importancia de su acogida, el respeto de las diferencias y del ritmo de cada uno serán esenciales. El bebé se fabricará, pensará, su fantasma se construirá a partir del mundo interno de la madre.

Para poder establecer interacción e intercambio con el bebé es necesario contener y poder algo de sí mismo. La madre debe prestar atención al sufrimiento, a lo que el niño intenta decirle, a su lenguaje que se transmite a través del cuerpo y que no solo debe ser analizado desde una perspectiva médica sino también como un llamado al otro que debe ser respondido a otro nivel y no mecánicamente.

Lo importante del estudio que he realizado reside en el hecho de considerar y describir la importancia de la evolución clínica de bebés prematuros según el tipo de interacción establecido desde la madre, y el poder trabajar aspectos que obstaculizan dicho encuentro.

La investigación nos convoca a centrarnos en la interacción temprana y sus estragos en la privación, asociadas a cuestiones respecto de la constitución psíquica y a la redistribución pulsional, por ejemplo, fallas en la conciencia inicial, en el yo real primitivo, la desestimación del afecto; se abren así varios interrogantes sobre conceptos relacionados con la teoría del desvalimiento ya desarrollada.

En la investigación, es esencial que el observador experimente personalmente cuán difícil es pensar en el niño que se encuentra bajo ciertas condiciones; en tanto la función del observador es hacer reflexionar al equipo acerca de los problemas y tomar conciencia de su complejidad. Tal vez en otra investigación se podrá retomar el tema del trabajo en equipo, focalizándolo en el *staff* médico-enfermeras.

9) Aportes de la investigación a la ciencia

Esta investigación ha realizado aportes a otras ciencias: a la ciencia médica, dando lugar al enriquecimiento del trabajo interdisciplinario; a la ciencia psicológica, intentando cubrir un espacio en el área de neonatología con un abordaje integral del

bebé sin reducirlo solo al aspecto orgánico y haciendo hincapié en la importancia de la interacción madre-hijo en la preservación de la vida y su consecuente evolución; también ha hecho un aporte al personal de enfermería al repensar su rol en cuanto a la detección de signos observados en el bebé y teniendo en cuenta que son quienes trascurren la mayor parte del tiempo en el cuidado y asistencia de los niños así como en cercanía con sus familias.

Como aporte a la ciencia psicológica, la importancia de la inclusión del Servicio de Neonatología del terapeuta también contribuye a la detección temprana de la privación materna, para poder abordar, en la medida de lo posible algunos casos que propician la interacción madre e hijo. En aquellos casos de privación materna, se hará necesario buscar sustitutos maternos que posibiliten el sostén primario tan vital para la existencia humana.

Como un aporte más a este Servicio de Neonatología, esto ha conducido a cambios en el modo de pensar de las enfermeras, en el modo de llevar adelante la observación, en la evaluación neuropsicológica del niño y en los procedimientos para entrevistar padres.

Esta investigación ha proporcionado información útil para la importancia de un abordaje interdisciplinario, a los fines de mejorar la calidad del Servicio, incorporando otra mirada sobre el recién nacido prematuro. Se trata de fenómenos y situaciones que aún necesitan ser explorados y comprendidos en profundidad, porque se conoce poco de ellos (las experiencias de bebés prematuros, sus padres, médicos y paramédicos) en un trabajo interdisciplinario.

Por ello cabe agregar como novedoso, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la importancia de incluir a la Unidad de Neonatología y al equipo a un terapeuta con el fin de ayudar a las madres que tengan dificultades personales para

procesar, discriminar y cualificar estímulos, en este breve periodo crítico de tiempo, durante la internación. Y en otros casos extremos, la incorporación de un sustituto materno único, a los fines de asistir y sostener al bebé prematuro.

Se abren entonces interrogantes sobre las “madres sustitutas”, o enfermeras, u otras personas capacitadas que puedan cumplir dicha función. Tal vez la rotación por turnos de enfermeras no posibilita establecer la continuidad del vínculo. De ello se puede desprender otra investigación con relación a este tema.

10) Bibliografía

- Acquarone, Stella (2005) *UPA LALA. Ayudando a los que ayudan*. Madrid, Lumen.
- Adams, R, J. (1987), *Visual acuity from birth to 5 months*, en *Enfant Behaviour and Development* n°10, London, Odile Jacob pp 239-244.
- Balogh Poter (1986) “Olfactory preferences in human neonatos”, en *Infant Behaviour and Development* n°9 ,London, Archives pédatriques, pp395-401.
- Bleichmar, S. (1993) *La fundación del inconciente: destinos de la pulsión, destinos del sujeto*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bollas, C. (1989). *Fuerzas del destino. Psicoanálisis e idioma humano*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Boysson-Bardies B. (1996) *Comment la parole vient aux enfants*, Paris, Odile Jacob.
- Bowlby, J. (1969) *El vínculo afectivo*, Barcelona, Paidós.
(1973) *La separación*, Barcelona, Paidós.
(1980) *La pérdida afectiva*, Barcelona, Paidós.
- Brazelton, B y Cramer, B. (1990) *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Barcelona, Paidós.

-de Casper, J. C y W. P. Fifer (1980) "Of human bonding: newborns prefer their mother's voices", en *Science*, nº 208 p. 1174 y 1176.

-Cramer, B y D. Stern (1988) "Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study", en *Infant Mental Health Journal* Nº9, Yale University Press, Londres , pp. 20-45.

- J.-P. Changeux, J-P, Dachon A. (1976) "Selective stabilisation of developing synapses as a mechanism for specification of neuronal networks", en *Nature* nº264, Archives pédiatriques , London, pp.705-721.

-Chatel, M.,M. (1993), *Malaise dans la procréation*, Alben Michel, Paris.

- Dio Bleichmar, E. (2005) *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*, Barcelona, Paidós.

-Damasio A. (1995) *El error de Descartes*, Barcelona, Odile Jacob.

-Dolto, Françoise (2005) *La imagen inconsciente del cuerpo*, Argentina, Paidós.

- Dolto,-Tolich C, (1990) "Accueil et humanisation de l'enfant" en *Enfant de droit. La révolution des petits pas*, La Harpe, Lierre et Coudrier, Paris.

-Freud, S. (1905) "Tres ensayos de una teoría sexual"(1905) en *Obras Completas*, vol.7, Buenos Aires, Amorrortu.

(1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*, Buenos Aires, Amorrortu Tomo XVIII.

(1920) "Más allá del principio de placer", en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol.18.

(1923) "El yo y el ello", en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol.19

(1950) "Proyecto de Psicología" en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol.1.

- Gallegos-Martínez J. (2004) *Participación del cuidado del niño prematuro en la Unidad neonatal en un hospital de San Luis- Potosí*, Brasil, Univ. San Paulo, Tesis doctoral.
- Gallegos-Martínez J, Monti-de Fonseca LM, Silvan-Scochi CG. (2007) “The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team”, en *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, [online], pp 239-46.
- Gramier-Deferre (1994) *Les compétences auditives prénatales*, Tesis doctoral, Paris, Univ. Paris-Sud.
- Goren, C.C., Sarty, M (1975) “Visual following and pattern discrimination of face like stimuli by newborn infants” en *Pediatrics* 56, Londres, p. 544-549.
- V. Granboulan (1995) « Prise en charge psychique de l’extrême prématurité », en *Archives pédiatriques*, n°2, Paris, pp. 473-480.
- Humphrey (1964) “Some correlations between the appearance of human foetal reflexes and development of the nervous system” en *Progress en Braen Research*, n° 4, Londres, p 93-135.
- Klein, M. (1952) de “*Observando la conducta bebés*”, en *Obras completas*, Tomo III, Buenos Aires, Paidós.
- Kennell, J.H., Slyter, H,y Klaus, M.H (1970) “The Mourning Response of parents to the Death of Newborn Infant.” *The New England Journal of Medical.*, Londres, pp.45.
- Lacan, J. (1991) «La transferencia», en Seminario VIII, Paris, Paidós, p. 242.
- Levobici, S. (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1986) *Estructuras narcisistas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1991) *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógicas*, Buenos Aires.Ediciones Nueva Visión.

- (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- (1999) *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en Neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- Mathelin, C. (2001) *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- Mc Farlane (1975) “Knowing each other, About 20 Years Ago” (filme).
- Meher, J., Dupoux, E., (1995) *Naître humaen* , Paris, Odile Jacob.
- Meltzer, D., Williams, M. H. (1990) *La aprehensión de la belleza. El papel del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte*, Buenos Aires, Ed. Paidòs..
- Moreira, Diego A. (1995) *Lenguaje en Psicopatología y Psicoanálisis .Adicciones, Psicósomática, Autismo*. Buenos Aires, Homo Sapiens. E.
- National center for Clinical Infant Programs, *Clasificación Diagnóstica: 0 a 3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprano* (1998), Buenos Aires, Ed. Paidòs.
- Pavlov, I. P. (1927) *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. Translated and Edited by G. V. Anrep*, London.
- Romana Negri (1994) *The Newborn in the Intensive care Unit. A Neuropsychanalytic Prevention Model*, London, The Clunie Press-Karnac Books.
- Schorer, A. (1998) “The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health” *The infant Mental Health Journal*, n° 22, p.291-269.London.
- Spitz, R. (1969) *El primer año de vida*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Stern, D. N. (1997) *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones de padres e hijos*, Barcelona, Piados.

(1985) *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós.

-Stanley y Greenspan (1997) *El crecimiento de la mente y los antiguos orígenes de la inteligencia*, Madison ,Internacional Universities Press.

-Scochi, S., Gracinda Silvan (2007) “El seguimiento a la salud de niños en situación de pobreza: entre la rutina y la eventualidad de cuidados cotidianos” en *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], vol.15, pp. 820-827.

-Torres, M. V. (1993) “Escritos sobre la primera infancia” en *Actualidad docente*, Buenos Aires, Multimedia Educativos.

(1998) “Estudios sobre el narcisismo temprano en el campo del trabajo materno-paterno infantil”, en *Actualidad psicológica*, año XXIII, núm. 256, agosto.

-Torres, V. (2007) *Intervenciones tempranas. El futuro de los bebés en el terreno de las decisiones y acciones clínicas*, Buenos Aires, Lumen.

-Trevvarthen, C. (1986), « Signs of motivation for speech in infants » en *Early Speech Basengstoke* p.87, Millan, Hampshire Mac.

-Winnicott, D. (1958) *Mother and child: A primer of first relationship*, New York, Basic Books.

(1972) “Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño” en *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa.

(1979) *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona, Ed. Paidós.

-Watson, James D., (2009) *Genes, Girls, and Gamow: After the Double Helix*, Random House, Pasta dura, pp. 259.