

El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso

Maternal Stress in the Organization of the Mother-Baby Attachment in Low Weight Prematures

Felix G^a-Villanova

Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia
Psicoanalítica y Salud Mental, España

Belén Eimil

Hospital Universitario de Getafe, España

Isabel Cuéllar-Flores

Hospital Universitario de Getafe, España

Idoia Palacios

Hospital Universitario de Getafe, España

Resumen. El nacimiento de un bebé de alto riesgo y con importante patología produce un elevado nivel de angustia en el entorno familiar y sobre todo en la madre, que en ocasiones afecta al establecimiento de un vínculo afectivo adecuado para cuidar en el plano físico y psíquico al bebé. Por todo ello, las familias en tal situación necesitan un apoyo psicológico desde el primer momento del nacimiento y un seguimiento ininterrumpido hasta que la situación se estabiliza. En este trabajo se describen elementos de estrés en madres de prematuros menores de 1500 gramos con mención de viñetas de casos e intervenciones clínicas y se expone un modelo de abordaje psicológico en bebés prematuros y sus familias que en la actualidad se está llevando a cabo conjuntamente entre el Servicio Salud Mental y el de Pediatría en el Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Palabras clave: neonatología, vínculo temprano, estrés materno, psicología perinatal.

Abstract. The birth of a high-risk baby with significant pathology produces a high level of anxiety in the family environment, especially in the mother. This sometimes affects the setting of the appropriate bond which is necessary to take care of the baby both in the physical and psychological levels. As a consequence, families in this situation need psychological support from the moment of birth, as well as a regular monitoring until the situation is finally stabilized. This article describes some elements of maternal stress in mothers who have had high-risk premature babies under 1.500 grams. We also mention vignettes of cases as well as clinical interventions. We propose a model of psychological approach in premature infants and their families that is currently being carried out jointly by the Mental Health Service and the paediatric Ward of the University Hospital in Getafe, Madrid, Spain.

Keywords: neonatology, early Bond, maternal Stress, perinatal Psychology.

Félix G^a-Villanova es Psicólogo Clínico del Servicio de Salud Mental de Getafe; Isabel Cuéllar-Flores es Psicóloga Clínica; Belén Eimil es Psicóloga Clínica, e Idoia Palacios es Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Getafe.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al e-mail: fgarcia.scm@salud.madrid.org

Introducción

Las innovaciones en los modos de reproducción y en las transformaciones en las condiciones de vida han hecho que los nacimientos de bebés prematuros hayan aumentado, apareciendo una cantidad cada vez mayor de niños con características y necesidades específicas. Los avances en el cuidado neonatal elaborados en los últimos años, mejoran la supervivencia y las expectativas sobre el desarrollo de los niños, sin embargo, el número de partos prematuros no ha podido frenarse. Entre ellos, se habla de niños muy prematuros cuando nacen antes de las 32 semanas de gestación, es decir, antes de los 7 meses, y de niños de muy bajo peso a los que pesan menos de 1.500 gramos al nacer. Los grandes prematuros suponen entre el 0.8 y el 1.2% del total de niños nacidos (Pallás, De la Cruz y Medina, 2000). La prematuridad no sólo supone un mayor riesgo físico y para el desarrollo motor, neurológico y sensorial del bebé (Mangham, Petrou, Doyle, Draper y Marlow, 2009), y para su propia supervivencia (Botet y Figueres, 2005), sino que también puede suponer un riesgo para el desarrollo psicoafectivo y cognitivo de éste.

Por otra parte, la prevención primaria y secundaria en salud mental en la primera infancia ha sido escasamente abordada en España por la tardanza en la aparición y desarrollo de equipos y profesionales específicos en nuestro país. En la actualidad, hay un interés creciente y una necesidad de la prevención, detección e intervención precoz en edades tempranas. En esta línea, han aparecido importantes empujes al respecto aunque no se han generalizado (por ej. Protocolos de Salud Mental en Programas del Niño Sano o de seguimiento del neonato de alto riesgo; el Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido o NIDCAP –Westrup, 2007; así como el Libro Blanco de la Atención Temprana –VV.AA., 2000).

En general, durante el primer año y medio de vida, el niño prematuro será más pequeño y tardará más en sostenerse, andar y hablar. En ocasiones, los progenitores tendrán que afrontar la aceptación de problemas graves como una posible discapacidad motora o sensorial. Por todo ello se propone que las familias en tal situación necesitan un apoyo psicológico desde el primer momento del nacimiento y un seguimiento ininterrumpido hasta que la situación se estabilice (Lía, Ceriani, Cravedi y Rodríguez, 2005).

Organización del vínculo temprano

Proceso de anidación psicobiológica anterior al nacimiento

Los nueve meses de embarazo permiten a los futuros padres y al bebé la oportunidad de prepararse tanto biológica como psicológicamente para el nacimiento, y en un proceso que se viene denominando “anidación psicobiológica (Jofré y Enríquez, 2002). La preparación psicológica supone un proceso de adaptación cognitiva, en las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre, pero también supone una adaptación afectiva e instrumental, en los aspectos prácticos que requiere la aparición de un nuevo miembro familiar.

El bebé representado tiene una larga historia prenatal. A medida que el feto crece y se desarrolla en el útero de la madre, este bebé representado se desarrolla paralelamente en su mente. No obstante, el bebé representado no se inició de hecho en su concepción, sino mucho antes, durante los juegos de muñecas, y las fantasías de la madre o del padre cuando eran niños y adolescentes (Stern, 1997).

Durante los últimos meses de embarazo, los padres van percibiendo al feto como crecientemente separado y real, y empieza una forma de interacción muy temprana, basada en la interpretación de los movimientos y actividad fetal (Brazelton y Cramer, 1990). Los estudios sugieren que entre el séptimo y noveno mes de gestación se produce un cambio en las representaciones de la madre con respecto al bebé, donde éstas se vuelven menos específicas y ricas, lo que supone una forma de protección intuitiva hacia el futuro bebé, y hacia sí misma, de una discordancia potencial entre el bebé real y un bebé representado con excesiva especificidad (Stern, 1997).

Este último periodo, por un lado de disminución paulatina de las fantasías y pensamientos acerca de su bebé, permitiendo más la presencia real de éste, con su “propio carácter” y, al mismo tiempo, de satisfacción y alegría, parece ser indispensable para la puesta en marcha de la “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1979), ese estado de especial sensibilidad y adaptación de la madre a las necesidades del recién nacido.

El embarazo es descrito como una crisis que revuelve identificaciones y conlleva, una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos (Bibring y Valenstein, 1976), y que requiere, además, revisar los vínculos con los propios progenitores para poder vincularse afectivamente con el recién nacido.

En el momento del nacimiento, la madre y el padre tienen que estar preparados para afrontar una serie de tareas (Brazelton y Cramer, 1990), relacionadas con adaptarse al nuevo ser. El bebé provoca sentimientos de extrañeza y fragilidad y supone una pérdida del bebé ideal imaginario. Además implica, sobretodo en la madre, una enorme exigencia de disponibilidad, y el abrupto término de la sensación de fusión con el feto. En el caso del padre, éste tiene que afrontar el sentimiento de exclusión de la díada madre-bebé y la responsabilidad de apoyar y sostener(se) en la nueva relación triangular.

La interacción temprana desde el nacimiento

La aparición del bebé estimula las respuestas de los padres y determina activamente las reacciones de sus progenitores. Las interacciones empiezan con el comienzo de la vida y el niño influye en el padre/madre de la misma manera que el progenitor influye en el hijo (Beebe y Lachmann, 1994). Es decir, puede hablarse de reciprocidad en la interacción, aunque no de equivalencia.

La contribución del adulto en la interacción temprana implica una coordinación o entonamiento afectivo (Stern, 1998), que implica respuestas sensibles, sincrónicas, recíprocas, contingentes y predecibles. Es decir, involucra compartir y anticipar estados emocionales entre infante y progenitor, ajustar y sincronizar constructivamente sus afectos (Lecannelier, 2006). Aunque también supone la reparación de las interacciones desentendidas, es decir, una respuesta regulatoria interactiva que, frente a la amenaza de un episodio emocional disruptivo, resulta eficaz (Lecannelier, 2006).

En la interacción de los progenitores, existen fuerzas emocionales e históricas que enriquecen pero también complican el desarrollo de la incipiente relación. Sus fantasías, esperanzas, temores, sueños, recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro niño, pero también la experiencia interactiva, que puede ser real y vivida o virtual e imaginada, y que se construye principalmente a partir de la experiencia subjetiva de estar con el bebé, y que va creando una serie de representaciones, que pueden ser descritas en términos de modelos-de-estar-con (Stern, 1997).

En esta interacción temprana, el bebé también contribuye con sus características temperamentales, por ejemplo, con su nivel de actividad, regularidad, adaptabilidad, reactividad e intensidad de las respuestas, entre otras (Thomas y Chess, 1977). Hay que mencionar, no obstante, que las diferencias individuales entre bebés pueden deberse al temperamento, pero es importante destacar que la vida intra-uterina y las circunstancias del parto también influyen en ellas. En cualquier caso, las características de las respuestas del bebé facilitarán, o, por el contrario, dificultarán la coordinación afectiva, y, en combinación con las capacidades de los cuidadores, resultarán en una interacción apropiada, o no.

Las interacciones padres-hijo forman la matriz del desarrollo, de los aprendizajes y, en general, de la salud mental. Además, las interacciones irán cambiando según el hijo vaya creciendo y las capacidades interactivas de éste vayan incrementándose. Durante el primer año de vida, el progenitor da al bebé lo que éste desea, así, responde si el bebé desea una interacción social, jugando a sus tentativas de empezar un juego, calma cuando el bebé llora, y regula la intensidad de la estimulación. Es decir, la tarea básica de los progenitores en el periodo inicial es proporcionar la regulación de las necesidades fisiológicas y emocionales. El progenitor y el niño pasan gran parte de su tiempo compartido inmersos en la regulación mutua activa y continua del estado inter-

no de ambos al servicio de algún objetivo o tarea (p. ej., alimentación, juego, sueño, etc.) (Lecannelier, 2006).

ORGANIZACIÓN DEL VÍNCULO TEMPRANO EN PREMATURIDAD

El nacimiento prematuro detiene el anteriormente mencionado proceso de “anidación psicobiológica” de los padres y el recién nacido (Lía et al., 2005). Ante la necesidad para ambos de los nueve meses de gestación, nacer antes de este período crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el niño, como en la madre y el padre.

Cuando un bebé nace entre el sexto y el séptimo mes de embarazo, queda interrumpido el proceso normal de “anulación de las representaciones específicas”, encontrándose las representaciones maternas respecto a él en un momento culminante en cuanto a riqueza, cantidad y especificidad (Stern, 1997). Consecuentemente, el bebé prematuro se haya ante una situación poco ventajosa, en primer lugar por el estado de inmadurez que presenta en su llegada al mundo y en segundo lugar por el estado de las representaciones maternas (Ammaniti, 1991).

En los casos de prematuridad severa, y el riesgo asociado de retrasos significativos en el desarrollo y/o de la presencia de discapacidades, se produce una situación angustiante en los progenitores, que pueden encontrarse ante un vacío representacional en cuanto a su bebé; son momentos en los que no existe certeza médica y no pueden proyectar o elaborar una línea de desarrollo futuro para su hijo. Las señales constantes de los monitores de la UCIN, el timbre del teléfono con la crítica anticipación de una llamada con graves noticias, la llegada al Hospital cada mañana con alta ansiedad por la información de la evolución clínica desde el día anterior, gestos del bebé que despliegan alta ansiedad a la madre y un largo etc. persistente y reiterado durante meses, incluso después de la llegada a casa, llevan a los padres a fallas representativas sobre el futuro de su bebé, y sin una representación del futuro, no puede evaluarse el presente. Uno de los pilares esenciales de la representación se ha venido abajo.

Así, la incertidumbre de los padres en cuanto al futuro de ese bebé abarca desde pequeños hitos del desarrollo, a dudas sobre la futura autonomía y calidad de vida de su pequeño. Estos aspectos pueden interferir en el proceso de conexión afectiva con el bebé real, que permite más la presencia real de éste, con su propio carácter y características.

La hospitalización del bebé, constituye un importante agente estresor por la ruptura de la continuidad relacional madre-bebé; esta separación supone alteraciones emocionales en los padres, que pueden reaccionar bloqueándose o activándose en exceso, y ciertos comportamientos naturales como son las miradas sonrientes o el diálogo tónico pueden verse interferidos, pudiendo mostrarse menos sensibles a las respuestas del bebé, más intrusivos o sobreestimulantes (Wijnroks, 1999; Muller-Nix et al., 2004). El estado del niño tampoco es el ideal para fomentar estas conductas en los progenitores, ya que estos bebés son frágiles y se encuentran debilitados. Pueden presentar signos de estrés como son los temblores, sobresaltos, cambios de coloración, aversión a mirar, niveles altos de actividad, cambios de respiración, inquietud o llanto. Algunos neonatos débiles sólo pueden responder a una modalidad sensorial cada vez: tacto, voz, o simplemente mirar la cara de la madre (Brazelton, 2001). Aprender a manejar un recién nacido “inmaduro” o “nervioso” no es tarea fácil y requiere de una gran sensibilidad y capacidad de adaptación por parte de los progenitores.

Cuando un niño nace a término y sano, está preparado para captar las influencias del ambiente extrauterino con toda su intensidad y puede, con relativa rapidez después del nacimiento, establecer el control de su conducta y organizar sus funciones fisiológicas. Su conducta es fácilmente comprensible y proporciona muchas oportunidades para establecer una relación recíproca con los padres, al mismo tiempo que refuerza el proceso de vinculación (D’Apolito, 1991). Cuando un niño nace con algún factor de riesgo (prematuridad, exposición a drogas, anomalías congénitas...) su habilidad para mantener la organización de su conducta y de sus funciones

fisiológicas puede verse afectada. Es habitual que los recién nacidos de alto riesgo sean fácilmente hiperestimulados y sus pautas de conducta difícilmente comprensibles. Los signos de desorganización en el recién nacido afectan a la capacidad para interactuar con sus cuidadores que se encuentran en la difícil situación de sobrecargarle de estímulos en sus intentos de comunicarse con él. Los bebés fácilmente hiperestimulables pueden reaccionar con una conducta de desconexión, de inhibición intencionada o con una conducta hiperreactiva, que deja a los padres con una sensación de rechazo y desaliento (Brazelton y Nugent, 1997).

El nacimiento de un niño de riesgo produce un estado de desconuelo y angustia en los padres por la pérdida del “niño esperado e idealizado”, esta situación puede evitar que ajusten su conducta de manera adecuada para ayudar a su hijo. En dichas situaciones, el parto, transmitido como momento culminante del embarazo, se transforma súbitamente en un momento de crisis, con la consecuente ansiedad y temor en relación a la pérdida del recién nacido. La experiencia demuestra que en los primeros momentos tras el parto los padres se hayan en una situación de shock y desconexión con su propio hijo; si el duelo se conduce bien, los padres empezarán a observar y dar respuestas más organizadas y de mayor calidad, y finalmente serán capaces de ver capacidades interactivas de sus hijos, pudiendo crear un vínculo con su frágil hijo (Brazelton, 2001).

Este proceso de reajuste es costoso en tiempo y energía psíquica y las familias con frecuencia necesitan ayuda psicológica. El largo periodo de hospitalización que deben atravesar las familias de los bebés prematuros constituye una oportunidad para aquellas intervenciones destinadas a fortalecer estas habilidades parentales, reducir el estrés y la depresión asociados a esta experiencia, incrementar la confianza de los progenitores en sus propios recursos y modificar las percepciones con respecto a sí mismos y su bebé que pudiesen interferir en el establecimiento de un vínculo seguro (Fonagy, 1998; Forcada-Guex, Pirrehumbert, Borghini, Moessinger y Muller-Nix, 2006; Meyer et al., 1995).

Por otra parte, el ejercicio de la función materna durante el ingreso se sostiene con muy escasos contactos de cuidados que dar al bebé. Hasta su salida del periodo más crítico, estos cuidados se desarrollan durante un corto periodo de tiempo al día. Existe evidencia de que la relación temprana madre-bebé constituye uno de los factores que puede exacerbar o reducir los efectos potencialmente adversos del nacimiento prematuro (Forcada-Guex et al. 2006). Si el padre o pareja tiene suficiente sensibilidad y tolerancia al dolor maternal hará de factor de protección de la recuperación y adecuación materna. Estos aspectos de la crisis descrita se procesan de manera individualizada según pasan las semanas hacia el alta, si bien en ciertas ocasiones requiere de más tiempo para poder elaborar todos los aspectos del rol maternal.

Atención psicológica para la organización del vínculo temprano en prematuros

Para Stern, para la llamada Escuela de Ginebra (Manzano, Espada, etc.) y para otras corrientes teóricas, el “paciente” en la atención psicológica temprana suele ser la díada madre-hijo (lo que es lo mismo: el principal progenitor encargado de los cuidados y el niño) o bien la tríada madre-padre-hijo. Es importante subrayar que para Stern (Stern, 1997) existen tres tipos de elementos que están siempre presentes y actuando, a saber: a) *las interacciones* (la conducta manifestada por bebé y progenitor en respuesta y en combinación con el otro, es visible y audible para un tercero, como es el terapeuta); b) *las representaciones* (cómo experimenta e interpreta el progenitor subjetivamente los sucesos objetivos de la interacción, comprendidas su propia conducta y la del bebé, que pueden ser fantasías, esperanzas, temores, tradiciones y mitos familiares, experiencias personales importantes, presiones actuales y muchos otros factores; y también el bebé, a partir de sus primeras vivencias pasadas, se ve ávidamente envuelto en la construcción de una representación de esta interacción) y c) *los sistemas de ayuda* (comprenden las guarderías preescolares, agrupaciones varias de padres e hijos, la red de la seguridad social, las visitas domiciliarias, el entramado familiar, los medios económicos y muchos otros que pueden servir de fuerza de mantenimiento constante o de influencia ocasional en las interacciones y representaciones de las diferentes personas en interacción, especialmente en las representaciones de la madre). Además,

todos los elementos mencionados son interdependientes, se relacionan de manera dinámica y se influyen mutuamente y, más importante aún, una acción terapéutica que logre modificar un elemento acabará cambiando todos los demás elementos separados. Por ejemplo, la actuación sobre un bebé de una representación de la madre no es un acontecimiento unilateral, pues requiere ciertas acciones recíprocas o complementarias del bebé para que puedan ser actuadas. El bebé no es una víctima pasiva de las representaciones de la madre sino que en cierta forma colabora en ellas.

Desde este punto de vista, por tanto, los diferentes enfoques terapéuticos son distintas puertas de entrada a un mismo sistema dinámico interdependiente, aunque siempre habrá una puerta de entrada privilegiada que recibe la mayor parte de la atención y de la acción terapéutica. La terapia es simultáneamente una psicoterapia individual (con el progenitor principal), de pareja (con marido y mujer) y familiar (con la tríada) ya sea de forma paralela o secuencial (Stern, 1997).

En el Anexo se presenta un esquema gráfico del modelo de intervención psicológica temprana que se propone en bebés prematuros y sus familias, y cuyo proceso se desarrollará a continuación.

Intervención psicológica durante el ingreso

Cuando un nuevo niño menor de 32 semanas o 1.500 gramos de peso ingresa en la UCIN los padres son atendidos por el psicólogo del staff. El objetivo de la intervención, tanto en la primera como en las sucesivas entrevistas, es valorar el estado de ánimo de la madre y del padre observando los particulares de la relación para ayudar a organizar los cuidados de cada uno de los miembros hacia el otro, según la disponibilidad. En el caso de una madre sin apoyo afectivo por parte de una pareja, se trataría de ver si otros miembros del entorno familiar o de fuera de él pudieran hacer la función de apoyo. Es muy importante que el cuidador principal del bebé pueda ser cuidado también. Hay veces que es necesario estructurar los descansos y el sueño tanto dentro como fuera de la Unidad de Neonatología. Esos padres en crisis abierta necesitan descansar, necesitan recuperar el tono emocional lo antes posible, necesitan adaptarse a los nuevos ritmos no esperados y a las condiciones de tener un bebé entregado a otros para los principales cuidados. Es cierto que ellos participarán en algunos de los cuidados: higiene, alimentación y Método Canguro, éste último se basa en el contacto piel con piel entre un progenitor y el recién nacido. Pero el contacto será con un bebé conectado a una CEPAP o respirador, a una sonda nasogástrica, a otro sensor de saturación de oxígeno sujeta habitualmente al dedo gordo del pie, a lo que se añaden sus respectivas alarmas acústicas, puede que con los ojos vendados para proteger la retina... todo ello según la evolución de cada bebé particular.

Se valora también durante el ingreso la evolución en la madre respecto de diversos duelos a elaborar: duelo del embarazo no concluido, duelo por la tripa perdida ante sí misma y las otras mujeres, duelo del tipo de parto, duelo de la desprotección intra y extra uterina de su bebé, y en la parentalidad. Tenemos que trabajar la culpa secundaria a la representación en la madre como causante de la crisis actual por los cuidados no realizados y que han podido, de manera imaginaria, afectar al feto: trabajo, actividades excesivas, alimentación no adecuada... la mayoría de las mujeres se ve afectada de manera importante por algunos de estos aspectos según su personalidad y su proceso, en el intento de dar sentido a la situación traumática espontánea que sucede alrededor del particular proceso de parto desenlazado; estos contenidos, evidentemente, ubican el inicio del vínculo con el bebé de manera muy diferente en unas madres y en otras, incluyendo más o menos aspectos narcisistas o de identificación materna que precisan elaborar.

El rango de situaciones que se dan es muy diverso, no sólo hay que incorporar el cuerpo del bebé, en la mayoría de los casos con todos sus cables y tubos, sino también a la regulación estricta de los contactos físicos-emocionales impuesta por la organización del Servicio. Es preciso saber que, en ocasiones, asistimos a madres y padres con bebés que tienen una organicidad diferente tanto interna como externa por la inmadurez en el desarrollo: órganos sensoriales afectados, órganos internos disfuncionales con dificultades importantes de madu-

ración funcional, ductus que no se cierran, fisuras palatinas abiertas, o estados intersexuales, madres que tienen que sufrir una muy angustiada espera para concebir la representación del cuerpo de su bebé, para ver la evolución. En algunos casos, una espera de mucho tiempo más allá del ingreso inicial: para asignar el sexo y el consecuente cambio de nombre con respecto al que ya decidieron. Son muchos los procesos en los que hay que estar del lado de los padres en los primeros meses o años y en especial al lado de la madre cuidando su estado emocional y representacional.

Finalmente, también hay que ayudar a centrar los intercambios de la madre y del padre con el bebé cuando van a realizar el Método Canguro o van a manipularlo en la alimentación o la higiene. Orientar la ansiedad por la estimulación del contacto en parámetros adecuados, que no exciten al bebé que tiene un organismo tan inmaduro por construir y le despierten excesiva alerta física y emocional. Orientar a que valoren más los contactos desde la protección que desde la estimulación del intercambio, que biológicamente vendrá varios meses después, ayudando a regular en el intercambio entre bebé y padres los estados actuales no previstos naturalmente.

Viñeta: “Peter y Ryan”:

La madre de Peter y Ryan presenta un embarazo gemelar fruto de un proceso de fecundación in vitro. El enorme deseo de ser madre se ve incrementado por la dificultad de conseguir la concepción natural en su momento. Finalmente, ésta se presenta cuando ya hacen la última tentativa de fecundación dada la edad de la gestante. Es informada tras las primeras ecografías de seguimiento que uno de los fetos no consigue mantener el desarrollo adecuado y corre riesgo de perderse. Frente a esta situación tienen que tomar una opción: dejar que uno de los fetos prevalezca sobre el otro intrauterinamente o bien alterar el desarrollo natural del más desarrollado para intentar mejorar las posibilidades de supervivencia del feto menos desarrollado con cuidados clínicos intensivos extrauterinos. Finalmente deciden lo segundo. El pequeño Peter nace con 460 gr. Su hermano Ryan nace con más del doble y es viable consiguiendo un peso adecuado y sin complicaciones en las siguientes semanas. Peter atraviesa todo tipo de vicisitudes durante los largos meses de ingreso: infecciones, intubaciones múltiples, hemorragia cerebral de intensidad moderada, varias paradas cardiorrespiratorias que precisan reanimación intensiva. Al alta precisa de sondaje permanente y oxigenoterapia por déficit de maduración pulmonar. En los dos últimos meses de hospitalización de Peter, Ryan recibe el alta médica. ¿Cómo estructurar el vínculo con uno y otro hijo simultáneamente cuando ambos están en incubadoras con escaso contacto y uno de ellos está en condiciones extremas?

La madre de Naomi y de Paul, canadiense de origen, da a luz espontáneamente durante un viaje a otra pareja de gemelos de idéntico tiempo de desarrollo gestacional que Peter y Ryan, vecinos de incubadora, pero con otras condiciones físicas de partida: muy sanos y con buen desarrollo. Varias semanas antes del alta clínica expresaba con gran movimiento afectivo: “estoy extenuada, vacía de mí misma y completamente desubicada, tantas horas en la clínica que a veces no puedo distinguir la hora del día”. No estaba deprimida, se encontraba contenta con sus hijos y su evolución, pero al estar sin la compañía de su marido, que por motivos laborales vuelve a su país, pone de relieve la falta de él, de quién apoya y comparte, y como consecuencia de su celo y dedicación, se encuentra bajo los efectos de un surmenage, pero no en crisis vital. Necesitaba una tercera persona que le diera una pauta de autorregulación que le permitiera recuperarse; el terapeuta con sus indicaciones ocupa simbólicamente la función de tercero y orienta la recuperación autorizando unos espacios de descanso y otros de satisfacción personal más allá de los cuidados a los hijos, abriendo un espacio en la simbiosis extenuante.

Además hay que tener en cuenta que esta madre ha pasado el tiempo de inicio de acoplamiento vincular, el de mayor contacto íntimo con el bebé recién nacido, el de su mayor dependencia, con dos bebés y sola, con el doble de ocupación y en condiciones muy estresantes: con ellos en la clínica y sin ellos cuando estaba en casa de los familiares, sin un momento ni un sitio propio de recuperación. Para cuando empiezan a establecerse las diferencias entre estados, ella aún no tiene control sobre la dirección a la que encaminar los estados de los niños y tampoco puede regular los suyos propios porque dependen de la organización hospitalaria y, además, los pro-

pios bebés no están maduros para poder combinarse y adecuarse a las necesidades de regulación. Se puede apreciar que la base de la organización del vínculo está ya afectada. La adecuación de estados de un bebé supone también la adecuación de los estados de la madre y viceversa, es una regulación interpersonal.

En el caso de Peter y Ryan las condiciones de inicio de la organización vincular están muy comprometidas. Su madre tiene que adaptarse y adecuar una y otra vez los estímulos para conseguir que Peter y ella puedan sintonizar y evolucionar, lo cual implica un estrés de crianza dada la lenta evolución del bebé más frágil, que con dos meses de edad corregida apenas puede realizar algún débil seguimiento visual, quedando agotado tras conseguirlo. Del otro lado está el hermano gemelo, Ryan, tirando de su madre en la línea del desarrollo normalizado, ¿será su desarrollo ralentizado para adecuarse de nuevo a la voluntad materna o parental de dar de sí mismo para salvar a su hermano más frágil?

Intervención psicológica después del ingreso

La atención psicológica de los bebés prematuros y sus familias debe tener en cuenta las peculiaridades de estas familias, y que han sido descritas en apartados anteriores. Después del shock inicial, se produce una progresiva adaptación y “recolocación psicológica” de lo sucedido: de su propio bebé, sus capacidades y limitaciones, de sí mismos como madre y padre, de lo perdido y, finalmente, de lo posible. Tras el alta del bebé del hospital y la llegada a casa los progenitores suelen experimentar una serie de emociones ambivalentes, como miedo e inseguridad y, al mismo tiempo, alegría y satisfacción. Ante la angustia de muerte y discapacidad los progenitores es probable que muestren mecanismos de defensa (como la racionalización, el aislamiento afectivo y la negación) que, consideramos, pueden ser relativamente eficaces y adaptativos dada la necesidad de afrontar una situación exigente en cuanto a su disponibilidad instrumental y afectiva (Camarero et al., 2013). Estos mecanismos de defensa deben ser valorados para que no impidan el reconocimiento del bebé real y su estimulación afectiva óptima.

En este sentido, la intervención psicológica tiene como objetivo apoyar la habilitación parental, en las funciones parentales y el establecimiento de un vínculo de calidad, y debe abordar los siguientes aspectos (Brazelton, 2001; Camarero et al., sometido a evaluación):

- Detección de factores de riesgo (en los padres y el hijo/a) para el desarrollo de un vínculo temprano de calidad.
- Detección temprana de déficits y retrasos madurativos en el bebé.
- Favorecer la contención y facilitar la creación de una matriz de apoyo para los padres.
- Facilitar las capacidades parentales de identificación y anticipación de las características, competencias y necesidades del bebé.
- Facilitar las capacidades parentales de sostén, regulación emocional y estimulación óptima del menor.

Viñeta: “María”:

Nacida con una edad gestacional de 25 semanas y 6 días y 790 grs. de peso. Se trató de un embarazo planificado y logrado mediante fecundación in vitro, tras 5 años de intentos fallidos y con el planteamiento de que esta vez iba a ser la última. La madre sufrió un sangrado “pero fue un buen embarazo” hasta que en la semana 24 se produjo una inesperada rotura de la bolsa, que tras una semana llevó a un parto por cesárea: “me hubiera gustado tenerla más tiempo dentro y tener un parto natural”. Esta madre expresaba el dolor por la pérdida de la experiencia de estar embarazada. La culminación del embarazo y la experiencia de tener una tripa grande con un bebé dentro la equiparaba a las demás mujeres y le compensaba otras minusvaloraciones que tenían peso en su vida. El duelo abarcaba también el afrontamiento de la pérdida del sentimiento de tener un vientre capaz de alojar a un recién nacido a término y el duelo por la pérdida de la intimidad con el bebé. Esto se acompañaba de un sentimiento de alivio cuando volvía a casa y María permanecía en la UCIN, “no la echaba de menos”, se

liberaba de todo ello. En esta ambivalencia e intensa culpa surgía el deseo de compensar a María luchando por proporcionarle lactancia materna.

La madre refería que en la recuperación del parto “estuvo tocada”. Se describía como una persona con un elevado nivel de exigencia, perfeccionismo e inseguridad. Además necesitaba tener “todo en orden” y se mostraba inflexible ante las sugerencias de bajar la exigencia en las tareas domésticas para evitar sobrecargarse. A esto contribuía la negación como mecanismo de defensa, puesto que ambos padres referían que “tener un hijo no tenía por qué cambiar su vida” a pesar de que habían buscado y conseguido ayuda para la fertilización. Estos padres también realizaban intentos de negar las dificultades de su hija, para alejar contenidos difíciles de tolerar y poder afrontar la situación, realizando una búsqueda activa de recursos asistenciales para su hija.

María mostraba dificultades importantes en la interacción temprana, apenas lloraba, no demandaba ni anticipaba la comida, no fijaba la mirada ni se orientaba a objetos visuales. A los tres meses no mostraba sonrisa social ni sostenía la cabeza. Estas características dificultaban el establecimiento de un vínculo afectivo con ella, y el necesario sentimiento de conexión y reciprocidad padres-bebé.

La madre manifestaba sentimientos de incapacidad ante el entrenamiento en ejercicios de estimulación temprana, refiriendo que “la estimulación la puede hacer mejor un profesional”, y mostrando una dificultad para disfrutar en el contacto con su hija al sentir que las actividades que se le proponían desde el programa suponían una obligación y “otra tarea más”.

Por ello, los esfuerzos de la intervención psicológica se destinaron a realizar una contención emocional que permitiera y legitimara el reconocimiento y la expresión de la ambivalencia y la angustia maternas; y también a ayudar a los padres a disminuir la exigencia y rigidez y a estar disponibles y a disfrutar el contacto con su hija, mediante el apoyo a las funciones maternas, que aumentara el sentimiento de competencia, especialmente de la madre. La madre mostraba un intenso deseo de conexión con su hija, y a medida que ésta fue mostrando avances en su maduración, pudo disfrutar cada vez más en el contacto.

Viñeta: “Daniela y Adolfo”:

Gemelos nacidos con una edad gestacional de 31 semanas y 3 días y 1.565 y 1.580 gramos respectivamente. Se trató de un embarazo planificado: “queríamos tener un hijo que se llevara poco tiempo con el mayor (20 meses en ese momento)” en el surgieron complicaciones por pérdidas de sangre y amenazas de aborto que requirieron reposo desde el principio. La madre refiere “lo he llevado muy mal...al ser un embarazo tan malo no pensábamos en el futuro, no teníamos asegurado nada... tenía miedo, no podía ni estornudar...pensaba: me los cargo”. Esto muestra una ausencia de estructura representativa sobre el futuro de los hijos, al no poder servirse de las líneas evolutivas normales respecto al proceso de embarazo. Asimismo, la madre refiere que para ella fue un alivio dar a luz “estaba mejor nada más parir, consideraba que iban a estar mejor fuera”, lo que muestra una percepción de sí misma como incapaz de proteger a sus hijos.

Los sentimientos de culpa en esta madre eran intensos. Tras el alta hospitalaria de la madre, ésta refiere que se turnaba con su pareja para venir a ver a los niños, haciéndolo la madre por la mañana y el padre por la tarde, para poder ella pasar tiempo con su hijo mayor.

Desde el comienzo de la atención a esta familia en el programa y hasta la actualidad, se ha hecho patente el grado de ansiedad y desgaste en la crianza de estos niños, especialmente por parte de la madre. Los padres refieren que Daniela y Adolfo tienen un carácter irritable. En efecto, estos bebés muestran dificultades en la auto y hetero-regulación, con labilidad de estados y alta sensibilidad y baja adaptación a los estímulos.

Al ser 3 hijos, encuentran falta de tiempo para atender las necesidades de todos ellos -de hecho, no realizaron en casa el Método Canguro por falta de tiempo-. El padre muestra un carácter “optimista” centrado en la consideración temporal de las dificultades y en la búsqueda de posibles adaptaciones a la situación, mientras que la madre presenta rasgos obsesivos caracterizados por un alto nivel de exigencia en su papel de madre: “me da apuro pedir ayuda, me da vergüenza, siempre he sido muy independiente”, o, ante la propuesta de su

pareja de que ella duerma una noche mientras él se hace cargo de los pequeños: “parece que no puedo, no me parece bien, tengo que estar yo también”, a pesar de reconocer que le gustaría hacerlo. Este elevado nivel de exigencia le está dificultando el disfrute de la relación con los pequeños, lo que le intensifica el sentimiento de culpa, además de síntomas de apatía, decaimiento, labilidad emocional, ambivalencia afectiva e irritabilidad.

Estos aspectos ilustran lo mencionado anteriormente sobre las particulares relaciones de la díada madre-hijo: unos pequeños de carácter irritable que ponen a prueba las dotes de una madre exigente, que ya se ha sentido con elevados niveles de culpa durante el embarazo, por diversos motivos. La ausencia de disfrute en la relación que esta madre presenta y la desvitalización asociada a sus dificultades en la maternidad, están afectando al establecimiento de un vínculo de calidad, que a la vez puede estar repercutiendo en las capacidades de regulación de los bebés. A pesar de que el padre está haciendo una importante labor de sostén de la madre, mostrando sensibilidad y tolerancia al dolor materno, los sentimientos de inadecuación de ésta son tan intensos, que ninguna solución o propuesta proveniente del padre sirven para atenuar la exigencia y la persecución del ideal de la madre, que le llevan a la presencia de síntomas de carácter depresivo.

Ante los elevados niveles de exigencia por parte de la madre, la intervención con esta pareja y, especialmente con ella, da especial importancia a la identificación, legitimación y expresión emocional, aspectos que se ven dificultados por los rasgos obsesivos que ésta presenta. Del mismo modo, aportamos datos de carácter psicoeducativo sobre lo que es propio de la prematuridad y lo que no, para que ambos padres puedan comprender que ciertos aspectos –por ejemplo, la irritabilidad- pueden estar presentes en niños prematuros, más allá de las capacidades parentales, todo ello con el fin de rebajar la angustia asociada a la exigencia en los cuidados. En la misma línea, y de modo importante, nos centramos en reforzar los sentimientos de competencia y las capacidades parentales, especialmente las maternas, dada la desvitalización y la ausencia de disfrute que la madre presenta en el vínculo con sus hijos a causa de su sentimiento de incapacidad en el desarrollo de la función materna.

Conclusiones

Como se ha expuesto a lo largo del trabajo, el nacimiento de un bebé prematuro ocasiona elevados niveles de angustia en el entorno familiar y tiene repercusiones de diversa índole que pueden afectar al desarrollo de un vínculo afectivo de calidad entre el bebé y el cuidador principal, generalmente la madre.

Desde la experiencia obtenida en nuestro programa se hace evidente que todo niño con un riesgo biológico y/o emocional elevado requiere un abordaje multidisciplinar que incluya, por protocolo, la atención en Salud Mental desde el inicio (Palacios et al., 2013). También, hemos observado la importancia de las acciones preventivas que tengan en cuenta los factores de riesgo y los de protección presentes en el neonato y su familia; desde ahí, tener en cuenta estos factores implica un abordaje psicológico especializado y continuado que permita fortalecer los recursos y minimizar el impacto de las vulnerabilidades del bebé, su familia y su entorno para favorecer el desarrollo óptimo de éste en todas las esferas (Eimil et al., 2013).

Referencias

- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12, 246-255.
- Beebe, B. y Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-166.

- Bibring, G. L., y Valenstein, A. F. (1976). Psychological aspects of pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 19, 357-371.
- Botet, F. y Figueres, J. (2005). Supervivencia y secuelas en recién nacidos de menos de 1500 g. como indicador de calidad técnica. *Todo Hospital*, 217, 311-316.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B.G. (1990). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B. y Nugent, J. K. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B. (2001). Niños prematuros. En T. B. Brazelton. *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Camarero, B., Cuéllar-Flores, I., Eimil, B., del Río, T., Palacios, I. y García-Villanova, F. (2013). El vínculo temprano en bebés prematuros. Comunicación presentada en III Jornadas de Quipú-Instituto Psicoanálisis y sociedad actual, Toledo, España.
- Camarero, B., Cuéllar-Flores, I., Eimil, B., del Río, T., Palacios, I. y García-Villanova, F. (sometido a evaluación). El vínculo temprano en bebés prematuros.
- D'Apolito, K. (1991). What is an organized infant? *Neonatal Network*, 10, 23-27.
- Eimil, B., Cuéllar-Flores, I., Kehrmann, L., Palacios, I., García-Villanova, F. y Valle, M. (2013). Factores de riesgo y de protección en atención temprana: Aproximación desde dos hospitales de la comunidad de Madrid. Comunicación presentada en el XXV Congreso nacional de SEPYPNA *La infancia temprana: repercusiones en el desarrollo posterior*, Valencia, España.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147-169.
- Forcada Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. y Muller-Nix, A. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, 107-114.
- Jofré, R. y Enríquez, D. (2002). Nivel de estrés de las Madres con Recién Nacidos Hospitalizados en la UCIN Hospital Guillermo Grant. *Ciencia y Enfermería*, 8, 31-36.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*, Santiago de Chile: LOM. Ediciones.
- Lía, A., Ceriani, J.M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos argentinos de pediatría*, 103, 36-45.
- Mangham, L.J. Petrou, S. Doyle, L.W. Draper, E.S. Marlow. N. (2009). The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. *Pediatrics*, 123, 312 -327.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. y Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158.
- Palacios, I., Kehrmann, L., Cuéllar-Flores, I., Eimil, B., García-Villanova, F. y Valle, M. (2013). Importancia de la atención temprana hospitalaria: A propósito de dos programas en la comunidad autónoma de Madrid. Comunicación presentada en el XXV Congreso nacional de SEPYPNA *La infancia temprana: repercusiones en el desarrollo posterior*, Valencia, España.
- Pallás, C.R., de la Cruz, J. y Medina, M.C. (2000). *Apoyo al Desarrollo de los Niños Nacidos Demasiado Pequeños, Demasiado Pronto. Diez años de observación e investigación clínica en el contexto de un programa de seguimiento*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 100-108.
- Thomas, A. y Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- VV. AA. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

- Westrup, B. (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Family centered care developmentally supportive care. *Early human Development*, 83, 433-449.
- Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and motherinfant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 393-409.
- Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

Manuscrito recibido: 06/05/2013

Revisión recibida: 14/05/2013

Manuscrito aceptado: 16/05/2013

ANEXO 1. Modelo de intervención psicológica temprana en bebés prematuros

