

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Tejiendo vínculos

**Fortalecimiento del vínculo temprano en Servicios
de Neonatología.**

Propuesta de intervención en el campo profesional.

Autora: Blumenfeld, Lara

Legajo: B-5135/7

DNI: 37334759

Docente Responsable: Brienza, Lucía

AGRADECIMIENTOS

Un gracias eterno a mis padres, por ser mi sostén incondicional, abrazarme y alentarme siempre a ir por más. Sin ellos esto no sería posible.

A mis niños: Cata, Valen ,Manu y Vicente por acompañar con su amor, sin saberlo, este y todos los recorridos de mi vida.

A la Universidad pública, que me abrió las puertas, me permitió formarme y de la que tanto orgullo me da ser egresada.

A mis amigas, que a veces creen más en mí que yo misma. A mi familia, por acompañar y alentar todos mis trayectos formativos.

Y, por último, gracias a todos aquellos que pusieron su tiempo y dedicación para acompañar la escritura de este trabajo.

ÍNDICE

Resumen y palabras clave.....	4
Denominación del proyecto	5
Descripción de la comunidad.....	6
Descripción y justificación de la propuesta.....	8
1. Acompañando el nacimiento. Características y dificultades del vínculo temprano madre- bebé en el Servicio de Neonatología.	
2. Canto, lectura y contacto en Neonatología.	
Objetivo general y específico.....	16
Determinación de la propuesta.....	17
1. Tejiendo vínculos. La intervención desde lo grupal.	
2. Acciones a realizar, plazos tentativos, recursos materiales y humanos.	
Evaluación general del proyecto	22
Referencias bibliográficas.....	23

RESUMEN

El presente Trabajo Integrador Final consiste en una propuesta de intervención en el campo profesional del psicólogo/a que propone la creación de un dispositivo grupal destinado a madres y sus bebés internados en Neonatología, desde la perspectiva del Psicoanálisis y en conjunción con los aportes de la Psicología Perinatal, con el fin de fortalecer el vínculo temprano en esta situación adversa. Para ello, se han rastreado las particularidades y dificultades que presenta dicho vínculo en el contexto del Servicio de Neonatología, reflexionando sobre la importancia de propiciar herramientas y recursos para alojar a estas madres y sus bebés, entendiendo la necesidad de ampliar, desde este campo disciplinar, la propuesta de espacios que acompañen estos nacimientos.

PALABRAS CLAVE

Maternidad - Neonatología – Vínculo temprano- Psicoanálisis – Psicología perinatal.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

Tejiendo vínculos es la creación de un dispositivo grupal para la comunidad de madres y sus bebés internados en el Servicio de Neonatología.

El dispositivo que nace a partir de la elaboración del presente trabajo se piensa como una estrategia de intervención temprana que busca favorecer y fortalecer el vínculo en esta situación adversa de nacimiento. Entendiendo que el tránsito por el Servicio de Neonatología agrega, potencia y resignifica expectativas, miedos y fantasías, se busca conformar redes de sostén que permitan a las madres pensarse junto a otras.

De este modo, responde a la necesidad de toda mujer de sentirse escuchada, respetada y acompañada frente a la llegada de un bebé y en el inicio de la vida. No desconociendo que para que esta madre pueda sostener a su hijo ella necesita también estar adecuadamente sostenida.

Ante lo dicho, se propicia el acercamiento y el contacto con el bebé en el Servicio en todas sus formas: verbal, corporal y visual. Brindando recursos y herramientas para construir lazos y alojar a la díada, tales como el uso de la voz - a través de canciones, melodías, rimas y cuentos- , así como también resaltando el valor del contacto mediante las caricias y las miradas, entre otros.

Hacer tribu y reforzar vínculos se vuelve, entonces, una tarea prioritaria. Para ello se propone el dispositivo antes mencionado, el mismo tiene una duración total de un mes, pudiéndose repetir varias veces a lo largo del año, con distintas participantes. Cada ciclo se compone de un total de ocho encuentros, y contará con dos instancias semanales . Está conformado por objetivos y actividades específicas dirigidas por un/a profesional de la psicología con formación en psicología perinatal.

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

La propuesta de intervención está orientada al trabajo con madres puérperas y sus bebés prematuros y/o con patologías neonatales que estén internados en el Servicio de Neonatología, tanto en instituciones públicas como privadas.

En la diada madre-bebé internado la misma debe cuidar y acompañar a su bebé en un ambiente medicalizado, aséptico, monitorizado, y con rutinas impuestas por el servicio, con el desafío de construir un clima de intimidad dentro de un ambiente público.

Las interacciones madre-hijo presentarán particularidades debido a este contexto de hospitalización que impone barreras interactivas, donde en muchos casos los recién nacidos permanecen en incubadoras y las máquinas y cables abundan; además los intercambios deben adecuarse a las normas que impone la institución.

La construcción del vínculo puede verse obstaculizada por esta situación crítica, el estado físico del bebé y los soportes técnicos que necesita para vivir favorecen una distancia respecto de los cuidadores. En general, los padres no están preparados para tener que ver a su bebé y no poder tomarlo libremente en brazos, ni para verlo alimentarse por una sonda o conectado a un respirador. Los tubos, las luces, las alarmas y otros instrumentos utilizados pueden ser percibidos como perturbadores y obstáculos en el contacto con su hijo. Por lo cual, la estadía en la Unidad de Neonatología y la asistencia que el bebé requiere pueden intervenir como una forma de alejamiento de la madre y de separación materno-infantil.

Se considera a gran parte de estos bebés como de alto riesgo: son aquellos que, al momento de nacer, por diversas circunstancias, requieren de cuidados especiales, indispensables para lograr su supervivencia, así como para disminuir la posibilidad de aparición de trastornos funcionales graves durante la infancia. Estos bebés suelen ser sometidos a diversos tratamientos dependiendo de su patología y de la prematurez al momento de nacer (Nikodem, 2009).

Cuando un bebé es prematuro, es decir, cuando el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional (Ahued Ahued, 2004), los padres también lo serán prematuramente y no contarán con los nueve meses de embarazo que también permiten preparar y elaborar la llegada de este hijo.

Esta situación muchas veces implica la separación abrupta con el bebé y puede ser vivida por la madre con mucha intensidad. Algunas pueden sentir un fuerte impacto tras la primera visión de su hijo en la incubadora, en especial asociado al aspecto físico del recién nacido y a los elementos técnicos que lo asisten. Ante esta experiencia, pueden sentir que su rol y sus funciones han sido suplantadas por los profesionales de la

salud. En muchos casos la dificultad ante el manejo físico del bebé y para alimentarlo personalmente sólo acrecentará esta angustia.

El vínculo que establecen esta madre y su bebé estará atravesado por una serie de factores entre los que se destaca lo imprevisto del parto, las representaciones acerca de lo que significan la prematuridad y/o la patología, la angustia de muerte que se moviliza en torno al recién nacido, el estrés sostenido y la dificultad en el contacto.

Este bebé real es distinto al esperado y soñado por tanto tiempo y su rol como padres tendrá otras exigencias y características. Deberán afrontar el desafío de convertirse en los padres de ese bebé que tiene otras necesidades a las que esperaban y para las cuales no se habían preparado.

El modo en que la madre atraviese esta situación de crisis dependerá en gran medida de la red de sostén con la que cuente, lo que le permitirá adoptar una posición más activa frente a lo imprevisto y relacionarse con ese hijo recién nacido (Pose, 2004). La red de soporte que rodea a la madre y al bebé se vuelven elementos facilitadores que repercuten e inciden positivamente en el vínculo madre-hijo.

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Cuando un niño nace, necesita de otro que lo sostenga como sujeto psíquico, de esta manera la persona encargada de llevar adelante la función materna, aporta con el vínculo dicho sostén, lo que le permite al bebé construir su seguridad afectiva. (Lucero y Oiberman, 2017, p. 346)

Acompañando el nacimiento. Características y dificultades del vínculo temprano madre-bebé en el Servicio de Neonatología.

El nacimiento de un bebé es un momento crucial: un acontecimiento extremadamente movilizador y de gran intensidad emocional.

En este contexto, el campo de la psicología perinatal se presenta como el área de la psicología que acompaña estos procesos, abarcando el embarazo, el parto, el puerperio y los primeros años de vida del niño. Esta disciplina trabaja de manera simultánea con dos sujetos: la madre, su bebé y el vínculo que los une (Oiberman, 2013).

La mirada especializada del psicólogo perinatal contempla el establecimiento del vínculo temprano madre e hijo, el apego que se constituye entre ellos, el sostén con el que esta madre cuenta, como así también el análisis del contexto, los factores protectores, o la ausencia de los mismos, que ponen en riesgo el vínculo y el desarrollo del niño (Coll Martinoia, 2013).

Desde esta perspectiva, se busca acompañar la función materna reconociendo la importancia que el vínculo temprano tiene en la constitución subjetiva.

Es importante señalar que el hecho de que exista una maternidad no implica necesariamente que habrá maternaje. En este sentido, Oiberman (2013) diferencia ambos conceptos al afirmar que, mientras la maternidad es un acontecimiento biológico, el maternaje es un proceso vincular que puede o no desarrollarse y emerger. Así, el parto no necesariamente coincide con el inicio del vínculo.

El maternaje puede definirse, entonces, como un proceso psicoafectivo complejo, ambivalente y ambiguo, que se desarrolla en la mujer con motivo de la maternidad biológica, aunque puede verse obstaculizado o diferido por circunstancias ajenas al proceso biológico (Fiszelew y Oiberman, 1995).

Este proceso implica una disposición de la madre a conectarse emocionalmente con su hijo, empatizar con él y adecuar sus cuidados en función a sus necesidades.

Ahora bien, la maternidad constituye una crisis vital y evolutiva que implica atravesar una importante transformación hormonal, corporal, de identidad, importantes fluctuaciones pulsionales y que reactiva conflictos infantiles, del pasado y potencia las

problemáticas actuales, especialmente las relacionadas con los vínculos con los otros (Oiberman et al. ,1998) .

Pero si a esta crisis esperable le sumamos como situación imprevista un nacimiento prematuro o con complicaciones, la madre se encontrará atravesando una doble crisis: una crisis vital, que representa el proceso de la maternidad ,y una crisis circunstancial, dada por la internación del bebé en el Servicio de Neonatología (Oiberman, 2013).

La internación de un hijo recién nacido puede generar un fuerte impacto en los padres, y la familia en general, más aún cuando esto ocurre de forma repentina e inesperada.

La internación neonatológica involucra situaciones críticas, con incertidumbre respecto al futuro del bebé, esto suele generar emociones tales como angustia, preocupación, tristeza, temor y enojo. Cuando el nacimiento se produce en un contexto de dificultades y peligro para la vida, las madres pueden verse invadidas por inseguridades, en especial por las complicaciones a las que podrá verse expuesto, por su evolución futura, por la posibilidad de aparición de discapacidades o problemas en el desarrollo. La evolución diaria del bebé genera una profunda incertidumbre, ya que muchas veces no existen certezas sobre el momento del alta, y el camino se encuentra marcado por pequeños avances y retrocesos. Con frecuencia acontece una sensación de derrumbe, todo lo que habían soñado, imaginado y planificado para el bebé se desmorona.

Los resultados aportados por Miles y colaboradores (1991), describen que la modificación en las funciones habitualmente atribuidas al rol materno son uno de los aspectos más angustiantes reportados por las madres. Además, plantearon que las vivencias de internación pueden influir en los padres respecto a su forma de involucrarse con el niño.

Actualmente, el modelo de maternidades centradas en la familia constituye un paradigma de atención perinatal que postula que los padres y la familia tienen que asumir un papel protagónico en el cuidado de su bebé. A partir de la implementación de este modelo se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño a permanecer juntos todo el tiempo que sea posible.

Sin embargo, en la realidad este paradigma no es aplicado en todas las instituciones. Es importante recalcar que no en todos los Servicios de Neonatología el ingreso de padres es irrestricto y su contacto con el recién nacido deberá adecuarse a los horarios y normativas del servicio.

Cualquier situación que aleje a los bebés de sus padres, y en particular de su madre, como una internación en neonatología, imprimen características particulares a la

vinculación, y puede representar un obstáculo para el vínculo en el presente y un posible conflicto en el vínculo futuro.

En los primeros tiempos de la vida, se imprimen marcas en nuestro aparato psíquico que dejarán huellas profundas en nuestra subjetividad. Estos primeros encuentros entre la madre y su hijo serán fundamentales y fundantes, puesto que su vínculo con el bebé desempeñará un rol decisivo en la constitución psíquica y en el desarrollo del niño.

Pose (2004) sostiene que las primeras interacciones del bebé con sus padres sientan las bases para la organización psíquica del niño, así como también determinarán el equilibrio somático que logre alcanzar. La noción de vínculo temprano permite jerarquizar la dimensión de lo vincular en la construcción de subjetividad.

En esta línea, Winnicott (1984) afirma que lo que ocurre en el primer año de vida de un niño es crucial para su desarrollo, por lo que no debe descuidarse su vida prenatal, el parto y los acontecimientos que tienen lugar en las primeras horas y días de vida.

Desde el nacimiento, el recién nacido se encuentra en un estado de total dependencia respecto a su madre; necesita de la presencia del otro para satisfacer sus necesidades y deseos. Necesita de un otro que albergue y cuide.

Al inicio de la vida, la dependencia física y emocional hacia el adulto es real y absoluta, por lo que no es posible pensar en la constitución del niño sin hacer referencia a la importancia del lugar de la madre. Esta posición subjetiva de la madre devendrá subjetivante en el niño. (Winnicott, 1984).

El vínculo con el bebé no se inicia a partir del nacimiento sino que tiene una historia anterior, desde el momento de la gestación y, aún antes, desde la concepción del deseo y el proyecto de tener un hijo.

Este vínculo temprano se va consolidando progresivamente a través de un proceso comunicacional continuo, en el que intervienen diversos factores que pueden facilitar o dificultar su desarrollo (Oberman, 2008).

En este sentido, la madre y su bebé conforman una díada, una unidad relacional basada en la reciprocidad de la interacción. Spitz (1983) introduce la noción de *amoldamiento*, refiriéndose a los intercambios entre madre y bebé, en los que cada uno influye recíprocamente al otro en un circuito continuo. Desde el nacimiento, el bebé es un participante activo en la díada, buscando respuesta en sus padres y cuidadores a través de la succión, las sonrisas reflejas y el llanto. A su vez, las respuestas del bebé moldean las respuestas de quienes lo cuidan, dando lugar a un proceso bidireccional de desarrollo y cambio (Oberman, 2005).

Sin embargo, estas interacciones tempranas se presentan de manera diferente cuando se trata de bebés que deben permanecer internados durante su período neonatal.

En estos contextos institucionales, el vínculo inicial madre-bebé merece una especial atención, ya que en estas circunstancias el modo de vincularse inicialmente se ve alterado. Pose (2004), en su trabajo con padres de bebés prematuros, sostiene que la experiencia en la terapia intensiva neonatal marca parte de la historia del niño y se asienta en sus primeras interacciones con sus padres. La prematurez impone barreras interactivas, tanto por la asistencia que el bebé requiere como por su inmadurez. Los padres deben metabolizar sentimientos y fantasías para encontrar una manera de relacionarse con ese hijo. En estos casos, el riesgo relacional es mayor y pueden aparecer modalidades vinculares disfuncionales.

El bebé deberá superar algunas de estas dificultades: no solamente deberá completar su desarrollo fuera del vientre materno en los casos de prematurez o superar una dificultad de salud cuando presenta una patología neonatal; sino que además deberá enfrentar varios desafíos y algunos riesgos. Uno de esos desafíos será el establecimiento del vínculo madre-bebé inmerso en esta situación particular.

Raschkovan (2019) menciona que esta separación temprana y prolongada puede influir negativamente en el establecimiento del vínculo temprano. Guillaume et al. (2013) sostienen, en concordancia, que durante las primeras semanas de internación el bebé prematuro y sus padres pueden enfrentar dificultades para el establecimiento de las interacciones y del vínculo temprano. Flacking et al. (2012), por su parte, también enfatizan la importancia de la cercanía física y emocional entre el recién nacido prematuro y su madre en el Servicio de Neonatología, así como en los efectos que la separación temprana puede tener sobre el desarrollo del bebé.

Debemos esperar a que su integración yoica esté lo suficientemente delineada como para que la separación del cuerpo materno no sea experimentada como un desgarro.

Como bien sabemos, los bebés necesitan del sostén emocional y los cuidados de las terapias intensivas de alta complejidad no sustituyen los cuidados maternos.

El cachorro más inmaduro de todas las especies necesita de su madre y su familia para su recuperación. No hay un proceso de cura que pueda pensarse separado de sus otros significativos. Este niño pequeño necesita del contacto corporal, del sostén, las miradas, las caricias, el amor, las sonrisas y las palabras de su madre para recuperarse.

Estudios citados por Obeidat, Bond y Callister (2009) demuestran que la inclusión de las madres en el cuidado del recién nacido durante la internación las hace sentir más seguras y conectadas con sus hijos. Asimismo, es reconocida ya la importancia del sostén brindado a los padres por parte de los profesionales integrantes del equipo de salud, lo cual ha demostrado que favorece el bienestar y la evolución del bebé internado en neonatología (Nikodem, 2009).

Serge Lebovici (1989) plantea que cuando una madre sostiene a su bebé en brazos, sostiene a tres bebés: el bebé real, el bebé imaginario y el bebé fantasmático. La discordancia entre el bebé imaginado y el real es mayor en casos de prematuridad o enfermedad, lo que puede dificultar el vínculo. En neonatología, es fundamental ayudar a los padres a elaborar el duelo por el bebé imaginado y aceptar al bebé real. Este proceso implica trabajar con sentimientos de culpa, temor, frustración e impotencia (Lebovici, 1989).

Cualquier falla que se produzca en el sostén provoca una intensa angustia en el bebé, con el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y deja de percibirse como segura y confiable. En este sentido y tomando en consideración la teoría del apego de Bowlby (2012), puede pensarse que la internación neonatal y la separación temprana pueden afectar la construcción de un apego seguro.

No obstante, como señala Gutton (1987), cuando la interacción madre-hijo presenta desarmonías, el cuidado materno puede volverse insuficiente en términos afectivos. Una madre que cumple con las tareas puede estar ocupada en vestirlo, cambiarlo, higienizarlo pero tal vez no le habla, no lo mira, no lo acaricia. Una madre que solo cumple con las tareas de cuidado sin establecer una conexión emocional con su hijo genera un vínculo empobrecido, carente de sostén libidinal.

En definitiva, la construcción del vínculo temprano es un proceso complejo y dinámico, influenciado por múltiples factores. La comprensión y el acompañamiento a los padres en situaciones de vulnerabilidad resultan esenciales para favorecer el desarrollo saludable del niño y el fortalecimiento del vínculo temprano.

Canto, lectura y contacto en Neonatología.

La disposición a establecer vínculos afectivos es una necesidad primaria desde el comienzo de la vida. Así como un bebé no podría sobrevivir físicamente sin un adulto que tome a su cargo la función de alimentarlo, higienizarlo y cuidarlo, de la misma manera requiere de la presencia continua de un adulto que contenga, calme y ayude al bebé a regularse emocionalmente.

Se conocen desde hace tiempo, los efectos significativamente adversos, que tienen en el desarrollo emocional las situaciones de privación afectiva y sensorial (Hoffman, 2008).

Por eso es tan importante que la mamá, durante estos primeros tiempos, pueda dedicarle presencia física y emocional al niño. Esta disponibilidad y atención harán que el bebé no tenga noticias de su desamparo y vulnerabilidad. Su fragilidad y dependencia son contrarrestadas por el sostén confiable y constante de un otro que le permite sentirse seguro.

Experimentar esta continuidad ante la discontinuidad que representa el nacimiento es esencial, de allí la importancia del contacto piel a piel y del contacto físico durante los primeros meses de vida. Los bebés piden brazos y se calman en ellos porque ese es el lugar donde se sienten a salvo. Los bebés no se acostumbran a los brazos, los necesitan.

Desde los comienzos de la vida, los bebés propician la interacción mediante miradas, expresiones faciales y vocalizaciones. Estas interacciones corporales, verbales y visuales permitirán fortalecer el vínculo entre la madre y su bebé. Los cinco sentidos se encuentran implicados en el establecimiento del vínculo temprano y como fortalecedores del mismo, de allí la importancia de propiciar las distintas formas de vinculación: las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y la influencia de la voz materna como símbolo de cuidado y afecto.

Sin embargo, existen factores característicos del niño de alto riesgo que pueden influir en la interacción. Un estudio que aporta especificidad al tema es el de Esser et al. (1998) quienes consideran que estos niños responden menos a los estímulos en comparación con un bebé a término: evitan más frecuentemente el contacto visual, vocalizan menos y presentan con frecuencia una expresión triste en el rostro. El establecimiento del vínculo puede demorarse ya que el bebé aún no es hábil para desempeñarse como partenaire de la madre. En muchos casos, la madre esperará que su hijo responda de un modo esperable para un bebé de término, cosa que aún no está preparado para hacer.

Hoffman (2008) afirma que la forma básica de relación con los recién nacidos se da a través del contacto corporal, físico, piel a piel, posturas y actitudes que serán indispensables para el establecimiento del vínculo.

El tacto es usualmente el primer canal importante de comunicación entre la madre y su hijo. A través de la caricia, de los cuidados corporales, la madre erotiza el cuerpo del bebé, lo subjetiviza, permitiendo el pasaje de organismo a cuerpo (Rodulfo,2012).

El poder de la caricia es enorme; en contacto con el cuerpo de los cuidadores, el pequeño ser escribe, inscribe y construye su cuerpo. Se trata de una escritura del cuerpo en el cuerpo, donde las sensaciones placenteras construyen cuerpo libidinal.

Ahora bien, esta valiosa clase de contacto puede verse obstruido durante la internación. Muchas madres pueden sentir incertidumbre acerca de cómo actuar con sus hijos, frente a esta obstaculización del contacto corporal, y pueden manifestarse inconvenientes para encontrar recursos alternativos que permitan establecer la vinculación en esta situación adversa.

En estos primeros momentos de vida, se encuentra como sumamente significativo el sostener en brazos al bebé y la forma en que se lo sostiene. En Neonatología, esta no es una situación que siempre sea posible. Además, algunas madres pueden sentir temor

a dañar físicamente a su hijo al manipularlo, por lo que evitan el contacto, o si lo hacen lo establecen a los fines de realizar tareas de vestido, alimentación e higiene.

Sin embargo, son muchas las formas de tocar o acariciar comunicativamente.

Resulta importante registrar la respuesta del bebé ante el contacto. Los mismos suelen expresar aceptación o agrado al permanecer en la misma posición, no alejando la parte del cuerpo acariciada, dejando de llorar o esbozando una sonrisa. Al ser sostenidos en brazos, suelen intentar amoldarse y cobijarse en el cuerpo materno.

También la mirada entre la madre y su hijo constituye una de las principales formas de comunicación no verbal. Pueden tratarse de interacciones más breves o bien el bebé puede dirigir su mirada de forma sostenida al rostro de la madre. La misma puede favorecer la interacción posicionándose de forma adecuada, inclinando su cuerpo y ubicándose cerca y de frente a su hijo. El bebé, por su parte, también puede realizar movimientos corporales para alcanzar una mejor posición en la búsqueda del rostro y cuerpo materno.

Sin embargo, desde que nace, el bebé es sostenido no sólo por los brazos, las miradas y las caricias de sus padres sino también por la palabra. Las interacciones verbales también tienen un papel destacado desde los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento. Allí radica la importancia de ofrecer estímulos auditivos que propicien calma y seguridad por medio del habla, el canto y la música, promoviendo así el lazo afectivo.

El contacto se percibe por medio de todos los sentidos, dentro de los cuales se encuentra el oído y el sonido de la voz de su madre.

Se han realizado estudios sobre el desarrollo intrauterino que indican que a los cuatro meses y medio de gestación el oído está completamente desarrollado. Por lo tanto, es una vía privilegiada de comunicación del bebé con el entorno. Por eso, cuando están en la incubadora, el canto es otra forma de abrazarlos y hacerlos sentir contenidos.

La voz materna es una de las primeras que reconoce el bebé. Es la misma que ha escuchado durante todo el embarazo y comienza a ser identificada por él desde el vientre materno. Se ha demostrado que recién nacidos con solo tres días de vida son capaces de discriminar la voz de su madre entre las voces de otras mujeres (DeCasper y Fifer, 1980).

La estadía en la Unidad de Neonatología interviene como una forma de alejamiento de la madre, entre otros aspectos, del sonido de su voz. De allí la importancia de habilitar estas intervenciones que producen una membrana afectiva que sostiene y acaricia a través de la misma. Esa voz es una referencia sonora que mima y hace sentir seguro al recién nacido que se adentra en un mundo con sonidos, luces, olores extraños y muchos estímulos. Los sonidos comunes a los que los bebés, en su experiencia intrauterina, estaban acostumbrados, fundamentalmente de la madre que lo

acompañaron y cobijaron, dejan de estar presentes en intensidad y permanencia, lo que tiene por consecuencia que la calidad de esa cercanía se ha visto interferida y afectada. Tiene que enfrentar atmósferas sonoras de estímulos externos totalmente desconocidas para él y la principal fuente de contención es lo ya conocido por el pequeño: la voz de la madre. La voz comunica, acaricia, arrulla, tranquiliza, aloja y acompaña al bebé en su camino inicial que no ha sido fácil de transitar. Puede no comprender el significado de las palabras que se le cantan pero si comprende el tono de voz o la emoción con que se interpreta. Aprehende el afecto y la caricia a través de la voz, el tono, ritmo, las variaciones de entonación y cadencia.

Las canciones, las rimas y melodías generan un territorio de emociones compartidas basado en el amor y en el deseo de entrar en diálogo. El sonido provisto por la voz que mientras canta conforma lazo, garantiza presencia y es fuente de seguridad y afecto. Cada vez que cantamos una nana para dormir, para llevar calma o para aliviar un dolor, predisponemos al encuentro con los ritmos que además de tranquilizar fortalecen el apego seguro.

La lectura en voz alta será también otro recurso que posibilite una envoltura sonora y que brinde protección contra la fragilidad de la primera infancia.

Será importante tener en consideración ante todo lo dicho que la estimulación al bebé internado en neonatología tendrá que respetar sus tiempos: siempre debe considerarse que los estímulos deben estar presentes en cantidad y en el momento adecuado respetando las necesidades de ese bebé. Deben respetarse sus tiempos de descanso y de alimentación, como así también, aprovechar sus momentos despiertos para estimularlos por medio del contacto y la voz, atendiendo a las señales con las que nos manifiestan su disponibilidad para la interacción y actuando en base a ello.

OBJETIVOS

GENERAL

- Diseñar un dispositivo grupal en salud mental perinatal que permita contribuir al fortalecimiento del vínculo temprano en la díada mamá-bebé en su transitar por el Servicio de Neonatología, considerando que la naturaleza de este vínculo es determinante en la construcción de subjetividad.

ESPECÍFICOS

- Promover el vínculo temprano a través del desarrollo de herramientas, actividades y habilidades para dar sostén a este vínculo primario en la situación de internación neonatológica.
- Posibilitar espacios de intercambio con madres que estén transitando este momento de posible vulnerabilidad e intensa movilización emocional y subjetiva.

DETERMINACIÓN DE LA PROPUESTA

Antes de dar paso a los aspectos más concretos del dispositivo y su planificación, se cree imprescindible desarrollar algunas consideraciones iniciales.

1. Tejiendo vínculos. La intervención desde lo grupal.

El dispositivo que se detalla a continuación es pensado como una estrategia de intervención temprana, considerando al hospital no solo como un espacio de recuperación de la salud, sino también como un ámbito de promoción y prevención. En este sentido, se considera que la detección temprana de dificultades en la interacción permitiría el despliegue de intervenciones oportunas y adecuadas para favorecer tanto el desarrollo del vínculo como el bienestar del bebé.

Con este fin, se buscará favorecer la conformación de redes de sostén mediante el abordaje grupal, lo cual permitirá acompañar al equipo cuidador y tener en consideración el cuidado de quienes cuidan.

Asimismo, se plantea que las dificultades en el apego y en la constitución del vínculo temprano pueden abordarse positivamente si la familia naciente logra anclarse en un colectivo humano; es decir, si puede “hacer tribu”, establecer redes de contención y desarrollar su experiencia individual dentro de una comunidad.

De este modo, se trata de aunar esfuerzos en colaboración con otros profesionales de la salud para enriquecer el entorno humano del nacimiento, ubicándonos en un lugar de escucha, con el objetivo de introducir lo suficientemente temprano los apoyos necesarios junto a las familias.

En particular, se busca abordar la dimensión vincular entre la madre y su bebé, así como acompañarla en esta etapa de crisis y vulnerabilidad, incorporando la dimensión psicosocial de las madres y familias en los efectores de atención materno-infantil.

Cabe destacar que esta iniciativa surge como respuesta a la ausencia de programas dedicados al fortalecimiento del vínculo temprano en muchas de las instituciones.

Este dispositivo ofrece un lugar de escucha en el que la palabra pueda circular libremente, permitiendo a las madres pensarse junto a otras, expresar sus emociones y participar en un espacio de intercambio. En este marco, el desafío profesional consiste en sostener sus inquietudes, angustias, fantasías y temores vinculados a la internación del bebé y a los fantasmas que despierta la maternidad. La propuesta apunta a revalorizar el lugar de la palabra en las maternidades, devolviendo su dimensión simbólica al acto del nacimiento y a los primeros momentos de vida del niño.

Se trabajará, entonces, para que estas madres en situación de posible vulnerabilidad puedan sostener adecuadamente a sus bebés, con una mirada puesta en ambos y en la conformación del rol maternante.

En esta línea, se intenta reconstruir la unión entre los registros real, imaginario y fantasmático, que han quedado interrumpidos por la crisis. El instrumento privilegiado para esta tarea es la palabra: se trata de brindar a estas madres la posibilidad de hablar sobre lo que están atravesando y de articular esos tres niveles en relación con el bebé real que está frente a ellas en la incubadora.

En función de todo lo anterior, se propone brindar herramientas y recursos que contribuyan a la construcción del vínculo y de un apego seguro. Entre estas herramientas se incluyen la lectura de cuentos infantiles, canciones y nanas, privilegiando el uso de la voz, los recursos narrativos y musicales que calman, cuidan, irradian afecto y permiten acunar al bebé. De la misma manera, se propicia el acercamiento y el contacto con el bebé de forma corporal y visual, destacando su importancia.

Se busca fomentar el desarrollo de habilidades relacionadas con el cuidado físico y emocional del bebé, ofreciendo orientación en torno a la comunicación sensorial, es decir, aquello que el recién nacido percibe, siente, escucha, experimenta, observa y reconoce.

A su vez, se facilitarán herramientas de observación que permitan a las madres establecer un contacto sensible y respetuoso con sus hijos, atendiendo a sus necesidades en los distintos momentos del proceso.

Se procurará también recuperar junto con estas madres su memoria musical, favoreciendo la investidura del bebé a través de su inclusión en el universo familiar y cultural. En este sentido, resulta valioso implementar el registro sonoro-musical que el bebé ha adquirido durante el embarazo.

Finalmente, se propone construir de manera narrativa el proceso de embarazo y parto, deconstruyendo mitos, mandatos y saberes que muchas mujeres sienten como imposiciones sobre lo que “debería ser” la maternidad. A través de una co-construcción grupal, se intentará resignificar lo que significa para cada una la maternidad, reconociendo la pluralidad de maternidades y puerperios, desde la identificación en las similitudes, pero también desde una aceptación empática y respetuosa de las diferencias.

2. Acciones a realizar, plazos tentativos, recursos materiales y humanos.

A los fines de abarcar la totalidad del año calendario y a todos los nacimientos sucedidos dentro de él, se propone como una posible opción que el dispositivo tenga una duración total de un mes, pudiéndose repetir ciclo tras ciclo varias veces en un año, con participantes distintas.

Se piensa en una duración mensual debido a que la mayoría de los bebés no necesita estar internada por un período tan prolongado. Generalmente, no tenemos muchos encuentros con los padres, debido a la alta derivación o fallecimiento del bebé.

Por lo cual, se remarca la posibilidad de que puedan sumarse en cualquier momento de los encuentros, para así hacer más flexible el dispositivo y permitir que todas las madres sean parte de él. Además, se invita a las participantes a seguir asistiendo al taller aun en caso de alta o derivación.

Cada ciclo se compone de un total de 8 encuentros, es decir que tendrá una periodicidad de dos encuentros semanales. El mismo estará coordinado por un profesional en psicología, en caso de ser posible mujer, con el fin de acompañar desde la pertenencia al mismo género, encontrar mayor resonancia entre ellas y favorecer el despliegue de sentimientos comunes.

En cuanto al número de participantes y duración de los encuentros: se considera que un número de 8 participantes como máximo posibilitará desarrollar cómodamente los objetivos y actividades propuestas. Si el número de participantes fuera mayor, se podría formar un nuevo grupo. Por otro lado, el lapso temporal que se propone para el desarrollo del dispositivo es de dos horas.

La profesional a cargo deberá contar con formación en psicología perinatal además de realizar un trabajo personal y contar con un espacio de supervisión. Una sola terapeuta se considera que es suficiente para la cantidad de participantes planteada, pero no se descarta la posibilidad de que un equipo de dos sea pertinente.

La terapeuta trabaja tanto en la conflictiva individual como en la grupal, escuchando y observando la comunicación verbal y no verbal de las participantes.

Algunos ejercicios pueden ser individuales y otros grupales, según se crea acertado. Debe estar disponible para el grupo generando un clima de seguridad que facilite las interacciones entre los miembros, acompañando con presencia y afecto.

El espacio debe contar con las siguientes características: ser una sala confortable, un lugar tranquilo e íntimo, a salvo de la intromisión de otras personas o ruidos. Y serán necesarios los siguientes materiales: sillas, almohadones, mantas, parlante, libros y materiales para escribir.

El programa para su funcionamiento requiere de bajos costos, debido a que necesita pocos elementos por fuera de los que puede brindar la institución y todos pueden ser fácilmente reemplazados en caso de no poder costearse.

Por último, en referencia a la discusión entre 'lo público y lo privado' se puede decir que este proyecto no está pensado para excluir ninguna de las dos posibilidades. Nace de una idea, un deseo, una necesidad que se considera existe en la sociedad y que debería llegar a todos los espacios de maternidad posibles.

Durante los encuentros se espera poder abordar las siguientes temáticas y realizar el cronograma de actividades que a continuación se menciona:

Encuentro 1: Presentación y construcción del espacio grupal.

Se llevará a cabo la presentación de la profesional a cargo del taller y se mencionará el encuadre del mismo. Se buscará generar un espacio de confianza y escucha realizando una dinámica de presentación, como puede ser una ronda de palabra, en la cual se invite a las participantes a compartir la historia de la llegada de ese bebé, las vivencias en el embarazo, la elección de su nombre y sus sentires respecto al tránsito por el Servicio de Neonatología. Se realizará una reflexión de cierre a cargo de la profesional sobre el impacto emocional de la internación neonatal y la maternidad en situaciones inesperadas.

Encuentro 2: El vínculo temprano y la comunicación sensorial.

En este encuentro se apunta a reflexionar sobre la importancia del vínculo temprano y cómo fortalecerlo en la situación de internación: ¿Cómo se construye el vínculo desde los primeros días? Reflexión grupal sobre las dificultades para conectar con el bebé en la internación, si las hubiere.

Resaltar la importancia de todos los sentidos en la construcción del vínculo.

La voz materna como puente afectivo: Exploramos melodías y canciones significativas durante el embarazo y la infancia de las participantes. Hacemos memoria musical: cada madre comparte una canción o nana que le gustaría cantarle a su bebé.

Encuentro 3: El cuerpo y la caricia: contacto con el bebé.

Retomamos los sentires respecto a la actividad del encuentro pasado y si pudieron compartir con sus bebés esas canciones o melodías trabajadas.

Exploramos las distintas formas de contacto sensorial en la internación.

La psicóloga lleva a cabo una breve charla sobre el contacto y su importancia en el desarrollo del bebé.

Pensamos juntas técnicas de acercamiento a la incubadora o cuna y ponderamos la importancia de las caricias y la conexión por medio de las miradas en la construcción del vínculo.

Encuentro 4: Narramos experiencias y resignificamos el embarazo y el parto.

Se trata de acompañar a lo largo del encuentro el proceso emocional de la madre en torno a la experiencia del nacimiento.

La actividad a realizar será una construcción narrativa donde cada participante es invitada a pensar su historia y la de su bebé como un cuento. Cada madre puede escribir a su bebé la historia que desea compartirle sobre su llegada, resignificando así la experiencia. Pensando en la historia del deseo de ese bebé, quienes son sus otros

significativos, quienes lo esperan en casa, etc. Se las invita a leérselas y compartirlas con ellos luego en la visita.

Reflexión grupal sobre las emociones que emergen.

Encuentro 5: El quinto encuentro se piensa como una biblioteca giratoria, bajo la consigna de "tocar con la voz". Se invita a las participantes a leer distintos fragmentos de libros infantiles, poesías y rimas que compartirá con ellas la profesional. Luego se propone conversar sobre cuáles fueron significativos en sus infancias y las invitamos a que se lleven y roten aquellos que más les gustaron para que los compartan y lean con sus bebés en la próxima visita.

Encuentro 6: Se propone trabajar y reflexionar entorno a todas las maternidades posibles, conversar sobre los mandatos, expectativas y fantasías que se les pusieron en juego a la hora de maternar a estos bebés. Se intentará compartir distintas experiencias desarmando mandatos culturales y validando sus propias maternidades reales. Se invita a la co-construcción de un "Manifiesto de maternidad real" con frases y aprendizajes del grupo.

Encuentro 7: El objetivo de este encuentro es "hacer tribu", es decir, fomentar la construcción de redes de apoyo y sostén emocional entre las madres por medio de las siguientes actividades: Se realizará el ejercicio grupal: "¿Quién me sostiene a mí?" Con la consigna se apuntará a reflexionar sobre sus redes personales de apoyo. Luego se realizará el siguiente trabajo en duplas: "Cartas de aliento", cada madre escribe una pequeña carta a otra madre del grupo, brindando palabras de apoyo y fortaleza. Luego se realizará una lectura grupal de las cartas.

Encuentro 8: Se retomarán a modo de cierre algunas de las cuestiones antes trabajadas y se realizará un ritual de despedida para dar un cierre simbólico al taller por medio de las siguientes actividades:

Reflexión grupal: ¿Cómo llegué y cómo me voy del taller?

Ritual de despedida: "Tejiendo vínculos": cada madre recibe una parte de un ovillo de lana para simbolizar la unión y la continuidad del acompañamiento, mientras escuchamos el cancionero que se conformó con aquellas canciones que las madres eligieron como significativas para sus bebés.

Cierre con entrega de un recordatorio y palabras finales a cargo de la psicóloga.

EVALUACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Al planificar una intervención en el campo profesional se vuelve indispensable elaborar criterios y recursos que permitan el análisis y seguimiento del mismo para su evaluación.

En esta ocasión se evaluará el dispositivo en general, los encuentros en particular, el trabajo del/la profesional, la relación terapéutica, el vínculo del grupo y los objetivos alcanzados. Para poder responder a estos interrogantes se utilizarán algunas herramientas como las siguientes: se propone diseñar cuestionarios con preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple para ser administradas a las participantes durante diferentes etapas del proceso: al inicio y al final del ciclo; y entre los distintos encuentros.

Además, también se podría elaborar un "buzón anónimo", virtual o presencial, para sugerencias o inquietudes que podrán ser tenidas en cuenta.

Se espera que la profesional realice un informe sobre lo trabajado luego de cada sesión grupal, destacando aquello que considere relevante.

Cabe aclarar que tanto las propuestas como el cronograma elaborado a lo largo del proyecto son orientativas y por lo tanto flexibles a la opinión, discusión y modificación.

La idea central es que una vez iniciado el dispositivo se vaya ajustando como sea necesario para poder alcanzar los objetivos propuestos.

Además, se aconseja a la profesional a cargo del dispositivo contar con un espacio de supervisión que permita el retrabajo de lo acontecido en el mismo. Ya que cuidarse para poder cuidar es un ejercicio constante en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahued Ahued, R. (2004). *Prematurez: Un enfoque perinatal*. ETM.
- Bowlby, J. (2012). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Coll Martinoia, J. J. (2013). La importancia de la psicología perinatal en los hospitales y servicios asistenciales. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal* (pp. 349–353). Lugar Editorial.
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science*, *208*(4448), 1174–1176. <https://doi.org/10.1126/science.7375928>
- Esser, G., Villalba Yantorno, P., Rosa, F., Jörk, M., Dinter, R., Laucht, S., y Schmidt, M. (1998). Significado, metodología y posibilidades de la investigación de la relación madre e hijo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *51*(3–4), 355–372.
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Hall Moran, V., & Dyke, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Pediátrica*, *101*(10), 1032–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., & Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: A qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, *13*(18), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-18>
- Gutton, P. (1987). *El bebé del psicoanalista: Perspectivas clínicas*. Amorrortu.
- Hoffmann, J. M. (2008). El área de la primera infancia. En C. Schejtman (Comp.), *Primera infancia: Psicoanálisis e investigación* (pp. 169–192). Akadia Editorial.
- Lebovici, S. (1989). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu.
- Lucero, A., & Oiberman, A. (2017). Clínica en la infancia. *Revista Actualidad Psicológica*.
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1991). The neonatal intensive care unit environment: Sources of stress for parents. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, *2*(2), 346–354.
- Nikodem, M. R. (2009). *Niños de alto riesgo: Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, *18*(3), 23–29. <https://doi.org/10.1624/105812409X461199>
- Oiberman, A., Fiszlelew, R. (1995). *Fuimos y seremos: Una aproximación temprana a la infancia*. Editorial de la Universidad de La Plata.

- Oiberman, A., et al. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el posparto inmediato. *VI Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología, UBA.
- Oiberman, A. (Comp.). (2005). *Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal* (1ra ed.). JCE Ediciones.
- Oiberman, A. (2008). *Observando a los bebés*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (Comp.). (2013). *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Lugar Editorial.
- Pose, G. (2004). *Ser padres prematuros: El parto, el nacimiento y la relación con el bebé*. Ediciones del Candil.
- Raschkovan, I. (2019). *Infancias respetadas: Crianza y vínculos tempranos*. Aique Grupo Editor.
- Rodulfo, R. (2012). *Dibujos fuera del papel: De la caricia a la lectoescritura en el niño*. Paidós.
- Spitz, R. (1983). *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. W. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Hormé.