

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***Riesgo del vínculo madre-hijo en la unidad de ciudadanos
intensivos neonatales***

Autor: Sara Suárez Esteban

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia**

**Nombre del asesor:
María del Carmen Manzo Chávez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

“RIESGO DEL VINCULO MADRE-HIJO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”

T E S I S

que para obtener el grado de:

Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia

Presenta

SARA SUÀREZ ESTEBAN

Asesora de Tesis:

MTRA. MARIA DEL CARMEN MANZO CHÀVEZ

REVOE MAES-971001

CLAVE 16PSU0023Y

MORELIA, MICHOACÁN

ABRIL DEL 2008

I N D I C E

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACION	8
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	
Objetivos	12
Planteamiento del Problema	12
Ejes Temáticos	14
Importancia del Estudio	15
CAPITULO I MARCO TEORICO	
1. EL APEGO	
16	
1.1. La Impronta	17
1.2. La Conducta de Apego en Animales y en el Infante Humano	19
1.3. Diferentes Teóricos del Apego	23
2. EL VÍNCULO	
28	
2.1. Definición de Vínculo	28
2.2. Los Precusores del Vínculo	29
2.2.1 Precusores Pregonales y Gestacionales del Vínculo	29
2.2.2 Precusores Postgestacionales del Vínculo	36
2.3. Fases del Desarrollo del Vínculo de Afecto	45
2.4. Patología del Vínculo	49
3. EL RECIEN NACIDO SANO	55
3.1 Repertorio de Conductas del Recién Nacido Sano	56

3.2	Respuestas Tempranas del Recién Nacido Sano ante las Personas	
	60	
3.3	Fases del Desarrollo Psicológico Saludable	65
3.3.1	El Desarrollo Psicosexual Según Freud	65
3.3.2	El Desarrollo Psicosocial según Erikson	67
3.3.3	El Desarrollo Según Mahler	70
4.	EL RECIEN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	73
4.1	Embarazo con defecto congénito	73
4.2	La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	75
4.2.1	Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	77
4.2.2	Criterios para el Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	
	80	
4.2.3	Ingreso y Egreso en la UCIN	81
4.3	El Bebé en la UCIN	82
4.3.1	La Sobreestimulación del Recién Nacido en la UCIN	83
4.3.2	La Deprivación del Recién Nacido en la UCIN	86
4.4	Los Padres con Recién Nacidos en la UCIN	87
4.5	Los Efectos de una Separación Madre-Hijo Prolongada	
	92	
 CAPITULO II. METODOLOGÍA		
1.	Teoría Metodológica	96
2.	Participantes	97
3.	Escenario	97
4.	Técnicas de Recolección de Datos	98
4.1	Ficha de Identificación	99
4.2	Red Semántica	99
5.	Procedimiento	100
6.	Análisis de Datos	102

CAPITULO III. RESULTADOS	104
1. Descripción de Resultados	104
1.1. Datos Generales	104
1.2. Resultados por Eje	110
1.2.1. Eje 1. Pensamientos de la Madre en Relación a la Estancia y Separación de su Hijo en la UCIN	115
1.2.2. Eje 2. Sentimientos de la Madre en Relación a Estancia y Separación de su Hijo en la UCIN	115
1.2.3. Eje 3. Riesgo del Vínculo con el Hijo	122
2. Análisis de Resultados	127
2.1. Eje 1. Pensamientos de la Madre en Relación a la Estancia y Separación de su Hijo en la UCIN	127
2.2. Eje 2. Sentimientos de la Madre en Relación a Estancia y Separación de su Hijo en la UCIN	129
2.3. Eje 3. Riesgo del Vínculo con el Hijo	130
CAPITULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES	133
1. Discusión	133
2. Conclusiones	143
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	148
1. Limitaciones	148
2. Sugerencias	149
REFERENCIAS	151
ANEXOS	156
1. Ficha de Identificación	156
2. Red Semántica - Palabras Estímulo	157

RESUMEN

En décadas atrás, un bebé que nacía con limitantes o anormalidades en su equipo biológico, tenía pocas probabilidades de sobrevivir. Actualmente, gracias al avance en las ciencias y tecnología médica, las probabilidades se han incrementado al estar los bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos bajo vigilancia del equipo de salud especializado. Pero tal situación requiere también tomar en cuenta la repercusión a nivel emocional que vivenciará la madre durante la estancia de su hijo en esta unidad mientras se debate entre la vida y la muerte. Poca es la información que existe con respecto a las consecuencias de esta separación temprana, así como también son pocas las instituciones u hospitales que proporcionan el apoyo psicosocial ante tal alejamiento, es por ello que se llevó a cabo el presente estudio, mismo que es de enfoque mixto con predominio cuantitativo, utilizando como técnica las redes semánticas. Se encontró que, como consecuencia de los pensamientos y sentimientos que la madre experimenta a partir de la inmediata separación de su recién nacido, se pone en riesgo la continuación del vínculo afectivo madre-hijo, elemento indispensable para la constitución del psiquismo del bebé, ya que le resulta difícil enfrentar tan complicada mezcla, resultando un desafío para su psique.

Palabras clave:

UCIN, separación, pensamientos, sentimientos, vínculo.

INTRODUCCION

Desde hace ya varios años se tiene conocimiento del importante papel que desempeñan los padres para el desarrollo de una personalidad saludable en el ser humano, en mayor medida lo será las actitudes y los sentimientos maternos que dejarán una marca preponderante en la futura personalidad del niño o niña, así también de la relevancia de la conformación temprana y adecuada de un vínculo afectivo para que el infante se desarrolle dentro del marco de la salud mental.

De igual manera existen estudios que han demostrado que el tipo de vínculo afectivo que el niño desarrolla con su madre contribuye a formar su comportamiento y sus relaciones ante las diferentes situaciones sociales.

De esta díada tan trascendental, es que se desprende la importancia del estudio de este tema de tesis. En la presente investigación, se revisa en un primer capítulo que corresponde al marco teórico, aspectos referentes al apego, elemento primario para la conformación del vínculo afectivo, en donde se examinan estudios con animales alusivos a la impronta y apego, así como los principales autores de estos temas, para posteriormente entrar a la revisión del vínculo propiamente, teniendo como uno de los principales exponentes del proceso de vinculación y separación del bebé y su madre a Bowlby, mismo que partió de las observaciones de Harlow y de Lorenz. En este tema tiene lugar un rubro de sumo interés para la conformación saludable del psiquismo humano, siendo éste el de los precursores vinculares, destacando expositores como Freud, Ainsworth, Winnicott, Lebovici, Vives, Lartigue, González, Vernery

y Nelly, entre otros. Así como también se revisa su contraparte, la psicopatología del vínculo. Más adelante, enmarcado en un tercer tema, se hace referencia al recién nacido sano, en donde se menciona el desarrollo ideal de un individuo, para posteriormente se encontrar un cuarto tema referente al recién nacido hospitalizado y sus padres destacando en este apartado, el riesgo al psiquismo de ambos al darse una separación prematura, ya lo afirmaba Klaus y Kennell (citados por Cristo y Cols., 2003) al enfatizar la importancia de un contacto temprano entre la madre y su bebé para el desarrollo adecuado de este último.

En un segundo capítulo, se despliega lo referente a la metodología aplicada durante la investigación, siendo ésta de corte cualitativo y teniendo como escenario el Hospital de la Mujer en donde se llevó a cabo en su totalidad el escudriño de esta exploración, con la participación de 31 mujeres puérperas con sus recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El capítulo tercero esta dedicado al análisis de los resultados obtenidos y en el cuarto capítulo se encuentra la discusión y la conclusión de dichos resultados.

Finalmente se encuentra un apartado dedicado a las limitaciones y sugerencias para este estudio, así como las referencias y anexos.

JUSTIFICACION

El ser humano es un ente biopsicosocial; en México se continua dando una mayor importancia al área biológica, minimizando la trascendencia que tiene el atender al paciente de manera holística, y en donde la intervención únicamente médica genera un deficiente abordaje pues, es sabido que la afectación de alguna de las tres áreas antes señaladas invariablemente impactan al ser humano en su compleja e interesante completud.

A pesar de los diversos estudios llevados a cabo en los países de Primer Mundo, es todavía necesario llevar a cabo estudios en México que ayuden a sensibilizar al personal médico y paramédico involucrado en la atención del recién nacido internado en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, promoviendo en ellos la conciencia de la trascendencia que tiene el permitir e incluso fomentar la cercanía de los padres y, de manera particular, la madre, ya que en la mayoría de las instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas el tiempo de “visita” a su hijo en riesgo es de 60 a 120 minutos por día, situación que limita la vinculación de la díada madre-hijo, y por ende el peligro que conlleva en el desarrollo saludable del mismo. Para los que trabajan en el área de la salud mental, resultará enriquecedora la revisión sobre este tema y las conclusiones, resultado de este escudriño.

Por otro lado, la intención de llevar a cabo esta investigación, surge de la experiencia laboral en el Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaría de Salud de Michoacán, en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y de la Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

(UCIREN). Dicha Institución fue creada en 2001, teniendo como misión el proporcionar atención integral a la mujer con calidad y calidez. Dentro de las actividades pertenecientes al departamento de psicología se encuentra la de atender y dirigir el grupo de padres que tienen a sus bebés en ambas unidades de cuidados.

Los padres que tienen a sus pequeños hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), viven diversos pensamientos y sentimientos debido al riesgo vital en que éstos se encuentran, a diferencia de aquellos que se encuentran en la de Cuidados Intermedios, en donde su pronóstico de salud y vida es mucho mejor que el de los primeros, es por ello que esta investigación se enfocará a aquellas madres que tienen internados a sus bebés en la UCIN, sin embargo, los resultados que se desprendan de esta investigación podrán ser aplicados a ambas unidades, por las características similares de las mismas.

La particular condición que viven los padres porque se encuentra comprometida la salud y vida de sus pequeños y temores a los que se enfrentan, provoca un impacto emocional importante por la estadía de sus hijos en el Hospital, situación que no estaba contemplada a nivel consciente en ninguno de los casos.

Por otro lado, los pequeños internados, requieren, para el adecuado desarrollo psicológico frente a las condiciones físicas adversas, atención que va más allá de las específicamente médicas. Así que las situaciones especiales que enfrentan pueden llegar a retrasar la evolución y maduración natural del psiquismo del bebé si es que reciben los cuidados afectivos que pueden y deben procurarle los padres.

Vale la pena resaltar que existen estudios que confirman que niños hospitalizados no solo requieren la atención médica para sobrevivir, sino que es fundamental el componente esencial afectivo para desear vivir.

Es importante señalar que la iniciativa de este estudio proviene de un fenómeno repetitivo en cualquier época o ciclo del trabajo permanente de un hospital que cuenta con atención obstétrica. Por lo que se hace necesaria la investigación a fondo de este tema, para así tener elementos que permitan orientar y dirigir a los padres hacia la responsabilidad que conlleva esta experiencia, a pesar de la adversidad, promoviendo, de la mejor manera posible la creación de vínculos que provean una base segura y que se minimice el riesgo y los conflictos externos e internos de la madre que evite o impida el abandono, desilusión o las carencias afectivas que exponen al bebé a mayor riesgo en su vida.

Cuando un niño recién nacido ingresa a la Unidad, junto con él se recibe a una pareja de padres con la autoestima fuertemente golpeada, en tanto se encuentran abruptamente con una realidad muy diferente a la imaginada, y muy diferente también, a la que la maquinaria social ha venido tejiendo en relación a la maternidad.

La Unidad se convierte inevitablemente en un "primer hogar" lleno de respiradores, sondas y sonidos de monitores, que precertifican día a día, todo lo que perdieron de felicidad y todo lo que ganaron de angustia. Ese "estado de máxima felicidad y plenitud" prometida, se convierte para estos padres, en un "estado de máximo estrés y preocupación". El mundo, se torna entonces, un lugar lleno de peligros, caras serias, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar; un mundo donde el acecho a la salud e incluso la muerte misma aparece, paradójicamente, en el inicio de la vida.

En este difícil contexto, los padres tendrán que aprender a vincularse con el "hijo real", muy diferente a lo que, durante su gestación imaginaron, un hijo prematuro, enfermo, con malformaciones, frágil, vinculación de la que el niño depende absolutamente para que su psiquismo se desarrolle adecuadamente.

Se presenta entonces en los progenitores un fuerte impacto emocional al ser necesaria la separación de su hijo recién nacido, debido al nacimiento antes del tiempo necesario para que su equipo biológico, su cuerpo, se encuentre en condiciones para sobrevivir por sí mismo en un medio extrauterino, o bien que el bebé se encuentre enfermo, siendo esta vivencia difícil de afrontar para la familia, de manera especial para los padres y más aún para la madre. En ella se hace presente la sensación de fracaso, su autoestima se ve fuertemente dañada, aparece la culpa por no haber dado a luz un bebé sano, el temor a la muerte, incertidumbre, impotencia, frustración, soledad, tristeza, un alto nivel de estrés, se interrumpe la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección, y enfrentar tal situación resignándose a aceptar que otras personas cuiden de él en este período.

Para que toda madre pueda desarrollar su "capacidad materna", necesita contar con un soporte socio-emocional adecuado. Soporte familiar y del equipo médico que asiste a su niño en la Unidad.

Las poblaciones con menores posibilidades de acceso a los cuidados de la salud, serán nuevamente, las más expuestas a los mayores riesgos, constituyéndose muchas veces, la situación de internación del niño, en la única oportunidad para realizar intervenciones precoces que apunten a facilitar la interacción con su hijo, previniendo así, futuras psicopatologías.

Es por lo anterior que, es de trascendental importancia el investigar más sobre este tema, para los aportes que de aquí se desprendan coadyuven a establecer estrategias de intervención enfocadas a prevenir la no instauración del vínculo afectivo madre-hijo.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los pensamientos y sentimientos de las madres, que ponen en riesgo la conformación del vínculo madre-hijo, a causa de la separación física e inmediata de su recién nacido, al requerir éste, ser ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer.

2. OBJETIVOS PARTICULARES

- Conocer los pensamientos de las madres con recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
- Conocer los sentimientos de las madres de los recién nacidos durante la estancia de los bebés en la UCIN.
- Explicar los pensamientos y sentimientos de las madres, derivados de la separación temprana y su influencia en el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año del 2006 se registraron en el Hospital de la Mujer 3,475 bebés nacidos vivos, de los cuales 2,417 (71%) estuvieron en alojamiento conjunto, es decir, desde el momento de nacer hasta la alta de su mamá permaneció todo el

tiempo al lado de ésta; 363 bebés (10%) tuvieron que ser ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios, 94 (3%) a la Unidad de Cuidados Intensivos debido al nacimiento prematuro, malformaciones congénitas, hijos de madres diabéticas, cardíopatas y 546 (16%) fallecieron al momento de nacer o bien durante su estancia en cualquiera de ambas unidades (Sistema de Información y presentación de Servicios de Salud, 2006).

Dejando de lado las frías cifras, esto se traduce en muchos padres abatidos, con una fuerte carga de pensamientos y emociones en torno a este sufrimiento, que pudiera estar combinado con la presencia culpígena del deseo filicida. Para ellos, de manera inesperada la realidad puede romper sus expectativas, sus fantasías preconceptivas y aquellas que a la par de su gestación de su hijo también se gestaron.

Este preámbulo del desarrollo emocional de un niño que da pauta al nacimiento psicológico también se ve amenazado cuando por motivos de salud hay una inevitable separación de su objeto primordial-madre, con quien formó, hasta antes de su nacimiento, una unidad psíquica e irónicamente, cuanto más necesaria se torna la presencia de su madre, ella no puede estar cerca su bebé, porque él ha quedado en resguardo de una unidad médica. Esta situación puede llegar a provocar que su desarrollo emocional se retrase, se aletargue e impida tomar de esta relación el nutrimento afectivo necesario para su desarrollo psíquico.

También en la parte externa de esta unidad han quedado madre y padre excluidos y expuestos a los peores pensamientos fatalistas, a la desesperanza y a la constante de sentimientos como los temores, tristeza, preocupación, enojo y culpa, frustración e impotencia, sin ser contenidos, más que por sus propios recursos.

Los vínculos son la fuente del desarrollo sano psíquico de un individuo, aquel que no los entabla desde el inicio de su vida puede quedar siempre destinado al riesgo de la sobrevivencia, porque no tendrá nada que le dé contención a sus impulsos, presencia de su origen, sentido de pertenencia, estará impedido de crear relaciones estables y tendrá también, el severo riesgo de la soledad provocado por la depresión crónica.

Es así que el presente estudio pretende enfatizar los riesgos de no establecer adecuadamente los vínculos primarios tanto en la salvaguarda de la vida de un niño como en el lugar simbólico que ocupa para sus padres. Es por ello que, se establece la pregunta que tratará de responderse después de una investigación realizada en la UCIN, del Hospital de la Mujer, de cuáles son dichos riesgos.

Por lo tanto, la pregunta de investigación entonces es:

¿Los pensamientos y sentimientos negativos que presentan las madres de los recién nacidos que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dificultan la conformación del vínculo afectivo madre-hijo?

4. EJES TEMATICOS

Como ejes temáticos en el desarrollo de la investigación se tienen los siguientes:

Eje 1. Pensamientos de la madre en relación a la estancia de su hijo en la UCIN:

- Pensamientos de intranquilidad (preocupación).
- Hospitalización.
- Pensamientos fatalistas (temores).
- Dificultades en la economía familiar.

Eje 2. Sentimientos de madre derivados de la separación y estancia de su recién nacido en la UCIN:

- Tristeza.
- Enojo.
- Culpa.
- Esperanza.
- Felicidad.

Eje 3. Riesgo del vínculo con el hijo

- Separación.
- Estancia del bebé en la UCIN.
- Falta de contacto físico con su recién nacido.
- Elaboración del duelo del niño ideal vs. real.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Existen investigaciones en torno a este tema, siendo en su mayoría llevadas a cabo en naciones extranjeras, es por ello que es necesario realizar estudios en nuestro país que den cuenta del riesgo en el que se encuentra la conformación del vínculo afectivo madre-hijo que por alguna razón han sido separados, necesariamente, por el ingreso de este último a la UCIN.

En la medida en que existan estudios que den cuenta de la relevancia de la atención, no únicamente del recién nacido enfermo sino también de una persona de importancia para su desarrollo saludable físico y mental del infante, su madre, permitirá tener las bases teóricas que ayuden a la modificación de la atención en los hospitales con similares características. En lo que respecta al servicio que presta el Departamento de Psicología, este tendrá más elementos para proporcionar una mejor atención, orientación y apoyo a los padres para superar su desconcierto y guiarlos para que, a partir de ellos, el bebé desarrolle sus posibilidades al máximo, pues es bien sabido que son los padres, particularmente la madre, las figuras de las que el bebé depende

totalmente para que desarrolle adecuadamente su psiquismo, y al lograr una mayor estabilidad emocional en ellos, promoverán una mayor y mejor vinculación con su bebé quien requiere de su presencia con esa calidad y calidez necesaria para aminorar los riesgos de dicha separación.

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

1. EL APEGO

Es necesario partir de los elementos que imbuyen al tema del vínculo para con esto lograr una mejor comprensión del contenido de esta tesis. Y es entonces que la presente inicia con conceptos elementales para el entendimiento del vínculo, como son la impronta y el apego, mismos que son el punto de partida desde lo biológico pues tienen sus bases en estudios que han sido realizados en animales, para entonces, teniendo como referencia dichas investigaciones transpolares a seres humanos a manera ya de “vínculo”.

Así se verá que los estudios más detallados del fenómeno del apego fueron realizados primeramente por etólogos en animales pequeños, luego por psicólogos y psiquiatras y finalmente por pediatras y psicoanalistas.

Cabe mencionar que el concepto de impronta no reveló ser directamente aplicable al bebé humano, sin embargo, incitó el desarrollo de investigaciones sobre el comportamiento recíproco entre la madre y el bebé de la especie humana, por lo que resulta ser el punto de partida para el estudio del vínculo.

La conducta de apego se distingue por la búsqueda de cercanía con una figura de apego (primordialmente, la madre) confiable, cuya tarea desde un punto de vista evolutivo es la de proteger al infante de los diversos peligros,

primordialmente, de los depredadores. Inicialmente el infante dirige las señales con las cuales comunica una búsqueda de proximidad a cualquier figura primaria que responda a su llanto, individuo que lo estimula y lo ata en el principio de una interacción social. En términos generales, se observa que estas conductas tienden a motivar a la figura de apego para otorgar ciertos cuidados. Una vez apegado, el pequeño será capaz de emplear a dicha figura como una base segura para, en torno a ella, llevar a cabo una exploración creciente del ambiente que lo rodea, y regresar a ella con el fin de obtener un reaseguramiento (Vives, Lartigue y Córdoba, 1992). La sensibilidad de la madre para responder a las señales del niño es un elemento determinante para la instauración de un apego seguro. Así pues, la conducta de apego se va modificando en la medida que algunos sistemas de control van operando correcciones en la conducta en función de ciertas metas, es decir de un sistema de retroalimentación, esto conlleva que se haga uso de modelos internos tanto de las capacidades de sí mismo, como de las particularidades más relevantes del medio y del objeto externo; de tal forma que el fin último de la conducta de apego consistirá en mantener un grado de proximidad o de comunicación con la figura de apego

En un desarrollo sano, la conducta de apego dota al niño de la capacidad para instaurar vínculos afectivos entre él o ella y su madre. Después, a través de los años escolares, se refuerza por los cuidados suministrados por el padre y por otros miembros de la familia. Así pues, la conducta del apego lleva poco a poco a la constitución de vínculos afectivos entre el niño y su familia; y, más adelante a la forma de relación entre adultos ya que los modelos de conducta y las modalidades vinculares procedentes de ellos están presentes y activas durante el transcurso de toda la vida.

1.1. LA IMPRONTA

Es importante, para entender la conducta inicial dirigida hacia otro individuo, mencionar lo que el etólogo Konrad Lorenz definió como "impronta" en 1935, (citado por Bowlby, 1993) en donde, después de analizar los patrones de aprendizaje de las crías de algunas aves, evidenció una etapa crítica que transcurre desde el nacimiento a unos cuantos días, en la que aprenden a reconocer y a seguir a los padres, siempre que en ellos estuviesen presentes los estímulos auditivos o visuales que provoca la reacción de las jóvenes aves. Lorenz (citado por Bowlby, 1993) logró demostrar que si algún animal presentaba estos estímulos era seguido de la misma manera por las crías, incluso si se trataba de seres humanos.

En el decenio de 1960, Bowlby comenzó a tomar en cuenta los trabajos de los etólogos y el comportamiento animal sobre la impronta. Bowlby (1993) menciona que en una investigación realizada por Lorenz comprobó, por ejemplo, que un pichón de ganso toma como progenitor a la primera figura que veía al nacer y que esa conducta se extendía a las crías de otras aves. Así, el mismo Lorenz se convirtió en "mamá sustituta" de incontables pichones que lo seguían a todas partes.

Fue en base a estos experimentos que pudo establecer el importante concepto etológico de impronta, la cual es definida como un proceso biológico de aprendizaje, por el cual las crías se identifican con los adultos de su especie y aprenden de ellos, mediante observación e imitación, los distintos métodos de supervivencia, búsqueda de alimento y refugio, así como modelos de defensa, ataque y convivencia. (Lorenz, citado por Bowlby, 1993).

Inicialmente se identificó este término como el aprendizaje que se produce en el ave en el curso de una actividad específica: el seguimiento de un objeto móvil. Más adelante se consideró que también la impronta se aplica a muchos otros tipos de aprendizaje que suceden en los mamíferos y que se presenta en

periodos críticos del desarrollo, cuando el animal pequeño se encuentra en condiciones desvalidas, en las que solo depende del cuidador primario.

La impronta, a diferencia del aprendizaje normal, tiene cuatro características básicas: primero, un período de tiempo específico, o período crítico, en el que el aprendizaje ha de tener lugar; segundo, un contexto específico, normalmente definido por la presencia de un estímulo señal determinado; tercero, una restricción en el aprendizaje para que el animal recuerde sólo un estímulo concreto, como el olor e ignore otros que a priori parecerían más relevantes y cuarto, no hace falta ningún tipo de premio o recompensa (refuerzo positivo), para que el animal aprenda y recuerde lo aprendido (Bowlby, 1999).

Es por ello que el vocablo impronta hace referencia a todos los procesos puestos en marcha para dirigir la conducta filial del pichón o cachorro, con preferencia y de manera estable, hacia una figura discriminada. Por extensión, también se aplica a los procesos que hacen que otras formas de conducta se dirijan preferentemente hacia un objeto en particular; por ejemplo, la conducta maternal hacia un hijo específico, la conducta sexual hacia un compañero determinado.

A manera de conclusión, una impronta no se circunscribe a determinadas clases de animales, sino que también puede observarse en las relaciones entre seres humanos, que ésta da pautas de interacción entre madre e hijo, como por ejemplo cuando el neonato busca inmediatamente después de su nacimiento el pezón de su madre, y permite también el desarrollo de ciertos elementos para el aprendizaje, sin que ésta, pueda por sí misma, todavía garantizar un vínculo pero sin ser un elemento incipiente para su formación.

1.2. **LA CONDUCTA DE APEGO EN ANIMALES Y EN EL INFANTE HUMANO**

Es frecuente ver familias de animales, tales como los terneros, potrillos, corderos, patos, cisnes, etc., que permanecen juntos, en compañía mutua. Las crías de estas especies nacen lo suficientemente habilitadas como para poder moverse por su propia cuenta pocas horas después de su nacimiento siguiendo a la madre, ahora bien, en otras especies, en las que se incluyen los carnívoros y roedores, y el hombre mismo, el grado de desarrollo que alcanza el recién nacido es muy inferior, debiendo transcurrir semanas e incluso meses antes de que adquiriera cierta movilidad y una vez obtenida también busca estar cerca de la madre. En ocasiones el animalito se pierde y su mamá entonces asume una conducta que provoca un nuevo acercamiento; de igual manera el pequeño animal, al verse solo, busca esa proximidad con sonidos, gemidos, alaridos, etc. haciendo lo necesario para captar la atención de la madre y así asegurar la proximidad de ésta.

Bowlby (1993) señala que este tipo de comportamiento se identifica por dos peculiaridades:

1. El mantener la cercanía con otro animal y reestablecerla cuando se irrumpe.
2. El carácter específico del otro animal, es decir, el progenitor puede distinguir a escasas horas del nacimiento, a su cría de cualquier otra cría, y limitarse a responder a éste específicamente.

De la misma forma los recién nacidos también puede distinguir a sus padres del resto de los demás adultos, comportándose singularmente hacia ellos, por lo que se concluye que el reconocimiento individual y el proceder de manera altamente diferenciada establece el principio de las relaciones entre padres e hijos de las aves y mamíferos.

Como ambos tipos de conducta, al igual que muchos otros, tienen un mismo objetivo, la obtención de la proximidad deseada; se acuñó el término de

“conducta de apego”, para englobar a todas las pautas de conductas primarias que favorezcan la deseada cercanía, misma que es de origen instintivo (Bowlby, 1993).

Desde el punto de vista evolutivo, se sabe que dentro del grupo de mamíferos existen tres tipos bien diferenciados entre sí de comportamientos de los recién nacidos y con relación a la manifestación de la conducta de apego (Vives, Lartigue y Córdoba, 1992):

1) A este grupo pertenecen las crías que nacen en “camadas” y cuyas madres se caracterizan por hacer un “nido” como es el caso de los perros y los gatos.

2) Son aquellos neonatos que tienen la facultad de pararse sobre cuatro patas y comenzar a pastar desde poco tiempo después de su nacimiento, como los potros y los terneros.

3) En tercer término aquellos recién nacidos que se aferran a la piel y tienen la tendencia a trepar sobre las figuras de adultos revestidos de características maternas. Los antropoides superiores, incluyendo al hombre, pertenecen a este último grupo.

En los primates, los animales que son los más cercanos en la escala de la evolución al ser humano, se han realizado investigaciones que evidencian una conducta más allá del simple apego, una conducta que se acerca a la vincular, en donde los primates jóvenes se aferran a determinados objetos con suma tenacidad, pero todavía queda por determinar en que momento discriminan y se apegan a un individuo en particular. Estudios tales como los efectuados por Harlow (citado por Lebovici y Cols., 1990), en donde consideró que el *mono rhesus* desarrolla vínculos de afecto aprendidos con un objeto específico (la madre) durante la primera o segunda semana de vida, y los efectuados por Hinde (citado por Bowlby, 1993) que corroboran esta teoría, al concluir que a

los pocos días del nacimiento, este mono establece una preferencia por la madre en relación con otros monos. Al finalizar su primera semana de vida, por ejemplo, puede apartarse de la madre durante un breve periodo y arrastrarse gateando en dirección a otra hembra; pero muy pronto da media vuelta y vuelve con su madre.

Así también existen estudios con hombres y mujeres que actuaron como padres sustitutos de monos. Un ejemplo fue el que llevó a cabo con el pequeño mono "patas" de Bolwing (1993) en el que se observó que el animal comenzó a discriminar los miembros individuales del hogar de su "padre" al poco tiempo de su llegada (teniendo entre cinco y catorce días de vida) tal como pudo verificarse a los escasos tres días, cuando el monito, que había estado casi todo el tiempo al cuidado de la señorita Bolwing, corrió tras ella hacia la puerta, aullando, cuando lo dejaron solo con el doctor Bolwing y solo logró calmarse cuando volvió por él la joven.

Estos estudios han permitido percatarse que algunas especies dan muestras de conductas de apego desde las primeras semanas y también que puede dirigirse hacia un individuo de su preferencia dando como resultado de esta relación un cierto vínculo que se convierte en una conducta afectiva fuerte y persistente.

Es así que en los primates con marcha propia, se constata cómo el apego cutáneo inicial va derivando, gradualmente, en la necesidad de una proximidad tranquilizante con una figura que, por las características de su conducta, es capaz de despertar una sensación de confianza y seguridad. Esta situación es la que permite a posteriori el progresivo alejamiento de la madre y la subsiguiente exploración del medio ambiente mientras aprende, teniendo como resultado los vaivenes conductuales de alejamiento paulatino, pero con la garantía de poder regresar a la madre como fuente de seguridad.

En el infante humano también se puede constatar que esta necesidad de aferramiento a la madre (o a una figura conductual materna) es, ante todo, una garantía de sobrevivencia biológica, y va significándose como una manera de adquirir seguridad. Afirma Pinol-Douriez (1995) que el aferramiento oral al pezón, el aferramiento tacto-kinestésico al seno, la persecución del objeto (visual, luego tacto-kinestésico y finalmente locomotriz), pueden interpretarse como manifestaciones de apego, así como el ajuste sutilmente programado de las expresiones emocionales del niño a los estímulos ambientales. La totalidad de estas conductas de apego expresan la misma necesidad innata de contacto somático y psíquico con el objeto materno.

1.3. DIFERENTES TEÓRICOS DEL APEGO

Siguiendo con el entendimiento de este tema, se torna necesario dar cuenta de la continuidad que han tenido los estudios llevados a cabo, para que exista una comprensión. Así se sabe que el fenómeno del apego, desde la perspectiva del desarrollo, designa las primeras etapas en el estableciendo vínculos afectivos de una relación emocional que se mantiene en la adultez y vejez (Lartigue y Vives, 1997).

Bowlby en 1989 (citado por Lartigue y Vives, 1997), define la conducta de apego, como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre o figura sustituta, menciona además que esta conducta tiene sus inicios en el acto que realiza el bebé de buscar los cuidados y la protección que él requiere; búsqueda que se lleva a cabo por medio de la succión, la sonrisa, el llanto, la tendencia de asirse e ir hacia alguien.

Freud (1905/1996) utiliza el concepto de relación de objeto, para explicar la relación inicial que tiene un niño a partir de socializar con su madre al inicio de la vida. Manifiesta que ésta es el componente fundamental de las funciones del Yo y de la identificación como el primer vínculo afectivo. Resaltando la trascendencia que esta primera relación tiene en la vida del hombre, Freud en

“Duelo y Melancolía” (1917/1996) describió el cuadro clínico que presentaban las personas melancólicas cuando había ocurrido una pérdida objetal, en la cual reaccionaban como si hubiesen muerto ellos mismos, observándose que en la estructura mental interna había tenido lugar un proceso de identificación con el objeto perdido, proceso que relacionó con la separación del objeto de amor (como son la madre o el padre), en donde el melancólico presenta una reactivación frente a la pérdida del objeto presente relacionándola con la experiencia de pérdida de objeto que había vivido en la infancia, en la etapa de separación del padre y la madre.

Para 1958 Bowlby, (citado por Lartigue y Vives, 1997) alude que hasta antes de este año, en los escritos de psicoanálisis y las obras de psicología en general, solían postularse cuatro teorías fundamentales referentes a la naturaleza y origen de los vínculos infantiles:

- a) Teoría del impulso secundario. El niño tiene necesidades fisiológicas que deben satisfacerse, principalmente la necesidad de recibir alimentos, calor, y debido a que la madre satisface tales necesidades, el bebé crea un vínculo de afecto ya que el pequeño aprende, a su debido tiempo, que la madre constituye la fuente de su gratificación.
- b) Teoría de succión del objeto primario. En el recién nacido, existe, de manera innata el reflejo de succión, en donde el pequeño busca el pecho humano para alimentarse. Posteriormente se da cuenta que éste le pertenece a su madre, por lo cual se apegaba a ella.
- c) Teoría de apego a un objeto primario. En el nuevo ser existe la preferencia innata a tener contacto con otros seres humanos y entonces apegarse a ellos. Es por eso que existe en él la "necesidad" de un objeto independiente del alimento, necesidad que, sin embargo, posee un valor tan importante como el del alimento y el calor.

d) Teoría del anhelo primario, regreso al vientre materno. Los infantes poseen resentimientos por haber sido evacuados del vientre materno, y añoran regresar a él.

En 1993 Bowlby, actualiza estos postulados y basándose en los estudios realizados de la conducta instintiva, afirma que el vínculo que une al niño con su madre es el resultado de la conjunción de una serie de conductas en las cuales la proximidad con la madre es una consecuencia previsible. Reconoce que en su anterior hipótesis describía pautas de comportamiento que consideraba, contribuirían a la formación del vínculo afectivo: succión, aferramiento, seguimiento, sonrisa y llanto, siendo sistemas que se organizaban y activaban para que el bebé se mantuviese cerca de su madre.

Ahora bien, de las cuatro teorías principales propuestas antes por él mismo, la de succión del objeto primario y de apego a un objeto primario, son las que más se acercan a esta nueva hipótesis: cada una de ellas postula una propensión autónoma a comportarse de determinada manera hacia objetos con propiedades específicas. La nueva hipótesis, por el contrario, no tiene nada en común con las teorías del impulso secundario y del anhelo primario de regreso al vientre materno ya que, la primera de ellas esta sujeta a discusión, en tanto que se descarta la segunda por resultar redundante y poco loable desde el punto de vista biológico.

La versión actual de la anterior hipótesis postula que, en determinada etapa del desarrollo de los sistemas de conducta responsables en la creación de un vínculo afectivo, la proximidad con la madre se convierte en una meta prefijada. En la versión anterior de esa teoría, se describían cinco pautas de comportamiento que, supuestamente, contribuirían a forjar el vínculo de afecto, asegurando que estos sistemas se organizan y activan de tal manera que el niño tiende a mantenerse próximo a su madre.

La versión anterior, se describía en función de una teoría de respuestas instintivas. La versión nueva puede definirse como una teoría de control de la conducta afectiva. Las principales modificaciones hechas a esta nueva teoría derivan de una comprensión más cabal de la teoría del control y de las formas complejas que pueden revestir los sistemas de conducta que controlan la conducta instintiva.

Él reconoce que, en el recién nacido la ontogenia de esta serie de conductas es demasiado lenta, compleja y que además el desarrollo es diferente de un bebé y otro, permite ver que no es posible elaborar una teoría simplista referente a los progresos que se llevan a cabo en el primer año de vida. Ahora bien, iniciado el segundo año de vida, un período en el que el pequeño adquiere mayor movilidad, es más fácil ubicar las conductas típicas y así observar los vínculos de afecto, especialmente en ausencia de la madre o ante algún evento aterrador.

Aproximadamente, hasta los tres años, las conductas siguen presentándose, pero cada vez de manera menos intensa y frecuente. En la adolescencia y la adultez se producen modificaciones, entre las que se incluye el cambio de las figuras hacia las cuales se dirige la conducta.

Nótese que lo antes dicho por Bowlby no hace referencia alguna a una necesidad o impulso, sino que al contrario, la conducta que precede al apego se produce como consecuencia de determinadas conductas. Tales conductas se desarrollan en el niño a raíz de la interacción con el ambiente y de manera singular, con la figura más importante de este ambiente que es sin lugar a dudas la madre. De acuerdo con esta teoría, la comida y el acto de alimentarse tan solo efectúan un papel de inferior importancia en su desarrollo.

Respecto a la calidad de la interacción madre-hijo y la influencia sobre la formación del apego, Ainsworth en 1979 (citada por González, 2005) apreció la

importancia de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño. Además de que el niño emplea a la madre, como una base segura para la exploración, y que la percepción de alguna amenaza movilizaba las conductas de apego y desaparecían las conductas exploratorias. Dentro de sus investigaciones halló tres patrones principales de apego: niños de apego seguro, que lloraban poco y se mostraban alegres cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban abundantemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres, existiendo un vínculo afectivo de evitación; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres, presentando un vínculo afectivo ambivalente o resistente.

Los tres tipos de apego antes mencionados, han sido tomados en cuenta en la mayoría de las investigaciones en torno al tema del apego. En 1986 Main y Solomon (citados por González, 2005) plantearon la existencia de un cuarto tipo designado: inseguro desorganizado-desorientado que recoge muchas de las características del grupo de apego inseguro, y que originariamente eran considerados como inclasificables. Se trata de niños, que cuando se reúnen con su madre tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias.

2. EL VÍNCULO

2.1. DEFINICION DE VÍNCULO

Para el estudio de este tema es necesario distinguir entre la llamada conducta de apego y lo que es la capacidad vincular. Anteriormente y todavía algunas personas en la actualidad lo entienden como sinónimos el apego y vínculo, pero ello ha sido necesario hacer una clara distinción entre uno y otro.

Vives, Lartigue y Córdoba (1992), precisan que la primera se conceptualiza como un tipo de comportamiento más estrechamente relacionado con el campo de lo biológico y lo etológico, que impulsa a la búsqueda y hacia la reunión con el otro y, la capacidad vincular, se define como una función, derivada de la experiencia, que posibilita la relación con los demás, y que es específica de la especie humana. Por lo que se puede deducir que la capacidad vincular es la conducta afectiva, dirigida a buscar y mantener la proximidad con otro individuo, a partir de la existencia de un sentimiento.

Vives, Lartigue y Córdoba (1992), definen al vínculo como:

“La capacidad de relación emocional con el otro que, si bien está sustentada en los componentes biológicos de la conducta de apego, trasciende este origen y se manifiesta en el orden de lo simbólico; tiene que ver con un aspecto psicológico, más genérico y abstracto de las relaciones emocionales del ser humano con sus semejantes y el mundo. Es entonces la capacidad de relación emocional del sujeto con sus objetos, con independencia de los aspectos cutáneos, es decir, de la distancia o cercanía con el objeto de la relación” (p. 51).

Para Ainsworth (citada por González, 2005) el vínculo es “una relación activa, afectuosa y recíproca entre dos personas; su interacción refuerza la unión” (p. 90).

Dentro de la teoría psicoanalítica, se refiere al vínculo con el término de relación de objeto, siendo éste la estructura interna del vínculo. Así pues, el vínculo es un modo particular de relación con el objeto mismo que se encuentra formado por una estructura dinámica, y está en continuo movimiento y funciona motivada por elementos instintivos y también por motivaciones psicológicas.

El vínculo, declara Pichón-Riviere (2002), es:

“Una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un *pattern*, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. Tenemos así dos campos psicológicos en el vínculo: un campo interno y un campo externo”. (p. 35)

2.2. LOS PRECURSORES DEL VÍNCULO

2.2.1. PRECURSORES PREGESTACIONALES Y GESTACIONALES

Es necesario dar cuenta que el vínculo que se establece entre la madre y su recién nacido empezó a gestarse mucho tiempo antes de su presencia

extrauterina, incluso antes de que se hiciera evidente su existencia dentro del útero materno.

No se puede dejar de lado dentro del estudio de los precursores vinculares el tema referente al psiquismo de los padres, pues es bien sabido lo trascendental que resulta la salud mental de la pareja para hacer frente a nuevas situaciones que implique el poner en juego los elementos psíquicos con los que cuentan, así como una movilización de su energía para una adaptación a ese nuevo escenario de su vida.

Al respecto, Isaías y León (1992) señalan que si los miembros de la pareja han alcanzado la fuerza yoica suficiente para resistir la fusión simbiótica que se produce a través de la poderosa regresión que el acoplamiento carnal implica, en la completa entrega emocional bilateral, el movimiento económico deviene en una representación mental de la pareja que constituye una unidad en su aparato mental a través de vínculos indisolubles. Afirman que no es sino hasta que ésta entrega genital tiene lugar, cuando la madurez, cultivada durante la adolescencia, cristaliza y consolida en el estado adulto, implicando esto un proceso de translaboración en el que los contenidos eróticos (narcisista, anaclíticos, incestuosos, etc.), sufren un alineamiento definitivo y es entonces que el individuo evoluciona al extremo de que finalmente es capaz de relacionarse a nivel genital. Es entonces que ambos, como unidad, son representados en el aparato mental de cada uno de ellos. Estas construcciones emocionales constituyen la fundación de la capacidad para gestar, a través del embarazo psicológico (gestación psicológica), una representación mental del infante que va a nacer. Así, ésta capacidad, finalmente, habilita al padre y a la madre para desarrollar y mantener una real relación su hijo.

Subsecuente a esto, el vínculo que se establece directamente con la madre, manifestaba Langer (1999), esta basado en los precursores vinculares que devienen de ella misma con su propia madre, en primera instancia.

A la par, el vínculo que se da de manera directa con la madre, tiene su base en su deseo del hijo, y luego, en la fantasía que de dicho bebé se va estructurando en el transcurso del primer trimestre del embarazo. Debido a estos antecedentes se comienza la relación diádica madre-bebé a partir del cuarto mes de gestación, inicio que es promovido por los movimientos fetales en donde el hijo se manifiesta como un ente aparte y rompe en la madre la sensación subjetiva de simbiosis biológica, mismos que coadyuvan a que se de la relación vincular, primero con la representación de un objeto llamado externo-interno y luego del nacimiento, con el bebé de la realidad (Vives, 1991, 1994).

Categorícamente, dentro de los precursores vinculares pregestacionales y gestacionales se encuentran:

1. El deseo.

Vives, Lartigue y Córdoba (1992), sostienen que estrictamente hablando, el primer precursor del vínculo se inicia como consecuencia de las fuerzas genésicas que desde los mandatos de la especie empujan al ser humano hacia la reproducción, y que al hablar del componente psicológico con el que dicha orden es percibida, se tiene que hablar en términos de deseo, dado que desde este periodo, cuya ocurrencia tiene lugar a veces mucho tiempo antes de que se lleve a cabo la concepción, incluso en la infancia (en los juegos maternos), la madre comienza a conformarse una idea mental de lo que pudiera ser su hijo que naciera de su seno y de su relación con un hombre determinado.

Es por ello que el deseo será el principal ingrediente psicodinámico así como el motor primordial para que el hijo exista. Posteriormente, construirá la fuerza afectiva que posibilitará el desarrollo del vínculo materno-infantil (Vives, 1991).

La relación madre-hijo llega a trascender de tal manera que, según Liaudet (2000), para que el desarrollo del feto sea satisfactorio, es obligatorio que exista

un vínculo de deseo inconsciente de la madre, advierte que, la inexistencia del vínculo, puede dar origen a un desequilibrio psicológico en el niño.

Las motivaciones prácticamente universales que provocan el deseo de tener un hijo, alude Vives (1991), tiene que ver con una serie de determinantes de tipo narcisista, entre ellos, uno de los más comunes es aquel en el que se intenta realizar una fantasía de omnipotencia y de completud a través del bebé; es, refrenda Vives, el deseo de duplicarse a sí mismo y llenar en la hija todos los ideales soñados y en el hijo por el hecho del embarazo por sí mismo. Lo anterior se puede observar en cómo algunas mujeres manifiestan un deseo de estar embarazadas y otras lo que predomina es el deseo de tener un hijo.

Dentro de los anclajes narcisistas del deseo, continua Vives (1991), otra de las motivaciones importantes en el deseo de tener un hijo, se refiere al hecho de que la madre busca verse reflejada en el bebé, en donde la fantasía resultante está determinada por la expectativa de que el hijo será un duplicado de la madre y, por tanto, un medio para depositar la ilusión de inmortalidad y permanencia a través de la larga cadena de la especie. Otras más se desprenden de las fantasías estructuradas desde el deseo de actualizar, reparar o revivir a objetos parentales del mundo interno de los padres.

2. Fantasías fecundantes.

La fantasía guarda la más estrecha relación con el deseo, afirma Laplanche y Pontalis (1994), mismos que aseveran que Freud denomina fantasía (*phantasien*) a los sueños diurnos, escenas, episodios, novelas, ficciones que el sujeto forja y se narra a sí mismo en estado de vigilia. Por otro lado, continúan, también Freud sitúa a un nivel inconsciente ciertas fantasías, ligadas al deseo inconsciente y que se hallan en el punto de partida del proceso metapsicológico de formación del sueño, las cuales surgen del inconsciente hacia el preconscious. Por consiguiente, concluyen, “aunque Freud no lo hace explícitamente, se podrían distinguir en su obra varios niveles de la fantasía: consciente, subliminal, e inconsciente” (p.140).

De manera específica fantasías fecundantes, es el término utilizado para designar a los sueños, ilusiones, expectativas, frustraciones que los progenitores elaboran antes o durante el embarazo, las cuales tienden a conformar el ideal del Yo. En ellas también se instalan toda clase de proyecciones y deseos ambivalentes, de destrucción, pulsiones libidinales o agresivas, aspectos reprimidos, frustraciones, exigencias del Super Yo, investiduras narcisistas, deseos conscientes e inconscientes y defensas. Cabe mencionar que se espera que estas influyan sobre su personalidad del nuevo ser.

Lo anterior, es matizado por los rasgos de la personalidad de los padres, sus psicopatologías, así como sus valores, tradiciones, mitos y sector social al que pertenecen, entre otros factores.

Es entonces que se puede inferir que los elementos antes mencionados repercutirán en la formación de este vínculo primario durante la gestación del bebé, y en la medida de que estos se separen de la línea de lo psicopatológico, se pronostica un adecuado vínculo paterno-filial.

3. Embarazo.

Vives (1991) indica que el trabajo psicológico llevado a cabo por los nuevos padres durante el embarazo se presenta generalmente como un periodo crítico, tortuoso y de grandes ansiedades, observándose frecuentemente fenómenos regresivos en la mujer embarazada hacia una situación en la que decalectiza a los objetos del ambiente con la intención de investir narcisísticamente a su bebé en formación. Además de que suele presentarse una regresión en el tipo de relación objetal, hacia posiciones de dependencia ya superadas, por lo que la embarazada tiende a buscar el apoyo en su madre o figuras sustitutivas en busca de contención y seguridad. Advierte que este tipo de regresión es un

proceso normal y fisiológico, por decirlo así, y ocurre como parte de la reorganización catéctica que se lleva a cabo durante este periodo.

Los cambios físicos en la madre ante un embarazo tales como los mareos matinales, la náusea, vómitos ocasionales, excesivo sueño, cansancio, etc. perturban con frecuencia los primeros meses de embarazo, pero si la mujer es emocionalmente madura y goza de cierta estabilidad en su matrimonio, se augura que este embarazo será un periodo de felicidad al vivirse la madre gozosa por vivenciar en su cuerpo, el extraordinario fenómeno de la vida. Sus intereses se centran ahora en ese nuevo ser.

Conforme evoluciona su embarazo aumentará su impaciencia, su aumento del talle le hará sentirse incómoda, se cansará más fácilmente, los movimientos y el pateo del feto serán lastimosos y, después del descenso y encajamiento de la cabeza del feto en la pelvis, se verá obligada a orinar con mayor frecuencia. En la medida en que se acerque la fecha de parto sus temores se incrementarán tanto por la salud y bienestar de su bebé como, en menor medida por la de ella. Pero esto se presentará en mayor o menor grado dependiendo de la fortaleza y oica con la que cuente.

En cuanto al bebé, gracias a los avances de la ciencia, es posible afirmar que el bebé oye tanto los sonidos exteriores como los internos del cuerpo de la madre, filtrado y distorsionado, es el oído el sentido que predomina en esta etapa de gestación. Oye las voces en su entorno, del cuerpo de su madre, el feto escucha los ruidos digestivos y respiratorios, así como el latido de su corazón al igual que el del suyo. Él identifica sin duda las voces más habituales, en especial la de la madre, su inseparable compañera, así también, entre ellas distingue la de su padre (o la del compañero de la madre), que asocia a las manifestaciones físicas de felicidad que provoca en su progenitora; es indiscutiblemente sensible a los estados emocionales de su progenitora, permanentes o repetitivos tales como la alegría, enojo, angustia, miedo, fatiga, etc., ya Sontag y sus colaboradores (citado por Liaudet, 2000), en sus

investigaciones comprobaron que el estado emocional de la madre puede influir en el feto y aunque no existe una conexión nerviosa directa entre la madre y el feto, hay entre ambos una relación neuroquímica en medio de la circulación placentaria.

Existe entonces comunicación en esta diada, Verny y Kelly (2001), distinguen tres vías de esta comunicación que promueven el vínculo intrauterino:

- 1.- Fisiológico: Este es inevitable, en donde la madre se comunica biológicamente con su hijo, por ejemplo, al proporcionarle nutrimento.
- 2.- Conductista: La madre se comunica de manera conductual con su hijo, un ejemplo de ello sería el hecho frotarse el vientre, hablarle, cantarle, etc.
- 3.- Comunicación simpática: Que es un tipo de comunicación intuitiva, en donde se incluyen las emociones experimentadas por la madre. Contiene los elementos de los primeros, pero es más amplio y profundo.

Ahora bien, Reinold (citado por Verny y Kelly, 2001), en un congreso de la Sociedad Internacional de Psicología Prenatal, expuso una investigación que demuestra que el niño que aún no ha nacido, se convierte en partícipe activo del vínculo intrauterino, al registrar y responder ante las emociones experimentadas por su madre.

Brazelton y Cols. (1991), en sus estudios encontró que el feto pasa la mayor parte de su tiempo en estados similares al sueño del recién nacido, pero que reacciona durante estos estados a estímulos exteriores, observó en el séptimo mes de embarazo, cuatro estados de sueño profundo que la madre puede detectar en su bebé, y que se llevan a cabo aproximadamente en un rango de 3 o 4 horas:

- Sueño profundo. El bebé prácticamente se encuentra quieto.

- Sueño ligero. El bebé realiza movimientos leves como de hipo o jaloneos. Responde levemente a estímulos externos.
- Se observa una interacción madre-bebé.
- Es un estado de alerta en el que el bebé permanece quieto, y este responde a lo que acontece a su alrededor.

De las investigaciones llevadas a cabo por Stitnemann (citado por Verny y Kelly, 2001), éste concluyó que, el vínculo que existe después del nacimiento, en verdad era una prolongación de un proceso vinculante que comienza desde la estancia del niño en el vientre materno.

Por otro lado, advierte Vives (1991), por sí mismo, el embarazo dista de ser una experiencia emocionalmente lineal, menciona que la gestación es una época surcada por las más intensas ambivalencias que jalonean en todos los sentidos a la madre (así como al padre), y provocan mucha angustia, aunado a fuertes temores de daño fetal, malformaciones congénitas y un gran número de pensamientos negativos que afectan al bebé por nacer, fantasías que son producto de pulsiones agresivas, mal metabolizadas y deficientemente integradas y aceptadas dentro del psiquismo materno y paterno.

Axelrdon y Vives (2000) consideraban que en todo el embarazo se encuentran niveles variables de la ambivalencia, que determina emocionalmente a cualquier proceso reproductivo en el hombre, y que incluso se encuentra aún cuando la madre logra vencer sus impulsos filicidas y sus fantasías abortivas, por la sencilla razón de que siempre existe la necesidad de regresar al estado anterior, es decir, anhela no estar embarazada durante su embarazo, sin embargo desea volver a estar embarazada luego de que su hijo nace.

De todo lo anterior, se puede apreciar claramente que en este proceso de anidamiento fetal que es el embarazo, se gesta también un vínculo temprano caracterizado por un estado de conexión, que dependerá de lo experimentado

por la madre, siendo esta inicial dada una unidad primitiva, que se verá determinada, posterior al nacimiento, por las experiencias de la madre durante su embarazo.

2.2.2. PRECURSORES POSTGESTACIONALES

Diversos autores han observado que los efectos posteriores al nacimiento, de la experiencia sensorial fetal demuestran, por un lado, que los sistemas sensoriales funcionan en el vientre materno, y por la otra, que este funcionamiento se acerca por mucho al de la vida neonatal dando por resultado una continuidad de la percepción, ya antes vivida en el útero y que permite, luego del nacimiento, identificar aquellos estímulos que se cree que el cerebro fetal trata y cuyas características puede memorizar (Lebovici y Wiel-Halpern, 1995). Es por lo anterior que se deduce que lo experimentado por el feto, durante su estancia en el vientre materno repercutirá en su manera de comportarse, además de facilitar o bien, dificultar la continuidad de ese vínculo filial fuera del útero; mismo que se verá favorecido por los estímulos que la madre provea a su recién nacido.

Dentro de los precursores postgestacionales se encuentra:

1. Parto.

La manera como se desarrolla el evento del parto y la experiencia gratificante o no de esta experiencia para la mujer, puede interferir en el proceso del vínculo materno-infantil. La sensación por parte de la mujer de haber tenido control sobre los acontecimientos durante el nacimiento, permite que inmediatamente después de que nace el hijo, entre verdaderamente en un estado de éxtasis y esto ayuda a la nueva madre a sentir confianza en su capacidad de crianza para con el hijo y la relación afectiva se inicia con mayor facilidad. Si en cambio, el evento del nacimiento no cubre sus expectativas, sino por el contrario, resulta estresante y lo vive como un proceso violento y dramático, en

el que ella es un mero objeto del cuidado médico-hospitalario, en el que adicionalmente se le separa del hijo sin permitir un contacto temprano y prolongado, el apego se inicia tardíamente y por lo tanto el vínculo afectivo madre-hijo se verá limitado.

En caso de que existan complicaciones durante el parto en donde se tema por su seguridad y/o la de su hijo o en el peor de los casos realmente se presenten problemas que ameriten su inmediata, prolongada o quizás definitiva separación al fallecer alguno de los dos. Esto imprimirá un sello de desagrado que permanecerá adherido en el inconsciente al opacar un evento de felicidad y ser sustituido por temores, tristeza, enojo, etc.

2. Nacimiento.

El nacimiento de un hijo no es una situación fácil para la madre, ya que implica una pérdida doble: la pérdida de la experiencia de completud experimentada durante el embarazo disolviendo con esto la simbiosis biológica con el corte del cordón umbilical; y por otra parte, el nacimiento del hijo real que confronta con el imaginario depositario de su ideal del yo y del narcisismo secundario. Dejando a la madre una sensación de vacío, dejándola ahora con un duelo de lo que parecía era parte de ella misma y que a partir del acto del nacimiento, la realidad la confronta con un ente no perteneciente a su cuerpo (Axelrdon y Vives, 2000).

En ocasiones los progenitores se pueden dar cuenta de a quién perdieron pero no lo que inconscientemente les representa dicho duelo, es decir, la pérdida del bebé idealizado, conlleva no únicamente un duelo por el ser que no es físicamente igual al que los padres fantasearon, sino también por esas expectativas inconscientes depositadas en él, a partir de la catectización narcisista de este bebé ideal; como son, la reparación omnipotente de figuras parentales muertas, aspectos de su propia persona, proyectos nunca

realizados, del sexo que deseaban fuera el hijo y de vidas jamás experimentadas.

Reportan Axelrdon y Vives (2000) que cuando la pérdida del bebé imaginario conlleva este tipo de contenidos, dada su naturaleza inconsciente, puede sobrevenir un cuadro melancólico, una depresión post parto con características de un cuadro neurótico, en los casos leves, o de una ruptura psicótica con la realidad, en los más graves. Por el contrario, el padre y la madre que tienen consciencia de lo que han perdido, serán capaces de tramitarlo más fácilmente mediante la lenta elaboración, tanto del objeto imaginario perdido, como de las cadenas representacionales adheridas a él.

Isaías y León (1992) hacen referencia que cuando un niño nace, los padres confrontan la imagen real del hijo con la representación de él que han estado sintetizando, y utilizan dicha representación para basar la relación con él. Además, que la disponibilidad libidinal inicial de la madre está relacionada a la representación que ha desarrollado de su hijo y al contacto con él. Ellos afirman, que entre otros, estos elementos, combinados con la respuesta del niño, determinarán la fortaleza de la relación simbiótica y la calidad de la confianza básica, lo que implica la formación de las representaciones idealizadas narcisistas (alucinatorias) que el bebé desarrolla como prioridad en su ideal del Yo.

Ahora bien, los primeros momentos postnatales constituyen un “periodo sensible” para la creación del apego y vínculo; para investir libidinalmente al bebé real, la madre rehace el trabajo mental del lactante y “crea” y halla el objeto, considera Winnicott (1998).

Fortaleciendo lo afirmado por Winnicott sobre este periodo sensible, los investigadores Klaus y Kennel (citados por Winnicott, 1998) han demostrado que inmediatamente después de nacido, el bebé tiene un período muy sensible

de alerta que dura aproximadamente una hora y que permite iniciar el vínculo afectivo temprano con su madre. Si se cuenta con una madre alerta y despierta a la que se le permite sostener a su bebé en los brazos para darle la bienvenida, acariciarlo y manifestarle su amor, se aprovecha este período de sensibilidad inicial para el establecimiento de este fundamental requisito en la relación madre-hijo: el apego. Este período sensible puede verse como el período de consolidación de la conducta maternal. Después de este período, el vínculo puede aún integrarse, pero es más difícil y no cuenta con los mecanismos naturales de la especie para ayudar a dicho proceso.

Observando la conducta de los recién nacidos durante este período sensible (la primera hora después de nacer), fue posible demostrar que el niño puede ver, tiene preferencias visuales y que voltea la cara hacia la persona que habla, es decir reconoce las voces de sus padres.

El contacto visual es muy intenso, la madre mira al bebé y éste le regresa la mirada. La madre automáticamente cambia el tono de su voz y el número de palabras que emite cada vez que se dirige a su bebé; por su parte, el bebé responde más a una voz aguda que grave. Esta comunicación entre la madre y su hijo no es solamente sonora sino que incluye también movimiento: así el bebé se mueve en sincronía con las palabras de su madre en una especie de danza. El bebé no responde de igual manera a otros sonidos distintos al lenguaje.

3. Depresión posparto.

Luego del parto, la madre experimenta cambios tanto a nivel físico como psicológico, lo que puede desencadenar una conducta que se caracterizan por el temor y fluctuaciones en su estado de ánimo experimentando una serie de sensaciones en las que predomina un vacío interno, así como una visión pesimista de su nueva condición. Dentro de la sintomatología se encuentra el llanto fácil y recurrente, sentimientos de soledad y minusvalía, pérdida de la

autoestima, nostalgia y excesiva ambivalencia. Clínicamente, afirman Axelrod y Vives (2000), la depresión posparto se manifiesta como una sensación de desaliento, de incapacidad e incompetencia para realizar el nuevo rol materno; que se acompaña de una disminución o ausencia de un deseo claro de criar al nuevo bebé.

El cansancio frecuente, el aprendizaje del nuevo rol, la tensión, exigencias y presiones tanto internas como externas hace que la maternidad le resulte agobiante. Así como el ideal del Yo depositado en su hijo y confrontado con el real y las pérdidas inconscientes resultado de esto. Corriendo con lo anterior un grave riesgo para la continuidad del vínculo madre-hijo.

Asevera Axelrod y Vives (2000) que la depresión post partum provoca un abismo en el espacio emocional, imaginario y fantasmático entre la nueva madre y su bebé, motivo por el cual el recién nacido se ve privado, parcial o absolutamente, de la investidura libidinal de su progenitora.

4. La mirada.

La nueva madre se encuentra ante un gran reto, el poder comunicarse y comprender lo que su pequeño experimenta al intentar decodificar los sutiles mensajes que éste le emite y que tan solo lo logrará si cuenta con esa fina sensibilidad que se requiere. Y que únicamente a través de su atención y cercanía lo logrará con mayor facilidad, fortaleciendo ese vínculo primitivo que se gestó a la par de él, en el vientre materno.

Y es la mirada un elemento indispensable para el desarrollo ideal del vínculo, ya lo mencionaba Lebovici en 1988 y Bowlby en 1976 (citado por Bowlby, 1993) que cuando existe ese cruce de miradas entre la madre y el hijo, a verse mutuamente reflejados se fortalece el vínculo afectivo, que les permite una comunicación única, especial y exclusiva, que les pertenece solo a ellos. Y

que la mirada recíproca de la madre, incrementa la tendencia que su hijo fije la mirada sobre su cara.

No existe momento más placentero para un bebé, posterior a su nacimiento, que cuando es amamantado, en donde no únicamente se nutre físicamente, acallando esa nueva e incomoda sensación en su estómago, sino también emocionalmente al ser transmitido el amor que la madre siente por su pequeño, siendo una vez más “uno mismo” como en el embarazo pero ahora fusionados en su contemplación recíproca. Mientras él goza de un espacio plagado de protección, atención, contención y cuidados que conjuntados con estímulos tales como el olfativo, táctil y especialmente el auditivo y visual provocan en el pequeño un estado de profunda tranquilidad. Es en este momento en el que mutuamente se encuentran las miradas, en donde la naturaleza ha dotado la distancia ideal para que madre e hijo se observen: seno-rostro. El recién nacido, que tan solo puede enfocar con claridad a objetos que se encuentren a unos 20 centímetros aproximadamente, fija la vista en el rostro de su progenitora, tendiendo a seguirlo, en los primeros días de manera ocasional e ineficaz, pero conforme transcurren los días, en dos o tres semanas puede con éxito seguirla. Aproximadamente en la catorceava semana de vida, se aprecia, además de la preferencia del bebé por seguir un rostro humano, el mirar el rostro de su madre antes que de cualquier otra persona; que aunado a la voz de esta, volteará su cabeza en dirección a ella e incluso podrá producir algunos sonidos, ya Wolff (citado por Bowlby, 1993), en sus descubrimientos observó que, incluso durante las primeras veinticuatro horas de vida, se producen respuestas diferenciales ante la voz de la madre, observaciones que no es de sorprendernos si recordamos que el bebé en el útero ya percibía sonidos y entonces el sonido más conocido será el de la voz de su madre.

Se sabe bien de la repercusión de la mirada para el desarrollo del vínculo pero también cabe mencionar la gran influencia que además tiene en la adquisición

de conductas tales como la de apegarse, internalizar objetos, la constancia objetal y la constitución del Self, entre otros.

Confirmando sobre la importancia de la mirada, Massie y Rosenthal en 1986 (citados por Barriguete, Casamadrid y Salinas, 2000), afirman que la visión de un bebé que cuenta con un aparato sensorial intacto y con una buena relación recíproca con el ambiente, promueve el desarrollo social y las representaciones psíquicas. Ahora bien, ellos advierten que si el lazo es deficiente, puede causar sutiles descarrilamientos en el proceso por el cual la visión organiza la experiencia perceptual y edifica una experiencia interna figurativa. Por consecuencia se forman representaciones mentales perturbadas de personajes importantes, en particular de la madre, dañándose también la imagen de sí mismo del bebé.

Sobre esta misma línea Winnicott (1998), aseveraba que la mirada recíproca tiene la tarea de promover la constitución de una imagen de sí del lactante; distinta y diferenciada de la de su madre. El rostro de la madre, de manera especial sus ojos, facilitan la elaboración de la imagen del “sí mismo” del pequeño y la integración de experiencias afectivas en un solo conjunto unificado.

Para Aulagnier (citada por Winnicott, 1998) la mirada de la madre es la iniciación en la conformación de la identidad del individuo. Ella menciona que la primera formulación de la realidad que el infante va a formularse, es la realidad que está regida por el deseo de los otros. Para el neonato todo lo que acontece alrededor de su cuerpo y lo que modifica su vivencia psíquica es testimonio del poder que él imputa al deseo, ya sea suyo o bien de los padres. El Yo no puede habilitar un cuerpo despojada de la historia de lo que vivió, ésta se relaciona con el discurso de la psique indiferenciada de la madre-hijo, el Yo prevaleciente del niño es aquel que conserva el discurso de la madre, el de la

imagen del cuerpo del niño que se esperaba, la imagen corporal de este Yo, tal como la constituyó conserva el signo del deseo, de ese deseo materno.

Vives, Lartigue y Córdoba (1992) sostienen que la relación vincular se da a través de la voz y las caricias, y del manejo que hacen del cuerpo del recién nacido al alimentarlo, cargarlo, mecerlo y balancearlo; aunado esto a la forma en que lo miran, y por las actitudes y forma en que tratan al bebé sus cuidadores. La mirada de los padres, afirman, es la materia primordial que será incorporada por el infante en el proceso de su constitución como persona.

5. El maternaje.

Se requiere que la madre tenga diferentes conductas de sostenimiento que representen los organizadores simbióticos del nacimiento emocional del niño, entre los que se encuentran el amamantamiento, el abrazo y el acunamiento (Branzelton, Berman y Simo, 1991) conductas que provean al niño de los elementos necesarios para el desarrollo de una constancia objetal.

Sobre esta misma línea, sobre el tema de ser tocado el niño, García y Polanco (2000), consideran que el cuerpo del bebé es un lugar en donde se inscriben las huellas de la propia historia y de lo que la madre le deposita o comunica por medio del habla, del cómo lo mira o lo sostiene. Sustentan que, el cuerpo erógeno es ante todo superficie, lugar de proyección del otro, nace irremediamente alienado, aunque no necesariamente sucumbirá a esa dependencia. Continúan refrendando que las inscripciones en el cuerpo de la madre son de alguna manera las futuras inscripciones en el cuerpo del hijo, así se tendrá que, las marcas que ella desconoce, por inconscientes, darán cuerpo o no al bebé, siendo este interpretado, leído y vivido por la madre; siendo entonces el vínculo, fortalecido por el diálogo tónico postural. Por lo que asienten que:

- El cuerpo biológico sustenta y precede al cuerpo libidinal.

- El equilibrio psicosomático del bebé está garantizado por la función materna. Por lo tanto toda falla en la función tendrá como efecto la desorganización psicosomática del bebé.
- El síntoma, entendido como el resultado del compromiso entre las necesidades del niño y aquellas expresadas por la función materna, se sitúa siempre en el vínculo.

Es por esto que la madre debe actuar de una manera afectuosa ante las necesidades biológicas y psicológicas del bebé. Lo que significa que debe de metabolizar las necesidades de su hijo y devolverlas más digeridas, para que éste pueda asimilarlas, ayudando a utilizar los “*sense data*” (datos de los sentidos) y transformarlos en elementos desentrañados, afirma González y Cols. (2000) y que de lo contrario, si la madre no puede ser continente de esas ansiedades, éste al albergarlas de regreso, sumando las ansiedades de su madre, vivirá en un estado de temor, vacío de emoción y de contenido significativo vivido en forma persecutoria para el bebé.

Es así que la madre tiene que poseer una disponibilidad interna para llevar a cabo su labor de maternaje, una capacidad de tolerar la dependencia emocional del niño, dentro de una relación en donde ella también se comprometa emocionalmente, sin sentir que en dicha relación de dependencia, ella misma pierde sus límites.

Debe actuar menciona Spitz (1992) como el Yo auxiliar del infante, y poder ser un adecuado funcionamiento de sus propias funciones Yoicas.

Ya Winnicott (1998) afirma que el desarrollo emocional primitivo adecuado incluye tres tareas principales: integración del Yo, establecimiento de la psique en el cuerpo, y formación de relaciones objetales. Con ellas se corresponden tres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos.

Se han revisado ya los precursores del vínculo y es ahora que se verá la cristalización de éste en esas primeras semanas de vida. Sabiendo que en el recién nacido existen sistemas que sientan las bases para la conducta de apego, misma que favorece al vínculo, tales como los sistemas primitivos que intervienen en el llanto, la succión, la conducta de aprehensión y la orientación del recién nacido. A éstos se agregan, pocas semanas después, la sonrisa y el balbuceo y, llegados algunos meses, el gatear y el caminar.

2.3. FASES DEL DESARROLLO DEL VÍNCULO DE AFECTO

Cuando se pone de manifiesto por primera vez, cada una de estas pautas de conducta, se aprecia una tendencia determinada a responder de manera específica ante diversos tipos de estímulos que generalmente provienen del ser humano tales como: los estímulos auditivos provenientes de la voz, los estímulos visuales procedentes del rostro, los estímulos táctiles y kinestésicos, generados por los brazos y el cuerpo de la persona. A partir de esas bases rudimentarias surgen todos los sistemas sumamente discriminados y complejos que, durante los últimos años de la infancia y de la niñez intervienen en la conducta de apego dirigida hacia ciertas figuras en particular.

Para un mayor entendimiento a continuación se enumeran las fases del desarrollo del vínculo posteriores al nacimiento, desde el bebé, planteadas por Bowlby (1993), destacando que el vínculo como tal, aún no se consolida en su totalidad en la fase I, en tanto que ya existirá en la fase 3 y dependiendo del desarrollo del infante probablemente ya existe en la fase 2.

a) Fase 1. Orientación y señales sin discriminación de la figura.

Durante esta etapa el bebé se comporta de manera característica hacia el resto de la gente, pero su habilidad para distinguir a una persona de otra es sumamente limitada; por ejemplo, puede discriminar exclusivamente por medio

de estímulos auditivos. Cuando se le habla se orienta hacia la persona, teniendo además movimientos oculares de seguimiento, aprehensión y alzamiento, sonrisa y balbuceos. Si se encuentra llorando, frecuentemente deja de llorar al oír una voz o ver un rostro.

Esta fase dura desde su nacimiento hasta, por lo menos, las ocho semanas de edad o, más a menudo, hasta las doce semanas aproximadamente; si las condiciones son desfavorables, puede prolongarse un tiempo mayor.

b) Fase 2. Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas.

Durante esta fase el bebé continúa comportándose hacia el resto de la gente del mismo modo amistoso que en la fase I, pero a diferencia de esta fase, su comportamiento será más notorio en relación con la figura materna que con el resto de las personas. La capacidad de respuesta diferencial ante los estímulos auditivos rara vez se observa antes de las cuatro semanas de vida, aproximadamente, y muy difícilmente antes de las diez semanas en relación con los estímulos visuales.

Esta fase dura hasta alrededor de los seis meses de edad, o se prolonga hasta mucho después, de acuerdo con las circunstancias.

c) Fase 3. Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y de señales.

La fase 3 por lo común se inicia entre los seis y los siete meses de edad, pero puede postergarse hasta después del primer año, en particular en los bebés que tienen escaso contacto con una figura central. Probablemente se prolonga durante el segundo y tercer año de vida.

En esta fase el bebé discrimina con mayor precisión la interacción con la gente. Además de que su repertorio de respuestas se extiende hasta incluir el seguimiento de la madre que se aleja, el saludo a su regreso y tomarla como base desde la cual explora.

Desaparecen las respuestas amistosas y poco discriminadas para el resto de la gente. El pequeño trata con mayor cautela a los desconocidos.

Se aprecia claramente una mayor cercanía a figura materna.

d) Fase 4. Formación de una pareja con corrección de objetos.

Alrededor de los tres años el niño empieza a mantener la proximidad hacia su madre, comenzando además a concebirla como un ente independiente, que persiste en el tiempo y en el espacio y se comporta de forma más o menos predecible. No obstante aún le resulta difícil entender que la conducta de su madre se organiza en torno a sus propios fines.

Posteriormente el niño va obteniendo cierto entendimiento de los sentimientos y motivaciones que impulsan a su madre. Una vez conseguido esto, se dispone el espacio para desarrollar una relación más compleja entre madre e hijo.

A decir de González (2005), el proceso de desarrollo del vínculo se da de la siguiente manera: el vínculo afectivo estructura las relaciones del pequeño infante ya que se construye primero un "modelo de trabajo" de lo que puede esperar de su madre y, posteriormente, lo generalizará hacia las demás personas importantes, afectivamente hablando, por lo que, diferentes tipos de vínculos emocionales llevan a diferentes representaciones cognitivas y a diferentes expectativas. El vínculo da seguridad y evoluciona a partir de la confianza, la cual le permite al niño explorar el mundo desde una base segura, y desde una perspectiva, implica a la madre la cual funciona como continente y modula afectos en el niño.

2.4. PATOLOGIA DEL VÍNCULO

Es sabido que es posible establecer vínculos tanto con objetos interno, así también con objetos externos. Desde el punto de vista del psicoanálisis lo que interesa es el vínculo interno, esa manera en particular en el que el Yo se relaciona con una imagen del objeto colocado dentro de el sujeto y que de manera más o menos permanente condiciona a la manera de ser, a la personalidad, es decir que el carácter de una persona será la forma en la que tiene de relacionarse con sus objetos internos.

Ya lo afirmaba Pichón-Riviere (2002):

“Definir el carácter de un sujeto en términos de vínculo diciendo que su carácter, o sea la manera habitual de comportarse esa persona, puede ser comprendido por una relación de objeto interno. Es decir, por un vínculo más o menos estable y más o menos permanente que da las características del modo de ser del sujeto visto desde fuera, condicionado por un vínculo interno” (p. 36).

En el tema del entendimiento de la psicopatología del vínculo, anteriormente se pretendía entender ésta a través del estudio de las relaciones externas con objetos externos, pero se ha visto que a medida que el sujeto retorna a estados más primitivos, las relaciones de objeto son principal y predominantemente instituidas con objetos internos, en casos extremos el sujeto llega a perder sus relaciones incluso con la realidad trasladando la realidad externa a otro contexto, perdiendo entonces totalmente sus relaciones con la realidad.

Lo que pasa es que traslada la realidad externa a otro espacio, al espacio interno donde se existen iguales personajes que existían en el afuera, estableciendo con ellos vínculos particulares que condicionan toda su acción.

Para que un bebé pueda evolucionar y llegar a ser un adulto sano, se ha visto, es necesario que de primera instancia se establezca un vínculo afectivo con su madre, que exista un sentimiento de unidad resultado de la constante presencia, del repetido contacto con su calidez, así como del responder a las necesidades físicas y emocionales del recién nacido, ya que esté a pesar de que busca alcanzar la homeostasis, requiere de ciertas habilidades contenedoras de su madre quien le ayudará a reducir las molestias, así como actuará como objeto satisfactor y hará posible la integración del proceso de maduración del infante. De tal manera que el niño desarrolle una sensación de confianza, de sentirse querido y seguro dentro de la relación.

En el caso de no darse lo anterior, González y Cols. (2000) reconocen que existen relaciones insatisfactorias en la relación madre-hijo, mismas que dividen en:

a) Relaciones madre-hijo incorrectas. En donde la madre, por factores conflictivos de su personalidad, perturba la relación con el infante, en diversas formas, entre las que se distinguen:

- Franca repulsa primaria, en donde se aprecia una repulsión a la maternidad.
- Tolerancia excesiva angustiosa primaria, en la cual puede observarse una protección materna excesiva.
- Hostilidad enmascarada de angustia, que denota agresividad hacia el bebé, aunque esta no se manifiesta abiertamente.
- Fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad, que se caracteriza por madres infantiles, contradictorias y sobreprotectoras.
- Oscilaciones cíclicas del humor de la madre.
- Hostilidad conscientemente compensada.

En otras perturbaciones, las madres pueden adherirse a su hijo, y luego lo empujan drásticamente a la autonomía, como si el estar cerca les causara gran angustia, y como consecuencia, tratan de empujar de manera abrupta al niño a la independencia (Mahler, citada por González y Cols., 2000).

En los casos anteriormente descritos, el individuo ya adulto mostrará serias dificultades en el establecimiento de vínculos, ya que constantemente se sentirá utilizado, dañado, o no contar con el suficiente poder para mantener una distancia adecuada dentro de una relación. Estas personas tratan de mantener una distancia, con la cual puedan protegerse de la relación simbiótica, dañina con los objetos. Dando por resultado que suelen ser víctimas de disturbios en las relaciones interpersonales, ya que el establecimiento del vínculo afectivo se encuentra dañado.

b) Relaciones madre-hijo insuficientes. Las madres gravemente dañadas en su capacidad de vincularse afectivamente con su hijo, lo privan a éste del establecimiento de una relación de objeto, y como resultado, estos niños reflejan el haber sido privados de un elemento vital para la supervivencia, al ser privados del suministro libidinal. Tal privación puede ser:

1. Privación emocional parcial.
2. Privación emocional total.

Ante las separaciones o amenazas de separación de la progenitora, se inician procesos psicopatológicos en los que existen un bloqueo o debilitamiento de apego en la relación madre-hijo.

De esta manera, la madre perturbada emocionalmente en su capacidad para el establecimiento de vínculos, bloqueará de una manera a veces irreversible, la posibilidad del infante de establecer vínculos posteriores, menciona González y Cols. (2000).

Ahora bien, es necesario no únicamente hacer responsable a la madre de los riesgos en la conformación del vínculo y su psicopatología, también el bebé tiene un papel activo en esta diada, así Lebovici (1995) expresaba que:

“El bebé puede desarrollarse de modo inarmónico o presentar impedimentos congénitos que amenazan con alterar el programa de las conductas maternas y producir en la madre reacciones depresivas que no pueden más que agravar las dificultades iniciales del pequeño; por eso en ocasiones se organizan círculos viciosos igualmente interactivos. Por lo tanto es fácil darse cuenta del hecho de que estos desarreglos son los responsables de los problemas que se manifiestan en el bebé, y que no se pueden comprender sin tomar en cuenta su carácter interactivo, es entonces que la psicopatología del bebé es la expresión del estado de aquellos que lo crían, pero también que él mismo puede ayudar a estos últimos” (p. 198).

Hablando precisamente de vinculaciones deficientes, en donde no hubo una madre suficientemente buena en términos de Winnicott (1998), o bien problemas en la interacción madre-hijo, se desarrollarán, postula González y Cols. (2000), temores ante el vínculo, así como formas patológicas del mismo; y ya en la vida adulta, el individuo establece las modalidades de vínculo afectivo de acuerdo al estilo de vínculo y al tipo de apego que predominó en su infancia.

En casos más severos de una madre distante, Green en 1993 (citado por Axelrod y Vives, 2000), denominó el “complejo de la madre muerta”, refiriéndose a la imposibilidad de ésta, de investir libidinalmente a su hijo, una madre psíquicamente muerta, fría, distante emocionalmente, inanimada; teniendo consecuencias en perjuicio importante en el self de su bebé. Y en el peor de los casos es sabido que una madre deprimida puede ser tan dañina como una madre psicótica. De allí la gran importancia que tiene esta fase en el contexto del desarrollo vincular.

Refiriéndose a madres incapacitadas emocionalmente, en el caso de las madres deprimidas, Teti y Cols. en 1995 (citados por Axelrod y Vives, 2000), enunciaron que la mujer que se encuentra deprimida al no soportar la presencia de su bebé y al no permitirle esa cercanía emocional tan necesaria para él, provoca en este último un tipo de apego inseguro que tendrá efectos dañinos sobre su personalidad. Si bien la lejanía de la madre impide la manifestación de la inclinación agresiva sobre su hijo, igualmente causa, por otro lado, la formación de un vínculo deficiente, promotor de una de las clases de apego inseguro. Y es entonces, que esta vinculación defectuosa afectará en el pequeño su autoestima, sus relaciones interpersonales, la manera en como se comunicará emocionalmente con los demás y su capacidad para simbolizar, según lo afirma Murria, Fiori-Cowley y Hooper en 1996 (citado por Axelrod y Vives, 2000). Incluso puede dar como resultados psicopatologías tales como personalidad narcisista o borderline, trastornos severos en la identidad, algunas clases de perversiones y en sus presentaciones más severas, una psicosis.

En casos extremadamente graves y de estancia prolongada en hospitales, Kreisler (1995) asevera:

“Por lo que toca a las consecuencias de las insuficiencias crónicas del apego, son de gran diversidad, las más severas han sido reunidas en el grupo de las desorganizaciones estructurales tales como: falla

en la organización narcisista o de integración primaria y estados atípicos o inarmónicos e incluso prepsicóticos” (p. 273).

De manera específica en lo que respecta a los bebés que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por alguna malformación o síndrome, García y Polanco (2000) se preguntan “¿qué pasa cuando el infante tiene limitaciones o presenta afecciones orgánicas que han dejado secuelas o huellas en el cuerpo real y en sus capacidades instrumentales?”, respondiendo que, una posibilidad desde la madre, aunque no la más agraciada, sería la salida a la escisión psique soma hacia la no-facilitación a la integración, sin establecer una frontera claramente delimitada del cuerpo del niño por dos razones:

1. Porque solo puede percibir al niño imaginario, diferente y distante al real, pero en realidad no puede atender y cuidar a ese bebé enfermo.
2. Porque al parasitar de ese bebé enfermo, se bloquea la posibilidad de recuperarse o rescatarse de ese episodio y no logra derivarse a otras fuentes de alimentación narcisista, terminando por “enfermarse” de su bebé. Esto sería quedarse capturada por el bebé real.

En otro caso o situación de integración, la madre atendería al cuerpo real sin renunciar a la ensoñación, esto representaría dar espacio al bebé imaginario y al real; situación que implica una gran inversión narcisista para enfrentar las limitaciones o dificultades del hijo.

3. EL RECIÉN NACIDO SANO

Inicialmente, el bebé habita en el vientre materno, en un medio intrauterino en el que existe un control respiratorio, térmico, digestivo, estímulos cutáneos, posee movimientos controlados, regulación del estado de conciencia, mantiene una postura en flexión y la suspensión de los efectos de la gravedad.

Luego del nacimiento, de manera abrupta pasa a otro ambiente completamente diferente, en el cual estará sometido a condiciones opuestas, tales como la acción de la gravedad, postura en extensión, sensación de hambre, frío o calor y ausencia del control en el sistema motor.

El recién nacido, ahora es endeble en la regulación de los procesos fisiológicos, tales como la temperatura que requiere ser equilibrada por elementos externos, la respiración que suele ser irregular, los ojos se mueven desordenadamente y fijan con dificultad la mirada. Duerme aproximadamente 20 horas al día un

sueño que se verá interrumpido al aparecer la sensación de hambre, requiere de leche de seis a ocho veces al día. El bebé necesita dormir, calor y leche para continuar madurando fuera del cuerpo de la madre. Su vida continua siendo parasitaria, requiere para sobrevivir de los cuidados y protección del “otro” (Lidz, 1985).

Así pues, la inmadurez orgánica con la que llega a este mundo lo convierte en un ser indefenso y desprotegido que para sobrevivir requiere de la presencia de “ese” otro: mamá. Este estado de incompletud biológica, indicaron Barriguete, Casamadrid y Salinas (2000), lo sitúa como un ser sumamente vulnerable y sujeto a un período de dependencia extraordinariamente prolongado, por lo que el entorno y fundamentalmente el vínculo que se establezca con la madre, quien es la que le ofrece sus primeros cuidados, resultarán ser de vital importancia para su adecuado desarrollo.

Ahora bien, en las últimas tres décadas se han publicado múltiples estudios que han generado una serie de hallazgos en la psicología del desarrollo, modificando sustancialmente el concepto de recién nacido ya que anteriormente se le consideraba a éste un ser pasivo e indiferenciado, protegido por una barrera ante los estímulos de su entorno. Con respecto a esto Polanco y Cols. (2000) afirman que:

“los resultados que arrojaron estos trabajos han mostrado que el bebé viene equipado con capacidades preceptuales, de aprendizaje, y de socialización ricas, así como que está preparado para desplegarlas desde el inicio de su vida, tanto desde el punto de vista biológico, psicológico y social” (p. 79).

Complementando lo anterior, Stern en 1991 (citado por Gaitán y Cols., 2000), plantea que entre el nacimiento y los dos meses y medio de edad, las principales tareas interactivas radican en la regulación de la alimentación del bebé, su sueño, vigilia y sus ciclos de actividad; así como los intercambios sociales que ocurren durante ese tiempo.

Para Bowlby (citado por Barriguete, Casamadrid y Salinas, 2000) un elemento indispensable de la naturaleza humana es la preferencia que tiene el ser humano a formar lazos afectivos estrechos con personas determinadas. Tendencia que se encuentra presente en la vida intrauterina y que se extiende a lo largo de la vida. De la misma forma advierte, que durante sus primeros años de vida, dada la fragilidad y su estado de dependencia con la que nace el bebé, los lazos emocionales serán con los padres o sustitutos, a quienes recurrirá en busca de protección, consuelo y apoyo.

3.1. REPERTORIO DE CONDUCTAS DEL RECIÉN NACIDO SANO

Gracias a las minuciosas investigaciones de numerosos estudiosos dedicados a este tema, se cuentan con datos fiables, basados en experimentos en los que se demuestra que al nacer o escaso tiempo después, entran en funcionamiento todos los sistemas sensoriales, algunos de los cuales se encontraban primitivamente activos en el útero. No obstante que durante los tres o cuatro primeros meses de existencia su capacidad para discriminar es relativamente pobre, no lo es tanto como solía suponerse en décadas anteriores. Rheingold (citado por Bowlby, 1993) comprobó a raíz de un ensayo cuidadoso de técnicas perfeccionadas, que casi siempre, éste arroja pruebas de que existe una sensibilidad más aguda que lo que se creía en el recién nacido.

Entre esas numerosas investigaciones destacan las llevadas a cabo por Branzelton (1991), basándose en observación de la relación padres-bebés, concluyendo que:

“... a los siete días de nacido elegirá el olor de su mamá, y no fallará; a los diez días habrá aprendido visualmente a elegir la cara de su madre de entre las caras de otras mamás; si el papá está involucrado escogerá la voz del papá y su cara de entre otros hombres” (p. 46).

Es también constatado por los médicos ginecólogos, pediatras y enfermeras durante su práctica diaria, en donde, en el momento del nacimiento, si es que ha existido durante el embarazo una adecuada estimulación auditiva por parte de la madre, el bebé, al escuchar hablar a su progenitora, mientras se encuentra en un intenso llanto, enmudece al escuchar esa voz ya conocida para él, aquella que le acompañó durante varios meses mientras se hospedaba en el vientre de está.

Pocos días después, al igual que en lo ya antes visto en el primer capítulo, en cuanto a la reacción de los animales en torno a la respuesta de sus padres, el recién nacido, igualmente, lleva a cabo conductas dependiendo del reconocimiento de sus padres, de manera especial de la madre. Prueba de ello, retomando las investigaciones de Brazelton (1991), es la respuesta del infante ante la cara sonriente, atenta, con una mirada amorosa de su madre a diferencia del rostro indiferente y con un toque de desafectación.

En tanto que mucho tiempo se pensó que la relación entre la madre y el bebé era una relación en donde este último aparecía como un entidad pasiva en la escena, siendo la madre (o el adulto) quien desplegaba e inducía las acciones y reacciones en el mismo, guiando y modelando la vicisitudes de su crecimiento.

Sin embargo, y particularmente en los últimos 40 años, los estudios sobre la psicología y neurofisiología de los bebés así como del vínculo entre ellos y sus madres, han demostrado que muy por el contrario, los bebés son parte protagónica de esta relación.

Desde entonces se sabe que los pequeños son capaces de generar reacciones y provocar respuestas a sus demandas por parte del adulto, influenciando a su entorno tanto como ellos son influenciados.

Estudios han mostraron que las actitudes y conductas de los padres variaban en función de las características propias de cada bebé (sexo, maduración, edad, etc.), así como también que cada bebé presentaba grandes diferencias individuales en su modo de vincularse e interactuar con su madre, ya lo mencionaba Winnicott (1998) con su “gesto espontáneo”.

Otro de los mitos del pasado es en el que se creía que el recién nacido tan solo era un ente receptor, como un organismo relativamente aislado del mundo circundante, un ser totalmente a merced del medio que lo rodeaba e incapaz de hacer casi nada por sí mismo excepto alimentarse. Se pensaba que éste estaba retraído en sí mismo y se hallaba en un estado de narcisismo primario. En las últimas cuatro décadas diversas investigaciones han demostrado capacidades precoces que son sorprendentes, tanto en el recién nacido como en el lactante.

Ejemplo de ello es la realizada por Polanco, Molina, Labarthe y Campos (2000) llevada a cabo en población mexicana, en donde demuestran cómo el bebé desde el primer día de nacido muestra la capacidad innata de calmarse a sí mismo, dado que muestra la capacidad de reconocer lo placentero de lo displacentero, el bebé afirman, tiene “un sí mismo emergente” que le permite desarrollar a su sí mismo nuclear, y el registro subjetivo constante de los afectos le dará la capacidad de organizar y regular sus propios componente afectivos. Sin embargo, aclaran, un bebé con un desarrollo menor en su capacidad perceptual quizá necesitará mayor contención emocional, ya que necesitará que su mamá lo contenga emocionalmente, como puede ser en el caso de los bebés prematuros.

Polanco, Molina, Labarthe y Campos (2000) encontraron una capacidad programada en el recién nacido para realizar las siguientes actividades:

- a) Iniciar y mantener una interacción fundamental con la madre con expresiones corporales limitadas.
- b) Expresar sus componentes afectivos primarios como placer, displacer, frustración e irritabilidad.
- c) Ofrecer signos de ser contenidos.
- d) Iniciar la relación continente-contenido.
- e) Ser organizado en su conducta por intermedio de la regulación afectiva de la madre.
- f) Oponerse a la devolución errónea de los mensajes abruptos, equivocados o agresivos de ella.

Cabe aclarar que la función de contención, es un concepto desarrollado en el modelo de Bion (citado por González, 2005), el cual parte de que el bebé en un inicio presenta una sensación de fragmentación, pero él es incapaz de sentir esta sensación porque no tiene aún una estructura mental que se lo permita, siendo la madre, con sus cuidados y habilidades preceptuales, la que auxilia para modular y para contener afectos porque ayuda al bebé a disminuir la sensación de desintegración, la sensación de no caer interminablemente, siendo capaz entonces de contenerlo ante tal fragmentación.

3.2. RESPUESTAS TEMPRANAS DEL RECIÉN NACIDO SANO ANTE LAS PERSONAS

En el primer mes la mayoría de las respuestas del bebé son automáticas a los estímulos externos que están fuera de su control. Estos movimientos se llaman movimientos reflejos. Sin embargo, es posible encontrar en los bebés de esta edad respuestas más elaboradas que las simplemente instintivas. A continuación se revisarán algunas de ellas (Bowlby, 1993):

- a) Orientación.

Resulta evidente que los recién nacidos no reaccionan ante las personas como si se trataran de seres humanos. Como ya se ha revisado, su equipo sensorial se encuentra estructurado de tal manera que puede acumular y procesar estímulos provenientes del exterior, además de poder responder a esos estímulos de modo específico.

Esto se aprecia en el transcurso de los primeros cuatro meses en donde su visión no es precisa, no distingue colores, pero sí es capaz de percibir formas, aunque sea de forma confusa. El niño podrá observar un objeto y seguirlo con la mirada durante unos pocos segundos si éste es lo suficientemente grande, si contrasta bien con el fondo, y si se mueve despacio y a una distancia del niño entre los 15 y los 60 centímetros (como lo hace el rostro de su mamá); cuando el objeto deja de moverse el bebé pierde interés por él, y entonces el recién nacido gira la cabeza, y en concreto la boca, activándose el reflejo de succión, cuando se estimula un lado u otro de sus labios o incluso de sus mejillas.

Al colocarse de frente al bebé, la madre le permite que él la mire. Al mecerlo en brazos, en posición ventro-ventral, suele incitar respuestas reflejas que no solo lo orienta con mayor precisión hacia ella, sino que también le permite utilizar boca, pies y manos para aferrarsele. Y entre más repitan este tipo de interacción, más fuertes serán las respuestas de ambos.

De manera especial, en el momento del amamantamiento el bebé fija sus ojos hacia el rostro de la madre, permaneciendo atento, observador ante la mirada y gestos de su madre. A la tercera o cuarta semana el pequeño tiende a voltear para ver el rostro humano antes que cualquier otra cosas, según lo muestra Wolf (citado por Bowlby, 1993) en sus investigaciones. Posteriormente el bebé buscará el rostro de su madre, en especial cuando escucha su voz.

b) Movimientos de cabeza y succión.

El bebé nace preparado para interactuar inmediatamente con su mamá, en el momento de la alimentación. Como se mencionó, ya desde su nacimiento o poco tiempo después, el bebé gira de forma refleja la cabeza hacia el lado que se ha producido un estímulo labial y se pone a chupar. Los labios y boca son muy importantes para el recién nacido y el área oral es altamente sensitiva, dotada en abundancia de receptores sensoriales táctiles.

La búsqueda contribuye a la preparación del bebé para la succión. Cuando el labio inferior de la boca del bebé siente el contacto, comienza a succionar.

Este reflejo comienza alrededor de la 32ª semana del embarazo, y no se desarrolla completamente hasta las 36 semanas aproximadamente. Los bebés también tienen un reflejo de llevarse la mano a la boca que acompaña los reflejos de búsqueda y de succión y pueden chuparse los dedos o las manos.

Cualquiera que sea el movimiento ejecutado, en el ambiente de adaptación evolutiva del bebé, aquel suele generar el mismo resultado previsible: la ingestión de alimentos.

c) Aprehensión, aferramiento y acción de alcanzar.

Las manos del bebé tienden a mantenerse cerradas, pero si algún objeto roza su palma, de manera especial en el área que se extiende entre el pulgar y el índice, esta se cierra por vía refleja y sujeta al objeto fuertemente, incluso si la presión se ejerce en ambas manos, es suficiente para sostener el peso del bebé. Este reflejo es llamado de prensión y perdura de cuatro a seis meses, hasta que madura el cerebro anterior y las fibras nerviosas conducen los impulsos nerviosos a las extremidades superiores quedan recubiertas con una vaina de mielina que permite al bebé empezar a usar sus manos para llevar a cabo movimientos a voluntad.

Ahora bien, existe otro reflejo en el que si se deja caer al infante, o se le imprime un abrupto movimiento de descenso, o bien se le asusta con un fuerte ruido, el niño extiende las cuatro extremidades y se pone a llorar. Este reflejo se llama de alarma o de Moro, esto último en honor al pediatra alemán que en 1918 describió el “abrazo reflejo”.

White, Castle y Held en 1964 (citado por Bowlby, 1993) descubrieron que después de la segunda semana de vida el pequeño logra integrar los movimientos del brazo y la mano con lo que ve.

Ya a partir del segundo mes las acciones reflejas comienzan a desaparecer y se hacen más voluntarias. Al final de este mes el niño comienza a descubrir sus manos y estudia su movimiento. Experimenta dándose cuenta de que las puede unir, entrelazar, separar y se las chupa constantemente. Tiene la mano cerrada hacia un objeto y solo la abre para asirlo después. Aprisiona el dedo pulgar contra su lado inferior.

d) La sonrisa.

A partir de la primera semana el bebé sonríe espontáneamente ante estímulos sensoriales como son los sonidos suaves, encontrándose en la bibliografía que estas primeras sonrisas son de carácter instintivo, Aparece con frecuencia durante el sueño y parece estar en relación con las sensaciones internas y la actividad del sistema nervioso central.

De igual manera se ha advertido que la sonrisa del bebé actúa como un elemento desencadenante de conductas sociales afines; su consecuencia predecible es que la madre u otra persona a la que la criatura sonríe, responde de manera cariñosa, provocando la intensificación de la interacción y manteniendo la proximidad entre ambos.

Es hasta la cuarta semana cuando el recién nacido emite una sonrisa ante estímulos externos prolongándola durante periodos más extensos, mira con

fijeza los rostros, teniendo preferencia por aquellos que se mueven, se acercan, sonríen y se acompañan de estímulos táctiles o auditivos.

A partir de la sexta semana, la cara entera puede despertar una sonrisa en el niño. Esta sonrisa se considera como una sonrisa "social". A partir de los seis meses, se percibe como un indicador positivo de la socialización.

Rápidamente, el niño percibe las reacciones que su sonrisa provoca en los otros. Si la sonrisa es innata que no se aprende, las reacciones del entorno contribuyen a desarrollarla.

e) El llanto.

En los primeros meses el niño, al que se ha satisfecho en sus necesidades biológicas, se sumerge en un estado de adormecimiento placentero similar al de la vida en el útero. El hambre, el frío o cualquier otra sensación que lo saquen de ese estado, le provocan displacer y llanto del que lo saca su madre al atender su malestar.

Por un lado el llanto puede verse como otra respuesta refleja del recién nacido ante estímulos intensos: no es raro que un niño llore cada vez que perciba un cambio brusco ambiental en sus primeras semanas de vida, sobre todo si el niño estaba inactivo. De alguna forma, los niños durante las primeras semanas muestran una especie de "hipersensibilidad" con respecto a ciertos estímulos ambientales.

Pero por otro lado, el llanto es la principal herramienta comunicativa del bebé, es su medio de expresión y comunicación, manifestando así sus necesidades.

El llanto es su propio idioma, es su clave de aprendizaje por eso cada bebé tiene su propio lenguaje y su manera de llorar es diferente de la de los demás bebés, la madre, si se encuentra vinculada con su hijo poco a poco logrará distinguir y descifrar el llanto de su bebé. El llanto es una señal de control, de

sus necesidades afectivas y físicas, de su alimentación, cuando se siente incómodo porque siente frío o calor, dolor, miedo, etc.

f) El Balbuceo.

Inicialmente el bebé emite sonidos al succionar el dedo y al alimentarse. Ya alrededor de los 2 o 3 meses comienza a emitir sus primeras vocalizaciones, dando lugar al balbuceo, que son sus primeros pasos en el camino hacia la adquisición del lenguaje. Durante la segunda mitad de este año deja de lado ciertos sonidos, para concentrarse en imitar los que pertenecen a su lengua materna.

3.3. FASES DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO SALUDABLE

Para tener una mayor claridad de los riesgos que corre el psiquismo de un recién nacido al ser separado de su madre por permanecer hospitalizado, se hace necesario revisar el desarrollo psicológico saludable dentro de las primeras semanas de vida de un ser humano, complementario a lo ya revisado por otros autores entre los que destacan Winnicott y Bowlby. Por ello se citará a los principales exponentes de este tema, con sus aportaciones realizadas en hasta los 6 meses de vida del bebé, esto debido a los requerimientos propios de esta tesis.

3.3.1 EL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE FREUD

Freud en 1905/1996, propuso la novedosa hipótesis de que las etapas del desarrollo formaban la personalidad y expuso la prominencia en diferentes épocas de diversas regiones del cuerpo, como la boca, el ano y los genitales, a las que nombró etapas psicosexuales, y desarrolló una teoría para entender el comportamiento del sujeto a partir de las fijaciones a las etapas propuestas (oral, anal, fálica y periodo latente). Freud (1900/1996) señalaba que en el proceso de satisfacer a las necesidades propias del desarrollo psíquico y

emocional, el niño encuentra a las personas significativas en su vida, con las cuales experimenta una satisfacción sana, frustración e indulgencia y remarco que la frustración excesiva y la tolerancia excesiva en la relación con la persona significativa de la etapa de la infancia correspondiente podría provocar el entorpecimiento o patología de cualquier individuo durante estas etapas.

En la actualidad esta teoría prevalece siendo aceptada la formación de la personalidad en la influencia significativa de los primeros años.

De acuerdo con Freud, Dicaprio (1997), considera que la etapa oral abarca de los 0 a los 18 meses de vida posnatal aproximadamente, la anal de los 18 meses a los 3 años, la fálica de 3 a los 6 años, la etapa de latencia de los 6 a los 12 y finalmente la genital que es de los 12 años hasta el final de la vida.

En la etapa oral, la cavidad bucal es el origen principal de la búsqueda del placer y gratificación, así como también de conflicto y frustración, dependiendo de las experiencias vividas por el lactante. Periodo en el que el niño encuentra por primera vez el poder de la autoridad en su vida, un mando que limita las actividades de búsqueda del placer debido a que el objeto-madre satisface o frustra las necesidades primarias. Es en este periodo donde el recibir y el tomar del objeto toman una forma de dependencia pasiva que predomina durante este periodo.

Existe una etapa previa a la etapa oral de narcisismo, en donde el infante catectiza toda la libido sobre sí mismo, tomándose a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos externos, por lo que, a partir de la relación con el objeto madre se disipa dicha catectización para entonces vincularse con el otro, con el no-yo.

Laplanche y Portalis, (1994), definen la fase oral de la siguiente manera:

“Primera fase de la evolución libidinosa: el placer sexual está ligado entonces predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompañan a la alimentación. La actividad de nutrición proporciona las significaciones electivas mediante las cuales se expresa y se organiza la relación de objeto” (p.152).

Es entonces que la madre tiene un papel primordial en las experiencias ya que a partir de ella se formará la base para que el bebé vaya constituyendo su realidad, además de determinar, a partir de esta primera relación, sus demás relaciones interpersonales.

Por ello el primer requisito para que el niño aprenda a convivir y se desarrolle de manera sana, es que tenga con quien estar de manera permanente, es decir, quien lo cuide en sus primeros meses de vida de forma constante, para que poco a poco conozca a esa persona y le tome cariño, cristalizando así el vínculo afectivo. Es a partir de esta convivencia con la madre que se dará la incorporación oral, visual, auditiva y manual como fuentes primarias de estructuración del Yo, y constituye los modelos de incorporación o introyección simbólica, que el organismo utiliza para desarrollar la estructura del Yo.

Lo anterior será posible solo si la madre e hijo logran establecer un diálogo, que inicialmente será preverbal basado en gesticulaciones, sonidos guturales, arrullos y una compensación empática de las necesidades emocionales del bebé. Cuando este diálogo psicocorporal se da entre ambos, se aprecia cuando se dan señales de comunicación especiales y sutiles entre los dos.

Y con esto se logra la resolución favorable de la primera etapa psicosexual, la confianza. Ya lo decía Freud (citado por Oñate, 2004) que cuando una mujer y su hijo están estrechamente ligados y la ésta logra hacer sentir a su hijo que puede depender totalmente de ella y que para ella es único, exclusivo y grandioso, se favorece el desarrollo del sentimiento de confianza en el niño.

3.3.2 EL DESARROLLO PSICOSOCIAL SEGÚN ERIKSON

Erikson (1987) explica en “Infancia y Sociedad” que el ser humano atraviesa por ocho edades:

- 1.- Confianza básica vs. Desconfianza básica.
- 2.- Autonomía vs. Vergüenza y Duda.
- 3.- Iniciativa vs. Culpa.
- 4.- Industria vs. Inferioridad.
- 5.- Identidad vs. Confusión de Rol.
- 6.- Intimidad vs. Aislamiento.
- 7.- Generatividad vs. Estancamiento.
- 8.- Integridad del Yo vs. Desesperación.

El desarrollo del hombre analizado por etapas son como los pasos o facetas de la vida por las que todo ser humano pasa sin excepción. Cada crisis es un conflicto que surge por la interacción de la maduración fisiológica y los requerimientos que la sociedad propone. Por ello se tienen tanto potencialidades positivas como negativas. Si el conflicto se resuelve correctamente, la parte positiva se realiza y se agrega al desarrollo del Yo. Por otro lado, si el conflicto no se resuelve satisfactoriamente o se deja sin resolver, se lleva a cabo la potencialidad negativa y se ve afectado el desarrollo del ego.

Dentro de las ocho edades del hombre que describe Erikson, aborda el tema de la gran importancia que tienen los primeros meses de vida para un ser humano.

Primera etapa, la describe como: “Confianza básica vs. Desconfianza básica” en donde él sostiene que durante los primeros meses de vida posnatal, el lactante afronta su primer desafío importante, cuya victoria ejerce un efecto profundo en todos los desarrollos ulteriores. El lactante se encuentra en el

dilema de confiar o desconfiar de las cosas y la gente que lo rodea al experimentar un mundo diferente al que conocía en el útero.

Erikson (1987) asegura que la primera demostración de confianza social en el niño pequeño es la facilidad de su alimentación, profundidad de su sueño y la relación de sus intestinos.

El sentido de confianza se desarrolla, si las necesidades del lactante son satisfechas sin demasiada frustración. Esto se da en la relación con la madre, cuando ella satisface sus necesidades físicas, no sólo en el momento adecuado, sino también en el grado adecuado, y provee amor, afecto y consistencia. Ayudando con esto a que el bebé tenga confianza en su madre y por ende en el mundo que lo rodea, que manifieste fe en el ambiente, optimismo ante el porvenir y seguridad en sí mismo. Además, percibirá todo lo que lo rodea como predecible y congruente. Dicho lo anterior en las propias palabras de Erikson (1987):

“El estado de confianza implica no sólo que uno ha aprendido a confiar en la mismidad y la continuidad de los proveedores externos, sino también que uno puede confiar en uno mismo y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencia, y que uno es capaz de considerarse suficientemente digno de confianza para que los proveedores no necesiten estar en guardia para evitar un mordisco” (pp. 222,223).

La madre que armoniza con las necesidades de su hijo engendra en él un sentido de ser aceptable, bueno y adorable y éstos son los ingredientes esenciales de la confianza básica. Las personas que tienen un sentido de confianza básica se sienten unidas consigo mismos y con los demás; se sienten "útiles y buenos", así como aceptables por quienes los rodean. Pueden ser auténticos. Si su sentido de confianza está bien desarrollado, los niños adquieren la virtud de la esperanza, virtud fundamental porque prepara al niño a enfrentar la vida con optimismo.

Pero por otro lado, en el caso contrario, cuando el ambiente no resulta adecuado para el establecimiento de un sentido de confianza en sí mismo, el otro y el mundo, aparecerá el sentido de desconfianza.

Erikson (citado por Dicaprio, 1997) hace una advertencia:

“De todos los trastornos psicológicos que hemos aprendido a conectar ontogenéticamente (dentro del periodo de vida del individuo) con las primeras etapas de la vida, las más profundas y devastadoras son aquéllas en las que la luz del reconocimiento y la esperanza mutuas son perdidos tempranamente en un retraimiento autista y psicótico” (p. 180).

Durante las primeras semanas de vida, el bebé adquiere, a través del contacto con la madre la esperanza de vida, que es la primera y la más indispensable de las virtudes, ligada al hecho de estar vivo. La esperanza depende del primer encuentro del recién nacido con personas maternas que le transmiten la confianza, que responden a sus necesidades de ingestión y de contacto con una aceptación cálida y tranquilizadora.

Una vez que la esperanza se establece como cualidades básicas de la experiencia, permanece independiente de la verificabilidad de las esperanzas, pues es inherente a la naturaleza de la maduración humana. El gradual ensanchamiento del horizonte del niño en lo relativo a la experiencia activa, proporciona a cada paso verificaciones tan gratificadoras que inspiran una nueva sensación de esperanza. Para el niño su madre es la naturaleza, ella debe ser esa primera verificación que más adelante tendrá su origen en sectores distintos y más amplios de la realidad. Ella es la luz que debe seguir brillando a pesar del caos.

Erikson (1987) asevera que "la esperanza es la creencia perdurable en la posibilidad de realizar deseos fervientes a pesar de las obscuras urgencias y rabias que caracterizan al comienzo de la existencia" (p. 92).

3.3.3 EL DESARROLLO SEGÚN MAHLER

Mahler (1984), dentro de sus contribuciones dentro de la psicología evolutiva, explica los cambios que tienen lugar en las personas con el paso del tiempo, es decir, con la edad. En su teoría hace referencia a la relación de objeto.

Afirma que existen fases dentro del desarrollo psicológico del infante humano, siendo éstas:

1. Fase autística normal. La cual abarca desde el nacimiento hasta aproximadamente las primeras cuatro semanas de vida extrauterina, durante las cuales el neonato o el infante pequeño parece ser un organismo casi puramente biológico, con respuestas instintivas a los estímulos que son reflejas y ocurren en el nivel del hipotálamo. Durante esta fase sólo se puede hablar de aparatos primitivos y no integrados del Yo y de mecanismos de defensa puramente somáticos, que consisten en reacciones de desbordamiento y descarga, cuyo fin es el mantenimiento del equilibrio homeostático.

La posición de la libido es predominantemente visceral y no hay discriminación entre dentro y fuera, animado e inanimado. Al comienzo, debido a que son muy altos los umbrales para estímulos externos, el infante parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva negativa, en el cual la satisfacción de necesidades pertenece a su propia órbita autística y omnipotente.

Llama narcisismo primario al estado que prevalece durante la primera semana de vida, en que la satisfacción de necesidades no se percibe como proveniente del exterior, y en que no hay ninguna conciencia de que exista un agente

maternante. Este estadio va seguido por otro de oscura conciencia de que uno mismo no puede proveer a la satisfacción de las necesidades.

2. Fase simbiótica normal, la cual comprende del 1er. al 5to. meses de vida. La simbiosis normal se anuncia por el levantamiento de la fuerte barrera innata contra los estímulos que protegió al infante pequeño de los estímulos internos y externos hasta la tercera o cuarta semana de vida. Puesto que en el infante humano está atrofiado el instinto de autoconservación, el Yo tiene que asumir el papel de manejar la adaptación del ser humano a la realidad. Sin embargo, el yo rudimentario del infante pequeño no es adecuado para la tarea de organizar sus estímulos internos y externos de manera de asegurar su supervivencia; la vinculación psicobiológica entre la madre que cría y el bebé es lo que complementa el yo indiferenciado del infante. En circunstancias normales, la empatía por parte de la madre es el sustituto, entre los seres humanos, de los instintos en que se apoya para su supervivencia el animal altricial. La simbiosis normal se desarrolla en forma concomitante con el descenso de la barrera innata contra los estímulos, a raíz de la experiencia que se repite de una manera predecible, en que un agente maternante exterior alivia las necesidades, el hambre y la tensión que viene de dentro, es decir, funciona como Yo auxiliar de Spitz.

La simbiosis se refiere a un estadio de interdependencia sociobiológica entre el infante de 1 a 5 meses y su madre, un estado de relación preobjetal o de satisfacción de necesidades, en el cual aún no se han diferenciado las representaciones intrapsíquicas del sí-mismo y de la madre. Desde el segundo mes el infante se comporta y funciona como si él y su madre fueran una unidad dual omnipotente dentro de un límite único y común (la 'membrana simbiótica').

Mahler (1984) expresa que existe una unidad simbiótica entre la madre y el niño, imbuída por el niño de cualidades omnipotentes, en la cual existe un vago sentimiento de la mitad simbiótica del sí-mismo (el Yo externo de Spitz).

4. EL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ante la vivencia de un embarazo, se espera que el desenlace este sea el nacimiento de un bebé sano que desarrolle todas su potencialidades, más sin embargo, no siempre es así, a veces nace antes de que su equipo biológico esté lo suficientemente maduro para adaptarse y así poder sobrevivir en el ambiente extrauterino o bien éste equipo biológico que es su cuerpo tenga deficiencias físicas tales como restricción en el crecimiento, anencefalia, mielomeningocele, cardiopatías, malformaciones en sus extremidades u órganos internos (riñón, hígado, corazón, diafragma, etc). o funcionales tales como diabetes. Y por ello tenga que requerir ser ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos para realizarle una serie de estudios y saber con certeza la magnitud de su problema y si es posible ofrecerle opciones de mejora o bien el intentar salvar su vida a partir de las condiciones en las que el mismo bebé se

encuentra aunado a la tecnología que la unidad ofrece y los conocimientos y habilidades del equipo de salud.

Es posible, gracias a los avances de las ciencias médicas y tecnología, saber con anticipación las condiciones en las que se encuentra un bebé en el útero de su madre y con ello proporcionar los medios para que su nacimiento sea feliz, pero también sucede que no siempre se desarrolla adecuadamente y entonces padres, familiares y especialistas buscan los medios posibles para mejorar la situación, pero desafortunadamente no siempre se logra este objetivo.

4.1. EMBARAZO CON DEFECTO CONGÉNITO

Si se tiene un adecuado control prenatal y se cuenta con la tecnología basta, en muchas ocasiones sucede que es detectadas anomalías durante el embarazo que pronostican un hijo enfermo.

Un embarazo que cursa con un defecto congénito, según el Grupo de Estudios al Nacimiento (citado por Mota, 2007):

“Se refiere a la gestación en la que se diagnóstica a la paciente cualquier condición presente, durante el desarrollo del producto a al momento de su nacimiento, que en forma notoria o latente interfiera con el proceso de adaptación a la vida extrauterina. Condición que puede causar la muerte u ocasionar en le producto algún tipo de alteración biológica, psicológica y/o social que condicione su calidad de vida, incluso algún tipo de discapacidad” (p. 81).

Al ser notificados los padres sobre los hallazgos desfavorables, ante la confirmación del diagnóstico por parte del médico, afirma Mota (2007), se experimenta un sentimiento de incredulidad y negación del problema, posteriormente se convierte en tristeza y desilusión por la imposibilidad de ver concretados sus proyectos alrededor de la maternidad y paternidad. Aparecen también sentimientos de culpa como resultado de la percepción que tienen los padres de ser totalmente responsable del bienestar del feto, al igual que experimentan miedo ante la posibilidad de fallecimiento de su hijo y ante las

fantasías generadas alrededor del aspecto físico, calidad de vida, cuidados especiales y el rechazo social.

Pasado algún tiempo, los padres experimentarían una aparente aceptación del problema, refiere Mota (2007), para posteriormente asimilar la situación de manera intelectual pudiendo además presentarse depresión y ansiedad, con respecto a la incertidumbre del desarrollo del feto y del pronóstico.

Es así que la pareja que cursa un embarazo con defecto congénito experimente un duelo debido a la pérdida de las expectativas de tener un hijo sano, pudiendo provocar una depresión prenatal, que en el 2006 definió Gaynes y Cols. (citado por Gómez-López, 2007) como aquella sintomatología que abarca los episodios depresivos mayores y menores que ocurren durante el embarazo, o bien por la anunciada muerte del hijo al momento de su nacimiento, sobre todo en aquellos casos en que se descubre que es incompatible con la vida.

En ocasiones sucede que el duelo se complica, sobre todo cuando ya han existido recurrentes pérdidas sin resolver y emergen en esta nueva experiencia provocando un cuadro depresivo agudo, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y en algunos casos, cuadros psicóticos. O bien, cuando la estructura emocional de los progenitores es frágil o la existencia de un padecimiento de patología emocional previo a la pérdida (Nordal y Cols., citados por Mota, 2007)

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) llevó a cabo un estudio en el 2003, encontrando que entre la población obstétrica en riesgo de padecer patología severa el 17.8% mujeres presentaron depresión (Gómez-López, 2007).

En caso de que el duelo, durante el embarazo, no sea elaborado de manera saludable, los padres no se encontrarán con las herramientas suficientes para hacer frente al nacimiento de un hijo enfermo con el que puedan vincularse.

Así es que, ante un nacimiento inesperado ambos, bebé y padres se ven inmersos en un ambiente desagradable y nocivo para su psiquismo. A continuación se describirá mas a detalle esto.

4.2. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

La atención perinatal y neonatal ha evolucionado de manera acelerada como consecuencia de los avances que ha tenido la ciencia, en comparación con el pasado en donde los bebés que nacían prematuramente o con malformaciones o enfermedades graves, y por ello su pronóstico de vida era pobre, en la actualidad va en incremento los recién nacidos que requieren ser atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN).

Para el recién nacido el desarrollo tecnológico en la UCIN, la vigilancia o las técnicas diagnósticas, se han basado en gran parte en los adelantos de la computación que han permitido cada vez un equipo más sofisticado y preciso de vigilancia, tanto en forma invasiva como no invasiva.

El desarrollo y la evolución, tanto de los conocimientos como de la tecnología, han permitido que la mortalidad perinatal disminuya en varios países (Martínez, 2002), pero aún resulta polémico el tema bioético de que se están salvando la vida de los bebés, pero las condiciones en las que subsisten con secuelas que dificultan con mucho su calidad de vida y las de quienes lo rodean.

Las vivencias de los padres en la infancia, así como su actitud ante el embarazo, determinan cómo reciben al bebé al nacer. Se ha visto que también influye la calidad de la atención médica que recibió la madre y el bebé, y definitivamente este acontecimiento se verá afectado por el nacimiento de un bebé enfermo, prematuro, con retraso en el desarrollo, con algún síndrome o con malformaciones, por lo que la vinculación se hace mucho más difícil bajo

estas condiciones, particularmente si debe permanecer en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Los padres deben separarse del bebé durante varios días, semanas e incluso meses, sobre todo cuando el bebé es muy inmaduro o muy pequeño o tiene una enfermedad que evoluciona lentamente, y por tanto no es posible en ese período entablar el vínculo normal tanto por la separación física, como por las emociones que experimentan ambas partes consecuencia de dicha separación. Siendo una situación complicada para los miembros de la díada, pero sin lugar a dudas el mayor riesgo se presenta en el recién nacido.

Confirmando lo anterior, Brazelton, Bergman y Simo (1991), aseguran que:

“Una madre que tiene que dejar a su hijo con alguien más, automáticamente tiene una sensación de pesar. Su pesar o su duelo siguen un patrón predecible: toma para sí misma la culpa, el sentimiento de desesperanza, de estar sin posibilidad de ayuda, también niega que alguien va a ser lastimado, que eso no importa. Otra característica es la proyección sobre otra gente en todo lo que es bueno y se toma todo lo malo para sí misma o viceversa. Lo tercero es el desvincularse, no solamente porque no están cuidando del hijo sino además porque es doloroso, muy doloroso dejar al bebé a que lo cuide alguien más.” (p. 40).

Es por esto que es de suma importancia el cuidar la repercusión que tendrá tan temprana la separación, para el psiquismo de la madre y que entonces coartará la vinculación con su recién nacido.

4.2.1. INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

Actualmente la gran mayoría de los niños nacen en los hospitales y clínicas, en condiciones de salud suficientes para subsistir sin mayor problema fuera del

útero, aún se continúan teniendo un cuidado deficiente en la promoción del vínculo afectivo madre-hijo.

En algunos de ellos se acostumbra separar al recién nacido inmediatamente después del parto y éste es llevado a un espacio aparte (cunero), con los demás bebés. Ahí las enfermeras le alimentan a intervalos regulares, más no a petición del recién nacido, y su llanto es en gran parte ignorado, puesto que a los otros recién nacidos no les molesta el llanto. Se muestra o lleva el niño a la madre unas cuantas veces al día, o en horarios de visita siendo éste un periodo muy breve.

En otros hospitales, el bebé es igualmente separado de su mamá pero es llevado con ella para que sea amamantado, en periodos regulares.

En los menos, inmediatamente después de nacer se muestra el bebé para que lo vea y bese, posteriormente se entrega al neonatólogo, terminando éste sus cuidados inmediatos al recién nacido es devuelto a su madre y entonces estar en “alojamiento conjunto”, que se refiere a la permanencia del bebé sano con su madre hasta que sean dadas de alta del nosocomio. Lo anterior es con la intención de aminorar la angustia de la madre por no estar cerca de su hijo al temer sobre su seguridad y cuidados, así como también promover el vínculo afectivo e iniciar lactancia materna, que no únicamente proporciona grandes beneficios a la salud del infante y la madre, sino que también, indica Lidz (1985), que al ser alimentado al seno materno se le da al infante la estimulación y el cobijo del contacto con su cuerpo, así como también el olor que emana de ella y la proximidad de su rostro permite que el niño la reconozca al fijar la mirada en cuanto es capaz de hacerlo. Es entonces que la lactancia materna asegura al niño una apropiada dosis de atención de la madre y de contacto con ella, ya que durante los primeros meses pasa gran parte del tiempo en los brazos de mamá.

Continúa aseverando que la succión estimula convenientemente determinadas sensaciones genitales de la madre, lo que contribuye a establecer un componente erótico en su afectividad y aumenta el gozo de la crianza. Desgraciadamente, algunas madres se sienten incómodas porque notan tal estimulación sexual y creen que algo inadecuado pasa, lo que provoca que dejen de amamantar.

Ahora bien, cuando un bebé nace prematuramente, enfermo, con malformaciones o bien se encuentra en alojamiento conjunto pero presenta alguna complicación en el tiempo de su permanencia en el hospital, se hace necesario el internamiento dependiendo de su gravedad ya sea en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), en donde se encuentran los más delicados o bien en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIREN) en la cual las condiciones de salud de los internados son de menor compromiso para vida.

Como se ha venido exponiendo, los padres poseen ciertas expectativas en torno al bebé, su físico, potencialidades, e incluso su nacimiento. Gracias a la tecnología que permite observar en un ultrasonido a su pequeño hijo, especular sobre su sexo y condiciones, aunado a la probable fecha de nacimiento, los progenitores se programan para ciertas situaciones deducidas de los elementos anteriores.

Pero llega a suceder que tales expectativas son corrompidas por una realidad imprevista, súbita, al nacer prematuramente el bebé, o bien, teniendo bajo peso al nacer, infecciones, defecto congénito, anomalía cromosómica, física, algunos trastornos respiratorios, cardíacos, digestivos, en sangre, del sistema nervioso, etc. o bien que sea hijo de madre diabética, y entonces requiere ser separado de su madre para ser internado en alguna de las unidades con las que cuente el hospital, dependiendo de su gravedad, debiendo pasar a veces largos periodos de estancia en dicho lugar, lo que provoca consecuencias psíquicas tanto en los bebés como en sus padres, así también como en el

entorno familiar. Pero de manera significativa conlleva un gran riesgo en la ruptura del vínculo madre-hijo a partir de la separación, en donde los padres se verán limitados en esa cercanía y contacto (apego) necesarios para la vinculación, necesaria no solo para el desarrollo psíquico del pequeño, sino incluso para su pronta recuperación.

Así pues, generalmente la enfermedad y hospitalización del recién nacido supone una situación de crisis, planteándose una serie de necesidades físicas, psíquicas y emocionales, y en la medida en que éstas sean satisfechas, ejercerán un efecto positivo o negativo sobre los padres, el niño e incluso el equipo de salud.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es un área en la que los bebés reciben las atenciones necesarios para estabilizar y recuperar su salud e incluso salvar su vida. En esta unidad se cuenta con incubadoras de cuidados intensivos y de traslado, así también como cunas de calor radiante, y otros muchos aparatos indispensables para atender a los neonatos, tales como monitores de los signos vitales, ventiladores, bombas de infusión, perfusores, oxímetros, etc. Se cuenta también con el personal especializado (neonatólogos, pediatras y enfermeras) las 24 horas del día y todos los días de la semana.

4.2.2. CRITERIOS PARA EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) emitió, en 1998 dentro de su Manual de Normas y Procedimientos, los siguientes criterios de ingreso a la UCIN:

1. Todos los recién nacidos que requieran ventilación asistida bajo intubación orotraqueal, independientemente de su edad gestacional y peso.

2. Recién nacidos con dificultad respiratoria que requieran manejo con CPAP nasal, con peso menor de 1.250 g.
3. Hijos de madre Rh negativo isoinmunizada con antecedentes de hermanos previos exanguinados, hidrops fetalis, transfusión intrauterina y pertenecientes a las zonas II y III de las curvas de Liley modificadas por Senties.

En los casos de madres Rh negativo isoinmunizadas no controladas en el hospital, se tomará en cuenta el hematocrito y la condición cardiopulmonar para valorar su paso a la UCIN.

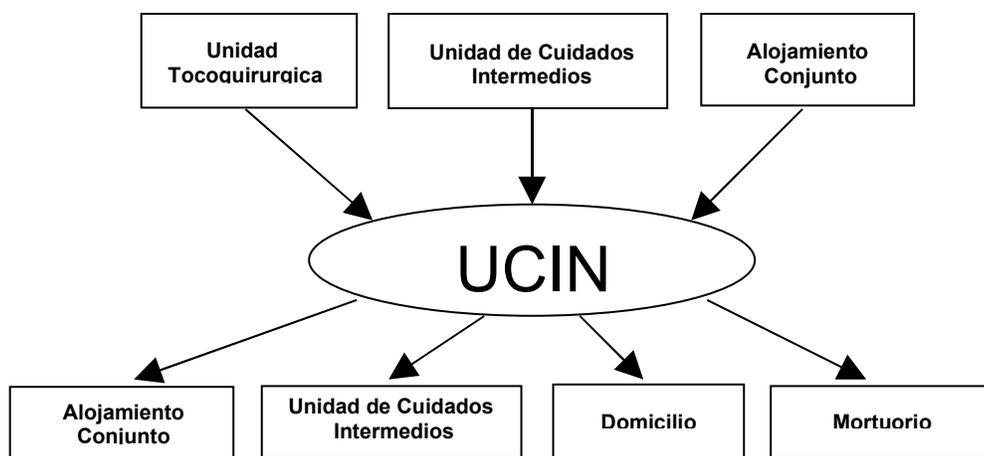
4. Recién nacidos con hidrops no inmunológico.
5. Malformaciones congénitas que requieran corrección quirúrgica urgente, por ejemplo: atresia esofágica, atresia de duodeno, malformación anorrectal, hernia diafragmática, defectos de pared (onfalocele, gastrosquisis), etc.
6. Recién nacidos con factores de riesgo para enfermedad hemorrágica; trombocitopenia menor de 20,000 sin manifestaciones de sangrado, y recién nacido con manifestaciones hemorrágicas de cualquier etiología.
7. Todos los recién nacidos con peso menor o igual 1000 g independientemente de su edad gestacional y asistencia ventilatoria.
8. Recién nacidos con encefalopatía hipóxico isquémica con o sin intubación.

4.2.3. INGRESO Y EGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Un recién nacido que se encuentra en la UCIN, ingresó por alguna de las siguientes vías: proveniente de la unidad tocoquirúrgica, que fue inmediatamente después de su nacimiento; de la Unidad de Cuidados Intermedios, que al empeorar su estado de salud, requiere de mayores atenciones y de el llamado alojamiento conjunto, en donde es desprendido de su madre al ser detectado un problema en su salud.

Ahora bien, su egreso de la UCIN será, nuevamente al alojamiento conjunto, en caso de que aún se encuentre su mamá hospitalizada; a la Unidad de Cuidados Intermedios, debida a su mejoría parcial; a su domicilio, al ser dado de alta o bien puede fallecer, por lo que se envía al mortuorio y se procede a los trámites para la entrega del cuerpo a sus familiares

FLUJOGRAMA DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES



Flujograma No. 1

4.3. EL BEBÉ EN LA UCIN

Vieira (2003), advierte que un pequeño paciente críticamente enfermo no se siente bien y peor aún si se encuentra con aparatos que le ayuden a sobrevivir tales como estar conectado a ventilación mecánica. Continúa afirmando que el neonato escucha, ve, siente y percibe hasta donde le permiten sus posibilidades. Que incluso criterios erróneos, como que las estructuras anatómicas del recién nacido no serían capaces de recibir, transmitir e interpretar el dolor, han sido ya desechadas, y hoy se puede demostrar que la inmadurez hace percibirlo de manera más intensa y difusa. Es por ello que el recién nacido enfermo no es un ser insensible, que por el contrario, siente dolor y miedo en su soledad entre los sofisticados equipos.

Cuando un bebé nace se presenta un cambio brusco en sus condiciones de vida, del vientre de su madre, un lugar a temperatura ideal, sin la existencia de objetos que le lastime o le resulten amenazantes, al nacer, se encuentran en un ambiente totalmente desconocido, con nuevas sensaciones no muy agradables, pero que la pronta cercanía con su madre, el llamado “alojamiento conjunto”, la permanencia con ésta ayudan a aminora su malestar.

Existe evidencia (Karmiloff-Smith, citado por Maldonado y Morales, 1998) de que el bebé dentro del útero percibe sonidos, luces, movimientos y tiene capacidad de autoorganización, como por ejemplo, el chuparse el dedo y al hacer movimientos para ejercitar músculos de sus miembros, así como muchas habilidades preceptuales. Esto muestra de que el neonato, aunque sea prematuro, tiene una notable predisposición a la percepción de estímulos, y que está preparado biológicamente para relacionarse con quien lo cuide y alimente.

Al nacer prematuramente o con alguna enfermedad grave, el recién nacido enfrenta además de varios retos tanto fisiológicos tales como el poder respirar, regular su nivel de glucosa sanguínea, balance electrolítico, etc.; así también como psicológicos.

La neonatología moderna suele ser bastante agresiva, y el pequeño recién nacido en un ambiente de alta tecnología, a pesar de sus incuestionables ventajas, debe sobrellevar su primera etapa vital abrumado por la sobreestimulación que le provoca estrés y la privación de los estímulos comunes.

4.3.1 LA SOBREENSTIMULACION DEL RECIÉN NACIDO EN LA UCIN

La sala de cuidados intensivos se convierte en el hogar del infante y la incubadora, que no es otra cosa que una caja de plástico la cual cuenta con un calentador radiante, viene a reemplazar la cuna suave y cómoda en la cual la mayoría de los bebés que nacen en buenas condiciones pasan sus primeros meses de vida. Este tipo de ambiente puede interferir con la comodidad y el bienestar del pequeño e incluso el estar expuesto a una sobrecarga de estímulos, provocando estrés. Vieira (2003) deja ver la gravedad del asunto al aseverar que los efectos inmediatos del estrés son inestabilidad autonómica, apnea y bradicardia, vasoconstricción y reducción de la motilidad gástrica. Se secretan cortisol y catecolaminas, lo cual puede interferir con la cicatrización y la interrupción del sueño puede tener impactos biológicos adversos. Continúa diciendo que en promedio un prematuro enfermo es manipulado 150 veces al día, con periodos de descanso o sueño ininterrumpidos de no más de 10 minutos.

El ambiente físico de las áreas de cuidados intensivos también está lleno de una gran cantidad de estímulos auditivos tales como las máquinas de escribir, teléfono, monitores, sensores y gente que habla y hace ruido y esto puede alterar la tranquilidad de los bebés, asustarlo o hacer que llore e incluso resultar estresantes para el pequeño. Lo que tiende a disminuir su saturación de oxígeno, aumentar la presión intracraneal o incluso ser un factor en la precipitación de hemorragia intraventricular (Long y Lucey, citado por Maldonado y Morales, 1998) en el neonato.

A las 28 semanas de gestación los bebés prematuros pueden oír sonidos de una intensidad de 40 decibeles (dB). Además de que los sonidos fuertes y persistentes pueden afectar la audición del bebé, sobre todo, ciertas frecuencias del sonido, afirma Vergara (2001):

“El motor de la incubadora produce un nivel de 55-60 decibeles (dB), el cual es adecuado para los adultos, pero aún este sonido aparentemente inofensivo podría resultar incómodo o estresante si el bebido es muy sensitivo. Otros ruidos fuertes y agudos dentro de la unidad de cuidados pueden alcanzar los 100-200 dB y dañar las células del oído. Por poner un ejemplo, una conversación junto a la cabecera suele alcanzar 70 a 90 dB y un recipiente de acero inoxidable que cae, hace un ruido repentino de 108 dB. La Environmental Protection Agency recomienda que los ruidos no excedan a los 45 dB, durante el día, ni los 35 dB durante el sueño”.
(p. 1).

No hay periodos definidos de día y noche debido a que no se apaga o disminuye nunca la luz, se mantiene constante y muy brillante para que el personal médico y paramédico pueda ver bien. La exposición constante a la luz brillante puede dañar las células del ojo, además si esta exposición es prolongada, retrasar el desarrollo normal de los ciclos de los estados de sueño-vigilia y causar confusión entre el día y la noche, mencionan Maldonado y Morales (1998) y Vergara (2001). Del mismo modo, puede afectar la capacidad del bebé para despertarse o prestar atención al limitar su abrir de ojos, lo que podría estar privando la oportunidad de que explorara sus alrededores e interaccionara recíprocamente con la gente, y peor aún al restringir el intercambio de miradas con la madre.

Vegolpohl, Evans y Cadergren en 1995 (citado por Maldonado y Morales, 1998) encontraron que una de la experiencias más desfavorables para un recién nacido en la UCIN, es el dolor, equiparando estas experiencias con las que tendrían un niño que es víctima de maltrato físico: punciones frecuentes con agujas al colocar sueros o sacar sangre, la intubación endotraqueal, removerle

cintas adhesivas, tomarle radiografías, puntas nasales, ecografías, la aspiración o succión, etc.

Con respecto a este tema del dolor, para Gauvain-Piquard (1995), es:

“un estado de molestia, relacionado con una sensación corporal desagradable. Para que el dolor sea percibido psíquicamente como tal, debe serlo con un cierto grado de exterioridad, de extrañeza con relación al yo; y que en caso del bebé, éste no distingue entre el interior y el exterior de sí mismo, él y su madre forman un todo; por lo que para él la percepción propioceptiva se integra esencialmente en el plano psíquico como una ruptura del estado de bienestar” (p. 326).

Anna Freud (citada por Gauvain-Piquard, 1995) pensaba que a esta edad cualquier tensión, necesidad y frustración es experimentada probablemente como dolor, sin hacer una distinción real entre la experiencia difusa de incomodidad y la experiencia precisa y localizada de la fuente del dolor.

Para hacer frente a episodios dolorosos el recién nacido debe recurrir a defensas arcaicas y toscas tales como las que menciona Anna Freud (citada por Gauvain-Piquard, 1995):

1. El regreso a un estado de hipovigilancia, un retraimiento de valor analgésico, siendo este un blindaje activo, frecuente se presenta en bebés que experimentan dolores permanentes.
2. La proyección hacia el objeto externo, a quien entonces se le atribuye el origen del sufrimiento. “Los niños pueden atribuir indistintamente al objeto externo o interno cualquier suceso que se produzca en el interior del cuerpo o cualquier daño que tenga que ver con el cuerpo” (p. 327).

La consecuencia de esto es que el bebé pueda llegar a mostrarse indiferente e incluso hostil frente a su entorno, y particularmente frente a su madre, poniendo en riesgo la continuidad en la formación del vínculo.

4.3.2. LA DEPRIVACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA UCIN

Aunado a lo anterior, el bebé en la UCIN tiene que experimentar un ambiente solitario, en donde lidiará con la privación de las experiencias normales en cualquier recién nacido tales como el contacto constante con la madre, el arrullo, la lactancia, la falta de contención, que como ya se ha revisado fomenta el apego para el subsiguiente establecimiento del vínculo. La mayor parte del tiempo el bebé permanece acostado, con casi nada de contacto físico con otra persona, no es movido mucho y probablemente él no pueda ponerse ni mantenerse por sí mismo en una posición adecuada, lo que le resultará incómodo. Vergara (2001) advierte que cuando un bebé permanece en posiciones inadecuadas por un tiempo prolongado, su posición afectará su desarrollo motor. Y continúa, “algunos bebés invierten mucha energía tratando de ponerse en posiciones más cómodas y relajadas, agotando así la energía que podrían estar usando para su recuperación o crecimiento” (p. 5), retardando así su egreso de la UCIN.

Se despierta al niño en cualquier momento para hacer algún procedimiento o bien para ser alimentado con un horario fijo, sin tomar en cuenta sus demandas. Si llora puede no ser tranquilizado si la enfermera se encuentra ocupada.

El recién nacido es cuidado por múltiples personas, cada uno con una cara, voz, olor diferente, lo cual hace que el niño no los reconozca como sería el caso si sólo tuviera contacto con sus padres.

Ahora bien, se ha venido revisando la importancia que tiene la cercanía física madre-hijo para alcanzar un nivel de apego calificado como seguro, ya lo decían Vives, Lartigue y Córdoba (1992) “el bebé debe ser atendido en sus necesidades, particularmente de alimentación y de contacto, de manera regular y periódica, pero especialmente relevante para el infante es la calidad y oportunidad con que dicha atención es proporcionada” (p. 48). Presentando entonces la estancia en la UCIN, un grave riesgo para la conformación de un vínculo afectivo madre-hijo pues no solo limita el contacto físico y todas las conductas maternas que se desprendan de este, sino que también disminuyen la oportunidad de que se presenten y mantengan conductas tanto de la madre como del bebé, de reciprocidad, en donde sea retroalimentada constantemente la relación. Stern (citado por Pinol-Douriez, 1995) afirma que si falta esta reciprocidad, el porvenir psicosomático del niño corre graves riesgos, a veces a muy corto plazo.

También, es importante que se tome en cuenta del gran riesgo que tiene la formación de un vínculo saludable, pudiendo ser este deficiente o bien que este ni siquiera exista. Anteriormente ya se abordado ampliamente el tema del vínculo y su gran relevancia para el desarrollo del ser humano, tanto para su psiquismo como para establecer modelos en sus relaciones interpersonales.

4.4. LOS PADRES CON RECIÉN NACIDOS EN LA UCIN

Cuando el bebé nace antes de tiempo es comprensible que sus padres y demás familiares no estén preparados para el nacimiento súbito y la inmediata hospitalización. Es entonces que ese "estado de máxima felicidad y plenitud" prometida, se convierte para estos padres, en un "estado de máximo estrés y preocupación".

Muniagurria (1998), comenta sobre su experiencia:

“Todos los profesionales que diariamente desarrollamos nuestra tarea en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, somos testigos cotidianos no sólo del nacimiento de un niño en “riesgo vital”, sino del nacimiento de la relación más temprana entre el niño y sus padres, en un contexto adverso, y por ende, también de riesgo psicosocial” (p. 1).

El mundo, se torna, entonces, un lugar lleno de peligros, caras serias, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar; un mundo donde el acecho a la salud e incluso la posibilidad de muerte aparece, paradójicamente, en el inicio de la vida. Se presenta entonces en los progenitores un fuerte impacto emocional, por las razones antes mencionadas, al ser separados de su hijo recién nacido.

En la madre se hace presente la sensación de fracaso, su autoestima se ve fuertemente golpeada, existe en ella culpa por no haber dado a luz un bebé sano, el temor a la muerte, incertidumbre, impotencia, frustración, soledad, se interrumpe la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este período.

Estas mamás dolientes, se encuentran en la sección de maternidad, rodeadas de mujeres con sus bebés recién nacidos en alojamiento conjunto, generalmente se sienten tristes por no estar con su recién llegado hijo, solas y decepcionadas por no haber vivido el nacimiento "perfecto" ni la felicidad inmediata que se imaginaron durante el embarazo, así como una gran preocupación por el bienestar de su bebé.

Con respecto a este tema Gauvain-Piquard (1995), comenta:

“Es seguro que la enfermedad del lactante, y más específicamente su dolor, lástima a los padres, quienes se encuentran reducidos a una situación de impotencia. Además, todo ello reaviva la culpabilidad ligada a la agresividad que existe en todo padre o madre frente a su hijo. Este examen de su propia imagen de padres, que puede ayudar y proteger a su bebé, es reforzado al

mismo tiempo por las proyecciones negativas que el bebé hace sobre ellos y su hostilidad, por una parte, y por la desposesión de un niño que representa el recurrir a las estructuras médicas por la otra. Es el caso de estos padres que no pueden evitarle a su hijo el sufrimiento y, encima de eso, son suplantados y alejados de él o ella por la capacidad del personal médico. Ésta es probablemente una de las explicaciones que frecuentemente niega el dolor de los pequeños, incluso de parte de los padres, particularmente, cuando hay patologías severas” (p. 330).

Existen entonces un importante peligro durante la estancia de sus bebés en el hospital o clínica, la de vincularse con el hijo enfermo, en un momento de gran vulnerabilidad emocional, producida por el impacto de la doble crisis que transitan: la crisis evolutiva que implica todo nacimiento, y la crisis accidental provocada por la necesidad de internación del niño.

Los padres atraviesan entonces por un duelo, el duelo del “hijo que no fue”, los proyectos en torno al nacimiento que no existieron. Para que, de manera ideal, encontrarse en la última fase pueda entonces vincularse con “el hijo real, de una manera más saludable.

Y como en todo duelo los padres atraviesan por fases que dependiendo de la respuesta de estos culminarán en un duelo sano o patológico al verse detenidos en alguna de estas fases sin llegar a la elaboración de éste. Kubler-Ross (2002) describe las fases por las que se viven ante la pérdida real o imaginaria:

1. Negación. Inicia con un estado de shock, en donde al ser enterados de la noticia, los padres se encuentran pasmados, con gran confusión y conmoción, **desbordados en sus emociones; sin demasiadas posibilidades para articular palabra.** Manifiestan sentir cómo si el tiempo se hubiese detenido, cómo si se entrase a una especie de ensoñación. La interrupción violenta del embarazo y la noticia inesperada, lleva a la madre a un sentimiento de irrealidad. La negación aparece como un mecanismo de defensa protector del Yo, la negación permite que gradualmente se asimile la información dada a los padres, para posteriormente aceptarlo parcialmente. Niegan situación, la gravedad e importancia de la estancia de sus bebés en la Unidad de Cuidados Intermedios. Incluso bloquean sus emociones, presentan dificultad para comprender la información médica.

Maldonado y Morales (1998) afirman que los padres que su bebé recién nacido está delicado o muy enfermo y está hospitalizado, deben hacer frente a noticias abrumadoras respecto a la salud de su hijo, que les da el personal médico, no estando en condiciones para recibir todas estas informaciones traumáticas. Esto, señalan, resulta aún más complicado cuando la madre ha experimentado una cesárea, o presentó preeclampsia o eclampsia, pues ella misma se está recuperando.

2. Ira. **La etapa del ira o enojo, no será necesariamente transitada por todos los padres, ni con la misma intensidad, dependiendo de múltiples variables (historia personal familiar, historia obstétrica previa, estado de salud del bebé, etc.)**

Cuando aparece este enojo, atrás de él se encuentra una gran sensación de impotencia, un "enojo con la vida" que sienten injusta, y que proyectan en el referente que más cerca tienen: existe enojo para con los médicos, con el cónyuge, con Dios, con su bebé e incluso consigo mismo. Teniendo como riesgo el dañar las relaciones interpersonales y la autoagresión.

3. Pacto. Es un intento de llegar algún acuerdo con un ser supremo (Dios, médico, etc.) que logre mejorar la situación actual o de anular la fuente de su sufrimiento.

4. Depresión. Aparecen sentimientos de dolor, desolación, desánimo, abatimiento por la pérdida de la salud de su hijo, la separación, así también por lo experimentado por su pequeño.

Suelen aparecer algunos sentimientos característicos:

- Culpa. Este sentimiento se ve más frecuentemente en la madre y tiene también su explicación, ya que al llevar al niño dentro de su cuerpo durante el embarazo, genera la fantasía de responsabilidad por todo lo que pueda ocurrirle. Cree que es una "mala madre" por no haber dado a luz un hijo sano, porque le dio una vida demasiado frágil a su bebé e incluso, deseo su muerte.
- Angustia. La madre, ya más recuperada físicamente, comienza a exteriorizar una especial sensibilidad y tristeza post parto (depresión puerperal normal) acrecentada por la angustia inherente al estado de salud del hijo y a la necesidad forzada de tener que estar separada de él.

5. Aceptación. Finalmente se ha elaborado el duelo, pudiendo entonces poner en juego sus recursos para afrontar la situación. Kubler-Ross (2002) advierte que no hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz, aclara que esta se caracteriza por estar casi desprovista de sentimientos negativos.

Los padres viven en constante incertidumbre sobre el estado de su hijo, cada nuevo día puede ser un avance o un retroceso implicando un gran desgaste emocional para los padres, sobre todo si la situación dura semanas o meses. Con respecto a esto, Maldonado y Morales (1998) sostienen que con cada nueva crisis que presenta el neonato existen temores, interrogantes y dudas respecto al futuro del niño, pudiendo desencadenar una ansiedad crónica, depresión o irritabilidad y conflictos interpersonales en los padres.

Quizá cambien sus sentimientos de un día a otro, o los sobrecojan de un momento a otro, dejándolos sintiéndose inútiles e impotentes. El estrés y la tensión se encuentra a la orden del día. Los padres manifiestan su impacto emocional al ver a su pequeño hijo en las unidades de cuidados en incubadora, con sueros, sondas, sensores, etc.

Un sentimiento de culpa y enojo hacia el mundo puede encontrarse en esta situación, en algunos otros casos, en los padres existe la sensación de fracaso por no haber podido tener un “hijo normal”, En ocasiones los cónyuges se culpan uno a otro por la situación. Maldonado y Morales (1998) consideran que algunos padres pueden atribuir el malestar de su hijo a la brujería realizado por alguien que tenía envidia, celos u otras malas intenciones. También pueden pensar que fue causado por haber ingerido comidas “frías” durante el embarazo o culpan al eclipse, a el haber tenido emociones negativas intensas o actividad sexual durante el embarazo como “la causa” del parto prematuro, una malformación o enfermedad en el neonato y se sienten culpables al respecto. A veces la creencia en que el daño fue inducido, da lugar a tensiones o conflictos familiares serios.

Toda esta gama de sentimientos, si son muy intensos y/o permanentes pueden interferir con su relación con su bebé, pueden limitar el la formación del vínculo afectivo ya que la necesaria separación que la internación impone los limitan y, aunado al caudal de emociones derivadas de el inesperado acontecimiento corre el riesgo de patologizarse.

4.5. LOS EFECTOS DE UNA SEPARACIÓN MADRE-HIJO PROLONGADA

Kreisler (1995) afirma que la separación sigue siendo un factor importante en las respuestas depresivas del lactante que sobrevienen con el poco contacto de la madre, o cuando esta se presenta físicamente pero mentalmente se encuentra ausente: “Una relación rica, feliz, activa y viva, es sustituida por intercambios pobres, átonos, muertos”. Y que es a partir de ahí que se entra en un ciclo de transacciones negativas entre dos participantes deprimidos, en donde el niño, con su condición sólo puede alimentar la depresión de esta mujer, herido en lo más vivo de sus culpabilidades depresivas y de sus capacidades maternas.

Por su parte Lieberman y Pawl (citados por Lartigue y Vives, 1997), reconocieron dos tipos de trastorno en los infantes tempranamente separados de sus madres: el desapego, y el apego interrumpido:

“El primer término se utiliza para describir a los infantes criados sin oportunidad para establecer relaciones emocionales con otros seres humanos; son niños cuyos desarrollos muestran una deficiencia Yóica estructural muy temprana que daña su capacidad para establecer vínculos significativos con sus semejantes, ya que el contacto con los demás está basado en la satisfacción de sus necesidades, sin desarrollar ningún tipo de consideración por el otro; no muestran señales de tener sentimientos de soledad o ansiedad cuando cambian de cuidador” (p. 115).

“En lo que toca al llamado apego interrumpido, se trata de un trastorno que está íntimamente relacionado con experiencias de separación o pérdida de la madre, siendo un problema temporal en

el primer caso y definitivo en el segundo. Si son bruscas y prolongadas pueden traer consecuencias muy negativas en su desarrollo y afectar su capacidad para formar relaciones emocionales con los demás” (p. 115).

En el año de 1972, Klaus y Kennell (citados por Cristo y Cols., 2003) apoyados en los estudios sobre el apego en animales, además de las cuantiosas observaciones efectuadas en torno a los problemas del apego presentes en las madres de niños que sufrieron una larga estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, afirmaron que la alta tasa de abuso podría ser la resultante de una separación posparto prolongada.

Proponen la hipótesis de que existe, inmediatamente después del parto, una fase durante el cual el apego de la madre hacia su hijo se desarrolla. Durante este periodo tan particular, cuya duración se estima entre pocos minutos y pocas horas, la posibilidad de que ciertos sucesos den origen a los lazos afectivos madre-hijo será más fuerte en este período que en cualquier otro momento de la existencia del niño. Más concretamente, entre la madre y el hijo se desarrollan interacciones complejas y crean una unión permanente entre ellos. Klaus y Kennell (citados por Cristo y Cols., 2003) aseveran que un contacto entre la madre y el infante durante este período es fundamental para que el desarrollo ulterior del niño sea óptimo.

Por su parte, Spitz (1992) advirtió que las experiencias de separación era traumática y podrían resultar devastadoras para el psiquismo de los infantes, cuando ocurrían en el transcurso del primer año de vida. Spitz, fue uno de los primeros en estudiar sobre la influencia del estilo de maternaje sobre la salud física y mental de los niños. Sostenía que los pequeños pueden enfermar tanto por exceso como por carencia, es decir, aquellos niños privados del estímulo materno indispensable para su desarrollo físico y mental.

Por otra parte, Bowlby (citado por Lartigue y Vives, 1997), a partir de sus numerosos estudios basados en la observación directa a los infantes y viendo el papel tan significativo que juega la interacción con los padres en el desarrollo emocional de los hijos, concluyó que la madre no es únicamente una organizadora del psiquismo infantil, sino que también es una estructura externa que funciona como un Yo y Superyo auxiliares del niño mientras éste, va adquiriendo la capacidad para autorregulación en su aparato psíquico; y escribió la revolucionaria declaración de que:

“Para que el infante pueda crecer sano física y mentalmente requiere de una relación cálida, íntima y continuada con su madre (o sustituto) en donde ambos encuentran satisfacción y placer. Para que esto suceda –añadió- requiere que el padre brinde apoyo emocional a la madre y, así, favorecer el proceso de maternaje” (p. 91).

Por lo que se puede concluir que aquellos eventos que perturban esta relación primaria con la madre, tales como la privación del cuidado materno, separaciones, problemas y distorsiones en el vínculo y la calidad del mismo, serán determinantes para el desarrollo y las dificultades en las relaciones interpersonales que más tarde en la vida presentarían estos individuos.

CAPITULO II. METODOLOGIA.

5. TEORÍA METODOLÓGICA.

La metodología para esta investigación Correspondió a un enfoque mixto o también llamado multimodal, con predominio cuantitativo.

El enfoque mixto es definido como un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio y puede involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa (Teddie y Tashakkori, 2003, Creswell, 2005, Martens, 2005, Williams, Unrau y Grinnell, 2005, citados por Hernández, Fernández, Baptista, 2007).

Al combinar métodos, afirman Morse (2002), Newman, Ridenour, Newman y de Marco (2002) y Metens (2005) (citados por Hernández, Fernández, Baptista, 2007), incrementan no sólo la posibilidad de ampliar las dimensiones del proyecto de investigación, sino que el entendimientos es mayor y más rápido.

En el presente estudio la combinación de los enfoques cuantitativo y cualitativo, se da en el momento de la cuantificación de datos cualitativos, que marca la

técnica de redes semánticas según el modelo propuesto por Valdez (2002). En donde las palabras definidoras son sometidas a un análisis para obtener los valores J, M, FMG y conjunto SAM (véase en análisis de datos).

Estos valores que inicialmente son cuantitativos se interpretan posteriormente de manera cualitativa, “a través de un análisis minucioso de la información recabada desde una perspectiva psicológica” (Valdez, 2002, p.77). De ahí que el modelo utilizado para esta investigación, sea predominantemente cuantitativo

6. PARTICIPANTES

Son 31 madres de recién nacidos que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaria de Salud de Michoacán, ubicado en la ciudad de Morelia, son mujeres de entre 14 Y 34 años de edad, de cualquier religión, estatus socioeconómico y lugar de origen, que respondieron al instrumento de redes semánticas. Son descartadas aquellas mujeres que a causa de la anestesia o bien del reciente parto no estuvieran en condiciones para hablar.

7. ESCENARIO

Este trabajo se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de la Mujer, ubicado en la ciudad de Morelia, Michoacán, en el área de hospitalización correspondiente al Servicio de Ginecología y Obstetricia, espacio que cuenta con 50 camas para pacientes femeninos de cualquier edad con dificultades ginecológicas y obstétricas.

Es importante mencionar que, a diferencia de la mayoría de los hospitales y clínicas de maternidad, el área de obstetricia de este Hospital, no cuenta con

cuneros ya que los bebés inmediatamente después de su nacimiento son entregados a sus madres y estos permanecen en alojamiento conjunto el resto de la estancia en este Hospital con la intención de promover la lactancia materna y la conformación temprana del vínculo afectivo, a menos que causas de fuerza mayor, tales como enfermedad, prematurez o requerimientos de atención especial al neonato impidan el alojamiento conjunto.

Es entonces, que se abordaron a las madres que tienen recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos, en sus respectivas camas del Servicio de Ginecología y Obstetricia, algunas horas después de haber sido traídas del área de recuperación, ya en un estado totalmente consciente, con lenguaje claro, coherente y congruente.

Para la observación de la interacción madre-hijo, se procedió a acudir a la visita diaria que tiene tan solo una duración de 30 minutos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales registrando lo ahí visto.

8. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La [recolección de datos](#) se refiere al uso de [técnicas](#) y [herramientas](#) que pueden ser utilizadas por el analista a fin de recopilar los datos sobre una situación existente, las cuales pueden ser la [entrevistas](#), la [encuesta](#), el [cuestionario](#), las redes semánticas, la [observación](#), registros, estudio de caso, historia de vida, entre otras. Se recolectan datos tales como los atributos, conceptos, cualidades o variables de los participantes, casos, sucesos, comunidades u objetos involucrados en la investigación (Hernández, 2007).

Todos estos instrumentos se aplican en un momento en particular, con la finalidad de buscar [información](#) que fuera útil a una [investigación](#) en común.

Ahora bien, una técnica o instrumento de recolección de datos, puede ser definida como cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información (Pick y López, 1994).

Para llevar a cabo esta investigación se hizo uso de las siguientes técnicas de recolección de datos:

1. Ficha de identificación.
2. Redes semánticas.

4.1. FICHA DE IDENTIFICACION

Las fichas son un instrumento en el cual se anota un conjunto de datos de acuerdo a la naturaleza de las mismas. Son de gran importancia como instrumentos indispensables en la investigación ya que en ella se concentran información que más adelante, al ser recopiladas, organizada y analizada darán datos estadísticos interesantes que permiten ver las semejanzas, diferencias, frecuencia, moda, etc. entre los participantes.

Para este estudio en particular se elaboró una ficha de identificación en donde se detallaron los datos generales de las madres abordadas. (Anexo 1).

4.2. RED SEMÁNTICA

La técnica usada para esta investigación es la de redes semánticas, esta técnica según Bonilla y Willcox (2004), permite tener información de los modos del conocimiento del individuo a través de asociaciones naturales y libres proporcionadas por el sujeto. Partiendo de estas asociaciones proporcionadas por los participantes se conocen la representación, organización y significado

del conocimiento en la memoria basándose en la generación de palabras definidoras, mismas que muestran los sentimientos y pensamientos en torno a un evento dado, basado pues en la memoria semántica.

La memoria semántica, la describe Rpis, Shoben y Smith (citados por Valdez, 2002) como el conocimiento permanente sobre el significado de conceptos y normas de utilización éstos, de tal manera que es un sistema de representaciones organizadas del conocimiento que encierra el significado de las palabras que se utilizan, misma que se constituye como el conocimiento del mundo que posee el sujeto.

La técnica original de las redes semánticas natural inicialmente propuesta por Figueroa, González y Solís en 1981, tiene como objetivo principal, aproximarse al estudio del significado de manera “natural”, dicho de otra manera, directamente con los sujetos, evitando la utilización de taxonomías artificiales instituidas por los investigadores para explicar la organización de la información a nivel de memoria semántica, intentando con esto, consolidarse como una de las más sólidas aproximaciones al estudio del significado psicológico, y con esto, al estudio del conocimiento (Valdez, 2002).

Basándose en los estudios de Valdez y Hernández que tuvieron lugar en 1986 y los de Valdéz y Reyes en 1992 (citados por Valdez, 2002) se sabe que para la elaboración de una adecuada red semántica, es importante indicar con la mayor claridad posible a los participantes que definan con la mayor exactitud posible al estímulo, utilizando un mínimo de cinco palabras sueltas, que consideren relacionadas con dicho estímulo y que, posteriormente, ponderen cada una de las palabras que mencionaron como definidoras en función de la relación, importancia o cercanía que consideren que posee cada una a partir del estímulo definidor, procurando que esta última tarea no tarde más de cinco minutos.

En cuanto a las palabras estímulo se seleccionaron 13 (anexo no. 2) en base a los ejes temáticos planteados.

9. PROCEDIMIENTO

El estudio fue realizado en el Hospital de la Mujer, de la ciudad de Morelia, Michoacán perteneciente a la Secretaría de Salud del mismo estado. La muestra fue tomada del servicio de Ginecología y Obstetricia, captando a las madres que recientemente habían tenido un bebé que hubiese requerido ser internado en las Unidades de Cuidados Intensivos. Se estableció un clima de confianza, además de proporcionar apoyo emocional.

Posteriormente se realizó un estudio piloto en donde se encontraron las siguientes palabras, mismas que son usadas como definidoras para esta investigación:

Eje 1. Pensamientos de la madre en relación a la estancia de su hijo en la UCIN.

- Preocupación (pensamientos de intranquilidad).
- Hospitalización.
- Temores (pensamientos fatalistas).
- Economía Familiar.

Eje 2. Sentimientos de la madre derivados de la separación y estancia de su hijo en la UCIN.

- Tristeza.
- Enojo.
- Culpa.
- Esperanza.
- Felicidad.

Eje 3. Riesgo del vínculo con el hijo

- Separación.
- UCIN.
- Contacto con tú bebé.
- Bebé ideal.

Una vez seleccionada la muestra que consistió en 31 mamás, de manera individual para algunas, se les solicitó que al escuchar los vocablos de la red semántica o palabras estímulo, en cada una mencionaron 10 palabras con las que asociasen dicho vocablo, cabe señalar que algunas de estas aplicaciones de red semántica, fueron tomadas directamente en la cama del hospital en el cual aún permanecía (Anexo 2). El levantamiento de esta información se realizó en un periodo aproximado de 3 meses.

Una vez concluida la fase de levantamiento de datos se llevó la segunda fase que corresponde al vaciado de la información en cuadros para localizar la frecuencia de las palabras escritas, obteniendo el 1°, 2°, 3°, 4° y 5° lugar y partiendo de estos resultados se realizó el análisis de datos así como las conclusiones.

10. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron examinados por medio del Microsoft Office Excel, para obtener frecuencia y porcentaje que señalaran la distribución de concepto por grupo, edad, etc.

Dentro de la técnica de redes semánticas, una vez vaciada la información, se procede a la obtención de los cuatro principales valores (Valdez, 2002):

- Valor J. Se logra al contar el total de palabras definidoras que fueron generadas por la participante.

- Valor M. Se obtiene al hacer una conversión de las jerarquías que fueron asignadas por las participantes, al valor semántico que les corresponde tomando como base que, la jerarquía 1 vale 10 puntos, la 2 vale 9 puntos, la 3 vale 8 y así sucesivamente hasta llegar al 10 que vale 1.
- Conjunto SAM. Habiendo obtenido los valores M totales para cada una de las palabras definidoras, es posible determinar cuál será el conjunto SAM, es decir, el grupo de diez palabras definidoras que hayan obtenido los mayores valores M totales.
- Valor FMG. Se obtiene por medio de la regla de tres, en donde el valor M más alto representa la total cercanía (100%) que tiene ese concepto para con el estímulo que fue definido. Mediante el cálculo de los demás valores, se obtendrá, en términos de proporción, la distancia que tiene cada una de las palabras definidoras, respecto del estímulo definido.

CAPITULO III. RESULTADOS.

1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

1.1. DATOS GENERALES

La presente investigación tuvo lugar en el Hospital de la Mujer en donde se captaron 31 participantes puérperas que tenían a su recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En la siguiente tabla (Tabla 1) se observan los datos generales de las integrantes de la muestra:

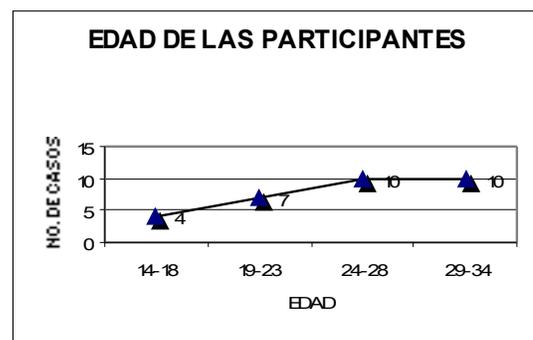
SUJETO No.	EDAD	ESTADO CIVIL	RELIGION	RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	No. HIJOS	EMBARAZO PLANEADO
1	16	Unión libre	Católica	Int. del estado	Secundaria Terminada	Ama de Casa	1ro.	Si
2	22	Casada	Católica	Morelia	Carrera Técnica	Ama de Casa	2do.	No
3	22	Casada	Católica	Morelia	Primaria Inconclusa	Ama de Casa	3ro.	No
4	22	Unión libre	Católica	Morelia	Secundaria Terminada	Ama de Casa	2do.	No
5	14	Casada	Católica	Int. del estado	Secundaria Inconclusa	Ama de Casa	1ro.	Si
6	31	Casada	Católica	Int. del estado	Carrera Técnica	Empleada	2do.	Si
7	26	Soltera	Católica	Morelia	Carrera Técnica	Empleada	1ro.	Si
8	32	Casada	Católica	Morelia	Carrera Técnica	Ama de Casa	2do.	Si
9	22	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Inconclusa	Ama de Casa	2do.	No
10	28	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Inconclusa	Ama de Casa	3ro.	Si
11	34	Casada	Católica	Morelia	Maestría	Profesionista	2do.	No
12	25	Casado	Católica	Morelia	Licenciatura Inconclusa	Estudiante	4to.	Si

13	28	Casada	Católica	Int. del estado	Carrera Técnica	Empleada	2do.	No
14	34	Casada	Católica	Int. del estado	Secundaria Terminada	Ama de Casa	4to.	No
15	33	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Inconclusa	Ama de Casa	4to.	Si
16	34	Casada	Católica	Int. del estado	Carrera Técnica	Ama de Casa	3ro.	No
17	17	Unión libre	Católica	Morelia	Secundaria Terminada	Ama de Casa	1ro.	No
18	20	Casada	Católica	Morelia	Secundaria Terminada	Ama de Casa	2do.	No
19	24	Unión libre	Católica	Int. del estado	Ninguno	Ama de Casa	1ro.	No
20	31	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Terminada	Ama de Casa	3ro.	Si
21	22	Casada	Católica	Morelia	Licenciatura Inconclusa	Estudiante	1o	No
22	26	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Terminada	Ama de Casa	2do.	No
23	24	Separada	Católica	Morelia	Carrera Técnica	Ama de casa	3ro.	Si
24	26	Unión libre	Cristiana	Morelia	Licenciatura Inconclusa	Ama de Casa	3ro.	No
25	31	Unión libre	Católica	Int. del estado	Secundaria Terminada	Ama de Casa	4to.	No
26	19	Casada	Católica	Int. del estado	Secundaria Inconclusa	Ama de Casa	2do.	No
27	22	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Terminada	Empleada	3ro.	Sí
28	25	Casada	Católica	Int. del estado	Primaria Terminada	Ama de Casa	1ro.	Si
29	24	Casada	Cristiana	Morelia	Secundaria Inconclusa	Ama de casa	5to.	No
30	34	Casada	Católica	Int. del estado	Preparatoria Inconclusa	Ama de casa	5to.	No
31	16	Casada	Católica	Morelia	Preparatoria Inconclusa	Estudiante	1ro.	No

Tabla 1. Datos generales de las participantes.

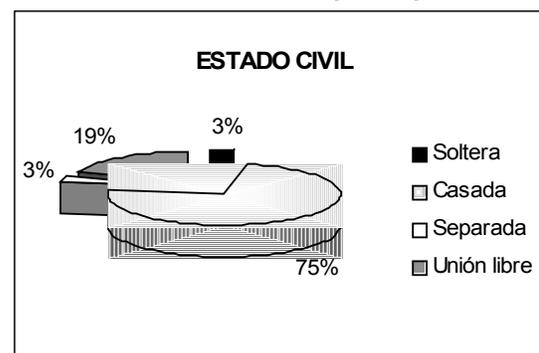
Los resultados que arrojaron los datos generales de las 31 mujeres encuestadas son los siguientes:

El rango de edad que se encontró fue desde los 14 hasta los 34 años. En lo que respecta a la media de la edad esta es de 25 años, teniendo una moda de 22 años y una mediana de 24.5, lo que deja ver que son mujeres jóvenes en edad reproductiva. (Gráfica 1).



Gráfica 1. Edad de las participantes.

La gran mayoría de estas mujeres están casadas en un 75%, un 19% viven en unión libre, 3% de ellas son madres solteras y 3% se encuentran separadas



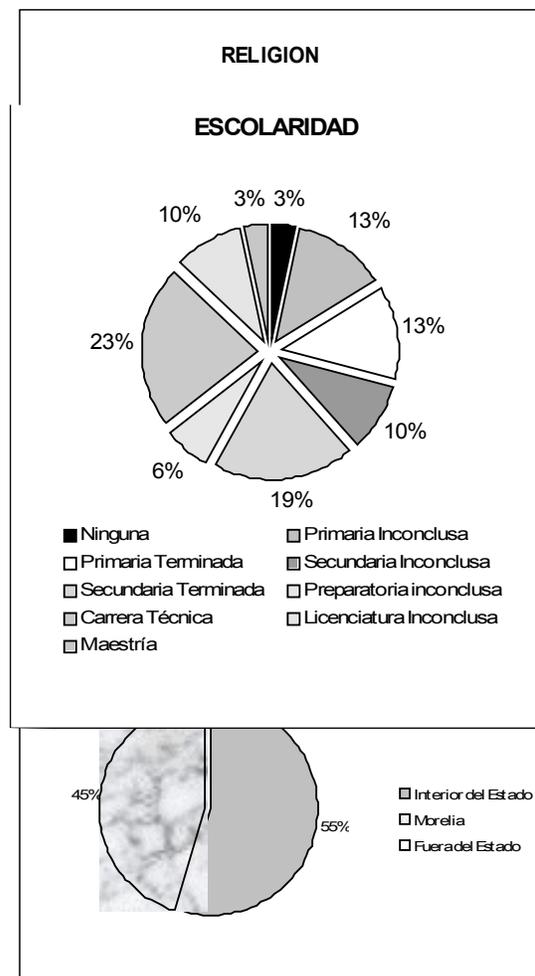
de su pareja o cónyuge. (Gráfica 2).

En cuanto a la religión que profesan, destaca de manera significativa la religión católica, siendo un 94% del total de la muestra, el restante 6% son cristianas y no se encontró en esta muestra mujeres de alguna otra religión. (Gráfica 3).

El 55% de ellas provienen del interior del interior del estado de lugares tales como Apatzingán, Cd. Hidalgo, Quiroga, Uruapan, Pátzcuaro, Puruándiro, Tacámbaro, Zinapécuaro, principalmente y el resto de la ciudad de Morelia (45%). (Gráfica 4).

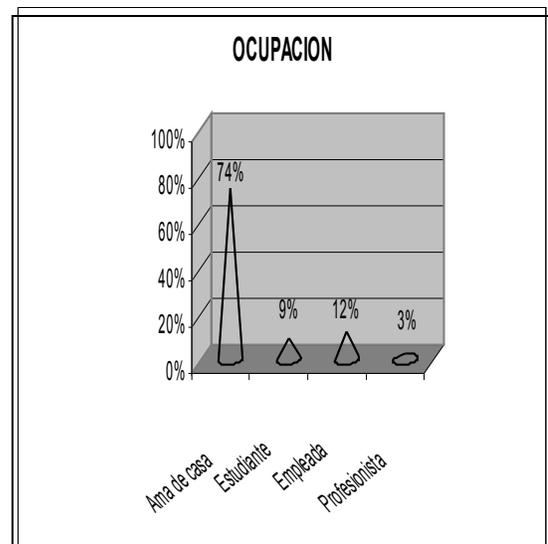
En lo que respecta al grado académico al que llegaron, se aprecia que éste es en su mayoría bajo, ya que tan solo 7 de estas mujeres que equivale al 23% tiene carrera técnica, 6 de ellas (19%) terminaron la secundaria y el 10% de éstas poseen primaria inconclusa así como otro 10% terminaron la primaria. (Gráfica 5).

En cuanto a la ocupación, asciende a un 74% las mujeres que se dedican de tiempo completo a ser amas de casa, le continua en un 13% empleadas y tan solo el 10% de estas madres son aún estudiantes, cabe mencionar que 1 de las 31 participantes es profesionista, que equivale al 3%. Lo anterior nos traduce que la gran mayoría no participa activamente en el ingreso familiar. (Gráfica 6).

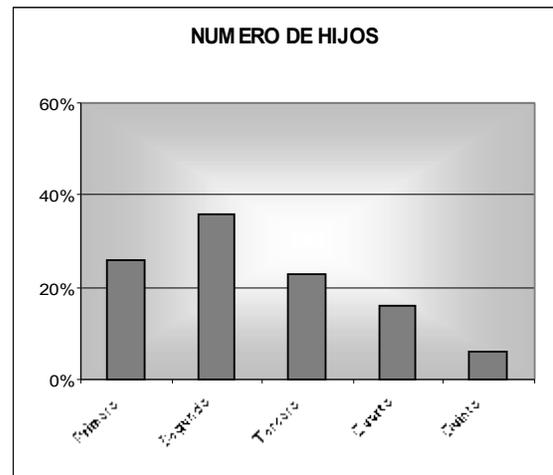


Gráfica 4. Lugar de residencia.

Gráfica 5. Escolaridad

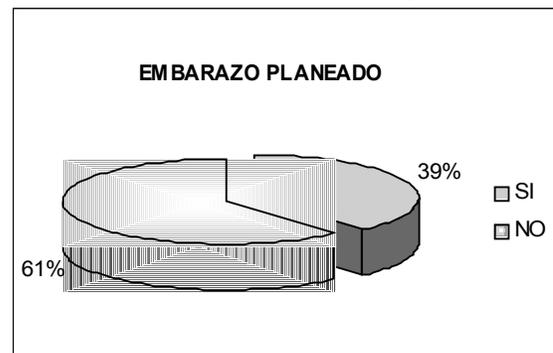


El 32% de la muestra tienen dos hijos, le sigue las madres primerizas con un 26% y para el 23% son su tercer hijo. Son entonces mujeres con pocos hijos. (Gráfica 7).



Gráfica 7. Número de hijos.

El 61% de las mujeres estudiadas afirman haber planeado este embarazo contra 39% quienes mencionan que no previeron su embarazo. (Gráfica 8).



Gráfica 8. Embarazo planeado.

En lo que atañe a las parejas de las mujeres encuestadas se obtuvieron los siguientes datos generales que a continuación se muestran en la tabla 2.

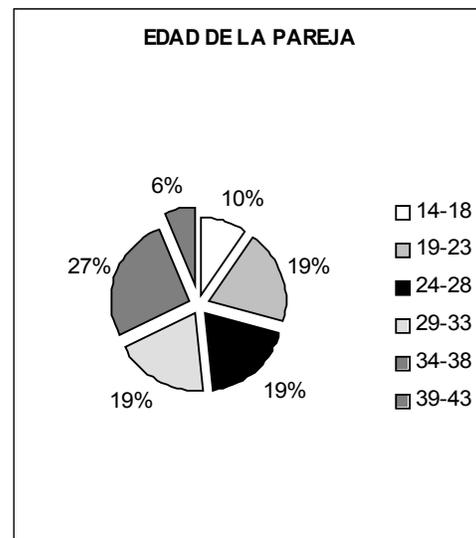
DATOS DEL CONYUGE

SUJETO No.	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTADO CIVIL	RESIDENCIA
1	29	Primaria Terminada	Agricultor	Unión libre	Int. del estado
2	22	Primaria Terminada	Chofer	Casado	Morelia
3	21	Primaria inconclusa	Pepenador	Casado	Morelia
4	35	Preparatoria terminada	Plomero	Unión libre	Morelia
5	17	Primaria terminada	Agricultor	Casado	Int. del estado
6	34	Carrera técnica terminada	Contador Privado	Casado	Int. del estado
7	32	Licenciatura terminada	Dentista	Soltero	Morelia
8	37	Carrera Técnica terminada	Electricista	Casado	Morelia
9	29	Ninguna	Agricultor	Casado	Int. del estado
10	30	Primaria inconclusa	Agricultor	Casado	Int. del estado
11	34	Licenciatura terminada	Diseñador Grafico	Casado	Morelia
12	27	Ingeniería	Mecánico	Casado	Morelia
13	30	Preparatoria terminada	Distribuidor	Casado	Int. del estado
14	36	Primaria Terminada	Agricultor	Casado	Int. del estado

15	40	Ninguna	Carpintero	Casado	Int. del estado
16	34	Secundaria Terminada	Empleado	Casado	Int. del estado
17	17	Ninguna	Empleado	Unión libre	Morelia
18	24	Preparatoria terminada	Agricultor	Casado	Morelia
19	21	Ninguno	Agricultor	Unión libre	Int. del estado
20	36	Primaria terminada	Agricultor	Casado	Int. del estado
21	27	Licenciatura inconclusa	Estudiante/Empleado	Casado	Morelia
22	24	Primaria terminada	Alfarero	Casado	Int. del estado
23	32	Ninguna	No sabe	Separado	Morelia
24	32	Licenciatura terminada	Empleado	Unión libre	Morelia
25	43	Licenciatura inconclusa	Agricultor	Unión libre	Int. del estado
26	20	Secundaria Terminada	Albañil	Casado	Int. del estado
27	25	Primaria terminada	Empleado	Casado	Int. del estado
28	20	Secundaria Terminada	Agricultor	Casado	Int. del estado
29	26	Primaria inconclusa	Albañil	Casado	Morelia
30	36	Primaria inconclusa	Agricultor	Casado	Int. del estado
31	22	Preparatoria terminada	Albañil	Casado	Morelia

Tabla 2. Datos del cónyuge.

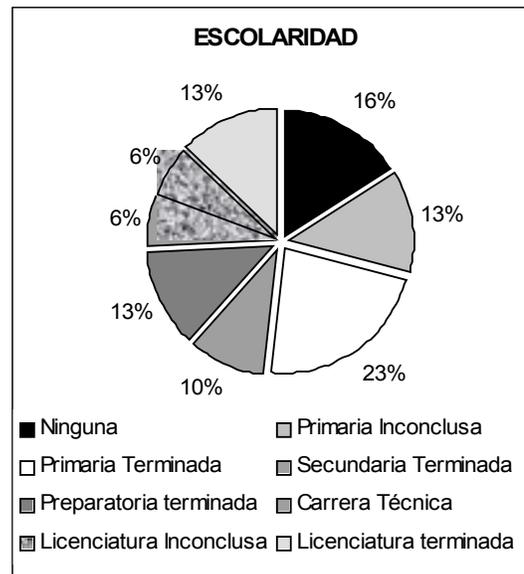
El rango de edad que presentaron las parejas de las pacientes abordadas fueron de entre los 17 y los 43 años. Siendo la media de edad de 29 años y la moda de 34. El 27% tienen una edad entre los 34 y los 38 años de edad, siguiéndole en un 19% los rangos de edad de 19 a 23 años, 19% de 24 a 28 años e igualmente en un 19% 29 a 33 años. (Gráfica 9).



Gráfica 9. Edad.

En lo que respecta al estado civil, religión y lugar de residencia es igual a los resultados que se encontraron en las mujeres encuestadas.

El grado académico que tienen estos varones, en un 16% no estudiaron, el 23% concluyeron la primaria, un 13% no la terminaron. El 10% acabaron la secundaria y un 13% la preparatoria. Un 6% se quedaron con carrera trunca y 13% si finalizaron una licenciatura. Tan solo el 6% cuentan con carrera técnica. (Gráfica 10).



Gráfica 10. Escolaridad.

Su ocupación en un 36% son agricultores y el 14% son albañiles, un 11% no tienen una actividad o trabajo fijo por lo que laboran en varias cosas. Los restantes son un alfarero, contador, carpintero diseñador gráfico, distribuidor, dentista, chofer, estudiante, mecánico, pepenador, plomero y uno no sabía la participante a que se dedicaba actualmente ya que están separados. (Gráfica 11).



Gráfica 11. Ocupación.

1.2 RESULTADOS POR EJE

Partiendo de los tres ejes en que la presente investigación se ha basado, se desprendieron diferentes palabras estímulo de donde se obtuvo un valor J y a su vez se elaboró de cada una de estas expresiones un conjunto SAM destacando las 10 principales palabras definidoras.

A continuación se muestran los resultados obtenidos de cada eje y sus respectivas palabras estímulo.

1.2.1. Eje 1. Pensamientos de la madre en relación a la estancia y separación de su hijo en la UCIN.

Dentro de este eje se explora la manera en cómo la madre experimenta la estancia de su hijo en la UCIN y los principales pensamientos que se desprenden de tal experiencia, a partir de las siguientes palabras definidoras:

a) Preocupación.

Para la palabra estímulo “preocupación” se obtuvo un valor J de 106 palabras, de las cuales se elaboró un conjunto SAM de 10 palabras definidoras (Tabla 3). En donde *por la salud de mi bebé*¹ obtuvo un destacado primer lugar con un Valor M de 183 palabras, lo que equivale al Valor FMG de 100%. Así se evidencia la apremiante inquietud que experimentan las madres por el bienestar de su recién nacido que se encuentra en la UCIN.

Le continua en un segundo lugar la preocupación generada *por mi(s) otro(s) hijo(s)*, descendiendo drásticamente a un Valor FMG del 51% como se puede apreciar en la gráfica (Gráfica 12). Haciendo referencia a aquellos hijos que se encuentran en casa y que debido a su hospitalización para resolver su embarazo fue necesaria la separación de estos otros hijos, ya que en el hospital de la Mujer no se permite el acceso a menores de edad.

Un empate del 50% en el Valor FMG existe en este conjunto, ligeramente por debajo del valor antes descrito. *Que empeore su estado de salud y, que lo*

¹ Aparecerá con cursiva las palabras definidoras.

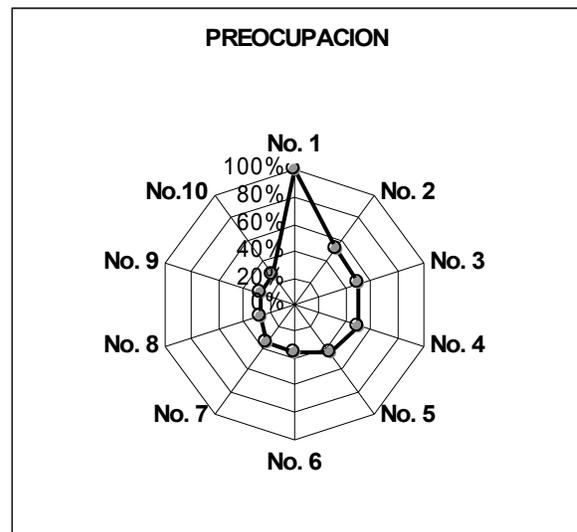
atiendan y cuiden bien son los pensamientos que le continúan en orden de frecuencia ante la palabra estímulo “preocupación”.

En 5to. lugar existe el miedo de *que muera el bebé* y en 6to. la incertidumbre que existe por *no saber cómo esta* su hijo. Le continua el asociar la palabra estímulo con *miedo e incertidumbre sobre su vida* y finalmente la “preocupación” se asocia con *no estar con el bebé*.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Por la salud de mi bebé	183	100%
2	Mi(s) otro(s) hijo(s)	94	51%
3	Que empeore su estado de salud	93	50%
4	Que lo atiendan y cuiden bien	92	50%
5	Que muera mi bebé	81	44%
6	Mi bebé esta enfermo	65	35%
7	No saber cómo esta	64	35%
8	Miedo	50	27%
9	Incertidumbre sobre su vida	49	26%
10	No estar con mi bebé	48	26%

VALOR J = 106

Tabla 3. Preocupación.



Gráfica 12. Preocupación.

b) Hospitalización.

Para la palabra estímulo “hospitalización”, se alcanzó un Valor J de 106 palabras definidoras. (Tabla 4).

En un primer lugar se encuentra *enfermedad*, quien produjo un Valor M de 130 equivalente al 100% del Valor FMG. Continuando con un Valor FMG del 77% la palabra *doctores* y *recuperar la salud* consiguió un 69% del valor FMG. Nótese que en estas tres primeras palabras relacionadas con “hospitalización” se aprecia la asociación con la salud.

Le continua en un cuarto lugar la palabra definidora *tristeza*, seguida de *cuidados*, *medicamentos*, *estar separada de mi bebé*, apareciendo nuevamente la preocupación por su recién nacido. Finalmente se encuentran las palabras *dolor*, *es necesario* y *desesperada*.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Enfermedad	130	100%
2	Doctores	101	77%
3	Recuperar la salud	90	69%
4	Tristeza	81	62%
5	Cuidados	71	54%
6	Medicamentos	55	42%
7	Estar separada de mi bebé	50	38%
8	Dolor	49	37%
9	Es necesario	48	36%
10	Desesperada	47	36%

VALOR J = 105

Tabla 4. Hospitalización.

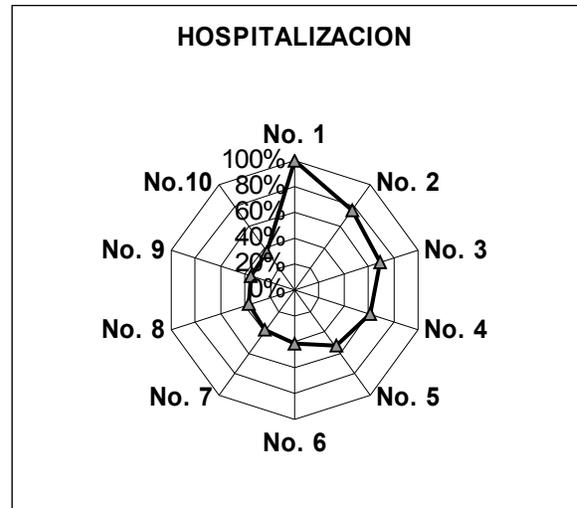


Gráfico 13. Hospitalización.

c) Temores.

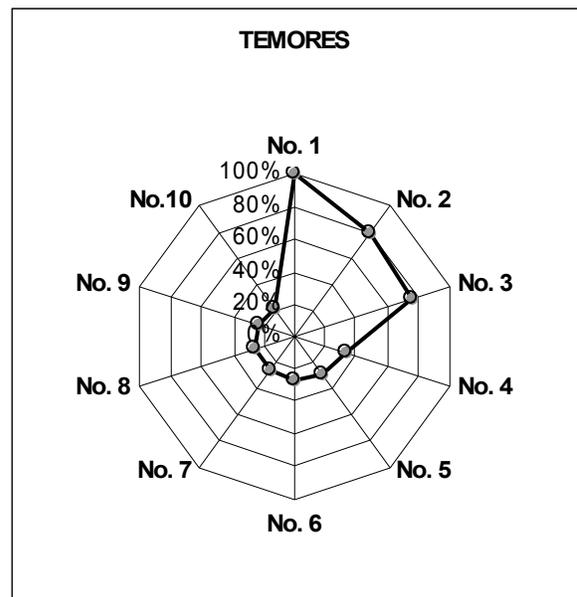
Para la palabra estímulo “temores” se originó un Valor J de 96 (Tabla 5) y al elaborar el conjunto SAM, en un valor FMG de 100 se encuentra *a que muera mi bebé* como principal pensamiento asociado al vocablo, dando cuenta de la intensa especulación que experimentan estas mujeres al tener a sus hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. En orden de importancia dentro de los pensamientos que se encontraron asociados a la palabra “temores” de las participantes, le continúa descendiendo a un 78% en el Valor FMG *que se complique*, detrás, con un 75% *que no lo cuiden bien* y, muy por debajo, con un 33%, a que me den *malas noticias*, refiriéndose a la salud del neonato. (Gráfica 14).

La probabilidad de *que estuviera más grave de lo que creo* es también uno de sus constantes temores. Le siguen los *días de hospitalización del bebé*, la persistente *incertidumbre* por aquello que no se puede predecir, *su alimentación*, que *mi bebé quede con secuelas* y finalmente que *sus pulmones no funcionen bien*, tomando en cuenta que en los bebés prematuros es la principal causa de ingreso a la UCIN.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	A que muera mi bebé	196	100%
2	Que se complique	154	78%
3	No lo cuiden bien	148	75%
4	A que me den malas noticias	65	33%
5	Que estuviera más grave de lo que creo	55	28%
6	Días de hospitalización del bebé	53	27%
7	Incetidumbre	52	26%
8	Su alimentación	51	26%
9	Que mi bebé quede con secuelas	46	23%
10	Que sus pulmones no funcionen bien	43	21%

VALOR J = 96

Tabla 5. Temores.



Gráfica 14. Temores.

d) Economía familiar.

En la palabra estímulo “economía familiar”, se obtuvo un valor J de 76 palabras, de las cuales los *gastos especiales del bebé*, refiriéndose a la alimentación parenteral, maduradores pulmonares, aditamentos determinados, etc., logró este primer lugar con un valor FMG de 100. Le siguen con un valor FMG de 94% tanto el *conseguir dinero* como la palabra *preocupación*. (Tabla 5).

Drásticamente desciende el Valor FMG hasta un 85% la palabra *muchos gastos*, *costos de hospitalización*, *no estaba previsto* (84%) y *no tenemos*

dinero (82%) son pensamientos frecuentes en las madres que en su gran mayoría son de bajos recursos económicos y se muestran abrumadas por los gastos que requiere su bebé enfermo. (Gráfica 15).

Finalmente *medicamentos, lo más importante es mi bebé y los gastos se incrementaron* son palabras que llegan a sus mentes al mencionar “economía familiar”.

Lo anterior da cuenta de la opresora situación económica que impera al tener que realizar gastos que no estaban contemplados y que de manera abrupta se tienen que asumir al verse de por medio la salud y vida de su hijo.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Gastos especiales del bebé	89	100%
2	Conseguir dinero	84	94%
3	Preocupación	84	94%
4	Muchos gastos	76	85%
5	Costo de hospitalización	75	84%
6	No estaba previsto	73	82%
7	No tenemos dinero	72	80%
8	Medicamentos	58	27%
9	Lo más importante es mi bebé	57	26%
10	Los gastos se incrementaron	38	26%

VALOR J = 76

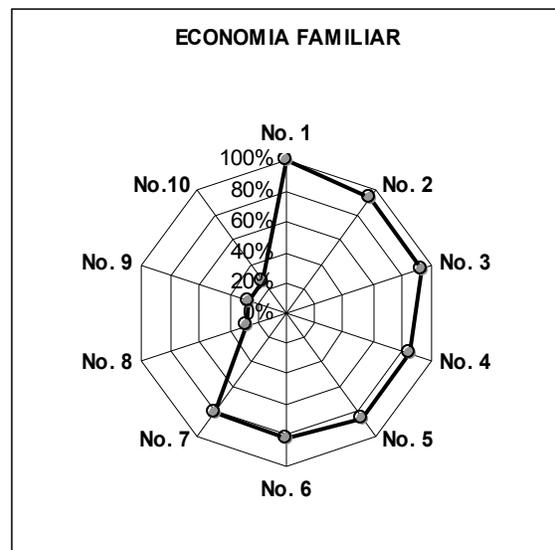


Tabla 6. Economía familiar.

Gráfica 15. Economía familiar.

1.2.2. Eje 2. Sentimientos de la madre derivados de la estancia y separación de su hijo en la UCIN.

En cuanto al eje 2, los sentimientos de madre derivados de la separación y estancia de su recién nacido en la UCIN explorados como palabras estímulo fueron:

a) Tristeza.

Teniendo como palabra estímulo “tristeza”, se encontró un Valor J de 88 palabras definidoras, obteniendo el valor FMG más alto *Separación* con un valor M de 257, equivalente al Valor FMG del 100%. Es por ello que para estas madres la *separación* de sus pequeños recién nacidos es un pensamiento apremiante que les provoca el sentirse tristes. (Tabla 7).

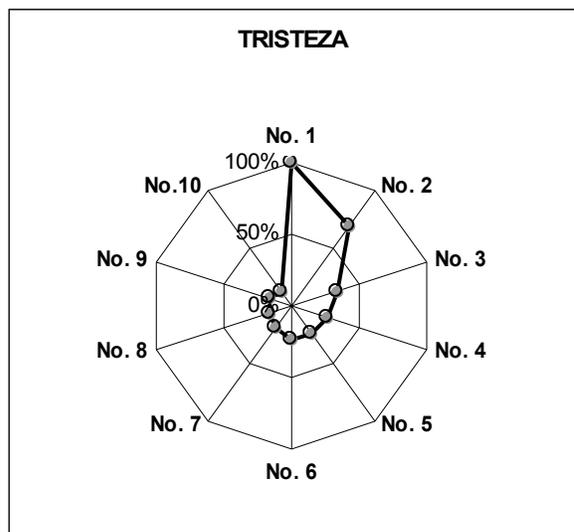
Le sigue, con un descenso significativo en el Valor FMG hasta un 68% la palabra definidora *mi bebé está enfermo*, dando cuenta de la segunda causa generadora de su tristeza. (Gráfica 16).

Nuevamente se puede apreciar en la gráfica correspondiente un declive drástico a partir de la palabra *llorar* con un correspondiente Valor FMG del 33%. Continúan las palabras definidoras en el siguiente orden: *mis otros hijos* (27%), refiriéndose a aquellos que se encuentran en casa; *por mi bebé* (24%), siendo éste muchas veces la causa de su llanto; *porque sufre* (23%), al deducir la incomodidad que la unidad de cuidados intensivos y los múltiples estudios a los que tiene que ser sometido su hijo; *no se bien cómo está* (18%), ante la incertidumbre de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento; *no puedo verlo* (16%), ya que los horarios de visita tan solo son de 30 minutos por la mañana y 30 por la tarde todos los días de la semana; *ellas están con sus bebés y yo no* (16%), pensamiento derivado del hecho de encontrarse estas mujeres hospitalizadas en compañía de otras madres que sí tienen a sus recién nacido a su lado todo el tiempo que se encuentren hospitalizadas; y por último en el décimo sitio esta la palabra *hospitalización* (13%).

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Separación	257	100%
2	Mi bebé esta enfermo	176	68%
3	Llorar	85	33%
4	Mis otros hijos	71	27%
5	Por mi bebé	63	24%
6	Porque sufre	60	23%
7	No se bien cómo esta	47	18%
8	No poder verlo	43	16%
9	Ellas están con sus bebés y yo no	42	16%
10	Hospitalización	34	13%

VALOR J = 88

Tabla 7. Tristeza



Gráfica 16. Tristeza.

b) Enojo.

Para esta palabra estímulo “enojo” descolló, con un valor M de 102 que equivale al 100% del valor FMG, la palabra definidora *hacia mi esposo*, continuando el orden de importancia hacia quien va dirigido el enojo: *con los médicos*, con un correspondiente Valor FMG del 81%, y en tercer lugar *conmigo misma* con 78%. (Tabla 8).

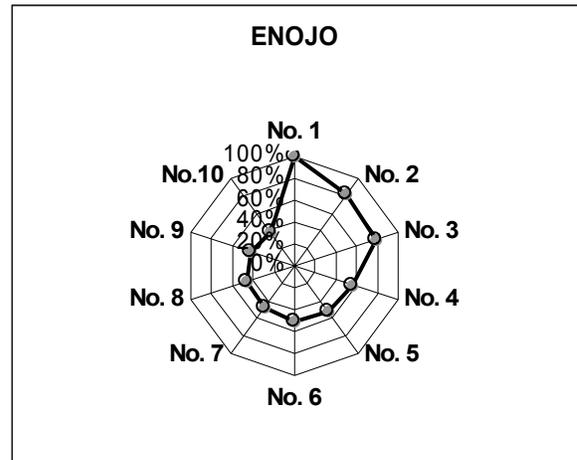
El “enojo” desciende hasta un 56% en un cuarto lugar, enfocado al hecho de *que no tengo a mi niño*, refiriéndose a su recién nacido y separado hijo. Le sigue nuevamente señalándose a sí misma, la palabra *por no haberme cuidado* (52%), pensamiento derivado de la reflexión de que el origen de la prematuridad, enfermedad, síndrome, etc. de su pequeño hijo fue la inatención hacia ella misma durante su embarazo. (Gráfica 17).

Culpa, ocupa el sexto lugar en la tabla que muestra el conjunto SAM de la palabra estímulo “enojo”. Le continúa *cuando se lo llevaron, coraje, irritable y desesperación* asociada con esta palabra estímulo.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Hacia mi esposo	102	100%
2	Con los médicos	82	81%
3	Conmigo misma	80	78%
4	Que no tengo a mi niño	58	56%
5	Por no haberme cuidado	54	52%
6	Culpa	51	50%
7	Cuando se lo llevaron	48	47%
8	Coraje	46	45%
9	Irritable	43	42%
10	Desesperación	39	38%

VALOR J = 99

Tabla 8. Enojo.



Gráfica 17. Enojo.

c) Culpa.

Para la palabra estímulo “culpa” se obtuvo en el conjunto SAM, como primer lugar, *no me di cuenta a tiempo*, representado por un Valor M de 221 palabras que equivalen al 100% del valor FMG, con mucha ventaja por encima de la palabra en segundo lugar en la tabla. Esto da cuenta del más agudo pensamiento que origina culpa en las mujeres participantes de este estudio. *No comí bien* es la palabra que sigue con un marcada caída en la gráfica al 54%, reforzando la idea de que una deficiente alimentación es la causa del malestar de su bebé. (Gráfica 17).

El *haberme embarazado nuevamente*, presenta el 45% del valor FMG, muy probablemente originado por el hincapié que se hace en el Hospital de la Mujer de planificar el nacimiento de sus hijos ya que un periodo intergenésico corto, es decir, pocos meses del nacimiento de un hijo a otro, puede provocar problemas en el embarazo de este último.

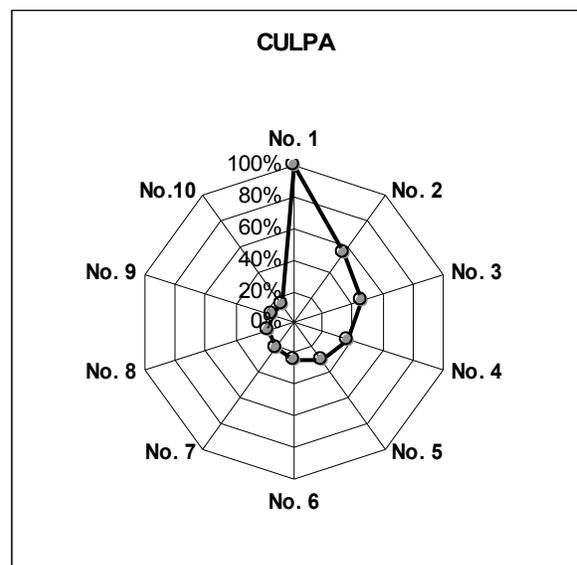
Culpa de estar estresada, afirman estas mujeres. *No me cuide bien*, lo mencionan como un error cometido. *Por no pensar positivamente*, teniendo un pensamiento mágico que fue el causante del problema en la salud de su hijo.

Nuevamente *mi bebé esta sufriendo*, aparece en esta palabra estímulo. *Debí haber hecho algo diferente*, teniendo el ferviente deseo de que a partir de ello la historia hubiera resultado otra a la actual. *Hice lo posible*, existe en algunas mujeres que se encuentran tranquilas consigo mismas y por último *no tenemos dinero suficiente*, que es derivado de que algunas de las participantes de la muestra no acudían a consultas durante su embarazo por carecer de recursos económicos o no llegaban a realizarse los estudios que se le solicitaban por el costo de los mismos; algunas otras, al ser detectado su riesgo de presentar un parto prematuro, se les pidió un medicamento que ayuda a que maduren los pulmones de su hijo aún en el útero, pero el costo de este esquema sobrepasaba su economía y por lo tanto no fueron aplicados.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	No me di cuenta a tiempo	221	100%
2	No comí bien	121	54%
3	Haberme embarazado nuevamente	101	45%
4	De estar estresada	80	36%
5	No me cuide bien	66	29%
6	Por no pensar positivamente	55	24%
7	Mi bebé esta sufriendo	45	20%
8	Debí haber hecho algo diferente	40	18%
9	Hice lo posible	34	15%
10	No tenemos dinero suficiente	33	14%

VALOR J = 72

Tabla 9. Culpa.



Gráfica 18. Culpa.

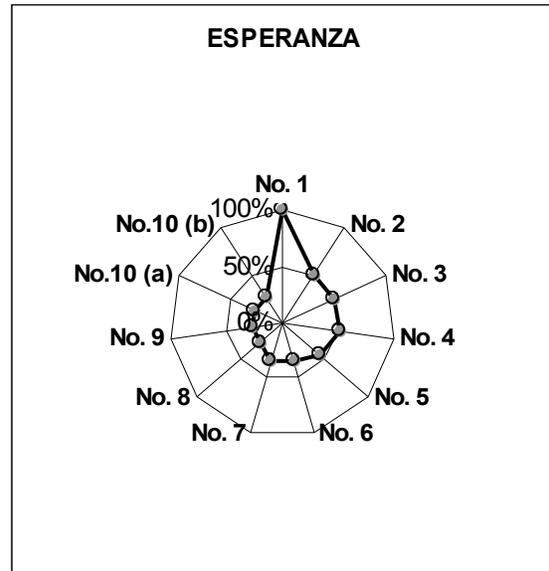
d) Esperanza.

El Valor M más alto en este conjunto SAM fue de 331 palabras. Estas madres tienen la “esperanza” de *que ya este sano mi bebé*, y así referían ellas, pronto estar en casa con el resto de la familia o bien, termine este pesar, o al menos *que no sean muchos días de hospitalización*, que obtuvo, muy por debajo del primer lugar un 51% del Valor FMG. Y, para el mejor de los deseos relacionados con la “esperanza”, *que se fuera conmigo*, al ser dadas de alta. Cabe mencionar que la gran mayoría de las mujeres que puérperas permanecen de uno a dos día hospitalizadas.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Que ya este sano mi bebé	331	100%
2	Que no sean muchos días de hospitalización	106	51%
3	Que se fuera conmigo	70	50%
4	Tenerlo conmigo	64	50%
5	No este muy grave	56	44%
6	Estar Todos juntos	40	35%
7	Dios	38	35%
8	Que esto pase	38	27%
9	Sea normal	36	26%
10 (a)	De que viva	32	26%
10 (b)	Poder verlo	32	26%

VALOR J = 80

Tabla 10. Esperanza.



Gráfica 19. Esperanza.

e) Felicidad.

La frase asociada principalmente a “felicidad” para las mujeres de esta muestra fue que mi bebé este bien, representado en un Valor M de 152 equivalente al 100%, teniendo como subsiguiente el estar con mi bebé, con el 61%, dando cuenta de la necesidad de estar cerca con su hijo para que se dé el apego y a partir de éste se continúe el vínculo afectivo que inicialmente se dio durante la

gestación. Prueba de ello es el deseo de estas madres de estar juntos, que ocupa el tercer lugar dentro del conjunto SAM con un 58%.

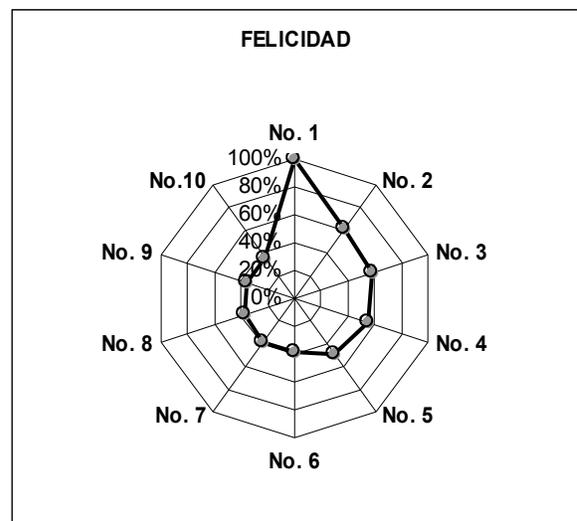
Sacarlo de aquí, refiriéndose al internamiento en el que se encuentra el bebé en la UCIN, aunado a acariciar a mi bebé, dan cuenta de la necesidad imperante de tal contacto.

La “felicidad” la conciben en completud con mis otros hijos y mi familia que tienen un sexto y un octavo lugar respectivamente. El deseo de que mi bebé se recupere, y bienestar, dejan ver el ensombrecimiento que tiene el concepto de “felicidad” ante el riesgo de salud de su hijo.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Que mi bebé este bien	152	100%
2	Estar con mi bebé	93	61%
3	Estar juntos	89	58%
4	Sacarlo de aquí	84	55%
5	Acariciar a mi bebé	75	49%
6	Mis hijos	60	39%
7	Que mi bebé se recupere	59	38%
8	Mi familia	57	37%
9	Bienestar	54	35%
10	Ver a mi bebé	54	35%

VALOR J = 88

Tabla 11. Felicidad



Gráfica 20. Felicidad.

1.2.3. Eje 3. Riesgo del vínculo con el hijo.

Las palabras estímulo expuestas para explorar el riesgo vincular son:

- a) Separación.

El conjunto SAM que se resulto de la palabra estímulo “separación” tiene como primer lugar la palabra definidora *tristeza*, con un Valor M de 200, que por lo tanto equivale al 100%. Partiendo de un Valor J de 88 palabras. Le antecede la palabra definidora *no esta conmigo mi bebé*, quien tiene una significativa diferencia en relación a la primera palabra ya que cuenta con un 69% del Valor FMG.

“Separación” también es asociada con *preocupación* (53%) e *incertidumbre por su estado de salud* (53%), refiriéndose a sus pequeños.

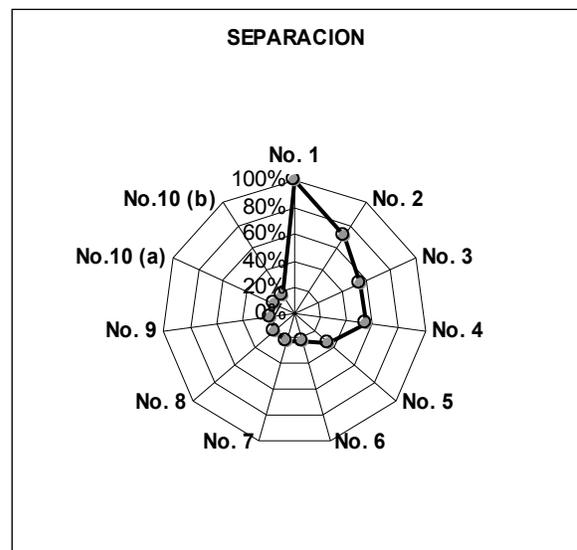
Sufrimiento (34%), por una separación prematura e inesperada, incierta e indeseada. Sentimiento que es compartido ante el pensamiento de *mi (s) otro(s) hijo(s)*, toda esta situación provoca *angustia, desesperación, Impotencia* y miedo.

Existe un deseo de imperante de *quiero verlo*, derivado del deseo de estas madres de confirmar cómo se encuentra su bebé, estar cerca de él, que le den información sobre su estado de salud.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Triste	200	100%
2	No esta conmigo mi bebé	139	69%
3	Preocupación	107	53%
4	Incertidumbre de su estado de salud	69	53%
5	Sufrimiento	48	34%
6	Mi(s) otro(s) hijo(s)	45	22%
7	Angustia	44	22%
8	Desesperación	41	20%
9	Impotencia de no poder hacer nada	37	18%
10 (a)	Miedo	35	17%
10 (b)	Quiero verlo	35	17%

VALOR J = 88

Tabla 12. Separación.



Gráfica 21. Separación.

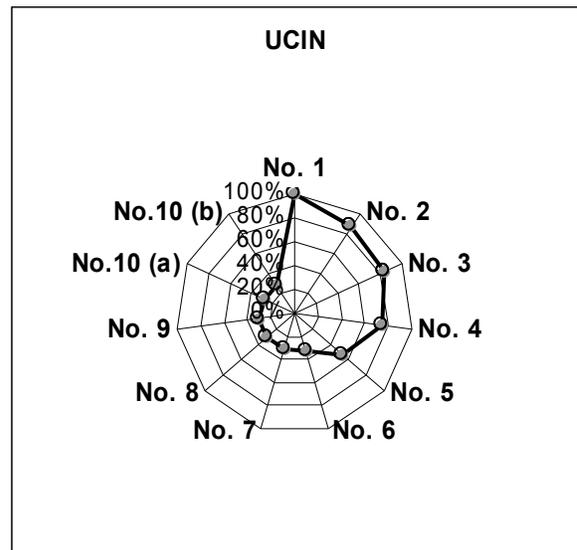
b) UCIN.

Cuidados especiales, es la palabra definidora que ocupa el primer lugar dentro del conjunto SAM, con un Valor M de 123. Este conjunto tiene un Valor J igual a 101 palabras definidoras. *Triste* es la palabra definidora que obtuvo el segundo lugar con 86% en el conjunto asociado con la palabra estímulo **UCIN**, siendo entonces percibido como un lugar en donde impera este sentimiento, aunado a *incubadoras* (83%), *está grave* (74%), *aparatos* (67%), *oxígeno* (42%), *respirador* (32%), *no lo puedo tener conmigo* (31%), *bebés especiales* (30%), *soledad* (29%) y *sufrimiento* (29%), una mezcla de percepción de objetos y sentimientos depositadas en el mismo lugar, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sitio en el que se encuentran sus hijos, lugar en el que se conjunta esfuerzos y tecnología en pro de la salud.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Cuidados especiales	123	100%
2	Triste	107	86%
3	Incubadora	103	83%
4	Esta grave	92	74%
5	Aparatos	67	54%
6	Oxígeno	42	34%
7	Respirador	40	32%
8	No lo puedo tener conmigo	39	31%
9	Bebés especiales	38	30%
10 (a)	Soledad	36	29%
10 (b)	Sufrimiento	36	29%

VALOR J = 101

Tabla 13. UCIN.



Gráfica 22. UCIN.

c) Contacto con tu bebé.

Acariciarlo es la palabra definidora que esta en primer lugar dentro del conjunto SAM, asociada con la palabra estímulo que les fue presentada a este grupo de madres “contacto con tu bebé”, con un Valor M de 133 en relación al Valor J de 91. Le continua *abrazarlo* con un Valor FMG de 78% y *tenerlo conmigo* con 70%. Asociaciones que emanan afecto y deseo de contacto.

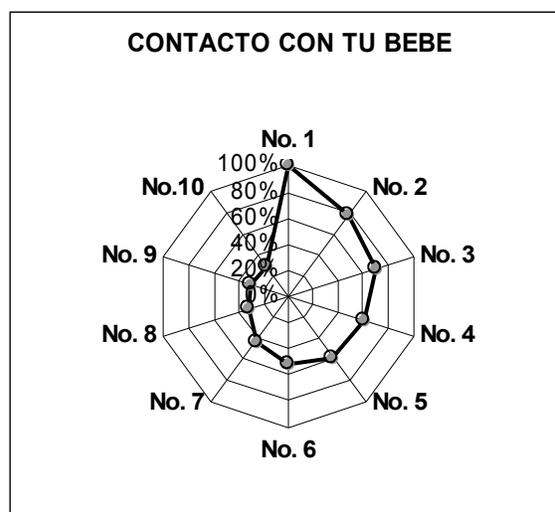
En cuarto lugar, *felicidad/alegría* con 60% de valor FMG, en quinto se encuentra *hablarle* y en sexto *darle de comer*.

Ternura, amor inexplicable, conocerlo y verlo, son palabras definidoras que se encuentran en la segunda mitad de la tabla del conjunto SAM.

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Acariciarlo	133	100%
2	Abrazarlo	105	78%
3	Tenerlo conmigo	94	70%
4	Felicidad/Alegría	81	60%
5	Hablarle	77	57%
6	Darle de comer	68	51%
7	Ternura	57	42%
8	Amor inexplicable	43	32%
9	Conocerlo	40	30%
10	Verlo	37	27%

VALOR J = 91

Tabla 14. Contacto con tu bebé.



Gráfica 23. Contacto con tu bebé.

d) Bebé ideal.

De la palabra estímulo “bebé ideal”, arrojó un valor J de 110 palabras, de las cuales la palabra definidora *sano* fue la que apuntalo en la tabla del conjunto SAM (tabla 14), con un valor M de 260, equivale al 100% del Valor FMG. Lo

anterior deja ver que el principal deseo de este grupo de mujeres es el tener un hijo en condiciones de adecuadas de salud.

En segundo lugar, teniendo evidente descenso hasta un 33% de Valor FMG, la palabra definidora *que estuviera conmigo*. Obsérvese en la gráfica 24 como cae el puntaje del valor FMG, a partir de esta palabra para este conjunto SAM.

El “bebé ideal” es percibido como *que sea feliz, que sea un niño normal, luchón*.

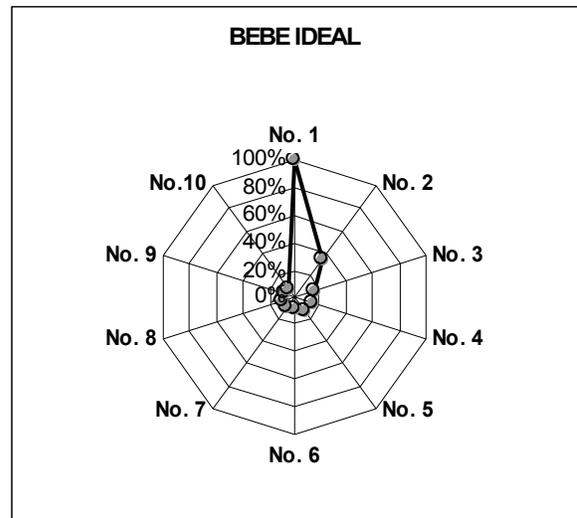
Por otro lado nuevamente aparece el anhelo de *que estemos juntos*, para estas madres.

Tranquilo, agradable, tal como son los bebés y el mío son las palabras que le continúan en esta tabla. (tabla 15).

CONJUNTO SAM		VALOR	VALOR
No.	PALABRA DEFINIDORA	M	FMG
1	Sano	260	100%
2	Que estuviera conmigo	86	33%
3	Que sea feliz	40	15%
4	Que sea un niño normal	36	13%
5	Luchón	35	13%
6	Que estemos juntos	25	9%
7	Tranquilo	23	8%
8	Agradable	21	8%
9	Tal como son los bebés	20	7%
10	El mío	19	7%

VALOR J = 110

Tabla 15. Bebé ideal.



Gráfica 24. Bebé Ideal.

2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

2.1. Eje 1. Pensamientos de la madre en relación a la estancia y separación de su hijo en la UCIN.

Fundamentado en lo encontrado en el Eje 1, el cual lo constituyen las palabras estímulo preocupación, hospitalización, temores y economía familiar, se concluye lo siguiente:

Las mujeres que tienen a sus pequeños hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos se encuentran principalmente ante pensamientos intensos y constantes generadores de una gran *preocupación* derivada por la incertidumbre que existe del estado de salud de sus hijos internados, ya que el no tenerlos a su lado (alojamiento conjunto), aunado al poco tiempo en que pueden acudir a visitarlo en la Unidad de Cuidados Neonatales durante el día (2 veces al día), con tan solo un tiempo de 30 minutos en cada visita y que siendo ahí el único lugar en donde se les da la información referente al diagnóstico, tratamiento y en el menor de los casos el pronóstico de salud del bebé, pasan largos periodos de tiempo sin tener noticias concernientes a la evolución favorable o desfavorable de la salud de sus bebés. Lo que propicia,

dependiendo de las circunstancias del nacimiento, enfermedad, síndrome, complicación, etc. del niño, la personalidad de la madre, redes de apoyo y la calidad del vínculo afectivo madre-hijo gestada durante el embarazo, que ésta sea más o menos intensa acompañada o no de pensamiento fatalista basado en elemento reales o fantaseados.

Es por todo esto que la experiencia de estar *hospitalizadas* lo relacionan con enfermedad y médicos, pero también con la esperanza de recuperar la salud, vislumbran la posibilidad de que puedan salir con vida y salud. Pero durante su estancia experimentan tristeza, dolor y desesperación.

Independientemente de lo antes dicho existe un hecho real que es el riesgo latente en la vida del menor y por ello estas mujeres experimentan un constante *temor* a que sean notificadas sobre el deceso de su bebé, ya que muchas de ellas albergan la posibilidad de “un milagro”, que algo suceda y que entonces se revierta la expectativa de vida que se les ha dado sobre su hijo, que recupere su salud. Situación que tan solo dura un corto periodo de tiempo y como parte de un mecanismo de defensa, la negación o bien, como parte del proceso de duelo, la llamada negociación o regateo. Después de este estado, poco a poco van aceptando con gran pesar y tristeza la realidad y el tener que hacerle frente a ésta con los muchos o pocos elementos que su medio y su Yo le permita. Para entonces sus temores se verán encaminados a que empeore o se complique su salud o que talvez su motivo de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos sea más grave de lo que ellas suponen. También, suponiendo que evolucione favorablemente, los miedos que las rodean tienen que ver con la posibilidad de que quede con secuelas, incluso en ocasiones cuando los bebés son dados de alta no quieren llevárselos de inmediato por la inseguridad que les genera el pensar que en casa pudieran presentar alguna complicación y que entonces no sepan que hacer o incluso mueran en casa.

Los *gastos económicos* que se presentan durante la estancia tanto de la madre como del hijo en el hospital, mismos que no se tenían contemplados en la mayoría de los casos (ya que se desconocía las complicaciones del embarazo, parto y puerperio) aparecen de manera abrupta e imprevista, elevando significativamente el gasto económico en comparación con el nacimiento normal de un hijo. Los familiares deben conseguir el dinero necesario para cubrir los requerimientos de ambos, situación que se les complica pues la población que mayoritariamente atiende el Hospital de la Mujer es de estatus socioeconómico de medio a bajo, desencadenando esto un estrés familiar que generalmente también lo vive la madre del recién nacido internado, aunque en su caso se ve seriamente limitada por su estancia aún en el nosocomio.

2.2. Eje 2. Sentimientos de la madre derivados de la estancia y separación de su hijo en la UCIN.

Fundado en que se encontró en el Eje 2, mismo que lo conforman las palabras estímulo tristeza, enojo, culpa, esperanza y felicidad, se comenta lo siguiente:

Consecuencia de la separación que experimentan las madres con recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos por su deficiente estado de salud, estas mujeres se muestran *tristes* al no poder estar junto a su hijo, ejerciendo su función materna al cuidarlo, atendiendo y darle muestras de su afecto. A cambio de ello tan solo experimentan llanto, miedos e incertidumbre por la enfermedad y el sufrimiento de su niño. También aparece el sentimiento de la envidia ya que las otras recién madres si gozan de la presencia permanente de su neonato.

También experimentan *enojo*, dirigido principalmente al esposo, seguidamente del médico por aquello que hicieron o que omitieron en beneficio de su bebé y que creen pudo haber cambiado la historia y evitado tan desagradable realidad.

Pero también ellas se hacen responsables de lo ocurrido, pensando que debieron haber hecho algo más o algo diferente, enojándose consigo mismas o en otros casos, revirtiendo sobre sí mismas su enojo a manera de sentimiento de *culpa* por no haber dado a luz un hijo sano haciéndose con ello responsables de su enfermedad y, en el peor de los casos, responsables de su muerte. Existe en ellas creencias y mitos que alimentan tal culpa, tales como el pretender que pensamientos pesimistas originaron el desenlace fatídico de su embarazo, el no haberse protegido del eclipse, mal de ojo, etc. o bien, si al enterarse de su embarazo o en el transcurso de éste cruzó por su mente el deseo de no estar embarazada y que por ello “Dios las castigó”.

Por otro lado, en aquellas mujeres en que la maternidad les resultó algo añorado y al estar embarazadas se regocijaron, sus pensamientos van encaminados a sentirse tranquilas consigo mismas pues dicen: hice lo posible.

En cualquiera de ambos casos, ellas albergan la *esperanza* de que su bebé enfrente y supere la situación crítica y puedan entonces llevarlo a casa, deseando que esto sea en pocos días y ahora sí estar juntos, tal y como “debería” de ser, tal y como alguna vez lo visualizaron durante su embarazo, representando esto para ellas el concepto de *felicidad*, de un estado de plenitud y completud.

2.3. Eje 3. Riesgo del vínculo con el hijo.

Para el Eje 3, que tiene como objetivo la exploración del peligro que corre el vínculo afectivo madre-hijo a partir del estudio de las palabras separación, UCIN, contacto con tu bebé, bebé ideal y bebé real, se expone que:

Debido a la *separación* temprana que experimenta la madre y su recién nacido por la deficiente salud de este último, motivo de su internamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos, se experimenta tristeza, preocupación, miedo,

impotencia y desesperación, emociones y sentimientos que pueden poner en riesgo la consolidación del vínculo madre-hijo al estar la madre atravesando por una situación crítica que deriva en un estado de vulnerabilidad emocional que la desgasta y entonces la limita en su acercamiento, necesario para el apego entre la madre y el bebé.

La *Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales* (UCIN) es conceptualizada como un lugar en donde se prestan cuidados especiales a sus frágiles bebés que requieren de elementos sofisticados tales como las incubadoras que regulen el calor de sus cuerpos, los ventiladores (que ellas llaman respirador) que suplen la función que sus inmaduros pulmones no pueden hacer, el oxígeno que es administrado a través de otras vías diferentes al ventilador y que saben es indispensable para vivir, así como también de los cuidados por personal especializado como son los médicos y enfermeras que se encuentran permanentemente en esta unidad proporcionando los atenciones a sus hijos.

Se advierte en esta área tristeza, soledad y sufrimiento de ambas partes. Madres e hijos que lloran por dolor físico y emocional, por un ambiente antinatural, algo que no es esperado ni mucho menos deseado. Situación absurda e ilógica pues “así no debería de ser” (expresan ellas) el encuentro de una madre con su hijo después de meses de espera, aquello que generaría gran felicidad es ahora motivo de tristeza y preocupación constante ante la amenaza por su salud y vida.

El *contacto físico con sus bebés* tan añorado, tan necesario, algo innato, ahora es limitado o incluso nulo, ya que su bebé es frágil y al ser sacado de la incubadora pierde calor y puede tener desajustes. Tan solo puede ser tocado después de una seguir una serie de pasos de higiene (lavado de manos, colocación de bata, cubre bocas y gorro) para solo así, acariciarlo y transmitirle afecto, bajo un marco de restringido tocamiento, la ignorancia de cómo abordarlo y el temor a lastimarlo.

Estas madres desean el contacto físico con sus recién nacido, desean tenerlo junto a ellas y así poder hablarle, acariciarlo y abrazarlo, desean desarrollar su rol materno dándole de comer, bañarlo, cambiarlo de pañal, etc., algunas madres mencionaron que llegaron a sentir celos por las enfermeras que cuidaban a sus hijos, esas mujeres que permanecían mucho más tiempo junto a ellos haciendo lo que idealmente le correspondería a una mamá, otras más reportaban el temor de que se encariñaran más con las enfermeras que con ellas mismas debido, una vez más, a que éstas pasaban varias horas junto a sus bebés y los atendían.

Definitivamente su concepto de *bebé ideal* se conceptualiza bajo el deseo de un hijo nacido sano o que prontamente recuperara la salud, para entonces haber pasado inadvertida tan desagradable experiencia. Su perfecto hijo, es aquel que no requiere de las atenciones extraordinarias que ofrece una unidad de cuidados intensivos, que tan solo fuera como el común de los recién nacidos, un bebé normal, un niño que se encontrara en todo momento a su lado, feliz, tranquilo.

Perciben entre hijo ideal y su realidad un bebé que lucha, que se enfrenta a la adversidad, que se aferra a la vida.

Por todo lo anterior, atendiendo a la pregunta de investigación se puede concluir que, tanto los pensamientos como los sentimientos que presentan las madres de los recién nacidos que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, dificultan la conformación de vínculo madre-hijo, cabe mencionar que existen otros elementos que influyen para un mayor o menor riesgo de dicho vínculo, tales como la salud mental de la madre, relación de pareja, condiciones de salud del recién nacido, precursores vinculares, atención recibida por parte del personal médico del hospital, etc.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1. DISCUSIÓN.

Cuando un bebé in útero tiene algún problema congénito, visible a los aparatos con los que cuenta el médico u hospital al que acude a sus consultas de control prenatal y es revelado a sus padres, a pesar de que es un duro golpe a su psiquismo, el tiempo que resta para el momento del parto, da la oportunidad de procesar el duelo por el hijo ideal e irse preparando para recibir al real el cual requerirá ser ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos o quizá fallezca, a menos que resulte mejor su salud de lo pronosticado.

Al ser comunicados estos hallazgos a la madre embarazada, intensifica significativamente lo que ya mencionaba Vives (1991) con respecto a un embarazo en condiciones normales “un periodo crítico, tortuoso y de grandes ansiedades” (p. 26).

En estas madres que han sido notificadas de anormalidades durante la gestación, se vuelve realidad las fantasías de daño fetal y malformaciones, o

pensamientos negativos y pulsiones agresivas, fortaleciéndose la creencia del poder que ostentan para imprimir un daño en su pequeño hijo.

Mathelin (2001), hace referencia a lo anterior al afirmar que:

“Cualquier relación esta hecha de ambivalencia, lo bueno contiene a lo malo, así como el amor contiene al odio, guardar y destruir o dar y recibir son el revés de la misma moneda. Pensar en la existencia de un amor materno sin violencia, sin odio, sin ambivalencia sería tan radical como negar la existencia de lo inconsciente” (p.14).

Resulta además, lo que Axelrdon y Vives (2000) mencionan a partir de la pérdida del bebé imaginario, “puede sobrevenir un cuadro melancólico, una depresión en los casos leves, o una ruptura psicótica con la realidad, en los más graves” (p. 127).

Es por ello que las últimas semanas o meses que restan de embarazo, es un periodo sumamente difícil en donde se experimenta diversos sentimientos tales como, incredulidad, negación, desilusión, enojo, tristeza, frustración, temor, odio, duda, culpa y envidia (Gómez-López, 2007, Mota, 2007) teniendo además que realizar continuamente estudios y tratamientos en los que la madre mantiene la esperanza de que se presenten datos que contradigan lo antes dicho y que todo quede como un “susto”, un “error”, “una mala experiencia”, refieren las participantes.

Todo lo anterior pone en riesgo la continuidad del vínculo afectivo madre-feto que, hasta antes de ser manifiesta la anormalidad del embarazo, se forjaba entre ellos. Las ilusiones depositadas en el bebé y el futuro de ambos, que era estructurado en la mente de la madre, se ve coartado. Ahora será duro tener que vivir el tiempo que le resta de embarazo sin grandes proyectos ni ilusiones, y qué difícil vincularse su hijo in útero a sabiendas de no saber si podrá sobrevivir a los requerimientos del ambiente extraútero, un hijo con vida

incierto, que quizá tan solo tendrá vida mientras esté en el vientre materno o unas cuantas horas, o semanas o meses después de salir de él.

Por otro lado, no se pierde de vista la repercusión que tal conducta pudiera tener en el bebé, Liaudet (2000) señala que para que el desarrollo del feto sea satisfactorio, es obligatorio que exista un vínculo de deseo inconsciente de la madre y que la inexistencia del vínculo pueda dar origen a un desequilibrio psicológico en el niño. Respaldada en las investigaciones que Sontag y Cols. (citado por Liaudet, 2000) llevaron a cabo, en donde comprobaron que el estado emocional de la madre puede influir en el feto a partir de una relación neuroquímica.

Ante tales noticias se tiene a una madre agobiada por lo probable pero incierto, y la búsqueda de contención y seguridad de la que habla Vives (1991) durante un embarazo en condiciones normales, se torna ahora más apremiante, es ahora más solicitada en su pareja que también se encuentra afectada, en la familia o muchas de las veces en un ser supremo, Dios, en espera de un milagro pues los médicos ya no pueden ofrecer más, refieren las participantes.

En los casos en donde la madre se da cuenta de las deficiencias que tiene su hijo, hasta el momento de que este nace, lo inmediato y apresurado del parto dificulta la aprobación del recién nacido, pronosticándose con ello una mayor dificultad para la aceptación del mismo y por lo tanto un riesgo vincular. Ya lo mencionaban Isaías y León (1992) que los padres confrontan la imagen real del hijo con la representación de él, que han estado sintetizando, y utilizan dicha representación para basar la relación con él, y definitivamente su hijo ideal no es éste.

En la información que arroja el presente estudio, las participantes describen a su bebé ideal como un niño sano, un niño normal (tabla 15). Uno de los miedos que tienen principalmente las mujeres embarazadas son el que su hijo tenga

algún problema durante su desarrollo in útero. Temor que se convierte en realidad en los casos en que las madres son separadas de sus hijos, ante ellos, su segundo concepto de bebé ideal es que éste estuviera consigo y tener así una felicidad completa ya que lo conceptualizan como un niño que lucha, que sobrepondrá a la adversidad.

Regresando al momento próximo al parto en cualquiera de ambos casos, teniendo o no información previa de las condiciones en las que nacerá su bebé, señala Matheline (2001) que “si bien la ambivalencia está presente durante todo el embarazo, el nacimiento sin problemas vuelve a narcisizar a la madre al entregarle un bebé lindo y sano que la tranquiliza y la gratifica” (p. 18), situación que no se presentará en estos nacimientos.

Ya en la sala de labor de parto estas madres se encontrarán muy probablemente con el hecho de no poder acariciar, besar, abrazar, mucho menos permanecer a lado de su recién nacido hijo, tan solo conseguirá verlo durante unos cuantos segundos, pues él requerirá de la pronta intervención de los médicos especialistas para salvaguardar su vida e inmediatamente después, ingresarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos para dar continuidad a esta labor.

Se da entonces cuenta que sus cuidados maternos resultan insuficientes ante los requerimientos de su bebé, que no es posible ofrecerle la cercanía, cuidados y protección que una madre ofrecería a su hijo, así que tienen que confiar los cuidados de su hijo o hija a extraños siendo esto un duro golpe a su autoestima pues su conducta materna no se consolida. Ya lo señalaba Maldonado y Morales (1998), al afirmar que los padres:

“Sienten emociones normales como recelo y enojo por no poderlo cuidar ellos mismos, mientras que los expertos se hacen cargo del bebé y pasan más tiempo con él que los padres. Tienen sensación

de frustración e impotencia por no poder hacer más por su hijo para aliviarlo” (p. 331).

El llamado “periodo sensible” que menciona Winnicott (1998) aparece durante los primeros momentos postnatales (una hora aproximadamente), necesario para que exista un adecuado apego y vínculo, no se presenta bajo tales condiciones de nacimiento.

Una maternidad lastimada, un inexistente periodo de tiempo, “el periodo sensible”, una separación temprana, una incertidumbre que aflige, una felicidad olvidada, un futuro incierto... panorama nada fértil para la conformación del apego y vínculo, entre la madre y el recién llegado.

La llamada “conducta de apego”, estudiada y acuñada por Bowlby (1993), en donde él señala la importancia que tienen las conductas primarias que favorecen el contacto entre la madre y su hijo, se ve seriamente afectada en estos nacimientos, pues diversas causas dificultan tal cercanía.

En el caso de los neonatos que se encuentran en las UCIN la lactancia se ve seriamente limitada, Pinol-Douriez (1995) hace hincapié en que el aferramiento oral al pezón, el aferramiento tacto-kinestésico al seno y la seguimiento del objeto que inicia siendo visual, luego tacto-kinestésica y finalmente locomotriz, son manifestaciones de apego.

De igual manera Winnicott (1998), afirma que “cuando la madre y el bebé se amoldan recíprocamente en la situación alimentaria, ello constituye el comienzo de una relación humana. Se establece así el modelo para la capacidad del niño de relacionarse con objetos con el mundo” (p. 88).

Esta falta de cercanía y convivencia, consecuentemente afecta la capacidad vincular, aquella que afirman Vives, Lartigue y Córdoba (1992), “la capacidad

de relación emocional con el otro” reconociendo que se sustenta en un mecanismo biológico de la conducta de apego, pero que tiene que ver con un componente psicológico, más abstracto, de las relaciones emocionales del ser humano con sus semejantes y el mundo.

Las madres participantes manifiestan ese deseo de cercanía, de apego, al expresar sus ganas de acariciar, abrazar, tenerlo consigo, hablarle, darle de comer les proporcionan felicidad y alegría (tabla 14).

La mirada, un elemento indispensable para el fortalecimiento del vínculo afectivo, señala Bowlby (1993) también lo anhelan las participantes (tabla 14) que se encuentran separadas de sus bebés. O que en los momentos de visita buscan se entrecrucen sus miradas, encontrando una negativa por la prematurez, o limitantes propias del bebé en cuestión. Lebovici en 1988 y Bowlby en 1976 (citados por Bowlby, 1993) dicen que la mirada recíproca de la madre incrementa la tendencia que su hijo fije la mirada sobre su cara.

Así pues, aquellos eventos que permite la continuidad del vínculo afectivo después del nacimiento no existe en estos casos. No hay contacto piel a piel, los bebés no son tocados más que para ser atendidos (García y Polanco, 2000), no hay las importantes caricias que deben ser continuamente realizadas sobre el cuerpo del bebé, no es posible que sea cargado y amamantado (Lidz, 1985, Vives, Lartigue y Córdoba, 1992,), no hay intercambio de miradas (Aulagnier, 1986, Lebovici, 1988, Bowlby, 1993, Winnicott, 1998, Barriguete, Casamadrid y Salinas, 2000), no existe el acunamiento (Branzelton, Berman y SIMO, 1991), no se ejerce el maternaje, quizá por semanas, tal vez por meses, tal vez nunca.

Ahora bien, los pensamientos y sentimientos derivados de la estancia del recién nacido pueden resultar perturbadores como lo afirma González y Cols. (2000) y

provocar relaciones insatisfactorias en la relación madre-hijo, tales como “relaciones madre-hijo incorrectas o relaciones madre-hijo insuficientes”.

La preocupación que reportan las madres participantes por la salud de su recién nacido, por tener un hijo enfermo, así como el temor constante a que empeore su salud o la incertidumbre por su vida, aunado a la preocupación por el bienestar de sus otros hijos (tabla 3 y 5), incrementan la probabilidad de que se presente una depresión posparto resultando lo que afirman Axelrod y Vives (2000) “el recién nacido se ve privado, parcial o absolutamente de la investidura libidinal de su progenitora”.

La probabilidad de presentar depresión se incrementa si se prolongan los días de internamiento de la madre, ya que ellas conceptualizan el permanecer hospitalizada como el verse inmersa en un ambiente de enfermedad, doctores y dolor que sabe son necesarios para recuperar la salud, pero no por ello deja de experimentar tristeza y desesperación al encontrarse separadas de su bebé, solas, lastimada en su autoestima y dejando de ejercer su rol materno (tabla 4).

Con respecto a esto Maldonado y Morales (1998) afirman que:

“Viven en constante incertidumbre sobre el estado de su hijo (a), y cada día puede traer problemas, complicaciones o dificultades nuevas, esto produce desgaste emocional, sobre todo si la situación dura semanas o meses. Con cada nueva crisis, hay temores, interrogantes y dudas respecto al futuro del niño. Esto puede llevar a ansiedad crónica, depresión o irritabilidad y conflictos interpersonales con los padres” (pp. 333-334).

Con ello se corre el riesgo de que las madres dejen de acudir a visitar de manera breve pero diariamente a su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos, viéndose también el bebé afectado. Kreisler (1995) menciona que la separación sigue siendo un elemento importante en las respuestas depresivas

del neonato que resulta del poco contacto con la madre, o cuando ésta se presenta físicamente pero psicológicamente esta ausente.

Súmese a todos estos pensamientos y sentimientos el estrés generado por una situación económica limitada, que se seriamente afectada por el incremento inesperado de los gastos que genera el internamiento del bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos aunado a los días de estancia (tabla 6), viéndose en la necesidad de conseguir dinero para sufragar tales pagos no previstos.

La madre participantes experimentan sentimientos intensos como la tristeza, derivada de la necesidad forzada de tener que estar separada de su hijo al estar enfermo o delicado de salud, teniendo la percepción de que sufre. Igualmente se siente triste por tener que estar separada o no poderlo ver, de su recién nacido y, en caso de que los tenga, de sus otros hijos que se han quedado bajo el cuidado de familiares o amigos. Es entonces que tenemos madres que expresan su tristeza con llanto (tabla 7). Además recuérdese que Kübler-Ross (2002) y Mota (2007) señalan que la pérdida real o simbólica, provoca un estado de duelo en donde se experimenta la tristeza.

Kübler-Ross (2002), hace mención que la elaboración de un duelo lleva al individuo a vivenciar diversas emociones mientras atraviesa por las fases (negación, ira, pacto, depresión y aceptación) de este proceso, llevándolo a experimentar sentimientos que desgastan emocionalmente estas mujeres y dificultan la conformación de lazos afectivos con su hijo.

Es por ello que se encontró en las mujeres participantes, a partir de tener que procesar la pérdida por el hijo ideal vs. real, que la ira va dirigida principalmente hacia su cónyuge o pareja, por aquello que dejó de hacer al igual que a los médicos por no haber hecho más y hacia sí misma por aquello que hicieron mal (tabla 8). Brazelton, Bergman y Simo (1991) señalan que “una madre que tiene que dejar a su hijo con alguien más toma para sí misma la culpa o proyecta

sobre otra gente en todo lo que es bueno y se toma lo malo para sí misma o viceversa” (p. 40).

Ya que al haber tenido a su hijo en su vientre, concibe la fantasía de responsabilidad por todo aquello que pudiera ocurrirle. El no haberse dado cuenta a tiempo, el no comer bien, estar estresada, no pensar positivamente, son algunos de los muchos pensamientos que se generan en la mente de estas mujeres, culpándose a sí mismas por la situación actual (tabla 9). Mathelin (2001) dice:

“Las madres que acaban de dar a luz a un niño enfermo o a un prematuro, se enfrentan -más que cualquier otra madre- con una imagen de mala madre que ellas tienen de sí mismas, una madre que no pudo llevar a su niño, que le dio una vida demasiado frágil y que tal vez, incluso, deseó su muerte” (p. 18).

En este tema de la culpa, también Gauvain-Piquard (1995) puntualiza que “es seguro que la enfermedad del lactante, y más específicamente su dolor, lástima a los padres, quienes se encuentran reducidos a una situación de impotencia, Además, todo ello reaviva la culpabilidad ligada a la agresividad que existe en todo padre y madre frente a su hijo” (p. 326).

A pesar de todo, las partícipes de este estudio, no pierden la esperanza de que su hijo recupere la salud en un corto periodo de tiempo, anhelan que no exista una gravedad que les impida el estar en breve, juntos (tabla 10). Y con ello lograr la felicidad al existir la cercanía que les permita intercambio de caricias y compartir con el resto de la familia tal bienestar (tabla 11). Quizás como una manera de traer a su presente al hijo idealizado, negando aún su bebé real, al bebé frágil, enfermo, con algún defecto congénito o tal vez muerto.

Matheline (2001) también se pregunta: “¿Cómo investir a un niño que ella siente monstruoso y perseguidor, que significa para ella su impotencia y su fracaso? Las madres casi no pueden ver a un niño que no les devuelve nada de su propia imagen. El trabajo con las madres es siempre un trabajo de duelo, de pérdida y de separación. Cuando ellas pueden simbolizar la falta, se les hace más fácil despegar al niño del horror de lo real y proyectar en él un futuro posible (p. 28).

Es por todo esto que el riesgo vincular es mayor en las madres que tienen que estar separadas de sus recién nacidos. Brazelton, Bergman y Simo (1991) aseveran que una madre que tiene que separarse de su hijo corre el riesgo de desvincularse, por no está cuidando del hijo, pero además porque “es doloroso, muy doloroso dejar al bebé al cuidado de alguien más” (p.40). Afirmación que se confirma con esta investigación, en donde la tristeza ocupa un primer lugar como consecuencia de el no tener consigo a su bebé aunado a la preocupación, incertidumbre, angustia, miedo y sufrimientos por esta situación (tabla 12).

Para con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se perciben sentimientos ambivalentes, de ayuda para recuperar la salud de su bebé y tristeza y sufrimiento por ese tener que permanecer allí (tabla 13). Perciben la tecnología médica de este lugar (incubadora, respirador/ventilador, aparatos, oxígeno) pero no pierden de vista el sentimiento que todo esto les genera.

Esta unidad viene a suplir los cuidados que ellas quisieran darle pero saben que no es posible, como escribió Mathelin (2001) que una mamá le expresó: “En el servicio le dieron la vida, sin que yo haya tenido que ocuparme de él. Ni siquiera fue necesario que yo me acercara, yo sólo hubiera podido darle la muerte” (p. 29).

Si se recuerda para Aisworth (citada por González, 2005), el vínculo es “una relación activa, afectuosa y recíproca entre dos personas; su interacción refuerza la unión (p. 90), y esta unidad limita tal relación e interacción.

Por lo tanto, la estancia de un recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos implica un peligro para la conformación del vínculo afectivo madre-hijo si no se aborda adecuadamente a la progenitora para trabajar con el cúmulo de emociones motivadas por la suma de su pasado y ahora, su presente, así como del trato recibido por parte del personal de salud y de la orientación para fomentar dicho vínculo.

2. CONCLUSIONES.

¿Vincularse con el hijo?... ¿Es posible ante las pensamientos y sentimientos que embargan a una madre ante el peligro por la salud y vida de su hijo recién nacido?

Los pensamientos que irrumpen en la mente de las madres participantes, aquello que les preocupa, es la salud de su bebé que se encuentra en la UCIN, porque saben que no se encuentra bien, porque saben que existe un peligro latente a que empeore su salud o morir y entonces quedarse sin él viendo frustrados sus largos meses de embarazo en espera de ese alguien quien pondría por primera vez o una vez más el título de “madre”. Un sueño que aún no tiene un final feliz y quizá nunca lo tenga.

Sumado este estado de intranquilidad se encuentra un desasosiego por sus otros hijos, aquellos que se han quedado en casa o bajo el cuidado de

familiares, amigos o vecinos, haciendo que su estancia en el hospital sea aún más abrumadora, y aquello que podría sosegar sus pensamientos ante el premio de la maternidad que es la cercanía con su hijo recién nacido, se ve seriamente limitado pues él no puede permanecer junto a ella.

Es así como se eleva significativamente la tensión, ante un mar de pensamientos que cruzan por su cabeza, implicando con ello un gran desgaste psicológico, que trae por consecuencia, una dificultad para poderse vincular con su hijo, ya que estos pensamientos que la invaden son de contenido fatalítico ante la incertidumbre sobre la salud y vida de su hijo.

Y mientras ella permanece hospitalizada, le resulta aún más complicado desprenderse de aquellos pensamientos pues la angustia por el bienestar de sus otros hijos se suma a la del hijo hospitalizado. Inmersa en un ambiente de hospital, rodeada de enfermedad y médicos que luchan por recuperar la estabilidad de los que ahí se encuentran, ambiente que es percibido de tristeza y dolor. Panorama desolador para diseminar la semilla del vínculo, con quien, si él no está, si apenas unos cuantos minutos al día puede verlo y tocarlo pues las normas de ese hospital no se lo permiten. Verdugo y rescatador, por un lado son la esperanza de mejoría y por otro la causa de su sufrimiento.

Así avanzan los días especulando diversas ideas sobre la mejoría o empeoramiento de la salud de su hijo mientras él continúa en la Unidad de Cuidados Intensivos, teme que se agrave, que no atiendan o cuiden bien a su bebé enfermo, teme que muera, la incertidumbre la persigue por el ahora, pero ¿y si logra sobrevivir pero con secuelas? Más temores e interrogantes ante el futuro del niño.

Aparece en escena una variable más que se suma a su malestar de su psiquismo, la tensión generada por los gastos que conlleva el nacimiento anómalo de su bebé, que no estaba previsto bajo estas condiciones y si

semanas antes se le había informado sobre las posibilidades de un hijo así, ella lo negaba, rechazaba ese pronóstico aferrándose a la idea de error, un mal diagnóstico. Gastos y más gastos, se incrementa la cuenta, un dinero que no tienen pero que talvez dependa de ello la recuperación o el deterioro de su recién nacido, lo que igualmente dificulta el que estas madres se encuentren en condiciones para entablar lazos afectivos.

Gran tristeza se desprende de la abrupta separación que experimenta a los pocos minutos de que su hijo ha salido de sí misma, en vientre en donde permaneció durante largos meses, no lo puede ver, mucho menos tocar como ella lo añora, él está enfermo y sufre por ello. La incertidumbre la consume al no saber de él, al no tenerlo como las demás madres que se encuentran a unos cuantos metros de distancia, a las que puede ver con recelo mientras ellas sí pueden interactuar, acariciar y disfrutar todo el día de su bebé, mientras se encuentran todas ellas recuperándose del parto.

Dentro de ese cúmulo de emociones que experimenta, también se halla el enojo, el cual va dirigida principalmente hacia su pareja o cónyuge por el más mínimo error comedido real o fantaseado. Son los médicos que no pudieron “arreglar” la situación los que le continúan en orden de importancia y posteriormente ella misma, su enojo se revierte sobre sí misma a manera de culpa, creyendo que su imprudencia y negligencia para con su embarazo dieron por resultado un hijo dañado. Es este último sentimiento, la culpa, particularmente peligroso porque incrementa las dificultades para vincularse con su bebé por considerar que es ella la que ha dañado a su hijo ¿cómo contemplar lo fatídico de sí misma? ¿cómo mirar el daño que ha impreso en quién decía amar?

A pesar de todo, éstas madres mantiene la esperanza de reparación, esperan que prontamente su bebé recupere la salud y que el daño no trascienda. Desea que sean pocos los días de estancia en la UCIN y de esta manera tenerlo junto

a ella, justo como debería de haber sido desde un principio, desde su nacimiento, permitiéndoseles entonces, ejercer su función de madre que le ha sido arrebatada, y concretar así su concepto de felicidad pues él esta bien, esta junto a ella, están fuera del ámbito hospitalario, fuera de peligro y todo lo que este término conlleva. El estar con el resto de sus hijos, juntos como una familia común y corriente.

Ahora bien, en las diferentes palabras definidoras encontramos la angustia de la madre por estar separada de su bebé, por carecer de una falta de contacto, por un no poder atenderlo, pero ¿por qué tanta tristeza y preocupación? Ya lo reconocía Winnicott (1998):

“La madre siente que el bebé necesita ser tomado en brazos, o acostado, ser dejado solo o cambiarlo de posición; ella sabe que lo esencial es lo más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola” (p. 24).

Es por todo esto que una separación inmediata y la suma de pensamientos y sentimientos que experimenta la madre, mismos que tienen su trasfondo en la personalidad de la madre, en la calidad del vínculo, las complicaciones del embarazo y del bebé, antes y después del parto, su diagnóstico y pronóstico, su día a día, repercutirá en la continuidad del vínculo afectivo madre-hijo, debido a que ella tendrá que procesar aun más situaciones que aquellas mujeres que tienen un embarazo y parto dentro de lo normal. Pues ellas vivencian lo que es una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, un lugar que conciben como triste ya que ahí están su hijo, en un riesgo vital; es para ellas un lugar lleno aparatos, incubadoras, oxígeno y ventiladores e inmerso en todo esa fría tecnología se encuentra el pequeño cuerpo de lo que sabe como suyo, su bebé, el que esta solo, el que sufre. Al que desea no nada más acariciarlo sino

también abrazarlo, pero esto no es posible, no puede alzarlo, no puede tenerlo con ella, no puede sacarlo de esta unidad y llevarlo a casa como es su anhelo, la realidad desquebraja sus deseos, simplemente no puede porque él no está bien. Un deseo que es ambivalente hacia esta área de cuidados intensivos, por un lado añora la hora en que pueda ir a visitarlo, pero por otro lado teme lo que podrá encontrar, teme a las malas noticias, a que quizá surjan más gastos o a que su mayor temor se haga realidad, la muerte de su hijo.

Las expectativas que las mujeres participantes habían depositado en este hijo ideal, aquel que daría un título de orgullo al hacerla “madres”, se ven ensombrecida ante un hijo enfermo, con una salud y vida frágil, con defectos congénitos visibles u ocultos, provocando preocupación, que tristeza, angustia, provocando que mamá se desespere, enoje, que hace que se gaste en él, que hace sentir culpa, que proporciona una felicidad limitada.

Lo que estos bebés les representan, ahora que la imagen del hijo ideal sea ha disipado, supliéndola el bebé real, un hijo con serias dificultades que provoca una herida narcisista y al que se verá con serias dificultades la madre para investirlo libidinalmente.

Difícil tarea la de perdurar el vínculo que meses atrás se inició ante la bruma de pensamientos y sentimientos ambivalentes, el éxito o el fracaso dependerá principalmente de tres unidades: de ella y los recursos con los que dispone en su entorno, el bebé y su estado de salud, y finalmente, del personal de salud, la contención, orientación y trabajo psicoterapéutico, antes, durante y después, que se le brinde a esta madre.

Para que entonces, cuente con los elementos indispensables para, a pesar de las limitantes propias de la falta de contacto físico (apego) por la estancia en la UCIN, utilice al máximo sus recursos para eficientar los momentos de cercanía con su hijo y así dar continuidad a la relación vincular.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. LIMITACIONES

Algunos de los obstáculos que se encontraron durante el desarrollo del estudio fue, el que las madres participantes se encontraban a unas cuantas horas de haber parido, por lo que física y emocionalmente se encontraban agotadas y adoloridas, algunas otras exhaustas por el no poder dormir bien, otras más agobiadas por la preocupación por el neonato, estancia hospitalaria, etc. y ello provocaba que ya en las últimas palabras estímulo se negaran a continuar argumentando malestar, por lo que fue necesario abordarlas en diversos momentos.

Por otro lado hubo madres que se negaron a participar en el estudio, arguyendo cansancio, sueño, no poder o no querer, lo que retrazó el tiempo programado para obtener el número planteado para la muestra.

También se observó una resistencia y temor a mencionar y/o reconocer el tema de la muerte, como si el negarlo fuera una manera de no atraerlo.

En cuanto a la bibliografía, existe poca información referente a la afectación que existe en padres y bebés recién nacidos derivada de una inmediata separación por el ingreso de éste último a la Unidad de Terapia Intensiva (UCIN), es decir sin que existiera una convivencia directa previa. La gran mayoría de autores ha realizado sus estudios y aportaciones a partir de un establecimiento, de por lo menos semanas o meses después del nacimiento, del vínculo y, evalúan la afectación que el lactante tendrá al perder al objeto que catectizaba.

2. SUGERENCIAS

El presente estudio puede ser de utilidad para investigaciones posteriores relacionadas con el estudio de la psicopatología que presentan los bebés que han estado en las Unidades de Cuidados Intensivos, teniendo una correlación de variables tales como, días de estancia, salud mental de los padres, si era o no visitado, promoción y facilitación del equipo de salud de salud en el vínculo afectivo madre-bebé, entre otras.

De gran valor sería el tener datos en concreto sobre el efecto a largo plazo (infancia, adolescencia y adultez) de ésta separación inicial, sobre sus

relaciones interpersonales ya que los autores que fueron revisados no aportan datos contundentes sobre tales suposiciones.

Teniendo como antecedente el desarrollo de las experiencias vividas en la UCIN, resultaría interesante hacer un seguimiento en los casos en donde el bebé quede con secuelas, valorando la adaptación y aceptación de los padres para con éste hijo, muy diferente al hijo ideal, y el cómo se vinculará con él, a pesar de sus limitaciones físicas y/o mentales.

Probablemente pudiera ser la base para un programa de apoyo psicosocial, en donde a partir de un trabajo especializado y probablemente intensivo, se busque “reparar” las consecuencias nefastas de una separación dolorosa tanto para la madre como para el hijo.

Finalmente lo aquí estudiado puede servir para modificar algunos abordajes que en la práctica diaria se tienen tanto con los bebés como con los padres, tales como horarios de visita, involucramiento de los padres en los cuidados del su hijo (alimentación, baño, masaje, estimulación temprana, etc.), así como asentar las bases para la elaboración de un programa más completo que el actual, dirigido a todo el personal de salud que tiene contacto, tanto con el bebé como con sus padres, para así coadyuvar a aminorar el riesgo vincular.

REFERENCIAS

Arredondo, M. C., (2001). *Sexualidad femenina y psicósomática*. Tesis de doctorado en investigación psicoanalítica. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.

Axelrod, R., Vives, J. (2000). *Apego y depresión post partum*. En Polanco, N. (compiladora). *Observación de bebés*. México: Plaza y Valdés, 119-138.

Balint, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. España: Paidós.

Barriguete, J., Casamadrid, J., Salinas, J. (2000). *Apego, self de crianza y ceguera*. En Polanco, N. (compiladora). *Observación de bebés*. México: Plaza y Valdés, 139-149.

Barriguete, J., Soto, F. (1998). *De la capacidad de arrullo a la capacidad de consuelo: Aportaciones de la psicopatología del desarrollo a los trastornos de alimentación*. Cuadernos de Psicoanálisis. Julio-Diciembre. México: Asociación psicoanalítica Mexicana, XXX, (3 y 4), 240-253.

Bonilla, M., García, G. (2002). *La perspectiva cualitativa en el quehacer social*. México: Comunicación Integral para el Desarrollo.

Bonilla, M., Willcox, M. (2004). *Guía para la elaboración de investigación social*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas y Universidad Vasco de Quiroga.

Bowlby, J. (1993). *Una base segura*. España: Paidós.

Bowlby, J. (1999). *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. España: Moralta.

Brazelton, B., Bergman, A. y Simo, J. (1991). *El nacimiento emocional del niño*. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.

Burroughs, A. (1994). *Enfermería materno-infantil*. México: Mc.Graw-Hill.

Cristo, M., Vélez, S., Marciel, P., Tessier, R. (2003). *El bonding: Un debate a terminar*. Revista colombiana de pediatría. Internet. <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pedu36101-bonding.htm>

DiCaprio, N. (1997). *Teorías de la Personalidad*. México: McGraw Hill.

Erikson, E. (1987). *Infancia y Sociedad*. Argentina: Hormé.

Erikson, E. (1993). *Ética y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen-Horme

Freud, S. (1900/1996). *La interpretación de los sueños. Obras completas*. Vol. II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905/1996). *Tres ensayos para una teoría sexual. Obras completas*. Vol. II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1917/1996). *Duelo y melancolía. Obras completas*. Vol. II. España: Biblioteca Nueva.

García, M., Polanco, N. (2000). *La Mirada como Organizadora del Cuerpo Erógeno*. En Polanco, N. (compiladora). *Observación de bebés*. México: Plaza y Valdés, 109-118.

Gauvain-Piquard, A. (1995). *El Dolor y el bebé*. En Levovici, S., Weil-Halpern, F. (compiladores). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo Veintiuno.

Gaitán, L., Landrobe, L., López, L., Rubinstein, I. (2000). *Aproximándonos al Tema de la Mirada*. En Polanco, N. (compiladora). *Observación de bebés*. México: Plaza y Valdés, 151-163.

Gómez, M. (2004). *Acomodación individuo-medio ambiente*. En González, J. (compilador). *Relaciones interpersonales*. México: Manual Moderno, 1-8.

Gómez-López, M. (2007). *Guía de intervención psicológica con embarazo de alto riesgo*. Revista Perinatología y Reproducción Humana. México: Instituto Nacional de Perinatología, (21), 2 Abril-junio, 111-121.

González, A. (2005). *La influencia de los afectos en la formación de un sí mismo en el bebé*. Revisa Aletheia. Psicología y Psicoanálisis. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, (24), 89-99.

González, J., Simo, J., Plaza, A., Solloa, L., Gamietea, C., Nahuol, V., Alatríste, J. (2000). *Ataques a la estructuración del vínculo afectivo*. Revista Aletheia. Psicología y Psicoanálisis. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, (20), 11-28.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Isaías, M., León, N. (1992). *La Gestación y el Aparato Psicológico del Infante*. Cuadernos de Psicoanálisis. Enero-junio. México: Asociación psicoanalítica Mexicana, XXV, (1 Y 2), 71-81.

Jiménez, B. (2000). *Investigación cualitativa en la salud*. Revista Universidad de Guadalajara, (17), Invierno 1999-2000. Internet. <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/entrada.html>.

Kreisler, L. (1995). *La Depresión del Lactante*. En Levovici, S., Weil-Halpern, F. (compiladores). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo Veintiuno.

Kubler-Ross, E. (2002). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Grijalbo.

Langer, M. (1999). *Maternidad y sexo*. España: Paidós.

Laplanche, J., Pontalis, J. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Colombia: Labor.

Lartigue, T. (1994). *Guía para la observación del vínculo materno-infantil durante el primer año de vida*. México: Universidad Iberoamericana.

Lartigue, T. (1997). *Psicoterapia breve madre-Bebé. Estudio de Casos*. Cuadernos de Psicoanálisis. Julio-Diciembre. México: Asociación psicoanalítica Mexicana, XXX, (3 y 4), 242 -258.

Lartigue, T., Vives, J. (1997). *El Concepto de Apego en el Desarrollo Infantil Temprano*. En Dallal, E. (compilador). *Caminos del Desarrollo Psicológico*, Vol. I. México: Plaza y Valdés, 83-165.

Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., Lauzanne, K. (1990). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Biblioteca Nueva.

Lebovici, S., Wiel-Halpern, F., (1995). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo Veintiuno.

Liaudet, J. (2000). *Dolto para padres*. España: Plaza Janés.

Lidz, T. (1985). *La persona. Su desarrollo a través del ciclo vital*. Barcelona: Herder.

Mahler, M. (1984). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Maryman.

Maldonado, M., Morales, M. (1998). *El personal de enfermería y la unidad de cuidados intensivos neonatales*. En Lartigue, T., Fernández, V.

(compiladoras). *Enfermería: Una profesión de alto riesgo*. México: Plaza y Valdés, 311-343.

Maldonado, M., Saucedo, M. (1997). *La relevancia de la psicopatología del bebé para el psicoanalista*. Cuadernos de Psicoanálisis. Enero-junio,. México: Asociación psicoanalítica Mexicana, XXX, (1 y 2), 57-72.

Martínez, R. (2002). *La salud del niño y del adolescente*. México: Manual Moderno.

Mathelin, C. (2001). *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mota, C. (2007). *Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa con un embarazo con defecto congénito*. Revista Perinatología y Reproducción Humana. Abril-junio. México: Instituto Nacional de Perinatología, 21. (2), 81-87.

Muniagurria, G. (1998). *Simposio de seguimiento neonatal*. Congreso Perinatólogo Argentino. Internet. <http://www.psicologia-online.com>.

Normas y procedimientos de Neonatología. (1998). México: Instituto Nacional de Perinatología.

Oñate, R. (2004). *Relaciones interpersonales de la infancia*. En González, J. (compilador). *Relaciones interpersonales*. México: Manual Moderno. 9-26.

Pichón-Riviere, E. (2002). *Teoría del vínculo*. Argentina: Nueva Visión.

Pick, S., López, A. (1994). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.

Pinol-Douriez, M. (1995). *La génesis del pensamiento y de las representaciones*. En Levovici, S., Weil-Halpern, F. (compiladores). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo Veintiuno, 136-146.

Polanco, N., Molina, S., Labarthe, E., Campos, C. (2000). *Experiencia de contención y regulación afectiva en el primer encuentro madre-bebé*. En Polanco N., (compiladora). *Observación de bebés*. México: Plaza y Valdés, 75-94.

Ruiz, I. (1998). *La Investigación cualitativa. ¿Dónde estamos?*. Psicología comunitaria. Fundamentos y aplicaciones. Madrid: Síntesis.

Ruiz, J. I., Ispizua. M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*.
Bilbao: Universidad de Deusto.

Sistema de Información y Prestación de Servicios de Salud. (2007). México: Secretaria de Salud de Michoacán.

Spitz, R. (1992). *El Primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.

Tamayo, M. (1998). *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa.

Taylor, S. J., Bogdan, R. (1995). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.

Valdez, J. L., (2002). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: UAEM.

Vergara, E. (2001). *Estrategias para la promoción del desarrollo cerebral en el recién nacido pretérmino basadas en la evidencia*. Chile. Internet. http://www.med.uchile.cl/seminarios/2007/enero/programa_recien_nacidos.pdf

Verny, T. (1992). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. España: Urano.

Verny, T., Kelly, J. (2001). *La vida secreta del niño antes de nacer*. España: Urano.

Vieira, M. (2003). *La iniciativa de humanización de cuidados neonatales*. Chile: Revista Chilena de Pediatría. Internet. <http://www.scielo.cl>

Vives, J. (1991). *Precursos del Vínculo Humano*. Revista de Neurología, neuropsiquiatría y psiquiatría. México, 31. (1 y 2). 25-35.

Vives, J. (1994). *Génesis del vínculo humano*. Revista del departamento de psicología. México: Universidad Iberoamericana.

Vives, J. Lartigue, M., Córdoba, A. (1992). *Apego y vínculo. comunicación preliminar*. Cuadernos de Psicoanálisis. Enero-junio, México: Asociación psicoanalítica Mexicana, XXV, (1 y 2), 45-53.

Winnicott, D. (1998). *Las bebés y sus madres*. España: Paidós.

Winnicott. D. (2002). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

ANEXO No. 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Datos de la Madre

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Religión:

Lugar de Residencia:

Escolaridad:

Ocupación

No. de Hijos:

Embarazo Planeado:

Datos de la Pareja o Cónyuge:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado Civil:

Lugar de Residencia:

ANEXO No. 2. RED SEMÁNTICA - PALABRAS ESTÍMULO.

EJE 1	EJE 2	EJE 3
Preocupación	Tristeza	Separación
Hospitalización	Enojo	UCIN
Temores	Culpa	Contacto con tu bebé
Economía Familiar	Esperanza	Bebé ideal
	Felicidad	

