

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

**Desarrollo del Vínculo de Apego en la díada Madre-Bebé prematuro, que
practicaron el Método Madre Canguro (MMC)
en la Unidad de Neonatología del Hospital San José.**

Profesor Guía : María Angela Lertora

Metodólogo : Francisco Kamann

Profesor Informante : Daniella Mirone

Alumno (s) : Lucía Gutiérrez
Daniela Galleguillos

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, 20 de Septiembre de 2011

Resumen

El nacimiento de un hijo de término es una situación esperada por los padres, lo que lleva a tener la esperanza de que al momento de nacer el bebé será llevado al hogar para conformarse como nuevo integrante del núcleo familiar. Cuando esta situación no ocurre y surgen complicaciones que requieren la hospitalización del bebé, se generan en los padres ansiedad, incertidumbre y temor.

A pesar de la trayectoria de la Unidad de Neonatología del Hospital San José, la institución carecía de tratamientos alternativos al uso convencional de incubadoras para el manejo de bebés prematuros. En este contexto, surge la iniciativa de un grupo de Neonatólogas, quienes emprenden el desafío de implementar el Método Madre Canguro, como tratamiento alternativo para niños prematuros, el cual se basa en el contacto prolongado piel a piel entre el bebé y su madre y/o padre.

En referencia a los beneficios evidenciados en prematuros por más de 30 años de implementación en Colombia, el Método Madre Canguro (MMC), se configura como una alternativa terapéutica, que probadamente beneficia el desarrollo biosomático del bebé y el cual además se constituye en una de las intervenciones más precoces en salud mental, a partir de favorecer el establecimiento de vínculos de apego tempranos en la díada madre-hijo prematuro y/o padre-hijo prematuro.

Frente a este panorama resulta de fundamental importancia mencionar que la condición de prematuridad de un hijo/a para los padres y madres, se constituye en una situación sumamente compleja y estresante, en la cual se requiere la hospitalización del bebé hasta alcanzar estabilidad y madurez suficiente para equipararse a un bebé nacido de término. Ante este escenario, madres y padres de bebés prematuros experimentarían estados emocionales complejos, derivados de percibir la condición de vulnerabilidad de sus bebés prematuros/as y experimentar la separación de sus hijos que implica la hospitalización. En este sentido, el MMC, se constituiría en una instancia favorecedora del contacto piel a piel entre el bebé y su madre y/o padre, aportando al desarrollo integral de los bebés prematuros.

Los beneficios biosomáticos comprobados empíricamente por más de 30 años de aplicación en Colombia e investigaciones, en torno a los beneficios de la aplicación del MMC, lo sitúan

como una alternativa confiable para el manejo de bebés prematuros. En el contexto anteriormente expuesto surge el interés investigativo por indagar en el impacto del Método Madre Canguro en el desarrollo del vínculo de apego en la díada madre - bebé prematuro/a, participantes en el Proyecto Madre Canguro, implementado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José.

En este sentido, se considera que la etapa neonatal, se constituye en un momento sumamente "sensible y crítico" (Schore, 1994) del ciclo vital del infante, en donde se despliega la oportunidad de promover un apego seguro y la potenciación de las capacidades parentales en las madres y padres de bebés prematuros.

La presente investigación se enmarca principalmente en la Teoría de Apego. Sin embargo, resulta enriquecedor para los propósitos investigativos del presente estudio, considerar los aportes del Enfoque de Resiliencia, como teoría que complementariamente facilitaría la comprensión de la compleja situación experimentada por las madres y los padres al enfrentarse a las dificultades derivadas de la condición de prematuridad de sus hijos/as. Es así como la comprensión de los vínculos tempranos entre madres y bebés, desde una perspectiva integrativa, permitiría visibilizar la articulación entre Apego, Parentalidad y Resiliencia.

*õDedicado a todas aquellas madres, padres y bebés,
que nos inspiraron y nos permitieron
comprobar empíricamente
que la mejor medicina es
õEl Amorõ.õ*



Agradecimientos

*“Gracias a Dios, a la Virgen y a todos aquellos y aquellas,
que con su amor y apoyo hicieron que esta investigación
fuese posible.ö*

öTener Amor es saber soportarí

Tener AMOR es sufrirlo todo, creerlo todo, esperarlo todo, soportarlo todo.

El AMOR jamás dejará de existirí ö

Corintios 13.1 (Carta del profeta San Pablo a los Corintios)

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. PARTE: Problema de Investigación

1. Antecedentes y planteamiento del problema	12
2. Formulación del problema y pregunta de Investigación	20
3. Aportes y relevancia de la investigación	25
4. Objetivos:	
4.1 Objetivo General	27
4.2 Objetivos Específicos	27

II. PARTE: Marco Teórico

1. Legado de los Vínculos Tempranos	28
2. Teoría de Apego	37
3. Resiliencia	51
3.1 Parentalidad, Apego y Resiliencia	59
4. Prematurez	70
4.1 Humanización de la Neonatología	73
4.2 Método Madre Canguro (MMC)	78

III. PARTE:

1. Enfoque Metodológico	86
2. Tipo y diseño de investigación	87
2.1 Tipo de investigación	87
2.1.1 Temporalidad	88
2.1.2 Diseño de Investigación	89
3. Delimitación del campo de estudio	89

3.1 Universo	89
3.2 Muestra	90
3.2.1 Características de la muestra	91
4. Técnicas e instrumentos de recolección de información	93
4.1 Entrevista Semi-estructurada	94
4.2 Observación No Participante	96
5. Plan de análisis de la información	101
5.1 Plan de Análisis Escala Massie-Campbell	103
6. Construcción de Listado de Categorías y Tópicos	104
6.1 Descripción de Categorías	107
6.1.1 Experiencia emocional Madres y/o Padres en torno a la prematurez de su hijo/a	107
6.1.2 Experiencia Método Madre Canguro (MMC)	107
6.1.3 Capacidades Parentales	107
6.1.4 Interacción día Madre y/o Padre ó Bebé.....	108
6.1.5 Recursos Personales	108
6.1.6 Percepción de Apoyo	109
6.1.7 Experiencia con el Equipo de Salud	109
7. Procedimiento Escala Massie ó Campbell	109
7.1 Identificación Indicadores de estilos de apego	110

IV PARTE: Resultados de la Investigación

1. Resultados y Análisis	113
1.1 Análisis Descriptivo de la Información	113
Caso I:	
1.1.1 Experiencia emocional Madre y/o Padre en torno a la Prematurez de su hijo/a	113
1.1.2 Experiencia MMC	119
1.1.3 Capacidades Parentales	123
1.1.4 Recursos Personales	128
1.1.5 Redes de Apoyo	130
1.1.6 Experiencia con el Equipo de Salud	133
1.1.7 Observación Interacción día Madre ó Bebé GI	134

	1.1.8	Escala Massie-Campbell ó Indicadores de Apego díada Madre ó Bebé GI	134
	1.1.9	Interpretación Escala Massie Campbell-Observación díada Madre Bebé GI	135
	1.1.10	Observación Interacción díada Madre-Bebé GII	136
	1.1.11	Escala Massie-Campbell ó Indicadores de Apego díada Madre-Bebé GII	137
	1.1.12	Integración Escala Massie-Campbell ó Observación díada Madre-Bebé GII	138
	1.1.13	Observación Interacción díada Padre-Bebé GI.....	139
	1.1.14	Observación Interacción díada Padre-Bebé GII	140
	1.1.15	Análisis Interpretativo Caso I	141
Caso II:	1.2.1	Experiencia emocional Madre y/o Padre frente a la Prematurez de su hijo/aí	154
	1.2.2	Experiencia MMC	156
	1.2.3	Capacidades Parentales	159
	1.2.4	Recursos Personales	162
	1.2.5	Redes de Apoyo	164
	1.2.6	Experiencia con el Equipo de Salud	165
	1.2.7	Observación Interacción díada Madre-Bebé.....	167
	1.2.8	Escala Massie-Campbell ó Indicadores de Apego díada Madre-Bebé	167
	1.2.9	Interpretación Escala Massie Campbell-Observación díada Madre Bebé GI	168
	1.2.10	Observación Interacción díada Padre-Bebé	169
	1.2.11	Análisis Interpretativo Caso II	170
Caso III:	1.3.1	Experiencia emocional Madre y/o Padre frente a la Prematurez de su hijo/aí	179
	1.3.2	Experiencia MMC	182
	1.3.3	Capacidades Parentales	185
	1.3.4	Recursos Personales	188
	1.3.5	Redes de Apoyo	189
	1.3.6	Experiencia con el Equipo de Salud	190

	1.3.7	Observación Interacción díada Madre-Bebé	192
	1.3.8	Escala Massie-Campbell ó Indicadores de Apego díada Madre-Bebé	193
	1.3.9	Interpretación Escala Massie-Campbell-Observación Díada Madre-Bebé	194
	1.3.10	Análisis Interpretativo Caso III	196
Caso IV:	1.4.1	Experiencia emocional Madre y/o Padre frente a la Prematurez de su hijo/aí	204
	1.4.2	Experiencia MMC	210
	1.4.3	Capacidades Parentales	213
	1.4.4	Recursos Personales	217
	1.4.5	Redes de Apoyo	219
	1.4.6	Experiencia con el Equipo de Salud	222
	1.4.7	Observación Interacción díada Madre-Bebé.....	224
	1.4.8	Escala Massie-Campbell ó Indicadores de Apego díada Madre-Bebé	226
	1.4.9	Interpretación Escala Massie-Campbell-Observación díada Madre-Bebé	227
	1.4.10	Análisis Interpretativo Caso IV	228
Caso V:	1.5.1	Experiencia emocional Madre y/o Padre frente a la Prematurez de su hijo/aí	237
	1.5.2	Experiencia MMC	244
	1.5.3	Capacidades Parentales	248
	1.5.4	Recursos Personales	251
	1.5.5	Redes de Apoyo	252
	1.5.6	Experiencia con el Equipo de Salud	254
	1.5.7	Observación Interacción díada Madre-Bebé	256
	1.5.8	Observación Interacción díada Padre-Bebé	257
	1.5.9	Escala Massie-Campbell ó Indicadores de Apego díada Madre-Bebé	257
	1.5.10	Interpretación Escala Massie-Campbell-Observación	

Día da Madre-Bebé	í í í í í í í í í í í í í í	258
1.5.11 Análisis Interpretativo Caso V	í í í í í í í í í í	259
2. Análisis Descriptivo Global:		
2.1 Experiencia emocional en torno a la Prematurez de su hijo/a	í í í í í í í í í í í í í í í í í í í	265
2.2 Experiencia MMC	í í í í í í í í í í í í í í í	271
2.3 Capacidades Parentales	í í í í í í í í í í í í í ...	275
2.4 Recursos Personales	í í í í í í í í í í í í í í ...	278
2.5 Redes de Apoyo	í í í í í í í í í í í í í í í ...	279
2.6 Experiencia con el equipo de Salud	í í í í í í í í	280
2.7 Sugerencias	í í í í í í í í í í í í í í í í í ...	281
3. Análisis Interpretativo Global	í í í í í í í í í í í í í í í ...	282
3.1 Experiencia emocional en torno a la prematurez	í í	284
3.2 Desarrollo Vínculo de Apego	í í í í í í í í í í .	304
3.3 Parentalidad y Resiliencia	í í í í í í í í í í í	314
3.4 Recursos Personales	í í í í í í í í í í í í í í	321
3.5 Recepción y búsqueda de Apoyo	í í í í í í í í ...	326
4. Conclusiones	í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..í í í í .	339
5. Sugerencias	í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..í í í í	347
6. Bibliografía	í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..í í í	351
7. Anexos	í í í í í í í í í í í í í í í .í í í í í í í .í í ..	356

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE: Problema de Investigación

1. Antecedentes y planteamiento del problema.

Hasta no mucho años, el recién nacido era considerado como un ser escasamente diferenciado y pasivo, el cual dependía exclusivamente de los estímulos provenientes del entorno. Despertar, llorar, dormir, parecían constituirse en un ciclo determinado sólo por mecanismos fisiológicos. No cabe duda que el protagonismo del desarrollo temprano como campo de estudio en psicología cobró una relevancia insospechada a partir de los planteamientos de Freud sobre el desarrollo psicosexual infantil. En este sentido, Felipe Lecannelier realiza un análisis histórico sobre el legado de los vínculos tempranos sosteniendo que desde los primeros planteamientos psicoanalíticos las relaciones afectivas primarias con los padres se constituyeron en un aspecto fundante para las bases de la personalidad del sujeto.

En esta misma línea plantea que posteriormente surgieron muchos autores que mantenían los principios básicos de la teoría freudiana, sosteniendo que los vínculos tempranos se configurarían como un aspecto nuclear en el moldeamiento de la psiquis humana. Entre estos autores se destacaron los aportes de Anna Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion, René Spitz, Winnicott, entre otros. A criterio de Lecannelier, los aportes de estos autores, se constituyeron en un supuesto metafísico central que cimentó gran parte del edificio teórico de la psicología especialmente en su vertiente clínica.

Resulta de fundamental relevancia dar cuenta del aporte de Bowlby, quien si bien compartía el supuesto de la fundamental relevancia de la vinculación temprana en el desarrollo humano. Este psicólogo del desarrollo y psiquiatra, si bien inicia sus estudios y reflexiones desde el psicoanálisis. Posteriormente, comienza divergir con algunos aspectos con la metateoría freudiana, la cual concebía el desarrollo del niño como un proceso que transitaba desde estados de simbiosis temprana con la figura materna, configurándose en una relación de completud entre madre y bebé. Posteriormente, el niño adquiriría mayores niveles de independencia a partir de la superación del Complejo Edipo, instancia psíquica que permitiría la entrada del infante en el mundo social, a través de la represión de los impulsos libidinosos dirigidos a la madre. En este contexto Bowlby criticaba que esta teoría atribuía casi todos los

problemas mentales a fantasías generadas por pulsiones de naturaleza inconsciente, ya que a su juicio era de fundamental importancia considerar la influencia de los eventos reales sobre la determinación de la dinámica psíquica del ser humano. De ahí que este autor, planteara la importancia del Apego temprano como elemento fundamental en el desarrollo normal del niño. Bowlby, se vio influenciado por los aportes de la etología, la teoría evolutiva, la cibernética y la psicología cognitiva, dando origen y fundando la Teoría del Apego.

Bajo este argumento, Bowlby (1944) visibilizó la necesidad del bebé de vincularse a su madre como una motivación innata por excelencia. De ahí, que el autor sostiene que existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos y que esta necesidad acompañaría al ser humano desde la cuna hasta la tumba. En esta misma línea plantea que de acuerdo a la evidencia empírica, el desarrollo normal de un niño requiere de una relación cálida, íntima y continua con la madre (o una madre sustituta estable y permanente). (Lecannelier, 2009, p. 19).

Un aporte fundamental a la Teoría de Apego propuesta por Bowlby fueron las investigaciones de Mary Ainsworth (1954), quien realiza observaciones a bebés, dando cuenta de diferencias individuales al relacionarse con sus madres, a partir de estudios longitudinales para evaluar los efectos de la separación maternal en el desarrollo de los infantes. Concluyendo que existirían 3 estilos de apego que se asociaban con el nivel de sensibilidad de las madres frente a las señales elicitadas por sus bebés. Los patrones de apego identificados por Ainsworth, daban cuenta de bebés seguros, los cuales parecían relajados y contentos al momento del reencuentro con sus madres. Además, se identificó a bebés inseguros, quienes lloraban más, no parecían relajados y se aferraban a su madre. Finalmente observó a aquellos bebés que frente a la madre no mostraban un interés especial, a estos niños lo catalogó como no apegados. A partir de estas evidencias empíricas se constituyó el instrumento denominado Procedimiento de Situación Extraña (Ainsworth & Wittig, 1969). Estos importantes descubrimientos facilitaron el poder comprobar empíricamente los elementos conceptuales de la Teoría de Apego planteados por Bowlby.

A juicio de Felipe Lecannelier (2006) la Teoría de Apego se constituiría en un programa de investigación que tendría como supuesto básico que el apego estructura la personalidad humana. Por lo tanto esta teoría incorporaría flexiblemente dentro de su organización nuevos enfoques y propuestas modernas tales como la neurociencia. Esta actitud científica ha

permitido que la Teoría de Apego ir a adaptándose a los cambios y crisis que la han afectado. Esto ha permitido que la teoría no se rigidice. En este sentido, Lecannelier sostiene òsi bien la importancia de los vínculos tempranos para el desarrollo humano se ha consolidado en los últimos años, los procesos y mecanismos multinivel (cerebrales, emocionales, conductuales y sociales) que permitan explicar de un modo específico este legado todavía no alcanzan el status de òexplicaciónö (Lecannelier, 2009, p. 23). A criterio de Felipe Lecannelier en la actualidad la Teoría de Apego principalmente se ha configurado como un enfoque académico, más que un enfoque de aplicación en el campo de la clínica como fue diseñada en sus orígenes por Bowlby. Sin embargo, hoy en día se ha observado una tendencia a reincorporar la vertiente clínica. Por otro lado, se ha visto el intento de algunos autores por reconciliar la teoría de apego con el psicoanálisis (Fonagy, 2001 y Holmes, 1993), llegando incluso en el caso de Marrone (2001), a plantear que la Teoría de Apego es, y siempre será un enfoque psicoanalítico. Además esta teoría se ha ido complejizando, a partir de los aportes de la neurociencia, psicobiología y psiconeuroinmunología. Aportes actuales que se esfuerzan en dilucidar el rol de las relaciones afectivas entre padres e hijos en la biología del ser humano.

En coherencia a lo anterior, el presente estudio se enmarca en los aportes de la Teoría de Apego, enfoque que permitiría visibilizar las implicancias de la vinculación temprana entre madre e hijo prematuro. El concepto de prematurez se utiliza cuando el parto se produce antes de las 37 semanas de gestación, lo cual tiene por consecuencia que el niño nace con una òinmadurezö de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) lo cual lo hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.).

Por debajo de 35 semanas los bebés necesitan apoyo adicional para poder sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una unidad de neonatología. La especialidad médica denominada neonatología es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del recién nacido durante sus primeros días de vida. Los principales pacientes de los neonatólogos, son los recién nacidos que presentan patologías, malformaciones o requieren de un cuidado especial debido a que son prematuros o tienen bajo peso al nacer.

El bebé nacido antes de las 35 semanas de gestación es inmaduro, (Manual para padres de niños prematuros, 1999) por lo que es frecuente que presente dificultades para respirar,

regular temperatura y para comenzar a alimentarse. Los cuidados entregados a los bebés prematuros dentro de las unidades de neonatología, están orientados principalmente a apoyar a los niños en estas tres funciones esenciales. En este sentido, a los bebés prematuros se les coloca en una incubadora para regular su temperatura, en algunos casos es necesario recurrir a un respirador o ventilador artificial para apoyar su oxigenación. En cuanto a la alimentación, en primera instancia se realiza por medio de una sonda nasogástrica (desde la nariz hacia el estómago) u orogástrica (desde la boca hacia el estómago), esta última dependiendo de si el bebé requiere oxígeno. Paralelamente se realiza un entrenamiento con el bebé para que gradualmente comience a entrenar su reflejo de succión y así estimular la lactancia materna junto a su madre, como medio de alimentación más adecuada. En este contexto, es posible dimensionar el grado de vulnerabilidad que presenta un niño prematuro, tanto a nivel físico como a nivel psíquico.

En cuanto a la apariencia del bebé prematuro, (Manual para padres de niños prematuros, 1999) presenta un aspecto frágil, su piel puede denotar los vasos sanguíneos subyacentes y es extremadamente delicada. La mayoría de los niños muy prematuros pueden presentar una fina capa de vello muy suave denominada lanugo, la cual cubre la mayor parte de su cuerpo. El niño prematuro tiene muy poca cantidad de grasa sobre sus huesos. Sin embargo a medida que comienzan a alimentarse van ganando peso y desarrollando más grasa en su cuerpo, factor que permite que gradualmente ir auto-regulando su temperatura corporal. Los bebés prematuros presentan un tamaño de la cabeza que resulta ser desproporcionado en relación al resto del cuerpo, lo cual se va equiparando en relación a su proceso de desarrollo. En cuanto a su coordinación motriz, es extremadamente inmadura presentando movimientos descoordinados y bruscos a modo de sacudidas o sobresaltos. A medida que el niño prematuro se alimenta más eficientemente va ganando peso, mejorando su tono muscular y el color de su piel, para ir asemejándose cada vez más a los bebés nacidos de término (de entre 37 a 40 semanas de edad gestacional).

A nivel mundial la OMS registró 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido, México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa

(6,2%). El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. La OMS (Organización Mundial de la Salud) plantea que es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

En el contexto chileno, según los datos entregados por el MINSAL (Ministerio de Salud, 2008), en la actualidad sobre el 90% de los bebés, que pesan más de 900 gramos al nacer tienen un desarrollo sin secuelas. Dos décadas atrás, un niño nacido con menos de 26 semanas de gestación era, desgraciadamente, un aborto. Hoy, tiene más del 50% de posibilidades de sobrevivir, y no sólo eso: con una buena calidad de vida, debido a los exitosos programas de salud aplicados a lo largo del país que benefician tanto a la embarazada como a su hijo. Chile presenta un índice de prematuros menores de 36 semanas que alcanza al 8% de los nacidos vivos, detallando que los que tienen menos de 32 semanas son aproximadamente el 1% del total, casos que son más frecuentes en las poblaciones de riesgo, o sea adolescentes, mujeres que no se controlan sus embarazos, fumadoras, hipertensas, multíparas, diabéticas y otras. En la actualidad, alrededor de un 12% de los niños prematuros chilenos fallece en las unidades neonatales después de los 28 días de vida. Por otra parte es un hecho, que en este grupo de niños se concentra la mayor parte de las secuelas respiratorias y neurosensoriales.

Actualmente la alternativa terapéutica disponible en Chile para los pacientes prematuros en las unidades neonatales se limita a la hospitalización para manejo en ambiente térmico neutro en incubadora, hasta alcanzar niveles de madurez y/o de peso pre-establecidos (2000 g.) para el alta. Esta terapia ocasiona una inevitable separación entre el niño y sus padres, alterando el vínculo de apego. En esta lógica, cobra especial relevancia visibilizar la asociación entre el nacimiento del bebé prematuro y la separación materno-infantil, derivada a la hospitalización y a la aplicación de los procedimientos médicos relativos al manejo convencional de prematuros.

En esta línea, las investigaciones de Bialoskurski, Cox y Haves (1999) entregan evidencias para la identificación de las variables que estarían involucradas en establecimiento de la relación de apego en la díada madre-hijo prematuro durante el contexto de hospitalización. Según estos autores, las primeras interacciones madre-bebé se verían obstaculizadas por la presencia del personal de salud y los tratamientos muchas veces invasivos para el manejo de

estos bebés. Por otro lado, en la experiencia de vinculación temprana madre-hijo prematuro, influirían factores como el estado de salud materna, las redes de apoyo social, los soportes técnico-médicos que requiere el bebé para su tratamiento, el estado de salud del bebé, entre otros. Aspectos que se constituirían en variables que podrían influir en el establecimiento de la relación de apego. Estos investigadores sostienen, a través de investigaciones sobre díadas madre-bebé prematuro, que las expectativas maternas influirían en la vinculación entre la díada madre-hijo prematuro. En este sentido postulan que: "las expectativas asociadas a un bebé nacido de término y saludable (í) hábil para iniciar secuencias comportamentales recíprocas (í) y entonces, la formación del vínculo puede demorarse por que el bebé no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego" (Bialoskurski, Cox & Hayes, 1999, p.72).

En relación a la importancia de la vinculación temprana entre el bebé y sus padres, Felipe Lecannelier plantea que la salud de un individuo esta relacionada con su capacidad de reconocer figuras adecuadas para otorgarle una "base segura". Por lo tanto es pertinente mencionar que los padres se constituyen en un aporte fundamental para el desarrollo armónico del bebé.

En esta misma línea, Felipe Lecannelier sostiene que mucho se ha investigado y reflexionado en torno a que es lo que hace a los padres ser capaces de constituirse en una "base segura" para sus hijos, resumiendo que las principales características presentadas por los padres seguros se relacionarían con el compromiso con su bebé, ya que se ha observado que los padres seguros tienden a estar comprometidos con la crianza de sus hijos. Además de configurarse como buenos informantes (Ainsworth), ya que se ha observado que las madres que poseen una alta sensibilidad materna eran capaces de entregar mucha información sobre las reacciones, necesidades y estados anímicos de sus bebés. Otro criterio de importancia es el grado de sensibilidad materna. Noción que supone la capacidad de la madre de interpretar, responder adecuadamente y tener conciencia de las señales de su bebé. Otro aspecto fundamental es la capacidad de los padres de relacionarse con su hijo como un "ser mentalizador" (Fonagy), esta capacidad permitiría visualizar los estados mentales en sí mismo y en los otros. En esta lógica los padres intentarían comprender las conductas de sus hijos atribuyéndole estados mentales (creencias, deseos, emociones, planes, etc.). Esta habilidad de mentalizar, a juicio de Fonagy, se constituye en una clave determinante de auto-organización, la cual se adquiere en el contexto de las relaciones tempranas de los niños.

En la actualidad se investigan la relación asociación entre las relaciones de apego y la función reflexiva (capacidad de mentalizar) de los padres y los niños, para efectos de la prevención y tratamiento desarrollos psicopatológicos como el maltrato y otros problemas de origen vincular. En coherencia a lo anteriormente expuesto, la propuesta teórica de Peter Fonagy, plantea en términos generales que la calidad de las representaciones que los padres desarrollan sobre el hijo (y sobre sí mismo) puede constituirse en un factor resiliente de relevancia. De ahí que Fonagy plantea que "í los niños resilientes son niños con un apego seguro, y que este tipo de apego es parte del proceso mediador donde la resiliencia es observada.ö (Fonagy. 1994, p. 235). En relación al concepto de resiliencia, es posible dar cuenta que "í nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados." (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12). Por lo tanto se puede concluir, que ningún sujeto puede alcanzar la resiliencia en aislamiento. Para desarrollar los recursos internos, debe en su niñez encontrar en su entorno un clima afectivo que le permita dejar en su psiquis un proceso de equilibrio interno. Posteriormente, estos recursos internos quedarán teñidos por el equilibrio del entorno. Siguiendo a Cyrulnik, dirá que el bebé se transformará gracias a la palabra, dejará atrás el mundo biológico para ingresar al mundo de las narraciones y de las palabras, por lo tanto al mundo socio-cultural.

En este contexto es posible dar cuenta de la articulación entre los constructos teóricos de **Parentalidad, Apego y Resiliencia**. Enfoques que se constituirán en aporte para la comprensión de la temática de los vínculos tempranos, para efectos de la presente investigación. Se profundizará en el estudio de las competencias, capacidades y habilidades de las madres para desplegarse como una "base segura", para sus hijos/as prematuros, más allá de los avatares propios derivados de condición de prematuridad. Por lo tanto, una parentalidad sana traería consigo la posibilidad de establecer vínculos de apego seguros con sus niños/as. Barudy (2005) define las competencias parentales, como las capacidades prácticas de las que disponen madres y padres para ocuparse de sus hijos. Este autor, diferencia dos tipos de competencias parentales: la biológica y la social.

La **biológica** se refiere a la capacidad de procreación, mientras que la capacidad **social** es aquella que ayuda a los padres a cuidar, educar y proteger a sus hijos. Estas competencias son el resultado de procesos complejos en los que se asocian las capacidades innatas de los padres

y los procesos de aprendizaje en la familia de origen, todo ello ampliamente influenciado por la cultura (Barudy y Dantagnan, 2005).

En esta misma línea Felipe Lecannelier plantea que en base a las evidencias de diversos estudios de corte longitudinal, se ha evidenciado que la seguridad vincular temprana predice el desarrollo posterior de capacidades positivas como la autoestima, la regulación emocional y el utilización de recursos personales y sociales para enfrentar la adversidad.

En este contexto, las capacidades y competencias de los padres para configurarse en una base segura de apego para sus hijos permitirían generar un ambiente óptimo para el despliegue de capacidades como la regulación emocional, el enfrentamiento de estrés, el uso de los recursos cognitivos y sociales. Facilitando de esta manera el desarrollo armónico del niño. En el caso contrario una relación apego inseguro se asociaría significativamente a condiciones clínicas (tales como el maltrato y las psicopatologías). En coherencia a lo anteriormente expuesto Peter Fonagy plantea la necesidad de que la sociedad acepte e internalice que la preservación de la salud mental infantil, es la llave para la prevención de los trastornos mentales a lo largo de toda la vida.

2. Formulación del problema y pregunta de Investigación

En el contexto chileno el fenómeno de la prematurez es una temática compleja que afecta al 10 a 12 % de los nacidos vivos. Los niños que demandan hospitalización y deben ser alejados de sus madres son aquellos más pequeños, menores de 35 semanas y/o < de 2250 g. y representan un 8 % del total de nacidos (MINSAL, 2008)

Actualmente la alternativa terapéutica disponible en Chile para los pacientes prematuros en las unidades neonatales se limita a la hospitalización para manejo en ambiente térmico neutro en incubadora, hasta alcanzar niveles de madurez y/o de peso pre-establecidos (2000 g.) para el alta. Esta terapia ocasiona una inevitable separación entre el niño y sus padres, alterando el establecimiento del vínculo de apego. Dada la relevancia de la prematurez como una problemática de Salud Pública en Chile, resulta de fundamental importancia para la presente investigación, dar cuenta la existencia un tratamiento alternativo a la terapia convencional con incubadoras para el manejo de prematuros. Esta terapia se denomina Método Madre Canguro (MMC), este tratamiento favorece el contacto piel a piel entre el niño prematuro y sus cuidadores. Este método es un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, que se inició en 1978, como un programa en el Instituto Materno Infantil de Bogotá y consiste en brindar atención a los niños prematuros en forma estandarizada y protocolizada basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre y/o padre, buscando empoderar a los cuidadores transfiriéndoles gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser el cuidador (a) primario de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales. Los ñbebés canguroö son mantenidos 24 horas diarias adheridos al pecho materno en posición vertical y son amamantados en esta posición regularmente (Fonis, 2008).

Los beneficios biosomáticos que presentan los niños tratados con esta terapia, ayudan a: la regulación de la temperatura, los niveles de saturación de oxígeno, los signos vitales del bebé, etc. Los cuales logran mantenerse y/o mejorar dentro de los rangos normales debido al calor del cuerpo materno y el sonido y ritmo de su corazón, el cual al estar en contacto piel a piel con el bebé, este logra escuchar, y a su vez relajarse, sonidos los cuales sentía al estar dentro del vientre materno. Se ha evidenciado también, que incluso se regularizan los patrones respiratorios, ayudando a la disminución de episodios de respiración periódica, apnea y bradicardia, ya que el bebé tiende a sincronizar su respiración con el de su madre.

No existe diferencia significativa entre la capacidad de la posición en el Método Madre Canguro (MMC) y la de la incubadora para mantener una temperatura adecuada en el prematuro y/o recién nacido de bajo peso al nacer. Por lo que la posición canguro puede usarse de manera segura y efectiva hasta que el prematuro pueda regular la temperatura por sí solo. (Fonis, 2008)

Con respecto al campo de la psicología este tratamiento se configuraría en una de las intervenciones más precoces en salud mental, ya que se ha evidenciado que el contacto temprano piel a piel entre la díada madre-hijo, favorecería una serie de transacciones reguladas, psíquica y biológicamente entre el niño y el cuidador primario (madre y/o padre), que incorporadas en la relación de vínculo parecen ser de gran importancia en el desarrollo óptimo de las funciones de auto-regulación y la organización de una personalidad resiliente y con capacidades adecuadas de manejo de estrés. Los obstáculos en el establecimiento de un vínculo oportuno y saludable, pueden llevar a trastornos futuros del desarrollo psicomotor, social, afectivos y de lenguaje (Tessier y Cols.1998).

Al respecto, Tessier (1998) evidenció que la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hijo. Por lo tanto, el contacto piel a piel restablece la relación madre-hijo interrumpida por la separación neonatal o inicia una relación cuidador-niño, de una forma tal que tiene altas probabilidades de generar un apego seguro. En este sentido, el autor anteriormente citado, plantea que el contacto físico temprano piel a piel entre la madre y el bebé crea una disposición en el cuidador que le permite detectar y responder de mejor manera frente a las señales del bebé.

Casi dos décadas de aplicación e investigación han demostrado que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Se ha establecido que en relación a la mortalidad, es equivalente a la atención convencional (en incubadora) en lo que respecta a la seguridad y la protección térmica del bebé fomentando y facilitando la lactancia materna, el MMC ofrece ventajas considerables en cuanto a la prevención de morbilidad grave, contribuyendo también a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre los bebés y sus padres. (Fonis, 2008)

Según los datos recogidos por la CONYCID (2008) en cuanto a las investigaciones a nivel internacional en torno al Método Madre Canguro (MMC), la UNICEF prestó apoyo en cuanto a las primeras aplicaciones este método en Colombia y colaboró además para implementarlo en otros países. Financió en los jardines del Instituto Materno Infantil la construcción de una sede propia del programa llamada La Casita, para el acompañamiento ambulatorio de los grupos canguros, de madres y sus bebés.

A criterio de la pediatra Nathalie Charpak (Fundación Canguro, 2007), la aplicación en forma ambulatoria del Método Madre Canguro, permitiría "desmedicalizar" el manejo de prematuros, transfiriendo a los padres la responsabilidad por el los cuidados físicos y emocionales de su bebé. Por lo tanto se devolverá el derecho de los padres a constituirse en los cuidadores primarios de su hijo prematuro.

Es importante mencionar que la modalidad ambulatoria del MMC, implica que la madre se lleve a su bebé en canguro al hogar. Esta medida implica que el médico tratante transfiera la responsabilidad del cuidado físico y emocional del bebé a su madre y/o padre. Los cuidados canguro consisten en la entrega de calor por medio del contacto piel a piel las 24 horas del día (regulación térmica del bebé). Esto implica que la madre utilice una faja de lycra, en donde se introduce el bebé sólo con pañal y gorrito. Así el niño es puesto en posición canguro dentro de la faja que permite que la madre tenga libertad de movimiento facilitando que realice sus actividades cotidianas como las labores del hogar u otras. Para efectos de relevo de la posición canguro y la entrega de calor al bebé, la madre puede compartir la responsabilidad con otro adulto, quien en algunos casos puede ser el padre del bebé, o quien la madre confíe como persona competente para esta labor.

Otra responsabilidad fundamental de la madre es la asistencia a los controles canguro (seguimiento médico) realizado por neonatólogos, quienes monitorean la evolución del bebé en forma regular, hasta la salida de este del canguro (contacto piel a piel con la madre) al momento en que alcanza el peso necesario para el alta del tratamiento, el cual corresponde aproximadamente a los 2.500 grs. (Fundación Canguro, 2007)

En el contexto chileno, la práctica del MMC, ha sido implementada incipientemente y se ha limitado a la aplicación de la técnica canguro (contacto piel a piel entre el bebé y la madre) sólo de forma intrahospitalaria en muy pocos establecimientos de salud, como el Hospital San

José y en las Clínicas Indisa y Madre e Hijo. La terapia madre canguro en estos casos ha sido utilizada por lapsos breves de tiempo como cuidado complementario al tratamiento principal indicado para prematuros dentro de la incubadora.

Resulta muy relevante mencionar que actualmente se está realizando la aplicación del Método Madre Canguro Ambulatorio en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, servicio que se genera a partir de la creación de la Maternidad del mismo hospital en el año 1974. Posteriormente se independiza de la Unidad de Maternidad en el año 1999. Configurándose en un servicio de alta complejidad en el tratamiento de las enfermedades del bebé durante los primeros días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, hasta los subsiguientes días necesarios para su estabilización clínica. (Complejo Hospitalario San José, 2011). Es necesario mencionar, que los pacientes atendidos en esta unidad son los recién nacidos que presentan patologías, malformaciones o requieren un cuidado especial debido a su prematurez.

Con respecto a la revisión de datos de la Unidad de Neonatología del Hospital San José, se evidencia que el rango de partos fluctuó entre 8.300 y 9.000 partos/año. La cifra de niños con menos de 35 semanas al nacer corresponde a un 8 a 10%. De ellos el 50% ha requerido hospitalización por presentar un peso menor a 2.250 gramos al nacer y necesidad de estabilización de sus funciones básicas. El número absoluto de egresos de la Unidad Neonatal del Hospital San José por prematurez varía entre 280 y 320 niños al año. (Unidad de Neonatología Hospital San José, 2011).

En este escenario, se lleva a cabo la aplicación del MMC Ambulatorio para pacientes de la Unidad de Neonatología del Hospital San José, experiencia sin precedentes en Chile, que ha sido puesta en marcha desde mediados del año 2009, a partir de la implementación del Proyecto Madre Canguro Ambulatorio, siendo financiado y patrocinado por Fondo Nacional de Investigación en Salud (Fonis).

Este proyecto está a cargo de dos Neonatólogas que realizan seguimientos de prematuros en el Hospital Roberto Del Río y hacen atenciones en la Unidad de Neonatología donde se lleva a cabo el proyecto. Cabe destacar que las investigadoras del presente estudio, son parte de Equipo Madre Canguro dentro de la Unidad, dedicándose de forma voluntaria a la labor de

psicoeducación y promoción de los beneficios del MMC, dirigidos a las madres y padres de bebés prematuros hospitalizados en la unidad de neonatología anteriormente descrita.

En relación al contexto anteriormente descrito, nos surge como investigadoras, la interrogante derivadas de la experiencia vivida dentro de la Unidad de Neonatología, en donde es posible dar cuenta de la compleja realidad experimentada por las madres de bebés prematuros y la necesidad de apoyar y contener emocionalmente a estas madres con la finalidad de favorecer la vinculación temprana con su hijo. Por lo tanto, se buscaría apoyar en el proceso de empoderamiento de las madres en tanto cuidadoras principales y fundamentales para evolución óptima de sus hijos. En esta lógica, cobra relevancia investigativa conocer el impacto MMC en el desarrollo del vínculo temprano madre-hijo prematuro en la Unidad de Neonatología del Hospital San José. Por lo que se pretende profundizar en los sentimientos y percepciones con respecto a la situación de prematurez de su hijo. Visibilizando las capacidades parentales de las madres para configurarse en una base segura para su bebé. En este contexto, como investigadoras nos interesa explorar de qué manera enfrentan o que estrategias utilizan estas mujeres para superar y afrontar la situación adversa derivada de la condición de prematurez de su hijo.

Considerando lo anteriormente expuesto, surge la necesidad a nivel teórico y práctico de trabajar y dar protagonismo a este tipo de intervenciones tempranas en apego surgiendo la siguiente interrogante de investigación:

¿Cómo se desarrolla el Vínculo de Apego en la diada Madre-Bebé prematuro, que practican el Método Madre Canguro en la Unidad de Neonatología del Hospital San José?

3. Aportes y relevancia de la investigación

Considerándonos, como futuras profesionales de la salud mental y con el afán de hacer un aporte desde la psicología, es importante y pertinente hacer esta profundización, sistematización del fenómeno de la prematurez y las implicancias del uso del MMC en el vínculo de Apego madre-hijo prematuro con el fin de direccionar nuevas intervenciones en la práctica clínica, tendientes a la focalización de la prevención y promoción de la salud mental, desde una postura prospectiva centrada en las intervenciones en apego temprano como modalidad de tratamiento y prevención de patologías de origen vincular.

En este contexto, desde el campo de la psicología, poco se ha abordado sobre las relaciones tempranas entre madre e hijo prematuro. Más escasas aún resultan las investigaciones sobre las intervenciones tempranas en el vínculo de apego madre-hijo prematuro, como lo es la aplicación del Método Madre Canguro, que siendo un tratamiento validado médicamente, posee ámbitos inexplorados aún por la disciplina psicológica. Por lo tanto, los aportes de esta investigación podrían configurarse como valiosos para el campo de la psicología del desarrollo, específicamente en su vertiente sobre desarrollo neonatal.

Este estudio intentaría aportar en la validación del MMC como una intervención que se constituiría en una alternativa terapéutica integral, en la cual los cuidados y avances a nivel somático del bebé prematuro se ven íntimamente asociados con el desarrollo óptimo a nivel psíquico. Por lo tanto el estudio de la aplicación del MMC, se configuraría como una instancia de análisis sobre el tema del vínculo de apego madre-hijo prematuro, que abriría nuevos ámbitos al quehacer del psicólogo.

En cuanto a la relevancia metodológica, la presente investigación pretende entregar evidencias empíricas arrojadas por las observaciones de la interacción de las díadas madre-hijo prematuro analizadas a la luz de la Teoría de Apego. Otro aporte se constituiría, a partir del material audiovisual, en donde se registra la interacción madre hijo prematuro. Este material se traduciría en evidencia que potencialmente se podría constituir apoyo pedagógico para la transmisión de conocimientos en torno a la temática de la prematurez y el impacto de la vinculación temprana favorecida por MMC.

En relación a la relevancia a nivel social, se puede postular el impacto que podría implicar la implementación de forma ambulatoria del MMC, en tanto es una experiencia innovadora a nivel nacional. Por otro lado, como relevancia práctica de la presente investigación, se puede plantear la promoción del método, ya que podría constituirse en evidencia cualitativa que serviría para la consolidación en Chile de una terapia que beneficia la salud integral de la díada madre-hijo prematuro y cuya validación y aceptación por parte de los pacientes y los equipos de salud permitirían su aplicación como una modalidad de tratamiento utilizada a nivel masivo en el manejo de prematuros. Además se podría aportar al proceso de naturalización de entregar gran parte de la responsabilidad del bienestar del bebé prematuro, en manos de la madre y/o padre, fomentando de esta forma los sentimientos de competencia y empoderamiento para constituirse en una òbase segura para sus bebés.

Si bien dentro de esta problemática interviene tradicionalmente el área de la medicina, es importante que la psicología tenga una propuesta de acción que articule la percepción y experiencias emocionales de los propios sujetos que han vivido la condición de prematurez de sus hijos, con proyectos de intervención capaces de empoderar a las madres y/o padres, como cuidadores principales de sus bebés. De este modo tales proyectos, junto a las potencialidades y recursos resilientes de estos sujetos, apoyarían en el desarrollo de sus competencias parentales, para que logren constituirse en una òbase segura para sus hijos.

En consecuencia, como investigadoras sostenemos, como relevancia final de esta investigación en el plano psicológico, social y práctico en la medida que los resultados que se obtienen tienden a contribuir al abordaje de una problemática poco estudiada y sin precedentes en nuestro país, la cual afecta directamente a las madres y/o padres (cuidadores) implicados y por extensión a la sociedad; además los resultados alcanzados permitirán dejar abierta la instancia a nuevas líneas de investigación para la psicología del desarrollo y la medicina. Abordando el tema de los vínculos tempranos desde una visión multidisciplinar, en donde se confluyan el enfoque de Resiliencia y la Teoría de Apego, desde esta perspectiva sería posible contemplar integralmente a los pacientes neonatos y a sus padres, desde un enfoque biopsicosocial. De esta forma la temática de los vínculos tempranos se constituye en foco de intervención integral que implica el abordaje multidisciplinar, en donde idealmente deben confluír los aportes de la psicología, la medicina y el trabajo social.

4. Objetivos:

4.1 Objetivo General:

Conocer como se desarrolla el vínculo de apego afectivo entre la diáda madre ó hijo prematuro, que utilizan el Método Madre Canguro en la Unidad de Neonatología del Complejo hospitalario San José.

4.2 Objetivos Específicos:

- *Conocer la experiencia emocional y las percepciones de las madres con respecto a la prematurez de su bebé.*
- *Conocer las percepciones y sentimientos de las madres que utilizan el MMC como tratamiento para sus hijos prematuros.*
- *Describir el desarrollo de la relación de apego entre la madre y su hijo prematuro.*
- *Identificar las capacidades parentales presentes en las madres con respecto a su bebé prematuro.*
- *Conocer la percepción de las madres en relación al apoyo recibido de sus parejas y/o familiares u otro.*
- *Conocer la percepción de las madres en torno a la labor del Equipo de salud.*

II PARTE: Marco Teórico

1. Legado de los Vínculos Tempranos

Felipe Lecannelier (2006) realiza un recorrido histórico sobre el legado de los vínculos tempranos, sosteniendo que desde los primeros planteamientos psicoanalíticos las relaciones afectivas primarias con los padres se constituyeron en un aspecto fundante para las bases de la personalidad del sujeto y de la psicología. En esta misma línea plantea que posteriormente surgieron muchos autores que mantenían los principios básicos de la teoría freudiana, sosteniendo que los vínculos tempranos se configurarían como un aspecto nuclear en el moldeamiento de la psiquis humana. Entre estos autores se destacaron los aportes de Anna Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion, René Spitz, Winnicott, entre otros. A criterio de Lecannelier, los aportes de estos autores, se constituyeron en un supuesto metafísico central que cimentó gran parte del edificio teórico de la psicología especialmente en su vertiente clínica.

Resulta de fundamental relevancia dar cuenta del aporte de Bowlby, psicólogo del desarrollo y psiquiatra que inicia sus estudios y reflexiones del psicoanálisis. Que posteriormente, comienza divergir con algunos aspectos de la metateoría freudiana, la cual concebía el desarrollo del niño como un proceso que transitaba desde estados de simbiosis temprana con la figura materna, configurándose en una relación de completud entre madre y bebé. Posteriormente, el niño adquiriría mayores niveles de independencia a partir de la superación del Complejo Edipo, instancia psíquica que permitiría la entrada del infante en el mundo social, a través de la represión de los impulsos libidinosos dirigidos a la madre. En este contexto Bowlby criticaba que esta teoría atribuía casi todos los problemas mentales a fantasías generadas por pulsiones de naturaleza inconsciente, ya que a su juicio era de fundamental importancia considerar la influencia de los eventos reales sobre la determinación de la dinámica psíquica del ser humano. De ahí que este autor, planteara la importancia del Apego temprano como elemento fundamental en el desarrollo normal del niño. Bowlby, se vio influenciado por los aportes de la etología, la teoría evolutiva, la cibernética y la psicología cognitiva, dando origen y fundando la Teoría del Apego.

Bowlby (1944) visibilizó la necesidad del bebé de vincularse a su madre como una motivación innata por excelencia. De ahí, que el autor sostiene que existe una necesidad

humana universal para formar vínculos afectivos estrechos y que esta necesidad acompañaría al ser humano desde la cuna hasta la tumba. En esta misma línea plantea que de acuerdo a la evidencia empírica, el desarrollo normal de un niño requiere de una relación cálida, íntima y continua con la madre (o una madre sustituta estable y permanente) (Lecannelier, 2009, pp. 19).

Un aporte fundamental a la Teoría de Apego propuesta por Bowlby fueron las investigaciones de Mary Ainsworth (1954), quien realiza observaciones a bebés, dando cuenta de diferencias individuales al relacionarse con sus madres, a partir de estudios longitudinales para evaluar los efectos de la separación maternal en el desarrollo de los infantes. Concluyendo que existirían 3 estilos de apego que se asociaban con el nivel de sensibilidad de las madres frente a las señales elicitadas por sus bebés. Los patrones de apego identificados por Ainsworth, daban cuenta de bebés seguros, los cuales parecían relajados y contentos al momento del reencuentro con sus madres. Además, se identificó a bebés inseguros, quienes lloraban más, no parecían relajados y se aferraban a su madre. Finalmente observó a aquellos bebés que frente a la madre no mostraban un interés especial, a estos niños lo catalogó como no apegados. A partir de estas evidencias empíricas se constituyó el instrumento denominado "Procedimiento de Situación Extraña" (Ainsworth & Wittig, 1969). Estos importantes descubrimientos facilitaron el poder comprobar empíricamente los elementos conceptuales de la Teoría de Apego planteados por Bowlby.

Durante esta década de los setenta, también dio cuenta de un cambio cualitativo que provocó una gran revolución dentro de la psicología del desarrollo humano, la cual tuvo una reorganización, no solo en sus aspectos de propuestas teóricas, sino en el modo de abordar, investigar y concebir el desarrollo humano (Lecannelier, 2006, p.17) especialmente en las etapas del desarrollo infantil y adolescente. En donde en contraste al modo de interpretación clínica y observaciones semi-sistematizadas que predominaban históricamente, esta nueva psicología del desarrollo comenzó a utilizar y fomentar una metodología experimental, mediante diferentes técnicas experimentales en donde investigaciones de laboratorio fueron capaces de reformular muchas ideas y concepciones clásicas. Uno de los aportes más fructíferos que realizaron estas nuevas técnicas sobre las antiguas concepciones que se reformularon, fue a través de estudios sobre la relación y comunicación afectiva entre una madre y su bebé desde el nacimiento hasta los primeros años de vida (Brazelton, Koslowski, & Main, 1974; Bullowa, 1979, citado por Lecannelier, 2006, p.18)

Programas de investigación, los cuales consistían en grabar en video la interacción entre una madre y su bebé de pocos meses de nacido. Grabaciones las cuales eran analizadas rigurosamente. Lecannelier, realizando un análisis histórico integrativo, plantea que luego de tres de décadas de realizar y repetir estudios con bebés de diversas edades, mostraron que:

- La relación padres-bebés no es una interacción unidireccional en donde los padres moldean y estructuran determinados repertorios de reflejos básicos de éste, sino que el bebé contribuye desde los primeros momentos a esta interacción (es una interacción bidireccional) (Field & Fox, 1985; Lewis & Rosenblum, 1974; Stern, 1977)
- Los bebés nacen con algo más que reflejos innatos (tales como el succionar o el agarrar), sino que poseen un sin número de complejas habilidades psicológicas y sociales desde el nacimiento, por tanto se podría decir que los bebés nacen con mente
- Los bebés nacen con capacidades socio-afectivas, que les permiten orientarse, comunicar y preferir la interacción con otro ser humano, con relación a otros objetos
- Los cuidadores y sus bebés desarrollan desde los primeros minutos de vida del niño, un patrón dinámico de coordinación, sintonía y regulación afectiva, fisiología mutua y comunicación socio-afectiva.
- Por lo tanto si los bebés nacen con mente y esta mente se desarrolla como producto de la actividad conjunta de mecanismos temperamentales y vinculares entonces, se deduce que los bebés poseen salud mental, por lo tanto se pueden enfermar psicológicamente y por este motivo ellos tienen derecho a un tipo de intervención psicológica específica.

Los hallazgos detallados anteriormente, revolucionan por completo lo que se planteaba hasta el momento como certeza sobre los vínculos tempranos, y sobre su real impacto e influencia sobre el desarrollo de la mente en el bebé durante sus primeros años y meses de vida.

Junto con las capacidades de adaptación social y ambiental del bebé desde su nacimiento, presenta capacidades que anteriormente se encontraban totalmente invisibilizadas, no dando cabida a una relación mutua entre madre y bebé, sino como bien se menciona anteriormente, percibiendo la díada madre-hijo de forma unidireccional, reduciendo por tanto al bebé tan solo a un puñado de funciones motoras, reflejos y necesidades biológicas. Es así con el

descubrimiento de la «mente» de los bebés se da paso al nacimiento del «enfoque de intersubjetividad» del cual nos referiremos mas adelante.

A continuación, daremos cuenta según el recorrido que hace Felipe Lecannelier (2006), psicólogo chileno, director del Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño (CEEIN), sobre los autores más relevantes, y por tanto que más han influenciado desde las ciencias de la biología mediante diversos experimentos, sobre el desarrollo de los vínculos tempranos.

En este contexto, se presentaron evidencias empíricas que daban cuenta que el desarrollo integral que se produce desde el período de gestación del bebé actúa como una especie de «escudo de protección» contra los riesgos, dolores y vicisitudes posteriores de la vida. Por lo tanto esta construcción de un escudo de protección está inextricablemente ligada al desarrollo de un contexto familiar con determinadas características, estos planteamientos han generado que la reflexión, investigación, intervención y fomento de todo lo relativo a los vínculos tempranos sea un proyecto urgente de trabajar en el siglo XXI.

Según Lecannelier, la influencia de las ciencias biológicas sobre los vínculos tempranos, se divide en tres programas de investigación, que contemplan el aporte de las reflexiones de Allan Schore, en torno a neurociencia. Además de los trabajos en psicobiología de Myron Hofer y desde la psiconeuroinmología con los aportes de Megan Gunnar.

En referencia a Allan Schore, neuropsicólogo estadounidense, el cual emprendió una propuesta en la que integro diversas áreas del conocimiento, como la neurociencia y la sub áreas de esta: neurobiología, neurología conductual, neuropsicología, neurociencia afectiva, entre otras, junto a los aportes la psicología del desarrollo, el psicoanálisis, y estudios sobre la regulación emocional. En este sentido Schore, integra los aportes de la Teoría del Apego basándose en uno de los supuestos centrales de Bowlby quien plantea «entre cuidador y bebé se comprende como un sistema de regulación diádica.» (Bowlby, 1988, p. 27) Por lo que sería el cuidador principal, quien mediante sus conductas de cuidado hacia el bebé, regularía la organización afectiva del infante.

Según esta afirmación desprendida de la teoría del apego, Allan Schore (1994) enriquece dicho postulado con los aportes de la neurociencia, planteando que las interacciones afectivas entre la madre y bebé, afectan el desarrollo de sistemas de regulación cerebral responsables a

su vez de la regulación de la conducta, los afectos, las cogniciones y la fisiología del niño. En este sentido, Schore parte de la premisa que el desarrollo temprano, se configura como una conjugación de mecanismos biológicos y las experiencias. Denominándolo como "período sensible" o "período crítico" al ciclo fundamental en el desarrollo temprano del infante. Este período, contemplaría desde la etapa de gestación, hasta el segundo año de vida del bebé. Etapa del desarrollo del bebé, que se caracterizaría por fundamentales y acelerados cambios en su estructura cerebral, los cuales se verían propiciados por elementos y/o estímulos que serían fundamentales para el desarrollo del bebé. Desarrollo que estaría supeditado, tanto a factores biológicos, como también dependientes de la experiencia, la cual gatillaría un proceso de selección y conexión neuronal, en coherencia a las necesidades ambientales. Por lo tanto Schore, postula "que la organización cerebral humana no solo necesita del ambiente para su desarrollo y organización, sino que esta diseñada para adaptarse a ese ambiente." (Schore, 2001; Edelman, 1993; Damasio, 1999, p. 29).

En base a estos hallazgos el autor sostiene que el cerebro, más que constituirse en un órgano meramente biológico, es mejor comprendido si se le considera en su dimensión bio-psico-social. En donde el ambiente cobra relevancia como modulador de los procesos de adaptación del cerebro en "el período sensible" del bebé. En este contexto, las relaciones afectivas continuas en el tiempo y coherentes con un número limitado de cuidadores, se configuran en un "contexto de apego".

A partir de los aportes de Schore (2002), Apego y desarrollo cerebral se convierten en procesos absolutamente co-dependientes, no pudiendo el uno desarrollarse sin el otro. Es así, que la Teoría de Apego para Schore, se constituiría en una "teoría de regulación", en donde "la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del bebé." (Lecannelier, 2006, p. 26). En este sentido los encuentros afectivos entre la "madre hijo", en donde la madre regula de forma intuitiva e inconsciente las necesidades fisiológicas y emocionales del bebé. Gestando así una relación de continuos encuentros reguladores, los cuales permiten que el bebé desarrolle distintas habilidades para enfrentar y/o regular el estrés, las emociones y las situaciones novedosas, así como el aprendizaje y los estados mentales.

Las funciones reguladoras (Schore, 2002), resultan ser fundamentales para el desarrollo de las competencias de enfrentamiento del estrés en el bebé, estas funciones son mediadas por ciertos sistemas o ejes cerebrales. Uno de ellos es el eje simpático-adrenomodular responsable

de la regulación del Factor Liberador de Corticotropina (CFR) que facilita la acción del sistema simpático a través de las catecolamina. Por otro lado está el eje hipotálamico-pituitario-adrenérgico, que es el encargado de regular la respuesta del estrés a través de la secreción de cortisol, la cual inhibe el sistema simpático. Además de los circuitos del sistema límbico encargados de una serie de funciones reguladoras, tales como el procesamiento emocional facial, la evaluación emocional inmediata de situaciones estresantes o de peligro, la activación y regulación de emociones. Como se verá posteriormente, en la regulación cerebral vincular intervienen también algunas áreas cerebrales, tales como la corteza orbitofrontal y el hemisferio derecho.

Lecannelier (2006) da cuenta basándose en los postulados de Schore, que la activación de estos sistemas dependen de aquellas interacciones tempranas del bebé, o sea mediante las relaciones de apego de éste. Por lo tanto, el ambiente vincular, familiar, sería fundamental para un pleno desarrollo y activación de corte cerebral para el bebé, lo cual le facilitaría regular y/o enfrentar de forma flexible y adaptativa los diferentes contextos y situaciones estresantes de la vida, tanto durante los primeros períodos de su vida, así como de los posteriores. Es decir que mediante el desarrollo del apego es posible que el bebé sea capaz de adquirir las capacidades de regulación del estrés en conjunto con los sistemas cerebrales. En este sentido, Schore plantea ò yo sugiero que la salud mental adaptativa del infante puede ser fundamentalmente definida como la expresión temprana de estrategias resilientes y eficientes para enfrentar la novedad y el estrés, y la salud mental desadaptativa del infante como un déficit en estas mismas capacidades.ö (Schore, 2001, pp. 17-30)

Es así que mediante este moldeamiento de la organización mental (Schore, 2002), a través de constantes encuentros sensoriales y afectivos entre madre y bebé, tales como jugar, tocarse, emitir sonidos y expresar diferentes expresiones faciales, corporales, mirarse mutuamente, etc. Van generando patrones tanto de comunicación como de regulación, de forma mutua. Surgiendo así una «sincronía afectiva» la cual implica el compartir y anticipar estados afectivos entre madre y bebé, es decir un tipo de «lenguaje sin palabras» en donde madre e hijo, se van comunicando y adaptando a sus propios cambios de estado afectivo, fisiológico, cognitivo. En esta lógica Schore (2002), plantea que estos encuentros afectivos y sensoriales mutuos afectan el desarrollo del cerebro del bebé, y más específicamente del hemisferio derecho, el cual sería dominante durante los primeros tres años de vida, y del cual se derivan:

- La comunicación emocional / gestual espontánea que se produce entre madre y bebé.
- Procesamiento de la información relativa a lo que concierne el sentido subjetivo del sí-mismo.
- Procesamiento de la información afectiva facial y auditiva proveniente de los otros (la madre durante el primer año).
- El hemisferio derecho está implicado en la realización de conductas de apego de parte del bebé, y de conductas de contención y protección de parte de la madre.
- Además participa activamente en el control de las funciones vitales del organismo que posibilitan la supervivencia, y que permiten que el organismo enfrente activamente el estrés.

Además Schore (2002), plantea de un modo más específico, las consecuencias positivas para el cerebro del bebé al experimentar esta sincronía y ritmicidad afectiva y comunicativa con su madre (a parte de la función general de integración hemisférica derecha) es:

- La interacción afectiva de la madre activa neuronas dopaminérgicas en la formación reticular, promoviendo estados motivacionales, conductas de orientación y exploratorias.
- La interacción cara a cara entre la madre y el bebé induce en la producción de neurotrofinas (nutrientes para el cerebro) generando la creación de sinapsis, plasticidad simpática y desarrollo de la corteza.
- El contacto íntimo entre la madre y el bebé activa los sistemas opiáceos (endorfinas) que así mismo estimulan la conducta lúdica en ambas partes de la diada.
- Además esta decir que en estos encuentros afectivos recíprocos, el cerebro de la madre también se ve alterado en su dinámica, a través del aumento de la secreción de las beta-endorfinas que se piensa estimulan la conducta lúdica, y de un mayor crecimiento dendrítico.

Resumiendo lo anteriormente señalado, Schore (2001), sintetiza sus aportes argumentado que en las transacciones vinculares de la sincronía afectiva, el cuidador psicobiológicamente sintonizado regula interactivamente los estados positivos y negativos del bebé, construyendo, a su vez, un ambiente facilitador de crecimiento, para la maduración dependiente de la experiencia, de un sistema de control en el cerebro derecho del bebé. Es así como un funcionamiento eficiente de este sistema de enfrentamiento es vital para las emergentes

capacidades de autorregulación, así como de las habilidades para regular flexiblemente los estados emocionales estresantes, por medio de la interacción con otros seres humanos y sin ellos. En este sentido Schore (2001), sostiene que una relación de apego segura facilita el desarrollo del hemisferio derecho, promoviendo una eficiente regulación afectiva y gestando una salud mental adaptativa en el infante.

En resumen se puede dar cuenta de que al autor plantea que aquellas estructuras cerebrales que regulan el estrés durante las etapas tempranas y posteriormente durante la vida adulta, son determinadas y sustentadas bajo el alero de las relaciones de apego tempranas que el bebé reciba de su ambiente familiar vincular, por lo que el período sensible o crítico, sería fundamental, ya que el apego temprano moldearía de forma indirecta como directa el cerebro del bebé, a través de estímulos ambientales que pondrían en juego las capacidades de flexibilidad y enfrentamiento del estrés del infante.

Según Schore, es posible visibilizar una arista muy importante al explorar en psicopatología, basándose en los postulados centrales de Bowlby, los cuales dan cuenta que las relaciones tempranas disruptivas, negligentes y abusivas pueden sentar los fundamentos de una salud mental desorganizada en edades posteriores. (Bowlby, 1980, p. 35). Planteamientos que Schore enriquece a la luz de la neurociencia, articulando la relación de apego al desarrollo cerebral temprano. Aportes que Lecannelier (2006), visibiliza en estrecha relación existente con posibles problemas de apego temprano y las dificultades en el desarrollo cerebral del hemisferio derecho, las cuales generarían deficiencias en los sistemas cerebrales de control y regulación de estrés dando paso a una salud mental desadaptativa.

Por lo que las acciones negligentes y abusivas de los cuidadores a edades tempranas del bebé, inclusive durante el embarazo (como bien lo da a entender Schore al plantear la etapa sensible o crítica), en donde conductas como beber alcohol, consumir droga, fumar, etc. Y reacciones emocionales como la ansiedad, la depresión, estrés prolongado en la madre, pueden traducirse en factores negativos que influirían en el desarrollo del cerebro inmaduro del bebé, por lo tanto afectarían directamente sobre las capacidades del infante para posteriormente desarrollar de forma efectiva y flexible sus capacidades de regulación del estrés. Pero sin duda, el autor da cuenta de un tipo de daño muy intenso y acumulativo en el bebé, el cual sería el resultado de los malos tratos entregados de parte de personas significativas para el bebé, reacción desadaptativa, que el autor denomina *trauma relacional*.

En este contexto neurobiológico, las experiencias traumáticas a temprana edad afectarían el óptimo desarrollo y buen funcionamiento del hemisferio derecho, responsable por todas aquellas funciones propias de lo afectivo y lo social. Por lo tanto Schore (1997), agrega, que se verían afectadas todas aquellas capacidades que permiten una regulación y adaptación al entorno. Por lo tanto, el trauma relacional generaría una pérdida de la habilidad de regulación de los afectos, traduciéndose en un aumento en la sensibilidad ante las situaciones estresantes, en edades posteriores, constituyéndose en un factor predisponente al desarrollo de patologías psiquiátricas.

En síntesis el autor, al supeditar el moldeamiento de las estructuras cerebrales del bebé, a las interacciones afectivas tempranas continuas y prolongadas con sus cuidadores con sus cuidadores, como base para una regulación emocional efectiva adecuada y flexible frente al estrés. El bebé en los episodios interaccionales con la madre experimenta aceleraciones (o activaciones) de sus estados internos (por ejemplo, cuando se excita al ver a la madre entrar por la puerta de la habitación) y desaceleraciones o bajas de la intensidad de los estados internos (por ejemplo, al ser tomado en brazos posteriormente). Este patrón de aceleración/desaceleración es producido por el sistema nervioso autónomo, y más específicamente el sistema simpático (en el caso de la aceleración) y el sistema parasimpático (en el caso de la desaceleración). Dado que el bebé no posee todas las habilidades necesarias para poder regular estos estados de activación y desactivación, son los cuidadores quienes actúan como reguladores de estos estados. (Lecannelier, 2006, p. 37)

En este sentido, los padres al actuar como un soporte de tipo relacional, en donde tienen la capacidad tanto de calmar, como de activar los distintos estados del bebé. Es así como se va conformando conjuntamente un patrón distintivo, propio y mutuo de regulación de los estados emocionales y fisiológicos entre el bebé y su cuidador. Dicho patrón, o sintonía afectiva sería por tanto el desarrollo de una sincronía entre el cuidador y el bebé, en donde se podría dar cuenta de un acoplamiento mutuo. Es así como Schore (2002), plantea que una de las características de un buen cuidador, es decir un cuidador suficientemente bueno, no es aquel que sostenga con el bebé una coordinación y acoplamiento cien por ciento durante la interacción, será el sea capaz de reparar la descoordinación para continuar con el flujo interaccional. En este sentido la sensibilidad de la madre actuaría como un organizador externo de la regulación bio-conductual del bebé.

Por lo tanto la regulación de la sincronía, que estaría en las manos de la madre, y por tanto en la relación de apego con el bebé, daría cuenta, de que el estrés se produciría, cuando existe una des-sincronía en la interacción madre-bebé, lo cual dependerá de las habilidades de la madre, como también del acoplamiento que esta presente con el bebé, como estrategia para reparar o no dicha descoordinación. Así mismo, estas experiencias de sincronía/des-sincronía influyen tanto en la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) y más específicamente el sistema límbico encargado del componente subjetivo y social de las emociones, como del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) quien le da el componente somático a las emociones. (Schoore, 2000, p. 38)

Lecannelier (2006) sintetiza los aportes de Schoore, planteando que el hemisferio derecho del cerebro sería el encargado de todas las funciones, y tal como ya se ha anticipado, la corteza orbito-frontal juega un rol protagónico en la modulación, tanto del sistema nervioso central (SNC) como en el sistema nervioso autónomo (SNA). En contextos de apego temprano óptimo, es posible que los sistemas de regulación del hemisferio derecho (corteza orbitofrontal especialmente) sean capaces de modular, bajo eventos de estrés, un patrón dinámico de equilibrio entre el sistema simpático (activación) y el parasimpático (de inhibición o desactivación). Este patrón dinámico de equilibrio implica que cuando un sistema se activa, el otro se desactiva. Por lo tanto, cuando un organismo activa uno de estos sistemas responde de un modo adaptativo ante el estrés (activando el simpático), y cuando el contexto es evaluado como «fuera de peligro» el sistema parasimpático actúa inhibiendo y relajando el organismo. Por lo tanto las relaciones de apego tempranas regularían este equilibrio dinámico, a través de su influencia sobre el hemisferio derecho, específicamente en la corteza orbitofrontal.

2. La Teoría del Apego

Teoría iniciada durante los años cincuenta, la cual parte de una perspectiva etológica, bien a tono con los derroteros epistemológicos de su tiempo. Los exponentes principales son, J. Bowlby y M. Ainsworth, quienes postulan que la separación entre el bebé y su figura de apego sería una situación perturbadora, la cual generaría en el bebé un miedo muy intenso. Lo cual, daría lugar a que las próximas separaciones, generen en él cierto grado de ansiedad. El propio Bowlby cree que su planteamiento es una combinación de la Teoría de las señales y de la Teoría del apego frustrado. (Bowlby, 1985).

La base central de esta Teoría, es el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto, la cual es determinada (en gran medida) por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, o sea, su figura de apego. Bowlby cuando se refiere a la figura de apego, habla de la accesibilidad inmediata y certera, más que tan solo una presencia real. Figura la cual debe por tanto saber responder de manera efectiva, entregando así protección y contención.

Su teoría defiende tres postulados básicos:

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Relevancia de la Teoría del Apego

Esta teoría a pesar de su declarada filiación etológica, de adaptación, da cuenta, y maneja varios conceptos del ámbito psicológico. Modelo el cual investiga desde una perspectiva evolutiva del apego, lo cual es poco común en comparación con otros modelos.

Bowlby parte de una perspectiva evolutiva de sesgo darwiniano, pero, a pesar de que daba cuenta de una indudable orientación etológica, en donde considera el apego madre-hijo como una conducta instintiva, por lo que tendría valor adaptativo de sobrevivencia, su concepción de la conducta instintiva iba más allá de las explicaciones que habían ofrecido etólogos como Lorenz, con un modelo energético-hidráulico muy en consonancia con los antiguos postulados de la física mecánica. Basándose en la teoría de los sistemas de control, por lo que Bowlby planteó que esta conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta, modificándose, a las condiciones ambientales (Oliva, s/a).

La Teoría del Apego investiga la ontogenia de las respuestas a la separación, por lo que incluye referencias de Piaget, en donde habla de la interacción del apego con el desarrollo cognitivo del bebé durante la segunda mitad del primer año de vida, o sea, cuando este logra permanencia del objeto. Durante, las 28 y 30 semanas de vida del bebé, se da el punto de viraje, o sea se logran vislumbrar las respuestas a la separación como evidentes; el bebé comienza a percibir el objeto como algo que existe de forma independiente de sí mismo, aún cuando no lo perciba directamente por lo cual puede iniciar su búsqueda. (Oliva, s/a).

En este sentido, el reaccionar con temor a la presencia de extraños, la oscuridad, los ruidos fuertes, etc. Serían interpretados por Bowlby como el desarrollo de tendencias genéticamente determinadas por una predisposición a enfrentar peligros reales de la especie. A pesar que desde un inicio esta postura podría evaluarse como demasiado sesgada hacia la biología, Bowlby la completa dando cuenta de una serie de circunstancias tanto psicológicas como culturales, las cuales darían lugar a estas reacciones. En este sentido hace referencia a los peligros imaginarios, los indicios culturales aprendidos de otras personas sobre el peligro, la racionalización, la atribución de significado a las conductas de los niños por parte de los padres, la proyección y el contexto familiar (Bowlby, 1985).

Sin duda, esta teoría, la cual ha tenido como principales creadores, a Jon Bowlby y Mari Ainsworth, sobre el vínculo afectivo entre una madre y su hijo, al pasar el tiempo se ha fortalecido y enriquecido mediante diversas investigaciones realizadas en los últimos años que la han convertido en una de las principales áreas de investigación evolutiva (Oliva, s/a).

Durante la década de los 40, Anna Freud y Burlingham describieron la experiencia de cuidado de niños en una guardería separados de sus madres. Observaron que los niños poco tiempo después de estar en las guarderías, desarrollaban un sentimiento intenso de posesión hacia las niñeras y daban señales de inquietud cuando esta no estaba disponible. Durante los años sesenta, Schaffer y Emerson (1964) realizaron en Escocia una serie de observaciones sobre sesenta bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. Este estudio puso de manifiesto que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres dependía fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé (en Bowlby, 1985).

En el año 1970 Ainsworth y Bell diseñaron la Situación del Extraño (en Bowlby, 1985) para lograr dar cuenta, y por ende, examinar el equilibrio tanto, entre las conductas de apego como

aquellas de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Desde este momento la Situación del Extraño se convirtió en el paradigma experimental por excelencia de la Teoría del Apego.

Como resultado de este experimento, y nuevo paradigma experimental (La Situación Extraña) Ainsworth y Bell postularon diferentes tipos de apego:

Apego Seguro:

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la situación experimental los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Al mismo tiempo en observaciones naturalistas llevadas a cabo en el hogar de estas familias se encontró que las madres se habían comportado en la casa como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

Apego Inseguro-Evitante:

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos.

La interpretación global de Ainsworth en este caso era que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Como habían

sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella (Oliva, s/a).

Apego Inseguro-Ambivalente:

Estos niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la Situación del Extraño. La pasaban mal cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase (Oliva, s/a).

Además de los datos de Ainsworth, diversos estudios realizados en distintas culturas han encontrado relación entre el apego inseguro-ambivalente y la escasa disponibilidad de la madre. Frente a las madres de los niños de apego seguro que se muestran disponibles y responsivas, y las de apego inseguro-evitativo que se muestran rechazantes, el rasgo que mejor define a estas madres es el no estar siempre disponibles para atender las llamadas del niño. Son poco sensibles y atienden menos al niño, iniciando menos interacciones.

Otros estudios (Isabella, Stevenson-Hinde y Shouldice, en Oliva, s/a) encontraron que en ciertas circunstancias estas madres se mostraban responsivas y sensibles, lo que habla de una capacidad de actuar adecuadamente a las necesidades de sus hijos. Sin embargo, el no hacerlo siempre hace pensar a los investigadores que el comportamiento de las madres está afectado por su humor y su grado de tolerancia al estrés.

El niño en este caso se comporta de modo tal que responde a una figura de apego que esta mínima o inestablemente disponible; el niño puede desarrollar una estrategia para conseguir su atención: exhibir mucha dependencia. Entonces acentúa su inmadurez y la dependencia puede resultar adaptativa a nivel biológico, ya que sirve para mantener la proximidad de la figura de apego. Sin embargo, a nivel psicológico no es tan adaptativa, ya que impide al niño desarrollar sus tareas evolutivas (Oliva, s/a).

Una de las bases de esta teoría corresponde al especial interés e importancia que le otorga al vínculo y la calidad de este, durante las primeras interacciones afectivas. Poniendo énfasis por tanto a la interacción, termino el cual utilizó Bowlby en un famoso artículo "La índole del vínculo del hijo con su madre" (Brazelton, 1993). Artículo el cual fue una gran influencia en la aplicación de un modelo observacional de la relación. En este sentido Bowlby, a diferencia de los psicoanalistas de la época, sostuvo que el intercambio con la madre no se basaba únicamente en la simple gratificación oral y su concomitante reducción de la tensión.

Al hacer referencia al rol de la interacción, Bowlby fundamenta que la experiencia de separación real vulnera en cierta forma la confianza, pero no es suficiente para que surja la ansiedad de separación. Para ello es necesario que intervengan otras variables como amenazas de abandono con fines disciplinarios, discusiones de los padres con significado implícito de riesgo de separación, etc.

Es sorprendente el número de investigaciones en Psicología que se ha generado a partir de la Teoría del Apego. En su artículo "Estado actual de la Teoría del Apego", A. Oliva resume varias líneas de investigación que se han abierto a partir de los debates que generan aún hoy los planteamientos cincuentenarios de Ainsworth y Bowlby.

Apego múltiple

Aunque Bowlby admitió que el niño puede llegar a establecer vínculos afectivos con distintas personas, pensaba que los niños estaban predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal, y que el apego con esta figura sería especial y distinto cualitativamente del establecido con otras figuras secundarias.

A esto lo llamó monotropía o monotropismo y planteaba que era lo más conveniente para el niño/a. Consecuentemente, una situación donde los niños fueran criados por varias personas no sería adecuada. Más tarde Bowlby afirmó haber sido malinterpretado sobre este particular (Oliva, s/a).

Es común que cuando un niño/a está triste o enfermo busque la compañía de su madre preferentemente, pero también es posible que prefiera al padre. Investigaciones realizadas en este sentido prueban que en el momento del nacimiento los padres pueden comportarse tan sensibles y dispuestos a responder a los bebés como las madres (Oliva, s/a).

El apego no sólo se produce con relación a las figuras parentales. Aunque se admite que hay poca investigación al respecto, se sabe que con los hermanos se logran verdaderas relaciones de apego. Los niños se ofrecen unos a otros ayuda y consuelo en situaciones desconocidas o amenazantes (Oliva, s/a).

En conclusión, los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas. No es de antemano negativa la existencia de varias figuras de apego. Por el contrario puede ser muy conveniente, pues facilita elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación y la estimulación variada. Incluso es una garantía para una mejor adaptación en caso de una inevitable separación de los padres en caso de accidente, enfermedad o muerte (Oliva, s/a).

Temperamento y Apego

Se ha pensado que existe una relación entre el temperamento del niño y el tipo de apego que pueda llegar a establecerse. Este tema ha creado un fuerte debate en los últimos años, sin que se haya llegado a un acuerdo absoluto.

Hay varias hipótesis entre las cuales la que parece recibir mayor apoyo es la que se conoce como: el modelo de bondad de ajuste (Thomas y Chess, en Oliva, s/a). Esta postula que el factor clave es la interacción entre las características temperamentales del niño y las características de los padres. Es decir, ciertos rasgos del niño pueden influir en el tipo de interacción adulto-niño y, por tanto, en la seguridad del apego, pero en función de la personalidad y circunstancias del adulto. Por ejemplo, la irritabilidad en el niño puede suscitar respuestas completamente diferentes en dos personas de distintas características de personalidad.

Apego madre-apego padre

Bretherton, (en Oliva, s/a) plantea que hay una concordancia entre el tipo de apego que el niño establece con ambos progenitores. Cuando el niño muestra un tipo de apego seguro en la Situación del Extraño con la madre, es muy probable que también sea clasificado como de apego seguro cuando es el padre quien acompaña al niño en esta situación. También hay una clara similitud en cuanto al tipo concreto de apego inseguro mostrado hacia ambos padres. Sin embargo, los resultados reseñados parecen contradecir la hipótesis de "bondad de ajuste". Habría que investigar la influencia del paradigma experimental de la situación del extraño en el tipo de apego encontrado, según la clasificación tradicional.

Apego y cuidados Alternativos

Hay muchas investigaciones con datos algo contradictorios en torno al asunto de los cuidados alternativos a los bebés en su primera infancia y la relación de apego.

Al parecer, los datos hacen difícil la generalización acerca de las influencias de los cuidados alternativos sobre el vínculo que el niño establece con sus padres. No puede decirse con certeza que estos cuidados necesariamente implican mayor probabilidad de inseguridad en este vínculo. El elemento esencial parece ser la calidad de los cuidados que se ofrecen al niño como alternativa a los cuidados de los padres. Esto será lo que determinará la seguridad del apego. Si los cuidados son adecuados y promueven que el niño pueda interactuar con los padres sin ansiedad, no se espera que aparezcan problemas emocionales.

Por otra parte, la experiencia clínica ha aportado sobre ciertos elementos a tener en cuenta en estos casos. Brazelton (1992) indica la importancia de que los padres reconozcan los sentimientos dolorosos asociados a dejar al bebé en un cuidado; el tenerlos claros puede ser muy útil para manejar la situación emocional que se genera en el ambiente familiar. Este autor recomienda para facilitar la transición del hogar al cuidado, que los padres deben prepararse para ese proceso, deben comentar al niño/a, sobre lo atractivo de jugar con otros niños, presentarlo a su cuidador/ra, permitirle que lleven consigo un objeto de casa y recordarle cuándo regresarán a buscarlo.

Validez transcultural de la Teoría del Apego

Siempre ha sido común entre los investigadores de este tema, la idea de que distintas culturas que representan distintos ambientes de adaptación, tendrán diferentes prácticas de crianza consideradas como las más adecuadas. Esto traerá por consecuencia que variarán los comportamientos y reacciones de los padres ante las llamadas y señales de sus hijos. Las prácticas establecidas con los niños, que se consideran adecuadas en la cultura de pertenencia, no tienen porqué ser compatibles con los principios de adaptación filogenética o individual (Hinde y Stevenson-Hinde, en Oliva, s/a). Este es precisamente el punto central de la polémica.

En tal sentido Oliva (s/a) reseña abundante investigación transcultural que prueba que en ciertas culturas un tipo de respuesta ante las necesidades de los bebés es más frecuente que en otras. Tomando como base el comportamiento típico de los niños/as en la Situación del extraño se ha llegado a plantear la mayor o menor frecuencia de aparición de los tres tipos de

apego según distintas culturas, lo que desde el punto de vista teórico es cuestionable. Por lo tanto, lo que está en evidencia además de la diferenciación cultural es la validez de este diseño experimental para dar conclusiones sobre la adecuación de diferentes interacciones y prácticas de apego.

Otras voces se han levantado para apoyar la validez de una supuesta universalidad de la teoría del apego es decir, postular la existencia de una relación, también independiente de factores culturales, entre la responsividad materna y el tipo de apego establecido por el niño. Tampoco sobre este punto se disponen de datos transculturales suficientes. El propio Oliva cree que *“hay que definir mejor la sensibilidad o responsividad materna/paterna, teniendo en cuenta los factores culturales. Pensamos que aunque puede haber un cuerpo o núcleo común de respuestas o conductas del adulto cuya relación con un desarrollo favorable en el niño sea ajena a la cultura, también habrá otras muchas que adquirirán su sentido en un determinado contexto cultural, de forma que su influencia positiva o negativa sobre el desarrollo socio-emocional del niño estará claramente mediada culturalmente”* (Oliva, s/a, p. 20).

Formación del Primer Apego

El apego es un proceso. Se tienen que dar dos condiciones mínimas para que se desarrolle:

- a. Capacidades innatas del niño.
 - b. Formas privilegiadas de interacción a partir de las pautas innatas del niño
 - c. Se den ciertos logros cognitivos en el niño.
-
- a. Capacidades del niño necesarias: innatas.
 - Los reflejos (prensión, succión, de abrazo, etc.) favorecen la interacción y el contacto físico y además la ejercitación de esos reflejos proporciona al bebe información sobre el mundo que le rodea. Esa información va a ser la base de su reconocimiento posterior.
 - La capacidad de alerta respondiente: todos los bebés lo presentan. Aumenta con la edad. Se sabe que esta capacidad está disminuida en los niños con deficiencias sensoriales o en los niños de madres drogodependientes.
 - Las capacidades perceptivas. Cuando el niño nace estas capacidades no están desarrolladas al 100% y es necesario que maduren para que el niño empiece a discriminar unas personas de otras. Esa discriminación va a venir favorecida por esa orientación preferente e innata que tienen los niños hacia los estímulos sociales frente a fuentes de

estimulación no social (una voz ante un sonajero). Empiezan a ser aceptables. El nivel óptimo en capacidad de discriminación entorno a los 5 meses.

- Capacidad de aprendizaje y memoria. Estas dos que todos tenemos desde el nacimiento son importantes porque nos permiten:
 - La sincronización interactiva (si el niño llora la madre le habla)
 - El desarrollo de expectativas respecto a las figuras de apego.
 - En el establecimiento de recuerdos sobre la relación
 - En la construcción de los modelos internos de relación
- Los ritmos innatos de interacción: ritmos predeterminados biológicamente y que facilitan el inicio de la sincronización.
- Reconocimiento de emociones básicas (llanto, sonrisa, etc.)

b. Formas de interacción privilegiadas:

Con personas que suelen pertenecer a la familia del niño y especialmente la madre.

Características:

- Rítmicas: ritmos de atención-desatención, actividad-pasividad que estarán biológicamente condicionadas que hace que la conducta del niño pueda ser anticipada por los cuidadores, facilitando así la interacción con él. Los adultos se irán adaptando a esas prioridades: Ej.: succión-interacción, no succión-le habla.
- Asimétricas: es el adulto el que se adaptará a los ritmos biológicos del niño por lo que el único que tiene intencionalidad.
- Especiales: por su grado de intimidad (Ej. Contacto, proximidad física, etc.) y por el lenguaje que se emplea en estas interacciones, siendo desformalizado (discriminativos, frases cortas, entonación, habla maternal, gestos exagerados).
- Están en continuo cambio: porque van adaptándose a los logros y capacidades del niño y a las características del adulto.

c. Ciertos logros cognitivos.

- a. Autoconciencia: el recién nacido inicialmente se encuentra en un estado de indiferenciación que no le permite reconocerse como un ente independiente y algo

separado de lo que le rodea. Si el niño acaba percibiéndose como persona separada podrá vincularse a otra.

- b. Descentración (a partir de los 3-4 meses). Todo recién nacido se encuentra muy focalizado hacia sí mismo y sus necesidades por lo que es necesario que descentre su atención de sí para que se centre más en lo que le rodea. Coincide con las reacciones vinculares secundarias de Piaget.
- c. Discriminación de la figura de apego respecto a los demás (a partir de los 3 meses aproximadamente). Factores claves serán la percepción y la memoria.
- d. Comportamiento activo e intencional en la interacción (a partir de los 4 meses) cuando el niño dirige sus acciones hacia objetos externos.
- e. Emergencia, desarrollo y consolidación del concepto de permanencia de las personas. Según Piaget se consigue a lo largo de todo el periodo sensorio-motriz pero otros autores demuestran que antes del primer año de vida se logra totalmente.
- f. Elaboración de expectativas en relación con las personas y sincronización interactiva: serán muy importante a la hora de dotar de calidad a la relación de apego. Esto aumentará conforme aumenta la edad del niño, generando de esta forma determinadas expectativas. La sincronización permite estructurar temporalmente las experiencias cognitivas y afectivas y generan expectativas respecto al proceso diádico. Presenta cierto retraso en los niños prematuros probablemente porque presentan una inmadurez general y al igual que en niños con vínculo ansioso.
- g. Autoconciencia emocional: hace referencia a la conciencia de que las emociones forman parte del interior de uno mismo y la valoración que se hace de la calidad de esas emociones. Empieza a producirse en torno a los 8-9 meses.
- h. Capacidad representativa (desde los 9 meses). Necesaria para construir una imagen mental de sí mismo y de los demás y de la figura de apego. Piaget: se adquiere en torno a los 18 meses. Meltzoff: Plantea la posibilidad de que la imitación diferida se dé a partir de los 9 meses.
- i. Formación de un modelo mental de la relación (entre los 9-12 meses). Es el comportamiento del apego por lo que requiere la noción de permanencia de la persona, nivel del desarrollo de la capacidad memorística adecuada y la instauración de la capacidad representativa. Es importante el desarrollo de la comunicación verbal ya que puede facilitar o complicar el proceso de formación

del modelo. Lo facilita si la actuación conductual de los padres es acorde con sus manifestaciones verbales. Lo complica si la actuación conductual parental difiere de sus manifestaciones verbales, si hay contradicción se generaran dos modelos:

- el que se transmite verbalmente (accesible a la conciencia)
- el que se transmite conductualmente (reprimido pero no por esto no afecta).

Proceso de vinculación de los padres hacia los hijos. Integra 3 fases:

- a. Fase prenatal
- b. Fase postnatal inicial
- c. Fase de engranaje o sincronización

a. Fase prenatal: Surge a medida que la gestante y su pareja empiezan a concebir al feto como un individuo separado y diferente y por tanto van surgiendo y acrecentándose las muestras de cariño hacia él. (primera ecografía y en los primeros movimientos fetales). Los comportamientos maternos y paternos que ponen de manifiesto el proceso de aproximación afectiva hacia el ser no nacido y su calidad.

- 1- Lenguaje corporal: acarician la barriga
- 2- Lenguaje oral
- 3- Interacción con el no nacido: si no lo aceptan suelen llamarle esa cosa. Podrían ser interacciones: contarle, hablarle (tienen percepciones auditivas dentro de la barriga). Si la madre oye música, el niño se tranquilizará más al oír esa música posteriormente.
- 4- Conductos protectores y promotores de la salud de la madre y del feto: (no fumar, dieta equilibrada, revisiones médicas, etc.)
- 5- Grado de aceptación de la imagen corporal cambiante de la embarazada por parte de ambos (comprarse ropa, arreglarse, etc.)
- 6- Conductas de anticipación (preparar la canastilla, etc.)
- 7- Percepciones más o menos positiva del embarazo y grado de implicación en el mismo.
- 8- Capacidad para fantasear sobre el futuro del niño sobre su crianza y educación y sobre sí mismo como padre o como madre. (Puede ayudar a que ese niño se considere un entre ya individual y favorece la vinculación hacia él).

Variables que pueden influir para favorecer o entorpecer el inicio de este proceso de vinculación.

1. Que el embarazo hay sido planeado y deseado o no.
 2. Que el parto sea prematuro.
 3. Posibilidad de visualizar al feto (favorece).
 4. La experiencia como hijo o hija durante la infancia òel modelo mental de relación con los padresö influirá conforme hayan sido sus experiencias.
 5. La relación de pareja.
 6. Ciertos rasgos de personalidad.
 7. Dificultades psicológicas para asumir los roles parentales.
 8. Influencias culturales, como creencias sobre los fetos, sobre las relaciones padres-hijos, sobre los bebés: (si llora y no lo cogen para que no se acostumbre).
 9. Edad de la madre.
 10. Edad gestacional.
 11. Situaciones de riesgo,
 12. La paridad (número de partos).
- b. Fase postnatal inicial: Los primeros días. El contacto temprano entre la madre y el niño. Se ha demostrado que del contacto de la madre y el niño nada más nacer se obtienen beneficios para el fortalecimiento del lazo afectivo entre ambos. Se ha observado que las madres que tienen posibilidad de coger a los niños durante los primeros momentos o días del nacimiento suelen mostrarse más cariñosos, más atentos en incluso más hábiles para manejarlos que las otras madres que no los cogen. Esto no quiere decir que las madres que los niños se los llevan a la incubadora no vayan a querer a los niños. Ocurre lo mismo con los padres. Dicen que se sienten más unidos con sus hijos por verlos nacer y están pronto juntos. No obstante en animales sí que hay un período crítico de unos pocos días transcurridos, en el cual si la madre y la cría no han estado unidos, ya no se relacionan y la madre no toma a la cría bajo su protección y la cría muere. En humanos este período crítico no se produce. Los que si ocurre es que si hay una demora en el contacto temprano el vínculo va a tardar algo más en formarse y en fortalecerse y en algunos casos (muy concretos) si hay esa demora en el contacto puede implicar riesgos para las relaciones padres-hijos. Ej. Casos en los que los padres hayan sido niños maltratados. También en los casos graves

sometidos a un alto estrés (falta económica alta). Hay que favorecer el contacto temprano.

c. Fase de engranaje: Son los primeros años de vida del niño, lo que pasa es que el niño y los padres empiezan a conocerse y van a sincronizar sus comportamientos. Al principio son sólo los padres los que sincronizan la conducta hacia el niño. Lo que les ayuda a sincronizarse son los ritmos biológicos innatos del niño. Ej. Ratos en que están dormidos y ratos que están despiertos. Cuando están despiertos a veces están atentos y a veces no. Cuando el niño está amamantándose tiene o hace pausas. En esas pausas tiene que interactuar con él. Pero el niño es más mayor, el también se da cuenta de lo que hacen los padres. Es una fase de sincronización tanto por una parte como por la otra. Pero pueden haber características que dificulten la sincronización.

- En los niños:
 - Cualquier característica que descienda sus destrezas interactivas. Ej. Un niño prematuro: más inmaduro, menos capacidad de procesamiento de información, menos capacidad de respuesta.
 - Un niño ciego o sordo
 - Un niño con síndrome de Down o parálisis cerebral

Estos tendrán más dificultad para sincronizar. Son niños que emiten señales más difíciles de interpretar. Tienen menos capacidad de adaptación, no pueden mantener tanto su capacidad de alerta, tienen menos capacidad de respuesta, repertorio de conductas de apego más reducido, son muy pasivos, tienen conductas inoportunas, capacidades cognitivas se desarrollan más lentamente.

Características de los padres que pueden dificultar el proceso de sincronización:

- Características de personalidad: tienen desconfianza en sí mismos, inseguridad, ansiosos, no deben manejar estados negativos, baja autoestima, son muy dependientes.
- Padres que hayan tenido modelos parentales poco adecuados.
- Padres con trastornos graves como depresión, psicosis, etc.
- Padres con algún problema específico como drogodependencias, alcoholismo, etc.

3. La Resiliencia

Proceso histórico y desarrollo del concepto

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín (García de Diego, 2003, p. 433), en el término **resilio** que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Este concepto, es tomado de la física que designa la resistencia de un material a la presión y a los golpes; y es adaptado por las disciplinas de las ciencias sociales, como: la medicina, la psicología, sociología y las ciencias de la educación, entre otras.

Desde las ciencias humanas este término es utilizado para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y experimentar situaciones de alto riesgo, de adversidad y sufrimientos vividos, se desarrollan psicológicamente sanos.

Antes del surgimiento del concepto de resiliencia, se abordaba las problemáticas de los sujetos desde el modelo de riesgo, dándole énfasis al hecho traumático, al estrés o los acontecimientos externos que afectaban a éste. La resiliencia no es opuesta al enfoque de riesgo, sino que lo complementa y lo perfecciona.

Posteriormente surge el concepto de invulnerabilidad formulado por Koupernik y Anthony. Surgido hace más de 40 años. Para estos dos autores "el descalabro, el desastre, es el resultado del encontronazo entre la personalidad (más o menos vulnerable) del sujeto y la agresión de la que es víctima". (Cyrulnik, B.; Tomkiewicz, S.; Guénard, T.; Vanistendael, S.; Manciaux, M.; y otros 2004, p. 33).

Rutter (1985), afirma: "la resistencia al estrés es relativa, no absoluta, en tanto no es estable en el tiempo y varía de acuerdo a la etapa de desarrollo de los niños y de la calidad del estímulo. Las raíces de la resistencia provienen tanto del ambiente como de lo constitucional, el grado de resistencia no es estable, sino que varía a lo largo del tiempo y de acuerdo a las circunstancias. Por estos motivos en la actualidad se utiliza preferentemente el concepto de resiliencia" (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996, p. 10). Coincidiendo con Rutter las investigadoras, consideran que este concepto de invulnerabilidad referido por Koupernik y Anthony solo consideraría las características de personalidad de los sujetos, desconociendo los aspectos sociales e ignorando la intensidad de la agresión externa, esta es una visión lineal, que no explica satisfactoriamente la resiliencia quedando relegada al campo de la psicopatología.

Las creadoras del concepto que marcan un hito muy importante en el campo de la psicología son las psicólogas estadounidenses Emmy Werner y Ruth Smith, quienes realizaron en Hawái, en 1955, un estudio longitudinal de 30 años, con 700 recién nacidos en condiciones de pobreza y adversidad. Las investigadoras después de 20 años de su estudio, identificaron que el 30% no se habían hundido, sino que eran adultos adaptados a su medio. (Vanistendael, S., 2002).

La evolución del concepto ha tenido un extenso proceso, recibiendo críticas y resistencias en su aceptación, en pocas palabras el concepto ha seguido un camino resiliente. "Este proceso histórico del concepto de resiliencia distingue dos generaciones". (Infante en Suárez Ojeda, 2004, p. 28), para en la actualidad potenciarla y presentarla como nuevo paradigma con un nutrido fundamento teórico y práctico.

La primera generación aparece en la década de los años 70, está basado en el Modelo Triádico, que sostiene "**que se está resiliente**", centrando inicialmente en las capacidades del sujeto, que le permitían superar la adversidad; para posteriormente dar énfasis a los factores externos como los aspectos familiares y sociales.

En este Modelo Triádico destacan Michael Rutter (1994) que define la resiliencia "como una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por estos (mecanismos) no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales". (Suárez Ojeda, E., 2004, p. 29).

Otra exponente de este Modelo triádico es Edith Grotberg, que define "que este concepto requiere la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: soporte social, habilidades y fortaleza interna.

La segunda generación surge en la década de los 90; continúa con el interés de la primera generación; pero se sustenta en el Modelo Ecológico-transaccional de Bronfenbrenner, que da importancia a la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores que facilitan que el sujeto supere la adversidad, permitiéndole una adaptación positiva. Releva el concepto de proceso, en promoción y en contexto social afirmando que "**se aprende a ser resiliente**".

Los teóricos de esta segunda generación son: Luthar y Cushing, Masten, Kaplan, Bernard destacándose en el año 1999 y Baruch en el año 2003. La mirada que orienta el modelo ecológico, transaccional de la resiliencia, visualiza al sujeto incluido en una determinada ecología compuesta por distintos niveles que interactúan entre si, influenciando directamente en el desarrollo del individuo.

La definición más representativa de esta segunda generación, ligada al modelo ecológico transaccional describe la resiliencia como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad" (Luthar, 2000 en Rojas Durán, Paulina, 2002, p. 30).

Aspectos Psicosociales de la Resiliencia

Dado que la resiliencia implica un proceso dinámico e interactivo, entre sus factores es difícil dividirlos y clasificarlos en el ámbito personal, familiar o social, sin embargo, para hacerlo más claro y didáctico se tomará la propuesta que tiene el teórico argentino Suárez Ojeda, denominándolos como pilares de la resiliencia; que en opinión de las investigadoras varios de estos estarían en estrecha relación con el ámbito individual y algunos de estos pilares convergerían lo personal, familiar y social. (Cyrulnik, 2005, pp. 33 -34).

Pilares de la resiliencia en el ámbito personal:

Los factores de resiliencia personales más importantes según Suárez Ojeda; Munitz y Klotiarenco son: Introspección, Independencia, Iniciativa, Humor, Creatividad, Moralidad, Pertenencia, capacidad de relacionarse e introspección.

Independencia: Se define como el saber fijar límites entre el propio sujeto y el medio con problemas; es la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

Autoestima: Que sería según Klotiarenco la apreciación realista que la persona tiene de sus fortalezas y debilidades y la sensación que mantiene en forma más o menos constante de que es querible, valiosa y capaz.

Sentido del Humor: La capacidad de reírse y encontrar lo cómico en la propia tragedia. El humor integra múltiples aspectos: intelectuales, emocionales, físicos y relacionales de las personas.

Religiosidad o Trascendencia: Según Emmy Werner, quien refiere que la **Fe religiosa** profunda constituía una de las principales características de los niños resilientes, una vez que llegan a su adultez. «Muchos psicólogos han analizado la relación entre la creencia en Dios y el equilibrio psicológico» (Vanistendael y Lecomte, 2002, p. 84). Rebello y Larson también coinciden con los otros autores y correlacionan fe religiosa y resiliencia; precisando que la relación es generalmente positiva.

Resiliencia en el ámbito familiar

María Cristina Ravazzola Psiquiatra y terapeuta familiar argentina de la Universidad de Buenos Aires, señala que «un conjunto de creencias y narrativas compartidas que fomenten sentimientos de coherencia, colaboración, eficacia y confianza, son esenciales para la superación y el dominio de los problemas (...) se expone el concepto de «resiliencia familiar» considerándolo un marco de referencia útil para orientar investigaciones, intervenciones e intentos de prevención». (Ravazzola en Melillo, Suárez Ojeda, y colaboradores 2001, pp. 108 ó 109).

En este sentido posible inferir, a partir de los aportes de Cyrulnik (2005), los cuales consideran que desde las historias de los progenitores que se unen como pareja, se origina una nueva historia con características personales que se genera a partir de los narraciones, creencias, recursos personales y familiares de los propios padres, desde esta perspectiva adquiere sentido lo que refiere la autora argentina, que destaca la función fundamental de la familia dentro del contexto relacional con características de continuidad e involucración afectiva que surgiría a partir de la construcción de un ambiente familiar cálido y seguro, ambiente que promovería mecanismos resilientes en los hijos. En este sentido "La resiliencia del niño se construye en la relación con el otro, mediante una labor de punto a punto que teje el vínculo. La comunicación intrauterina, la seguridad afectiva desde los primeros meses de la vida y, más tarde, la interpretación que da el niño a los acontecimientos son otros tantos elementos que favorecen la resiliencia" (Cyrulnik, 2004, p. 17).

Por lo tanto, los **factores de resiliencia**, se infiere que no nacen por sí solos, sino que se construyen en el espacio familiar a partir de las relaciones o interacciones que el sujeto tiene con su entorno más inmediato, e incluso desde antes del nacimiento del niño, a esto último Cyrulnik denomina "aprendizajes precoces".

Los estudiosos de la resiliencia han definido algunas de las condiciones que la refuerzan, entre las que se encuentran, creencias, actitudes y aptitudes, tales como la capacidad de buscar y dar colaboración, cohesión, la confianza en los otros, las habilidades comunicacionales, las capacidades expresivas, las habilidades en la resolución de conflictos, la capacidad de compromiso y participación, el acceso a las emociones positivas ligadas a la esperanza y al optimismo.

Factores Resiliencia:

- El **Optimismo** es la capacidad de rescatar los aspectos favorables y positivos de las distintas situaciones que se experimentan en la vida.
- La **Cohesión familiar** es la capacidad de mantener lazos de unión entre los distintos integrantes de la familia.
- La **Colaboración familiar** constituye la posibilidad de sentirse apoyado por los integrantes de la familia en las distintas situaciones de la vida, especialmente en las crisis.

Resulta interesante, destacar la observación de la psicóloga peruana Silvia Páñez porque muestra que la resiliencia no depende solo del individuo, sino también de las características específicas de la familia. Se puede hablar aquí de interacción entre la resiliencia individual y la resiliencia colectiva. En consecuencia, para que un sujeto adquiera atributos resilientes, es necesario operar sobre la adquisición de los recursos internos como del discurso familiar y social.

En una civilización tolerante, la familia que da al joven fuerzas suficientes para volar se transforma en un factor que obstaculiza su marcha sino aparece una comunidad acogedora que dé el relevo a la familia. Cyrulnik sostiene que ñ las culturas que organizan en torno de un niño unos sistemas familiares de vínculos múltiples aumentan las protecciones afectivas y, en caso de desgracia, la posibilidad de resilienciaí ö (Cyrulnik, 2005, pp. 126-127).

Retomando a Vanistendael, dirá que algunos elementos de la personalidad están en continua interacción con elementos del ambiente, permitirían desarrollar esta doble capacidad de resistencia y construcción. La resiliencia puede ser una capacidad latente, y dependerá de la historia vital si ella se convierte en un proceso activo frente a las dificultades. Por ello, la resiliencia no puede ser pensada como una característica personal, ni como una cualidad inherente al desarrollo, al contrario es una capacidad que se desarrolla a través de un conjunto de procesos sociales que tienen lugar en el tiempo. Es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Vanistendael 1994 en Melillo, Estamatti y Cuestas, 2000).

Resulta muy interesante en el mismo sentido, destacar la observación de la psicóloga peruana Silva Páñez porque muestra que la resiliencia no depende solamente del individuo, sino también de las características específicas de la familia y por lo tanto del grupo, que tienen evidentemente una repercusión sobre el sujeto. Se puede hablar aquí de interacción entre la resiliencia individual y la resiliencia colectiva, procesos que han sido igualmente descubiertos en varias oportunidades por ejemplo por voluntarios que trabajan con familias refugiadas. En consecuencia, para que un sujeto adquiera atributos resilientes, es necesario operar sobre la adquisición de los recursos internos como del discurso familiar y social.

Introduciéndose en el ámbito familiar, es preciso señalar que existen diversas experiencias de familias que apoyan a otras familias; por ejemplo, en Inglaterra se desarrolla desde hace 25 años un curioso programa Home-Start, que consiste en el apoyo de familias resilientes a familias menos resilientes, en esta experiencia se trata de la aplicación concreta de un principio de acción muy importante: la articulación entre voluntarios y profesionales. Sin embargo, debe quedar en claro que este programa Home-Start no es la panacea. Este principio

puede facilitar enormemente la reconstrucción de un tejido social, y podría funcionar mejor que los servicios oficiales solos. Así pues, un tejido social dinámico es el marco vital en el que la resiliencia familiar y colectiva se desarrollaría óptimamente.

La investigadora chilena Kotliarenko, dirá que la resiliencia es un potencial humano, debido a que está presente en muchos seres humanos de distintas culturas; es relativa, ya que no puede ser comprendida como universal, sino que manifestándose en distintos grados, tipos, momentos de acuerdo a la persona, familia y comunidad; es espontánea, al generarse como respuesta natural a un evento, situación o amenaza para el sujeto; es contextual, esto porque muestra la habilidad de adaptarse a situaciones específicas, con creencias, herramientas, expectativas propias de contexto cultural; es finalmente dinámica e interactiva, siendo el resultado de la relación entre características individuales, familiares y contextuales.

En la actualidad, las condiciones familiares arriba nombradas para crear o fortalecer la resiliencia se ven amenazadas por la tecnología que facilita el trabajo y las relaciones a distancia, conocida como la teleparticipación, que promueve vínculos breves, superficiales, intermitentes y fracturados, es decir, la relación cara a cara entre padres e hijos se ve disminuida, por que cada vez se inmiscuyen en la vorágine del consumismo que crea nuevas necesidades, perdiéndose la calidad de las relaciones familiares y generando una secuela de múltiples problemáticas de carácter afectivo y relacional.

Si un niño no logra tener una base segura en su entorno familiar o se halla inserto en un ambiente muy desfavorable, no todo está perdido o es una fatalidad para el mismo; Cyrulnik dirá que es posible que ese mismo niño encuentre fuera de su entorno familiar, lo que denomina "tutores implícitos de resiliencia", que son personas que resultan significativas para el niño y que puede ser una tía, un compañero de colegio, una pareja o cualquier otra persona que le ayude a confiar en el entorno, a darle sentido y construir un proyecto de vida, apuntando a restablecer o conformar un vínculo seguro y de calidad. A continuación una cita textual de Cyrulnik para graficar lo expuesto:

Hay un niño de nombre Tim, que fue abandonado por la madre y maltratado por el padre, quien le rompe la nariz, las piernas y lo agrede salvajemente. Los vecinos de Tim lo meten a un hospital, el niño se escapa de este y comienza a robar y a prostituirse, siempre pensando que tiene que matar a su padre. Hasta que cae preso y los jueces le dicen: -"¿Tú de nuevo...?", luego cae en un hogar, un día sale de este y se sienta en un banco, al lado hay un hombre pobre que le dice: -" ¿Quieres que te lea el diario?", el niño le responde afirmativamente. Y el mendigo comienza a relatarle una

guerra entre dos países; al otro día el mendigo le comenta la vida económica de los Estados Unidos y así durante varios días. Tim se impresiona y dice: -¡Es la primera vez que me hablan como a un hombre!. Estos eventos lo llevan a replantearse y a construir un sentido de su vida distinto; provocándose una metamorfosis en él. Se constituyó por lo tanto, éste mendigo en un tutor de resiliencia para Tim.

En relación con lo anterior, Cyrulnik en el Seminario: "El lazo afectivo y el sentido", desarrollado en la ciudad de Santiago en mayo del año 2005; sostiene, que existen dos tipos de tutores de resiliencia: el "tutor de resiliencia implícito", como lo fue el mendigo y la jefa que resultan organizadores del yo. Y por otro lado, existe el "tutor explícito" si hay una cultura que les dé un lugar y la palabra; en este caso por ejemplo son los educadores y psicólogos.

Cuando un sujeto sufre un trauma, su personalidad se hace añicos, para ello es necesario la presencia de un otro significativo que le brinde la oportunidad de transformar aquello duro, difícil, adverso en algo constructivo, positivo y enriquecedor para su persona. (Cyrulnik, 2005). Se puede observar en consecuencia, la importancia que reviste el relato para Cyrulnik y coincidentemente para las investigadoras; ya que después que un sujeto enfrenta situaciones conflictivas, estresantes, ansiógenas; el relato o la objetivación de la experiencia, permitiría disminuir la tensión, liberando y elaborando dicha problemática, para esto es necesario que el entorno familiar y cultural sea capaz de reconocer y legitimar el daño, dicho en pocas palabras, es un acto reparador y de sanación para el implicado. "La resiliencia nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados" (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12).

En resumen se puede concluir, que ningún sujeto puede alcanzar la resiliencia en aislamiento. Para desarrollar los recursos internos, debe en su niñez encontrar en su entorno un clima afectivo que le permita dejar en su psiquis un proceso de equilibrio interno. Posteriormente, estos recursos internos quedarán teñidos por el equilibrio del entorno. Siguiendo a Cyrulnik, dirá que se transformará gracias a la palabra, dejará atrás el mundo biológico para ingresar al mundo de las narraciones y de las palabras, por lo tanto al mundo socio-cultural.

Según los antecedentes expuestos, las investigadoras toman una definición del concepto de resiliencia postulado por Cyrulnik y Lecomte (2003): "La resiliencia es la capacidad de una

persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida a veces difíciles y de traumas a veces graves. (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 56).

3.1 Parentalidad, Apego y Resiliencia

En la actualidad, Jorge Barudy, neuropsiquiatra de origen chileno toma como referente el modelo de Bronfenbrenner para construir su modelo ecológico y social de los buenos tratos infantiles. Barudy expresa que "las investigaciones sobre el origen de la resiliencia han demostrado que su aparición se relaciona con experiencias de respeto y de buen trato en la niñez". (Barudy e Dantagnan, 2005, pp. 43-44). Jorge Barudy, dirá que "í la resiliencia es una capacidad que emerge de las interacciones sociales. Esta capacidad es sobre todo el resultado de nutrientes afectivos, cognitivos, relacionales y éticos que los niños y niñas reciben de su entornoí " (Barudy e Dantagnan, 2005, p. 58).

Según Barudy existiría un consenso entre los investigadores de la infancia (Bowlby, Spitz, Berger, Stern, Cyrulnik), según el cual, para alcanzar la salud mental de los niños, hace falta asegurarles lazos afectivos "de buen trato", incondicionales, estables y continuos, que logren promover y facilitar su autonomía e independencia.

õDesde el momento de la concepción de una nueva cría, en la infancia, en la vida adulta y en la vejez ninguna persona puede sobrevivir sin los cuidados de otra. La sanidad física y sobre todo mental depende de los buenos tratos o los malos tratos que recibamos en nuestra existencia.ö (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 25). Es así, como la presencia de al menos un progenitor que asegure una parentalidad õbienentranteö, es decir que sea competente y proporcione los afectos necesarios para el desarrollo óptimo del niño/a, se constituye en un factor de resiliencia.

En este sentido, Barudy define las **competencias parentales**, como las capacidades prácticas de las que disponen madres y padres para ocuparse de sus hijos. Este autor, diferencia dos tipos de competencias parentales: la biológica y la social.

La biológica se refiere a la capacidad de procreación, mientras que la capacidad social es aquella que ayuda a los padres a cuidar, educar y proteger a sus hijos. Estas competencias son el resultado de procesos complejos en los que se asocian las capacidades innatas de los

padres y los procesos de aprendizaje en la familia de origen, todo ello ampliamente influenciado por la cultura (Barudy y Dantagnan, 2005).

Barudy y Dantagnan (2005), plantean que la adquisición de las **competencias parentales** sería resultado de procesos complejos, en los cuales se articularían los recursos personales innatos de los padres, marcados por los factores hereditarios, además de los procesos de aprendizaje y las experiencias de maltrato o maltrato vivenciadas principalmente en la infancia o adolescencia. En este sentido, los autores sostienen que los padres bienentranteros fueron sujetos que vivenciaron dinámicas sociofamiliares sanas, que han aprendido a responder satisfactoriamente a las necesidades de sus hijos. En este contexto, los autores definen las **habilidades parentales**, como: los recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres, que les permiten ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evolución. Es decir, la flexibilidad de los padres y madres para adaptar sus prácticas a las necesidades cambiantes de los hijos/as, de acuerdo con sus fases de desarrollo. Esta plasticidad se asociaría a las experiencias de vida en un contexto social adecuado.

Otro concepto de importancia elaborado por Barudy y Dantagnan, es el concepto de **función parental**, la cual tendría tres finalidades fundamentales: **nutriente, socializadora y educativa**. La primera de ellas, consiste en proporcionar los aportes necesarios para asegurar la vida y el crecimiento de los hijos e hijas. En cuanto a la función socializadora, se asocia al hecho de que las madres y padres, se constituyan en fuentes fundamentales que permitan que sus niños y niñas, el desarrollo de un autoconcepto o identidad. Por su parte la función educativa, se refiere a que los padres y madres deben garantizar el aprendizaje de los modelos de conducta necesarios para que sus hijos e hijas, desarrollen la capacidad de respeto hacia sí mismos y hacia los demás y la capacidad de convivencia, primeramente dentro de la familia y posteriormente en la sociedad.

Según Barudy y Dantagnan (2005), las **capacidades parentales fundamentales**, se constituirían por el conjunto de capacidades asociadas a la articulación entre los factores biológicos-hereditarios del sujeto, en relación a la modulación experimentada por las experiencias vitales, las cuales a su vez se verían influidas por el contexto sociocultural.

Frente a este panorama, los autores describen cada una de las **capacidades parentales fundamentales**, las cuales son:

- **Capacidad de apegarse a los hijos:** Esta capacidad incluye los recursos emotivos, cognitivos y hereditarios, que presentan madres y padres como factores que les permitirían apegarse y vincularse afectivamente a sus hijos e hijas, respondiendo a sus necesidades. Además, esta capacidad dependería de sus propias experiencias de apego y de su historia de vida.

En este sentido, la capacidad parental de apegarse y responder a las capacidades de los hijos e hijas, se vería influida por los factores ambientales, que favorecerían u obstaculizarían las relaciones tempranas con sus niños/as. En consecuencia Barudy, sostiene que las intervenciones tempranas destinadas a fomentar el apego seguro, se constituirían en un aporte para prevención de los malos tratos en la infancia. En referencia a la importancia del apego seguro en la vida de un bebé, sostiene que desde el momento en que el recién nacido se apega de forma singular a la madre [nutritiva], es que el mundo es percibido se estructura en un mundo familiar [asegurante], en el cual el niño/a podrá avanzar en todos los aprendizajes necesarios para su desarrollo. Por lo tanto, los autores sostienen: [El niño o la niña entran en la vida sana por la puerta del apego seguro.] (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 85)

En el caso de la situación contraria, en donde el niño/a, el mundo percibido carezca de aportes nutritivos cuidados y protección y en algunos casos, teñido de violencia, trae consigo que toda la información percibida del entorno adopte el contenido emocional de la agresividad y la amenaza. En este sentido el infante percibiría el mundo como amenazante y peligroso, generándole emociones de miedo e inseguridades que obstaculizan la vinculación segura con las figuras de apego y dificultan los aprendizajes necesarios para su desarrollo óptimo. A pesar de este contexto adverso, es posible una reparación en el niño o niña maltratado/a, ya que [cuando pasa el período más sensible para el apego, los aprendizajes todavía son posibles, aunque se hacen más lentos, pues los neuromediadores y la memoria están impregnados de experiencias y emociones desagradables.] (Barudy y Dantagnan, 2005, p.86)

- **Empatía:** Es la capacidad de los padres y madres para percibir las vivencias internas de sus hijos/as, a partir de la comprensión de las manifestaciones gestuales, emocionales, que sus niños/as despliegan para expresar sus necesidades. Por lo tanto, es la capacidad de los padres y madres para estar en sintonía con el niño/a, para reconociendo sus necesidades y poder darles una adecuada solución. Además permitiría comunicarle al hijo/a, por medio de gestos y actitudes su satisfacción, apoyo y protección.

- **Modelos de crianza:** Se refiere a la capacidad parental de saber responder a las demandas de cuidados de sus hijos /as, protegiéndolos y educándolos, modelos que los padres

adquirirían por medio de procesos complejos en donde se articulan los procesos de aprendizaje en la familia de origen en la infancia y las condiciones sociales y las redes de que dispone el sujeto. En este contexto los modelos de crianza se transmitirían de generación en generación. Por lo tanto, según Barudy, el déficit en los modelos de crianza de los padres en la infancia, serían casi siempre indicadores incompetencia parental. Es decir los modelos de crianza, se constituirían en las formas que padres y madres perciben y comprenden las necesidades de sus hijos e hijas y las respuestas elaboradas frente a éstas. Con respecto a lo anteriormente expuesto, los autores plantean que *“Nunca está demás insistir en que las competencias de una madre o de un padre no están aseguradas por sus capacidades de procrear. La existencia de competencias parentales depende de sus historias de vida y de las condiciones en que les toca cumplir su función.”* (Barudy y Dantagnan, 2005, p.84)

Otra capacidad parental, planteada por Barudy, es la **capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios**. En este sentido, el autor plantea que esta capacidad resulta fundamental y necesaria para el despliegue del ejercicio de la parentalidad *“bien entrante”*.

Por lo tanto un padre o una madre, que presenta la facultad de pedir, aportar y recibir apoyo de las redes sociales y comunitarias. En relación a esta temática Barudy (2005), sostiene que la sociedad tendría el deber de ofrecer a los padres y madres, todos los recursos necesarios para que se capaciten parentalmente. Es así como este autor, plantea la necesidad que los profesionales: psicólogos, educadores, trabajadores sociales, apoyen la parentalidad, a través de intervenciones que a promover el funcionamiento de redes de apoyo naturales (familia extensa, barrio, iglesia, etc.) que se conformen como apoyo nutritivo, seguro y protector para los padres y madres.

“La inclinación de las mujeres a recurrir al grupo social para solicitar y aportar ayuda en situaciones de estrés, figura junto con la posibilidad de embarazarse y parir, entre las diferencias de sexo más fiables que existen” (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 37)

Neuroquímicamente hablando, Barudy, plantea basándose en distintos investigadores, que señalan que la base bioquímica que impulsa a las madres a buscar y entregar apoyo, es la presencia de altos niveles de oxitocina, llamada también *“hormona social”* de la mujer, que le entregaría la facultad de asociarse con otras personas en dinámicas de ayuda y entregar cuidados y amor a sus bebés. (Taylor, S.E., 2002). Con respecto a este contexto, el Barudy

sostiene que " El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestar (entregado por la segregación de oxitocina durante el parto y lactancia)". (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 38). En este sentido, la segregación de oxitocina potenciada por la presencia de estrógenos, se constituiría en la base bioquímica para explicar las capacidades femeninas para brindar cuidados y tratar bien a los demás. En cuanto a los hombres, la liberación de oxitocina, sería mucho menos dada la predominancia de testosterona hormona antagonista de la oxitocina, la cual se asociaría a las capacidades de protección y defensa de su progenie. (Taylor, S.E., et al. 2000)

Para Barudy, Cyrulnik y Dantagnan (1999), el apego es primariamente sensorial y emocional y que posteriormente se estampa en una representación. En este sentido para que ocurra el reconocimiento mutuo es fundamental que la integridad de los canales de comunicación sensorial y la puesta en marcha de un proceso emocional de familiarización, se encuentren ligados a la impresión de esta experiencia en las representaciones mentales de la madre y/o padre y bebé.

En relación a la experiencia de las madres suficientemente competentes, existe un reconocimiento de su bebé como parte de su mundo, el cual se da naturalmente. Los autores proponen que posiblemente esta sea la razón, por que se denomina a esta actitud de la madre como "instinto maternal", el cual se caracterizaría por " la vivencia orgánica de una madre, que se predispone al reconocimiento de su cría, asociándose con ella para cuidarla y protegerla." (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 84) En este sentido la madre sería capaz de entregar la función nutricia y protección necesarias para el desarrollo de su bebé, con respecto a este punto Barudy plantea que " los nueve meses de gestación en el útero no alcanzan para asegurarla madurez de la cría humana. Los niños necesitan de aportes materiales, sociales, afectivos, éticos y culturales brindados por los cuidadores adultos para terminar sus procesos de maduración biológica, psicológica y social". (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 84)

Según Barudy y Dantagnan, existirían **necesidades afectivas infantiles, en las cuales existirían tres dimensiones a destacar: Primero**, la esfera afectiva del buen trato, que está constituida: por la satisfacción de las necesidades de vincularse, de ser aceptado y de ser importante para alguien. **Segundo**, las necesidades cognitivas, que comprende: la necesidad de estimulación, experimentación y refuerzo; y por **último** la necesidad de valores.

Esfera afectiva del buen trato

- a) **Necesidad de vínculo:** Las experiencias de apego sano y seguro crean personas capaces de empatizar con otros, desde que el niño se encuentra en el vientre de su madre; este tipo de apego reviste de seguridad al bebé y le asegura una capacidad de diferenciarse, para convertirse en una persona individual y sana. Con vínculos saludables de pertenencia a su familia y a su comunidad.

Téngase en cuenta que no se debe caer en los extremos, ya que puede resultar nefasto para el niño, en el proceso de su desarrollo y cuando llegue a su vida adulta. Es decir, que el niño reciba poco o demasiado afecto, en términos de Cyrulnik respecto de esto último lo conceptualiza como la "cárcel afectiva", donde los padres envían una sobrecarga afectiva al hijo, lo que termina por ahogarlo, insegurizarlo, atentando contra su autonomía e independencia.

Es importante detenerse en las implicancias que tiene el apego entre la madre y el niño para su vida adulta, reconocido por diversos autores. De la manera cómo el niño se coordina en el vientre de su madre, y de cómo ésta lo acoja, se van a constituir dependiendo de cada caso particular: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ansioso ó ambivalente y ahora último se habla de un apego inseguro desorganizado.

- b) **Necesidad de aceptación:** Esto se satisface en la medida que el niño recibe gestos y palabras que lo confirman y lo acogen, de parte de las personas significativas que lo rodean; para luego extenderse a los pares, profesores y especialistas que deben construir espacios de aceptación incondicional o fundamental como diría Vanistendael, para procurar la autoaceptación y el respeto a la diferencia. En este sentido, también es importante cuidar de los excesos, ya que aceptación no es sinónimo de simbiosis. De esta forma el niño logrará ser un sujeto autónomo e independiente, donde se sienta reconocido, confirmado y por lo tanto aceptado.

La aceptación del otro, tan importante para la construcción de la resiliencia, se manifiesta muy frecuentemente de manera casual en la vida diaria, y esto es lo que la hace tan convincente. Recordemos que la aceptación fundamental como lo sostiene Vanistendael y

el reconocimiento de la persona se sitúan normalmente en el seno de las redes de relaciones informales: la familia en primer lugar, pero también la de los amigos, vecinos, e incluso encuentros fortuitos. Ciertamente, la relación de aceptación profunda es importante para la creación de los mecanismos resilientes.

c) Necesidad de ser importante para el otro: Es imprescindible para el niño ser importante al menos para un adulto. Esto tiene relación con el conjunto de representaciones que tienen los padres del futuro de su hijo. Estos vínculos son formados en primer lugar en la intimidad de la relación entre padres e hijos. Es importante considerar también el delegar responsabilidades al niño, tratándolo como persona, lo que implica el respeto fundamental de sus derechos y deberes. Las obligaciones o deberes del niño estarán en función de la etapa de desarrollo del ciclo vital en que se encuentre, para no atentar contra sus capacidades, ni sobrecargarlo.

Necesidades cognitivas:

a) Exploración: Es sumamente necesario, que las personas que se encuentren en el entorno más cercano del niño lo estimulen para que consiga explorar su ambiente, con el objetivo de descubrirlo y conseguir una comprensión y un conocimiento del mundo que le rodea. El déficit de exploración en el sujeto puede producir serias consecuencias a futuro en lo que respecta al desarrollo físico, mental y emocional. Por otra parte el exceso de estimulación también resulta ser contraproducente. En el mundo actual se vive sometido a una hiperestimulación, los medios de comunicación de masas otorgan múltiples imágenes y productos que conducen a los sujetos a subestimar la exploración y el deseo de conocer y comprender el mundo real, en este sentido, no sólo, los niños pierden el valor de la experiencia subjetiva y la riqueza de la imaginación, todo está entregado en forma muy elaborada y digerido, por lo tanto, ya no hay necesidad de explorar.

b) Experimentación: Es una necesidad primordial del sujeto, para que logre relacionarse con su ambiente constituyéndose en proceso de aprendizaje imprescindible. Cuando el niño logra operar sobre el medio adquiere una mayor libertad; un vínculo de apego seguro otorga una base importante en el desarrollo de la capacidad de experimentación. Es tarea de los adultos estimular y mantener esta necesidad de descubrir la realidad.

c) **Refuerzo:** Los niños aprenden por un otro que le sirve de apoyo y espejo en el proceso de aprendizaje. Los niños requieren que estos otros, que generalmente son los adultos, premien los esfuerzos y logros que alcanzan, por mínimos que estos sean. Los niños necesitan ser retroalimentados con respecto a la calidad de sus logros, esta respuesta de los adultos les otorga un sentido a lo que dicen o hacen, ayudándoles a darse cuenta de las consecuencias de sus conductas, favoreciendo así conductas adecuadas y su aprendizaje.

Las necesidades sociales, que vienen a ser una dimensión dentro de lo que Barudy denomina necesidades infantiles se desarrollará en el pilar de la comunicación.

Necesidad de valores

Los niños y jóvenes tienen el derecho a creer en valores que les permitan sentirse parte de su cultura. Esta dimensión engloba a las tres dimensiones anteriores (esfera afectiva, necesidades cognitivas y necesidades sociales): son los valores los que le dan sentido al buen trato. Los niños aceptan introducirse a las normas que son legitimadas por los valores de su cultura, especialmente si estas garantizan sus derechos fundamentales. La interiorización de valores positivos permite que los niños se sientan dignos, orgullosos y confiados en los adultos de su comunidad. Son los seres humanos capaces de construir el mejor o el peor de los ambientes sociales; muchos ejemplos muestran que las personas no siempre se valen de esta capacidad de manera constructiva, pues en algunos casos la utilizan para destruir a otros, sustentándose de ciertas creencias ideológicas, científicas y religiosas.

Comunicación y capacidad de relacionarse

Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros. Para Barudy, siguiendo el esquema anterior, las **necesidades sociales** son las siguientes: la comunicación, la consideración y las estructuras.

a) **La comunicación:** Es lo que brinda el estatuto de ser sujeto. Por medio de la conversación, los sujetos se sienten parte del sistema social. La comunicación en consecuencia, otorga al niño las informaciones indispensables para ubicarlo en la historia, en el contexto cultural y social al que él y su familia pertenecen. La comunicación es muy importante durante todo el ciclo vital, ya que le permite al sujeto ser comprendido y conocer a los demás. Es importantísimo que los adultos sean capaces de abrir espacios

conversacionales a los niños y adolescentes, para instalar y potenciar instancias de reflexión, comprensión y escucha.

b) Consideración: Se debe entregar un buen trato a los niños, con el objetivo de reconocerlos como personas validas. Téngase en cuenta además, que los niños son sujetos de derecho al igual que los adultos; por lo tanto, se les debe reconocer y respetar como tal. El niño para poder sentirse como parte de un grupo o una sociedad requiere ser reconocido como sujeto de méritos, habilidades y por sobre todo dignidad. Debe ser reconocido como una persona única y valiosa. La mirada de una persona importante para el niño es fundamental para el desarrollo de la autoestima de este, cuando la mirada del otro transmite afecto contribuye a construir una autoestima positiva.

c) Estructura: Es la necesidad del niño de ser cuidado y educado. Tiene el derecho también a que le enseñe a comportarse de acuerdo a las normas sociales de la cultura a la cual pertenece, como también a revelarse frente a situaciones que considera poco justas. Las reglas y normas deben estar basadas en el respeto, la dignidad y los derechos fundamentales del ser humano; además de ser éticamente aceptables y apuntar a la convivencia sobre la base de la participación y la aceptación de la diferencia.

En el ámbito familiar, las reglas sociales son formas de regulación que aseguran la práctica de las funciones de los integrantes de la familia. Los padres además de transmitir las normas al sujeto deben fomentar conversaciones que permitan respetar el sentido de esas normas.

Es además, la familia después del advenimiento del niño la primera instancia donde se da el proceso de socialización, lo que implicaría idealmente un apego seguro, una coherencia comunicativa, límites claramente establecidos, consecuencias en los actos, delegación de responsabilidades, roles bien definidos, confianza, optimismo, solidaridad, empatía, flexibilidad, prácticas democráticas, en síntesis un contexto de respeto y valoración mutua entre padres e hijos.

En relación a la importancia de la vinculación temprana entre el bebé y sus padres, Felipe Lecannelier (2007), plantea que la salud de un individuo esta relacionada con su capacidad de reconocer figuras adecuadas para otorgarle una base segura. Por lo tanto es pertinente

mencionar que los padres se constituyen en un aporte fundamental para el desarrollo armónico del bebé.

En esta misma línea, Felipe Lecannelier sostiene que mucho se ha investigado y reflexionado en torno a que es lo que hace a los padres ser capaces de constituirse en una **base segura** para sus hijos, resumiendo que las principales características presentadas por los padres seguros se relacionarían con el **compromiso** con su bebé, ya que se ha observado que los padres seguros tienden a estar comprometidos con la crianza de sus hijos. Además de configurarse como **buenos informantes** (Ainsworth), ya que se ha observado que las madres que poseen una alta sensibilidad materna eran capaces de entregar mucha información sobre las reacciones, necesidades y estados anímicos de sus bebés. Otro criterio de importancia es el grado de **sensibilidad materna**. Noción que supone la capacidad de la madre de interpretar, responder adecuadamente y tener conciencia de las señales de su bebé. Otro aspecto fundamental es la capacidad de los padres de relacionarse con su hijo como un **ser mentalizador** (Fonagy), esta capacidad permitiría visualizar los estados mentales en sí mismo y en los otros. En esta lógica los padres intentarían comprender las conductas de sus hijos atribuyéndole estados mentales (creencias, deseos, emociones, planes, etc.). Esta habilidad de mentalizar, a juicio de Fonagy se constituye en una clave determinante de autoorganización, la cual se adquiere en el contexto de las relaciones tempranas de los niños. En este sentido, en la actualidad se investigan las relaciones entre las cualidades de las relaciones de apego y la **función reflexiva** (capacidad de mentalizar) de los padres y los niños, para efectos de la prevención y tratamiento de desarrollos psicopatológicos como el maltrato y otros problemas de origen vincular.

En coherencia a lo anteriormente expuesto, la propuesta teórica de Peter Fonagy, plantea en términos generales que la calidad de las representaciones que los padres desarrollan sobre el hijo (y sobre sí mismo) puede constituirse en un **factor resiliente de relevancia**. De ahí que Fonagy plantea que los niños resilientes son niños con un apego seguro, y que este tipo de apego es parte del proceso mediador donde la resiliencia es observada. (Fonagy.1994, p. 235).

En esta misma línea Felipe Lecannelier plantea que en base a las evidencias de diversos estudios de corte longitudinal, se ha evidenciado que la seguridad vincular temprana predice

el desarrollo posterior de capacidades positivas como la autoestima, la regulación emocional y el utilización de recursos personales y sociales para enfrentar la adversidad.

En este contexto, las capacidades y competencias de los padres para configurarse en una **base segura de apego** para sus hijos permitirían generar un ambiente óptimo para el despliegue de capacidades como la regulación emocional, el enfrentamiento de estrés, el uso de los recursos cognitivos y sociales. Aportando de esta manera al desarrollo armónico del niño. En este sentido la resiliencia, "í nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados." (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12).

En el caso contrario una relación apego inseguro se asociaría significativamente a condiciones clínicas (tales como el maltrato y las psicopatologías). En coherencia a lo anteriormente expuesto Peter Fonagy plantea la necesidad de que la sociedad acepte e internalice que la preservación de la salud mental infantil, es la llave para la prevención de los trastornos mentales a lo largo de toda la vida.

Cyrulnik (2005), plantea que de las historias personales de los padres que se imbrican en la unión que nace en el contexto de la pareja, surge una nueva historia con características personales que se construye a partir de los relatos y creencias de los padres, destacando el papel fundamental de la familia dentro del contexto relacional con características de continuidad y compromiso afectivo, que surgiría a partir de los rasgos individuales de los padres para la constitución de los mecanismos resilientes en los hijos, involucrando por lo tanto a toda la familia. En este sentido "La resiliencia del niño se construye en la relación con el otro, mediante una labor de punto que teje el vínculo. La comunicación intrauterina, la seguridad afectiva desde los primeros meses de la vida y, más tarde, la interpretación que da el niño a los acontecimientos son otros tantos elementos que favorecen la resiliencia" (Cyrulnik, 2004, p. 17). Por lo tanto, los **factores de resiliencia**, se infiere que no nacen por sí solos, sino que se construyen en el espacio familiar a partir de las relaciones o interacciones que el sujeto tiene con su entorno más inmediato, e incluso desde antes del nacimiento del niño, a esto último Cyrulnik denomina "aprendizajes precoces".

Siguiendo a Cyrulnik (2005), dirá que el bebé se transformará gracias a la palabra, dejará atrás el mundo biológico para ingresar al mundo de las narraciones y de las palabras, por lo

tanto al mundo socio-cultural. Por lo tanto se puede concluir, que ningún sujeto puede alcanzar la resiliencia en aislamiento, para desarrollar sus recursos internos, debe en su niñez encontrar en su entorno un clima afectivo que le permita dejar en su psiquis un proceso de equilibrio interno. Posteriormente, estos recursos internos quedarán teñidos por el equilibrio del entorno.

Frente a este contexto general es posible dar cuenta de la articulación entre los constructos teóricos de Parentalidad, Apego y Resiliencia. Enfoques que se constituirán en aporte para la comprensión de la temática de las relaciones de apego tempranas, para efectos de la presente investigación. En este sentido, se profundizará en el estudio de las competencias, capacidades y habilidades de las madres (y padres) para desplegarse como una base segura, para sus hijos/as prematuros, más allá de los avatares propios derivados de condición de prematurez de su bebés. En este sentido, una parentalidad sana traería consigo la posibilidad de establecer vínculos de apego seguros con sus niños/as.

4. Prematurez

Según el Dr. Patricio Ventura Juncá, miembro del Consejo de la Academia Pontificia para la Vida y del Centro de Bioética de la PUC. Biológicamente el feto necesita de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro, y así pueda ser capaz de adaptarse normalmente a la vida extrauterina (37 ó 42 semanas de gestación). Por lo que cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración se dice que nació prematuramente, y por lo tanto, podría presentar problemas en su adaptación al no ser biológicamente totalmente maduro.

Existen dos variables importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos, estas son la prematurez y el bajo peso de nacimiento. Lo cual es fácilmente visible al comparar edad gestacional y/o peso con mortalidad. Sin duda hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, en donde, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causada por prematurez, niños de menos de 1.500 gr. Tomando en cuenta que según lo explica el Dr. Patricio Ventura, entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez.

En este sentido, se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros.

Por lo general, el tratamiento que estos bebés requieren, consta de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo cual se le debe agregar que un porcentaje no menor de ellos, puede quedar con secuelas neurológicas y/o de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Es así que el Dr. Ventura, da cuenta que debido al impacto que tiene tanto la prematurez como el bajo peso del recién nacido, lo cual tiene una latente morbilidad y mortalidad, debe ser reconocido como un problema de Salud Pública de primera magnitud, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

Condicionantes de la Prematurez y Bajo peso al nacer.

La prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicos-culturales, como también a condiciones biológicas de la madre y/o a diversas patologías que afectan a la madre y al feto.

Según el Dr. Ventura, estas variables socio económicas - culturales y biológicas que se asocian a los partos prematuros, han sido estudiadas especialmente en los países desarrollados. Por lo que se pueden mencionar diversos antecedentes y patologías de la madre, del feto, de la placenta y del útero que se asocian con la prematurez y el bajo peso de nacimiento:

- El antecedente de un parto prematuro previo. El riesgo de un nuevo parto prematuro aumenta progresivamente con cada nuevo parto de pretérmino.
- Síntomas de parto prematuro
- Rotura prematura de membranas.
- Incompetencia cervical.
- Bajo peso preconcepcional, insuficiente aumento de peso en el embarazo.
- Embarazo múltiple, etc.

También, es importante destacar que existe un porcentaje alto de partos prematuros en los que no es posible identificar factores de riesgo previo.

Morbilidad del Prematuro

El Dr. Ventura, da como característica fundamental de la prematurez, la inmadurez de los diferentes órganos del recién nacido, los cuales no estarían preparados aún, para responder de forma normal y adecuada a las exigencias de la vida extrauterina. Por lo tanto, mientras menor sea la edad gestacional del bebé al momento de nacer, más grave y frecuentes serán los problemas de adaptación que manifestara, por ende requerirá de un complejo tratamiento. Los problemas más críticos se dan en el sistema respiratorio y cardiocirculatorio, los cuales, ponen rápidamente en peligro la vida del bebé. Problemas frecuentes y de gravedad variable, se relacionan con: la regulación de su temperatura; la nutrición y alimentación; las infecciones; la hemorragia intracraneana y la hiperbilirrubinemia.

Uno de los factores más relevantes, que ayudan al prematuro a sobrellevar y solucionar sus principales dificultades de adaptación a la vida extrauterina, es su alimentación, en donde lograr una nutrición adecuada tendría un alto impacto para el desarrollo normal y positivo de todos sus órganos.

Sobre todo aquellos bebés que nacen de menos de 34 semanas de gestación y/o con un peso inferior a 1.800 g. los cuales presentan una función de succión y deglución bastante inmadura, por lo que requieren ser alimentados por sonda nasogástrica u orogástrica.

El prematuro y sus padres.

El período neonatal es un tiempo muy relevante para la relación de los padres con su hijo. En especial para la madre, ya que es una etapa muy sensible e importante para el fortalecimiento de sus vínculos maternos. Lo cual toma gran relevancia para el bebé prematuro que por sus condiciones necesita de largos períodos de hospitalización. Diversos estudios han demostrado como este vínculo se ve frustrado cuando las madres se ven impedidas de visitar y tocar a sus hijos prematuros. Por tal razón, es fundamental el estímulo del contacto con el bebé, tanto de la madre, como del padre, lo cual debe ser facilitado en las unidades de prematuros y de cuidados intensivos neonatales. Quien ha podido observar el cariño y la abnegación que van desarrollando las madres y/o padres en contacto con sus niños

prematureros, se da cuenta de la importancia que esto tiene para el desarrollo del niño dentro de la Unidad y para el cuidado futuro después del alta.

4.1 Humanización de la Neonatología

En el año 1999, el doctor J.H. Kennell en un artículo, da cuenta de que en los últimos 100 años la mejoría en la sobrevivencia de los bebés prematuros como resultado de los avances de la tecnología como de los conocimientos médicos, ha sido notable. Avances tecnológicos los cuales no han estado exentos de costos. Sin embargo, unos de los obstetras denominado como el padre de la neonatología, Pierre Budin, durante 1907 se preocupó y tomó en consideración el hecho de reemplazar las funciones maternas en los cuidados de los bebés prematuros. Planteando que "un cierto número de madres abandonan a sus bebés cuyas necesidades no han tenido que suplir, y en quienes han perdido todo interés. Se ha salvado la vida del pequeño, es cierto, pero al costo de la madre". Hecho que Kennell comenta como una premonición y asevera, pero durante esos años fue totalmente desestimado debido a la alta tasa de mortalidad por infecciones entre madres parturientas y sus recién nacidos, en donde se pensaba durante esos años que era una buena idea separarlos. (M. Vieira, 2003)

Diversas investigaciones han dejado en evidencia los beneficios que trae el admitir a los padres en las unidades de cuidados neonatales, lo cual no conllevaría, al contrario de lo que antiguamente se pensaba, un aumento de infecciones, es así como a fines de la década de 1960 se abrieron las puertas de las unidades neonatales a los padres, especialmente a las madres.

Los bebés al momento de ser hospitalizados, o sea cuando deben ser llevados a la unidad neonatal, son violentamente separados de sus madres, siendo entregados a un aparataje de tecnología de punta, junto con el cuidado de personal de enfermería que a pesar de que puedan estar muy bien entrenados, son totalmente ajenos al bebé, ya que no poseen un vínculo previo, los que además, rotan constantemente, sumándole que el bebé debe pasar a un ambiente de fuertes luces, ruidos intermitentes, etc. En este escenario, es por tanto el bienestar de la madre la primera prioridad, la cual al cumplir con su función biológica del parto, se le permite abandonar el hospital y hacerse cargo de problemas domésticos (hijos, esposo, quehaceres de la casa, etc), por lo que sus visitas y deseos tanto de la madre como de la familia, estarán supeditados a lo dispuesto por el equipo médico del hospital, y no por sus necesidades de vínculo y afecto por su bebé. Por lo que se genera una sensación, en donde el

niño es casi ñsecuestradoö. Levin junto a su equipo visibilizaron que aquellos factores, de separación, aumentaban el riesgo de infecciones en el prematuro, y por ende, la morbilidad de este, como también disminuían la capacidad de desarrollar el vínculo entre los padres y su hijo. En donde los padres al verse alejados de su hijo, y en un mundo totalmente ajeno en donde su voz no es tan relevante como la voz de los doctores, suelen sentirse inseguros e incompetentes cuando deben asumir el cuidado de su hijo al momento del alta, después de haber pasado un largo período en donde eran otros quienes estaban a cargo de los cuidados principales del bebé. Por tanto en muchos casos es recién al alta cuando comienza un apego real con el bebé. Apego el cual debería fortalecerse y comenzar lo más precozmente posible. Por lo que más que un costo monetario debido a la hospitalización, existe también un costo psicológico importante.

La neonatología hoy en día, en donde existe muchas más tecnología, por lo general es muy agresiva. Sin duda es incuestionable su ventaja hacia el prematuro, pero no cabe duda que este ambiente de alta tecnología genera durante la primera etapa del bebé (y la más sensible) un alto nivel de estrés. Sobre todo en las unidades de cuidados intensivos, en donde los prematuros experimentan frecuentes procedimientos, muchos de ellos agresivos, una excesiva manipulación, la cual no siempre tiene la calidez suficiente para no generar mayor estrés aún sobre el niño, frecuentes interrupciones del sueño, diversos medicamentos orales poco gratos, luces excesivas, ruidos, etc. Lo cual provocan en el bebé efectos de estrés inmediatos como inestabilidad autonómica, apnea y bradicardia, vasoconstricción y reducción de la motilidad gástrica. Estrés que conlleva a que el recién nacido produzca altos niveles de cortisol y catecolaminas, (lo cual puede interferir con la cicatrización), mientras que la interrupción del sueño puede tener impactos biológicos adversos.

Es así, como en promedio, un prematuro puede ser manipulado 150 veces al día o más, con períodos de descanso y/o sueño ininterrumpidos de no más de 10 minutos. Se ha observado que existirían patologías atribuibles a la prematuridad, como la enfermedad pulmonar crónica y la enterocolitis necrotizante, las cuales pueden estar en gran parte relacionadas con el estrés. Evidentemente un pequeño paciente, el cual se encuentra críticamente enfermo y conectado a ventilación mecánica, no se siente bien, menos aún si se toma en cuenta de todos los procedimientos que se le realizan, los cuales muchas veces ni siquiera son efectuados de forma cálida, ya sea acariciando al bebé, hablándole, etc. En muchas unidades no existe la percepción de que el bebé escucha, ve, siente y percibe hasta donde le permiten sus posibilidades. Lo cual hoy en día estaría comprobado, por lo que aquellos postulados, en

donde dan cuenta de que las estructuras anatómicas del recién nacido no serían capaces de recibir, transmitir e interpretar el dolor, han sido ya totalmente desechadas, y hoy se puede demostrar que (y en el prematuro con mayor razón) la inmadurez hace percibirlo de manera más intensa y difusa. Por lo que el prematuro, es capaz de sentir dolor y miedo en un ambiente, en donde muchas veces el mayor tiempo esta tan solo acompañado de sofisticados equipos que suenan constantemente.

Ante tal contexto nace la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN), la cual parte a fines de la década de los años 1980 por OMS, UNICEF, junto con diversas organizaciones internacionales, en donde promueven el contacto precoz entre los padres y su hijo, la cohabitación, la lactancia materna precoz y constante, como también, dentro de lo posible el mínimo contacto ojalá, con equipos de salud en rotación con el bebé. Pequeños grandes detalles los cuales han disminuído enormemente el abandono de recién nacidos. La IHAN no rechaza los avances tecnológicos, pero considera necesario que deben ser cubiertos por un mismo paraguas en conjunto con la humanización neonatal, enfoque que vendrá a ser más contemporáneo, racional, sensible y -no menos importante- más barato.

Levin dice: "Debemos ser capaces de convertir al recién nacido en la primera prioridad. Las observaciones de este autor, han dejado de manifiesto la importancia del contacto temprano entre los padres y el bebé, no solo desde el momento en que nace, sino también durante el primer y segundo mes de vida. Por lo que:

Sostiene que tras la separación física del parto surgen fuerzas invisibles y poderosas, que ha dado en llamar los "cordones umbilicales biológico y psicológico". Se crearía una verdadera "incubadora biológica", la que estimularía el desarrollo biológico, físico y psicológico del niño. Para optimizar el desarrollo tanto de éste como de la madre, el cordón umbilical biológico se debe mantener indemne al menos durante el primer mes, para lo cual es conveniente privilegiar el parto vaginal sin uso de drogas, y alimentación al pecho en el postparto inmediato para que el neonato se beneficie del calostro. El niño que comienza su vida extrauterina es prácticamente estéril, y mientras más contacto tenga con su madre durante los primeros uno o dos meses, mayores serán los factores protectores que recibirá a través de la leche, el aire que ella exhala y las secreciones de su piel. Por el contrario, el niño expuesto a los constantes rotaciones del equipo médico (produciendo el quiebre de la incubadora biológica creada por la naturaleza) no tendrá la protección inmunológica de que disfruta el que pasa las 24

horas del día con su madre. El cordón umbilical psicológico, a su vez, representa la ligazón social y emocional entre la madre y su hijo, el cual comienza a constituirse durante el embarazo, para ir adquiriendo cada vez más importancia durante los primeros meses de vida extrauterina. Es por ello que el hospital debiera crear las condiciones necesarias para que la madre permanezca con su niño día y noche. A estas alturas, la medicina necesariamente deberá estar al servicio de -y de la promoción de- la unidad psicosomática constituida por la madre y su hijo, siendo incluso deseable en una etapa futura que los padres pudieran quedarse con las madres durante las noches. El derecho humano e individual de cada recién nacido hospitalizado es no solamente estar rodeado de modernos aparatos y de personal altamente calificado, sino también permanecer con su madre, e idealmente también con su padre, sólo entonces podremos hablar de "Hospital Amigo de la Familia" (Matías Viera, pp. 197-205.)

Uno de los avances más relevantes en la humanización de la neonatología se produjo en 1978 en Colombia, al idearse el método madre canguro como modo de enfrentarse al problema de los hospitales sobrepoblados y escasos de recursos. Hoy en día la intervención del Método Madre Canguro (MMC), el cual se compone de tres pilares fundamentales: posición canguro (vertical y contacto piel a piel), nutrición canguro (pecho exclusivo o casi exclusivo), y las políticas canguro de altas precoces (independientemente del peso o edad gestacional). Esta iniciativa se ha adaptado a las realidades de cada país en todo el mundo, en especial el contacto piel a piel.

El Dr. Kennell comenta: "Hace treinta años (í) comenzaron a derrumbarse los muros de las fortalezas de las unidades de prematuros". Hoy en día, en la mayoría de las unidades de neonatología, las madres, padres y hermanos son bienvenidos, para que observen, toquen, carguen y alimenten al recién nacido prematuro. Estos niños, como cualquier recién nacido de término necesitan el amor y la leche de su madre, aún más que los bebés "sanos", por lo que el siguiente paso deberá ser la permanencia de las madres con sus hijos las 24 horas del día con máximo contacto piel a piel, proveyendo la leche materna y gran parte de sus cuidados bajo supervisión. Pierre Budin decía a principios del siglo veinte: "Es lejos lo mejor colocar al pequeño en una incubadora al lado de su madre; la supervisión ejercida por ella no debe subestimarse"

En este contexto, no deja de ser un hito importante que una sociedad científica nacional sudamericana, como la Sociedad Chilena de Pediatría, haya proclamado en su Congreso Nacional de 2001 la Declaración de Pucón.:

Declaración de Pucón

La Sociedad Chilena de Pediatría desea fomentar y estimular la "Humanización de la Pediatría Perinatal". Esto significa poner énfasis en la atención del recién nacido de término y pretérmino junto con su madre, protegiendo la lactancia natural, el apego y la manera de atenderlo en todas las circunstancias, incluyendo su permanencia en las unidades de cuidados intensivos.

Esta Sociedad reconoce el alto valor y las consecuencias positivas que ha tenido la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño" y agradece a la OPS/OMS, UNICEF y otras organizaciones internacionales su labor en la difusión de estos propósitos, que se han ido plasmando en nuestro medio y otros países.

Nuestro compromiso con el recién nacido va más allá de la protección de la lactancia natural por un mínimo de seis meses, y pretende considerar a su madre, incorporándola activamente en la atención de su hijo, transformándola en un ente activo y no pasivo. Ello se traduce en favorecer su permanencia máxima junto al niño, en lo posible durante las 24 horas del día.

Pretende, además, racionalizar al máximo los exámenes de laboratorio y tratamientos, disminuyendo o eliminando el dolor físico o psíquico, y fomentando y apoyando el contacto piel con piel.

Por lo anteriormente expuesto y en el marco del XLI Congreso Chileno de Pediatría, en Pucón, Chile, esta Sociedad y sus miembros, contando con la presencia del Profesor Adik Levin, suscribe y adhiere a la metodología de los 11 puntos utilizados en el Hospital de Niños de Tallinn, Estonia, relativa a los cuidados humanos del recién nacido y su madre en todas las áreas referidas a la "Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales" (HNCI), e invita al resto de las Sociedades de Pediatría del mundo a suscribir esta declaración.

Nuestra Sociedad solicita el apoyo de todas las organizaciones internacionales que velan por la salud y bienestar del hombre, del niño y de sus derechos, para lograr este propósito. (Pucón, 28 de Noviembre 2001.)

4.2 Método Madre Canguro (MMC)



Respecto a los bebés prematuros, diversos estudios muestran que existe mayor estrés en la relaciones padre/madre-bebé prematuro, puesto que son considerados por los padres como niños/as más difíciles, que muestran mayor afecto negativo y dificultad para regular sus emociones, y no son responsivos a las intervenciones de los padres para calmarlos, lograr su atención o interpretar con facilidad sus señales sociales. Esto exige que los padres inviertan mayores esfuerzos y tiempo, comparados con los bebés a término (Brachfeld, Goldberg & Sloman, 1980; Moran, Pederson, Pettit & Krupka, 1992; Pederson, Bento, Chance, Evans & Fox, 1987;

Spiker, Ferguson & Brooks-Gunn, 1993).

En este sentido el nacimiento de niños de bajo peso es un problema mundial. El nacimiento de niños de bajo peso esta asociado con alta mortalidad y morbilidad infantil. El cuidado del niño de bajo peso al nacer (NBPN) representa una carga para la salud y los sistemas sociales en todas partes. La reducción de la tasa del nacimiento de niños de bajo peso, la mortalidad y morbilidad asociada han sido posible en sociedades afluentes gracias a mejores estándares de vida, resultados de embarazos saludables, y a una tecnología costosa del cuidado del neonato. Pero la tecnología costosa, principalmente basada en el uso de incubadoras con calefacción es inapropiada y por lo general no son de fácil adquisición en instalaciones de bajo presupuesto. El número de incubadoras no cubre las necesidades; a menudo se limpian inadecuadamente; hay daños frecuentes; el abastecimiento de energía es irregular; la compra, el mantenimiento,

los repuestos y la reparación son costosos; y el personal bien entrenado es por lo general carente. Además, las incubadoras dan un sentido falso de seguridad y separan a los bebés de sus madres. Como resultado, los NBPN pueden ser sujetos a un cuidado insuficiente: pueden estar más susceptibles a padecer infecciones y bronco aspiración de la leche, sus controles de temperatura pueden ser inadecuados, ellos pueden sufrir desnutrición y bajo crecimiento. Por la separación de sus madres, los NBPN mantenidos en incubadoras pueden carecer de contacto, estimulación y amor.

El MMC está dirigida al recién nacido de menos de 37 semanas de edad postconcepcional y/o menos de 2000 g al nacer. Cada recién nacido debe tener una evaluación de su edad gestacional (Ballard, Capurro o registrada desde la última menstruación, si se sabe, ya que el pronóstico y el adecuado manejo clínico dependen de él. NBPN deben ser clasificados no solo de acuerdo a su peso sino también a su edad gestacional (clasificación Lubchenco).

El MMC como se describe aquí, es una alternativa para el cuidado del Recién Nacido estable de Bajo Peso al Nacer una vez superado los problemas de mayor adaptación a la vida extrauterina. Básicamente es una alternativa para las unidades de cuidado mínimo neonatal. Si se aplica correctamente, la MMC puede ser utilizada con seguridad, en lugar de equipos costosos tales como las incubadoras, para suministrar buena calidad en el cuidado del NBPN estable a cualquier nivel de cuidados. La MMC representa un paso hacia la humanización de la neonatología, estimula el vínculo afectivo y la lactancia, dos elementos esenciales para la sobrevivencia del NBPN. (N. Charpak, Z. Figueroa).

El Método Madre Canguro (MMC) es una técnica de cuidado para recién nacidos de bajo peso al nacer (< 2000g) creada y desarrollada por un grupo de pediatras en el Instituto Materno Infantil en Bogotá, Colombia (ideada por E. Rey en 1978, desarrollada hasta 1994 por H. Martínez (1979-1994) y L. Navarrete (1982-1994 ad honorem). Los componentes originales de la intervención (contacto prolongado piel a piel - Posición Canguro, nutrición basada en leche materna y salida temprana en la posición canguro) han sido científicamente probados en estudios experimentales y de observación y han demostrado ser una alternativa efectiva y segura para llevar al recién nacido de bajo peso al nacer en las unidades de cuidado mínimo después de su estabilización. Ofrece ventajas adicionales, con respecto a la facultad de la madre y el vínculo de la familia al niño. Las modificaciones de la técnica han sido empleadas y probadas bajo diferentes circunstancias.

Los componentes de la intervención completa son:

- 1) Salida Temprana (en lugar de permanecer en unidades de cuidado mínimo neonatal).
- 2) Contacto piel-a-piel 24 horas al día.
- 3) Lactancia materna exclusiva siempre que sea posible.
- 4) Estricto seguimiento ambulatorio.

Es importante hacer énfasis que durante la práctica de la MMC ambulatoria, la calidad del cuidado de la salud del bebé deberá cumplir los estándares de la unidad de cuidado mínimo neonatal. Es también importante hacer énfasis que se debe evitar, cuando sea posible, la separación de la madre y el niño; el contacto piel-a-piel deberá ser lo más pronto y prologado posible, aun en la Unidad Neonatal de Cuidado Intensivo (UCI).

Es común en los países en desarrollo con recursos de salud limitados, la aglomeración en las unidades de neonatología. Esto conduce a una mortalidad y morbilidad alta entre los Recién Nacidos de BPN, debido a problemas comunes tales como las infecciones nosocomiales. Adicionalmente, la separación prolongada entre la madre y su bebe puede contribuir al abandono del recién nacido y/o al maltrato del niño.

El cuidado óptimo para aquellos Recién Nacidos de BPN (<2500 g) requiere una valoración de los beneficios del uso de equipos y técnicas sofisticadas, teniendo en cuenta los riesgos y desventajas que esto involucra, para lograr la meta y entregar a su familia un bebé feliz y tan saludable como sea posible.

El Método Madre Canguro es un método amplio de cuidado para los Recién Nacidos de BPN que permite un mejor uso de los recursos técnicos y humanos disponibles como también un establecimiento temprano del vínculo madre - hijo. El MMC se debe ofrecer como una rutina a todo bebe con un peso < 2.000 g al nacer o con una edad gestacional de menos de 37 semanas al nacer. Las descripciones que siguen corresponden a los cuidados dados en el Programa Madre Canguro ISS-World-Lab de la Clínica Del Niño y de la Clínica San Pedro Claver (creado en 1993).

Se guardo la filosofía Del Programa Madre Canguro Del Instituto Materno Infantil pero se modificaron las pautas (posición, nutrición y seguimiento) para lograr llevar los niños a un desarrollo integral óptimo. Los componentes principales del MMC son:

- Posición Canguro: Contacto piel-a-piel entre la madre y el bebé, 24 horas diarios, en estricta posición vertical, en medio del pecho de la madre, bajo su ropa. Las madres son utilizadas como incubadoras y fuentes de nutrición y estimulación. La temperatura del bebé permanece dentro del rango normal, gracias al calor del cuerpo de la madre. Muchos estudios han mostrado que la temperatura, la oxigenación, la frecuencia cardiaca, y otros parámetros psicológicos se mantienen dentro de los valores normales y mientras esté en posición canguro el bebé puede ser alimentado en cualquier momento. Cualquier otra persona puede compartir el rol de la madre como un proveedor de la posición canguro. El proveedor de la posición debe recostarse en posición medio sentada mientras duerme. La posición canguro se mantendrá hasta que el bebé ya no la tolere más, y la regulación apropiada de la temperatura se logre.

- Política de alimentación canguro: lactancia materna exclusiva, siempre que sea posible. Inicialmente, se sigue una estricta programación de alimentación. Cuando el crecimiento del bebé muestra ser adecuado, la programación se acomoda a las demandas del bebé. El objetivo es lograr una tasa de ganancia de peso cercana a la del crecimiento intrauterino durante el tercer trimestre de embarazo (15-20 gr. /Kg. por día hasta la 40 semanas de la edad postconcepcional). Si con la lactancia materna exclusiva, y después de recibir una intervención intensiva llamada adaptación canguro ambulatoria, el crecimiento del bebé no es satisfactorio (ver la descripción detallada abajo), la lactancia materna se complementa con leche de fórmula para bebés prematuros. Para minimizar la interferencia con la lactancia materna se utiliza un gotero o una cuchara para administrar los complementos. La cantidad de fórmula debe ser suplementaria en un 25% de la dosis diaria recomendada, y después de por lo menos una semana de adecuada ganancia de peso, se intenta una disminución progresiva del suplemento. El objetivo es que el bebé alcance las 40 semanas de la edad postconcepcional recibiendo leche materna exclusivamente. Esta es una alternativa segura y poco costosa para el refuerzo de la leche materna.

- Salida de canguro y políticas a seguir: La MMC puede ser ofrecida a los NBPN tan pronto como superen problemas relacionados con la adaptación a la vida extra uterina, la regulación de su temperatura en un ambiente neutral térmico (incubadora) y la habilidad de mamar, chupar y respirar coordinadamente. Los bebés salen del hospital independientemente de su peso o de su edad postconcepcional, después de haber tenido

una adaptación intrahospitalaria exitosa a la MMC. Este proceso de adaptación puede durar uno o varios días. Una vez en casa, el bebe se debe mantener en la posición canguro, hasta que la rechace (generalmente hacia las 37 semanas de la edad postconcepcional). Después de la salida, el peso del bebé es monitoreado durante las visitas diarias hasta que recupere su peso de nacimiento y haya ganado de 15 a 20 gr. /Kg. / al día. Luego, se realizan visitas semanales hasta que alcance el término (40 semanas de edad postconcepcional). Este protocolo de salida y seguimiento constituye un cuidado ambulatorio de neonatología mínimo, incluyendo medicamentos profilácticos, vitaminas, hierro, etc. de acuerdo a las necesidades de cada niño. Es conveniente establecer una clínica de seguimiento de alto riesgo para evaluar a los bebés canguro por lo menos al año de la edad corregida. Estas actividades de evaluación deben incluir evaluaciones oftalmológicas y auditivas, monitoreo neurológico y la administración de escalas de desarrollo psicomotrices. Se debe ejecutar un monitoreo estricto del crecimiento somático (usando estándares apropiados y edades corregidas, no cronológicas) y tempranamente se deben establecer grandes esfuerzos para corregir desviaciones del crecimiento adecuado. También se debe realizar la administración de inmunobiológicos de acuerdo a las programaciones locales (las vacunas se administran en las edades cronológicas usuales).

Son pocos los países que han logrado desarrollar el programa canguro con todos sus componentes, en especial el control ambulatorio cuyo éxito está en gran parte determinado por la habilidad que la madre desarrolle en el cuidado de su hijo prematuro.

Las pautas de la Método Madre Canguro son aplicables en las maternidades de países en vías de desarrollo donde existe el personal competente (neonatólogo, enfermeras jefe, psicólogas, etc.) y el material adecuado (unidad de cuidado intensivo, incubadoras, etc.) para un servicio de neonatología de alta tecnología, pero donde el volumen de pacientes y el costo de esta tecnología no permiten aplicar una neonatología semejante a la de los países desarrollados. El Método Madre Canguro sustituye en este caso, el periodo de "engorde" del niño prematuro y/o de bajo peso y permite una mejor utilización de los recursos disponibles, una disminución del hacinamiento del servicio y de la tasa de infecciones nosocomiales y también un acercamiento madre hijo más temprano.

Evaluaciones y referencias del Método Madre Canguro (MMC)

Desde 1986 hasta la fecha: Evaluaciones de algunos componentes de la Método Madre Canguro (N. Charpak, Z. Figueroa):

- Contacto limitado piel-a-piel.
- Posición canguro intrahospitalaria por algunas horas.
- Lactancia materna.
- Salida temprana.

En 1991, Gene Anderson hizo una exhaustiva revisión de evidencias publicadas y no publicadas principalmente de respuestas y efectos del contacto limitado piel-a-piel en pacientes hospitalizados en países desarrollados. Los estudios revisados incluyen Ensayos de Control Randomizados reales, estudios de control de observación y series de casos. Los resultados variaron desde la supervivencia hasta parámetros de psicología específicos. Los documentos fueron clasificados de acuerdo a sus diseños y calidad completa de las evidencias. Con respecto a los bebés en el contacto piel-a-piel, los principales hallazgos de Anderson fueron:

1. La regulación de la temperatura, es por lo menos tan buena como la que se obtienen dentro de una incubadora. Algunas muestras de evidencias sugieren que es aún mejor.
2. Los patrones reguladores de respiración, con un decrecimiento de episodios de apnea y respiración periódica, son más frecuentes que en los bebés no expuestos.
3. Los niveles transcutáneos de O₂ no disminuyen.
4. Regulación mejorada de estados de comportamiento del bebé: periodos largos de vigilancia, menos lloriqueo, etc.
5. Sin riesgo adicional de infección.
6. Más alta duración de la lactancia materna y altas tasas.

Con respecto a los padres:

1. Las madres reportaron más auto - confianza en sí mismas, sentimiento de realización y menos estrés.
2. Las madres tienen más confianza en la lactancia materna.

Revisados algunos documentos citados por Anderson, se pueden encontrar informes acerca de una reducción en la permanencia hospitalaria asociada con el contacto limitado piel-a-piel y un cambio positivo de actitud entre el personal de salud.

En otros estudios anteriores y posteriores conducidos en 1994 en una misión remota en Zimbabwe sin el cuidado de la incubadora Bergman y Jürisoo reportaron una reducción en la mortalidad de un 90% a un 50% en NBPN, de menos de 1500 g en el hospital y de un 30% a 10% en NBPN de 1500 a 1999 g. Sin embargo, estas diferencias, pueden ser ocasionadas por algunas variables incontroladas.

Un documento de Sloan y Coll, realizado en un hospital de obstetricia en Quito, Ecuador involucrando a 300 niños por debajo de 2000 g. quienes sobrevivieron la adaptación a la vida extra uterina. El método madre canguro fue suministrado a 140 niños hospitalizados mientras que 160 niños de control, fueron cuidados en una unidad de cuidado mínimo (incubadoras y/o cunas cálidas). Los autores afirman que el método canguro ahorra costos en el cuidado de la salud, no afecta los índices de crecimiento, y durante los primeros seis meses de vida disminuye el riesgo de enfermedades serias, quizá por el cambio en los patrones de cuidado de la salud (incluyendo visitas más frecuentes al personal encargado del cuidado de la salud) entre las "Familias Canguro".

Un documento de Cattaneo y Coll reporta acerca de un ensayo multicéntrico realizado en cinco países que evaluaron la MMC intrahospitalaria (contacto piel-a-piel y lactancia materna). No se ejecutaron salidas tempranas ni seguimientos ambulatorios. Los resultados mostraron una muy buena aceptación de la MMC por el personal de salud en todos los 5 centros participantes, los cuales representaban culturas muy diferentes. Este documento muestra además que la MMC podría ahorrar costos en hospitales de países en desarrollo. Dos estudios reportados en la literatura evaluaron los tres componentes principales de la MMC:

- a) Posición Canguro.
- b) Lactancia materna exclusiva, siempre que sea posible.
- c) Salida temprana.

El primer documento de Charpak y Coll describe un estudio de dos cohortes el cual encuentra que la MMC no estaba asociada con una gran mortalidad como la intervención de control

(unidad de cuidado mínimo neonatal) y que la lactancia materna era más exitosa y permanente. No obstante surgió la duda sobre la calidad del crecimiento temprano en los bebés canguro, y no mostró con claridad ahorro de tiempo total de permanencia en el hospital. El segundo del mismo grupo es un Ensayo de Control el cual confirmó la seguridad con respecto a la mortalidad e incluso sugirió una reducción casi del doble en el riesgo de mortalidad en los bebés canguro. El crecimiento temprano de los bebés canguro fue tan bueno como el de los bebés control, y cuando ellos alcanzaron un año de la edad corregida, las circunferencias y tamaños de la cabeza de los bebés canguro fueron ligeramente mejores de las de aquellos bebés control. Además, infecciones nosocomiales fueron mucho más frecuentes en los bebés controlados. El total de la estadía en el hospital fue más corta para el bebé canguro, y la mayor supervivencia ocurrió en bebés por debajo de 1500g al nacer.

Junto con los resultados obtenidos en el anterior documento, Tessier, R. y Coll se realizó una evaluación de la relación madre ó bebe canguro comparadas con las familias control. Los hallazgos principales fueron: Las madres canguro tienen un sentimiento mayor de competencia de cuidar, y criar sus bebés prematuros; ellas fueron también más sensitivas a las necesidades de salud y desarrollo de aquellos bebés con un alto riesgo de disminución del desarrollo y morbilidad en general. Adicionalmente, se conservó un cambio en la estructura familiar de los bebés canguro, permitiendo una mayor participación del padre en el cuidado del bebé, y un mejoramiento en la autoestima maternal. Estos cambios persistieron por lo menos durante el primer año de vida. Estos hallazgos sugieren que la MMC podría jugar un rol importante en la prevención del abandono y maltrato infantil, los cuales prevalecen más en casos de prematurez y en la separación temprana y prolongada de la madre y su bebé recién nacido.

Estos resultados pueden ser mencionados como evidencias verdaderas, apoyando la MMC que al involucrar todos sus componentes (incluyendo la salida temprana), es un método seguro para el cuidado de los NBPN clínicamente estables.

III PARTE: MARCO METODOLÓGICO

1. Enfoque Metodológico:

El objeto de estudio de la presente investigación está relacionado con la descripción, observación y comprensión del desarrollo de vínculo afectivo entre madre e hijo prematuro que utilizan el Método Madre Canguro. En este sentido, las investigadoras buscan aproximarse al fenómeno estudiado desde una perspectiva holística, en un esfuerzo por comprender integralmente esta realidad que implícitamente se caracteriza por ser compleja, dinámica, interactiva y en permanente proceso.

Con relación a lo anterior, las investigadoras optan por abordar la experiencia subjetiva de las madres de prematuros desde el **método cualitativo**, dado que este enfoque tiene una intención integral en la manera de abordar la realidad: Buscando una visión global de los hechos más que parcelas la realidad en variables (Avalos, B., 1998, p. 2).

Además la opción de enmarcar la presente investigación en el paradigma cualitativo se fundamenta en el interés de conocer en mayor profundidad lo que los sujetos investigados experimentan, vivencian; accediendo al conocimiento que se obtiene a través del encuentro entre el investigador y los sujetos investigados en el contexto de una situación social concreta. En ese ámbito, el investigador trata de comprender los procesos sociales y para ello debe trabajar y comunicarse con los actores sociales a quienes está estudiando" (Avalos, B., 1998, p. 2).

En este sentido el aporte metodológico del enfoque cualitativo, permitirá a la presente investigación **comprender e interpretar** la realidad, elementos claves para desarrollar este estudio. De modo que el supuesto básico (Vasilachis, 1992), es la necesidad de comprensión del estudio de la acción social en el contexto del mundo de la vida y de la perspectiva de los sujetos participantes.

De esta forma la persona del investigador tiene una importancia especial. Los investigadores y sus competencias comunicativas son el instrumento principal de recogida de datos y de cognición (Flick, U., 2004, p. 69).

De este modo, en la perspectiva cualitativa se tiende a analizar los datos en forma inductiva en que la teoría se construye, sobre la base de examinar elementos particulares dándole sentido desde la percepción de los sujetos participantes de la investigación. De ahí, que de acuerdo a los objetivos planteados nos interesa conocer la percepción que tienen las mujeres, madres de niños prematuros, quienes practicaron el MMC. Para ello se tomará en cuenta la experiencia de cada una de las participantes de la investigación, respetando su mirada, pensamientos y emociones sobre su percepción personal de lo que significa tener un hijo recién nacido en una situación de vulnerabilidad como lo es la prematurez. Con el objetivo de dar cuenta de su percepción en torno a la experiencia de vinculación temprana con su bebé. Además de indagar en aquellos elementos que den cuenta del desarrollo del vínculo de apego temprano en las díadas madre-hijo prematuro, las cuales utilizaron el Método Madre Canguro Ambulatorio.

En este contexto, es sabido que los datos obtenidos de este tipo de investigación no son generalizables. Sin embargo, este tipo de estudio permite acercarse a la realidad de los sujetos, accediendo a los significados y sentidos que ellos mismos otorgan a sus experiencias de vida, lo cual permite enriquecer el conocimiento sobre un fenómeno escasamente estudiado en el campo de la psicología.

2. Tipo y diseño de investigación

2.1 Tipo de investigación

El tipo de estudio es de carácter **exploratorio-descriptivo**. El ser *exploratorio* significa que "sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre el contexto particular de la vida real" (Danhke, 1986 en Guerrero, Leiva y Vásquez, 2001, p. 86). También permite "obtener información sobre comportamientos humanos que consideren cruciales los profesionales de determinadas áreas" (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 202).

En este contexto, se pretende investigar desde la Teoría de Apego y el Enfoque de Resiliencia, la incidencia del MMC sobre vínculo de apego madre-hijo. Además indagar en la experiencia subjetiva de las madres en torno a las implicancias de la prematurez de sus hijos. En este sentido, la presente investigación se constituyó en un estudio exploratorio en cuanto se

investigó la aplicación de un método alternativo de tratamiento de prematuros de forma ambulatoria, experiencia clínica sin precedentes en Chile. Por lo tanto, este estudio se configuró en una exploración fructífera sobre la innovadora aplicación del MMC, en tanto intervención en el vínculo de apego temprano en la díada madre-hijo prematuro. Trabajo investigativo que permitió fomentar el conocimiento en torno a un fenómeno escasamente estudiado en Chile, ya que, el MMC Ambulatorio es una experiencia sin precedentes a nivel nacional.

El carácter de esta investigación es **descriptivo**, ya que según Gloria Pérez: òi los datos descriptivos son las propias palabras de las personas, hablados o escritos, y la conducta observableí ö (Pérez, G., 1998, p. 29). En este escenario se pretende describir la realidad compleja desde la mirada de los propios sujetos de estudio.

En consecuencia, el carácter descriptivo de la presente investigación se focalizará en describir y especificar la experiencia subjetiva de las madres, a partir de indagar en sus emociones, percepciones en torno a la prematurez de sus hijos y el uso del MMC. Además se realizará una observación sistemática sobre las conductas desplegadas entre madre e hijo, que en su conjunto permitirán evaluar los patrones vinculares de apego que se entretejieron en las díadas estudiadas.

2.1.1 Temporalidad

Según la dimensión temporal en la cual se encuadra el presente estudio, es posible situarlo dentro de los diseños de investigación longitudinales, este tipo de investigación es utilizada para analizar los cambios a través del tiempo en determinadas variables o relaciones entre éstas. Mediante este tipo de investigaciones longitudinales, es posible recolectar datos a través del tiempo para hacer inferencias con respecto a los cambios, sus determinantes y consecuencias. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

En el presente estudio es posible reconocer dos momentos de recolección de datos durante el período comprendido entre junio del año 2010 hasta el mes de junio del año en curso (2011). El primer período de recolección de datos se enmarcó entre los meses de junio y diciembre del año 2010 (período en que las edades de los bebés fluctuaban entre las primeras semanas de vida hasta los 3 meses de edad corregida, lo cual se refiere a la edad que el bebé prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente, a las 40 semanas).

En esta etapa se aplicaron las entrevistas semi estructuradas y la observación de la interacción madre-bebé prematuro en el contexto la entrevista anteriormente citada. Posteriormente en el período comprendido entre marzo y junio del año en curso se aplicó la escala de observación de indicadores de apego a las díadas madre-hijo prematuro (bebés cuyas edades fluctuaban entre los 3 meses y los 10 meses de edad corregida), durante el contexto del control sano realizado por la neonatóloga del Proyecto Madre-Canguro. Los informaciones recogidas a lo largo de este período se constituirán en importantes aportes para la comprensión y descripción del fenómeno estudiado permitiendo realizar inferencias con respecto a la evolución en el desarrollo del vínculo madre hijo - prematuro.

2.1.2 Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación será de tipo **no experimental**, por cuanto, no se pretende intervenir intencionalmente o manipular las situaciones ni al grupo de sujetos en estudio. Las investigadoras sólo se limitarán a recoger la información que las madres entreguen mediante las entrevistas ya las observaciones de la interacción madre-hijo prematuro, sin intervenir en la realidad estudiada. En este sentido, se observarán y registrarán los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

3. Delimitación del campo de estudio

Los actores sociales con que se trabajará son las madres y sus bebés prematuros hospitalizados en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, quienes participaron en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio.

3.1 Universo

La revisión de datos de la Unidad de Neonatología, arroja que el rango de partos fluctuó entre 8.300 y 9.000 partos/año. La cifra de niños con menos de 35 semanas al nacer corresponde a un 8 a 10%. De ellos el 50% ha requerido hospitalización por presentar un peso menor a 2.250 gramos al nacer y necesidad de estabilización de sus funciones básicas. El número absoluto de egresos de la Unidad Neonatal del Hospital San José por prematuridad varía entre 280 y 320 niños.

En este contexto, el **universo** del presente estudio se constituye por todas las madres y sus hijos recién nacidos vivos menores de 35 semanas de gestación y/o peso menor a 2250 gr., que requirieron hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, y que

participaron en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio durante el año 2010. En consecuencia, el **universo** de estudio de esta investigación está conformado por aproximadamente 50 díadas madre-hijo prematuro, participantes como caso en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio habilitado en la Unidad de Neonatología del Hospital San José.

3.2 Muestra

Las muestras cualitativas según Goetz y Lecompte (1988), se caracterizan por su flexibilidad y adaptabilidad. En estas muestras los sujetos a investigar son elegidos obedeciendo a una selección pragmática y teóricamente informada, buscando alcanzar comparabilidad y traducibilidad más que a la búsqueda de generalizaciones en sus resultados.

Para Raúl Zarzuri (2004), las muestras cualitativas buscan ser representativas a nivel estructural, las cuales serán representativas si cubren todas las posiciones del habla, o perspectivas, que componen a dicho colectivo. De este modo reproducen un orden estructurado por sobre el azar. En este sentido, la condición estructurante es considerarlos en tanto sujetos sociales y no en cuanto individuos. En esta misma línea Mejía postula que la muestra cualitativa es una parte de un colectivo o población elegida mediante criterios de representación socio-estructural, que se somete a investigación científica social con el propósito de obtener resultados válidos para el universo (Mejía, 2002, p. 116).

Junto a esto, otros autores señalan que el muestreo en los estudios cualitativos, exige al investigador que se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría buscada (Ruíz Olebuénaga, 1996, p. 65).

Por lo tanto el muestreo debe garantizar la cantidad (saturación) y la calidad (riqueza) de la información. Según el autor Ruíz Olebuénaga (1996) citado por Raúl Zarzuri (2004), el tamaño de la muestra en estudios cualitativos, en estricto rigor o teóricamente no puede predefinirse con anticipación. Por lo tanto, una muestra es suficientemente grande cuando abarca todas las posiciones del habla que componen a determinado grupo. Además, será un buen tamaño muestral cuando se acceda a un punto de saturación en la información recogida. En este contexto, el tamaño de la muestra se irá perfilando conforme avanza el trabajo de campo, respondiendo a la flexibilidad que caracteriza a los estudios cualitativos.

3.2.1 Características de la muestra

En función de lo anteriormente expuesto, es preciso mencionar que la muestra para la presente investigación será de **tipo intencional**, ya que se seleccionará a los participantes del estudio, debido a que se responderá a un muestreo no probabilístico, ya que los sujetos de la muestra no han sido elegidos aleatoriamente. En este sentido, las investigadoras son quienes seleccionaron a los sujetos que formaron parte de la muestra, limitándose a criterios que permiten retratar el grupo a estudiar. La muestra se seleccionó a través de un muestreo estructural de seis madres con sus respectivos hijos prematuros.

Por un lado se establecieron intencionalmente los siguientes criterios para homogeneizar la muestra:

- El que todas las madres de prematuros hayan utilizado el Método Madre-Canguro Ambulatorio.
- Que los bebés prematuros hayan estado hospitalizados hasta su estabilización médica en la Unidad de Neonatología del Hospital San José durante el año 2010.
- Por otro lado como criterios muestrales que estructuran de forma heterogénea la muestra se establecieron:
 - o La edad de las madres (las cuales fluctúan entre 20 y 35 años).
 - o Estado civil (casadas, madres solteras o en relación de convivencia).
 - o Madres primíparas (primer hijo) o madres multíparas (más de un hijo).

En este contexto la **muestra** utilizada para efectos de la aplicación de la técnica de entrevista semi-estructurada, se configuró de la siguiente manera:

Cinco mujeres madres de bebés prematuros participantes en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio aplicado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José.

Es importante aclarar que en el caso de la utilización de la técnica de observación no participante. Se debe considerar como muestra las díadas madre - hijo prematuro. En este sentido, el análisis del material obtenido mediante la filmación de la interacción entre madre e hijo, durante el contexto de entrevista semi-estructurada, se constituirá en el primer momento registrado de la relación de apego entre la madre y el bebé (cuyas edades fluctúan entre las primeras semanas de vida y los 3 meses de edad corregida). Posteriormente se realizará el seguimiento de estas mismas díadas, las cuales serán nuevamente observadas a través de la

aplicación la Escala Massie - Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en situaciones de Stress (ADS) en el contexto del control pediátrico (realizado a los bebés prematuros participantes en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio). En esta segunda instancia de observación las edades de los bebés fluctuaron entre los 3 meses a 11 meses de edad corregida al momento de la evaluación.

En este contexto la muestra para efectos de la observación de la díada madre-hijo/a prematuro/a, se constituirá por 6 díadas, las cuales son detalladas a continuación:

- Cuatro díadas madre-bebé prematuro participantes en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio aplicado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José.
- Una madre con gemelas prematuras participantes en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio aplicado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José. (En este caso se evaluará la interacción de cada una de las bebés con su madre en forma separada, por lo que cada díada madre-bebé será observadas por separado.)

Es de fundamental importancia mencionar que la muestra en algunos casos se vio intervenida al momento de la aplicación de la técnica de entrevista semi-estructurada, en cuanto se presentó un tercer actor en cuatro de los cinco casos a investigar. Es decir dentro de los sujetos de estudio se agregó la figura del padre del bebé prematuro, como acompañante de la madre al momento de la entrevista.

Por lo tanto surge el padre del bebé como aporte extra no considerado en el diseño muestral previo a la puesta en marcha del trabajo de campo. En síntesis la presencia de un nuevo sujeto en el escenario de estudio abre nuevos elementos de análisis que dado su valor en tanto hallazgo se constituirán en información valiosa y complementaria para el presente trabajo investigativo.

Finalmente, la muestra para esta investigación, se constituyó en:

- Tres parejas de madre y padre, de bebés prematuros participantes en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio aplicado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José.

- Una pareja de padre y madre, de gemelas prematuras participantes en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio aplicado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José.
- Una madre de bebé prematura, participante en el Proyecto Madre Canguro Ambulatorio aplicado en la Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario San José.

4. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las metas de la presente investigación se orientan a la recolección de información que permita comprender e interpretar de forma integral los significados subyacentes expresados por medio del discurso de las madres y/o padres de prematuros. Además de la descripción y análisis de las conductas desplegadas por las díadas madre-hijo, las cuales permitirán dar cuenta del desarrollo de la vinculación apego temprano favorecido por la intervención Método Madre Canguro (MMC). En este mismo sentido se indagará en los factores que influyen en el despliegue de las capacidades parentales de contención, protección y expresión afectiva ante las señales del bebé.

En este contexto los aspectos significativos observados de la conducta de las díadas en articulación con las percepciones y expresiones emocionales de las madres y/o padres, serán interpretadas en forma holística, por lo que se constituirán en un material de gran riqueza investigativa a la luz de la aplicación de las técnicas cualitativas de entrevista semi-estructurada y las observaciones no participantes de la interacción de la díada madre-bebé prematuro.

Por lo tanto estas técnicas de recolección de información contribuirían a poder definir de la forma más fecunda posible el auténtico significado de las narrativas y los sentidos subyacentes a las acciones desplegadas por los sujetos investigados.

En coherencia a lo anteriormente expuesto, se definirán las técnicas cualitativas de recolección de la información que se utilizarán en el presente estudio:

4.1 Entrevista Semi-estructurada

En primera instancia se puede señalar que las entrevistas en profundidad han sido caracterizadas como flexibles, dinámicas, no directivas, abiertas y no estandarizadas. Según Taylor y Bodgan este tipo de entrevista, se define como: "reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de su vida, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras." (Taylor y Bogdan, 1986, p. 69)

En este sentido la entrevista en profundidad posee una auténtica intención de comprender al otro en su propio lenguaje, es decir descubrir el universo subjetivo del entrevistado. En este escenario la labor del investigador radica en generar preguntas abiertas que faciliten la expresión auténtica y profunda del sujeto investigado, evitando que se aleje de los objetivos de la investigación. Además el entrevistador debe mantenerse alerta con respecto a realizar intervenciones que favorezcan la recopilación de información, es decir que proporcionen elementos de análisis lo más fecundos posibles.

Con respecto a los objetivos de la entrevista en profundidad, Pérez Serrano (1994), postula "obtener material de niveles psicológicos suficientemente profundos, para hacer surgir a la superficie actitudes y sentimientos que el entrevistado sería ciertamente incapaz de expresar si se le preguntase de una forma directa." (Pérez Serrano, 1994, p. 42).

A criterio de Raúl Zarzuri (2004), hay que resaltar, que la entrevista en profundidad, solamente debe ser juzgada a la luz de sus resultados finales, es decir por la riqueza heurística recogida de las producciones discursivas obtenidas a partir de esta técnica cualitativa. Por lo tanto, no existirían ambiciones de tipo universalistas, ni búsqueda de generalizaciones en sus resultados investigativos. Dentro de este marco la entrevista se constituiría en un "constructor comunicativo", comprendiendo que el discurso de los sujetos entrevistados, no es pre-existente sino que se construye, a partir de la interrogación del entrevistador conjuntamente con las respuestas del informante.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la presente investigación se utilizará la técnica de entrevista en profundidad en su variante semi-estructurada o semi-directiva. Este tipo de entrevista en profundidad se caracteriza por "que se traigan a la situación de entrevista

preguntas más o menos abiertas en forma de guía de entrevista. Se espera que el entrevistado responda a ellas libremente. (Flick, U., 2004, pp. 106-107).

En este sentido el utilizar este tipo de entrevista permite obtener amplitud, maximizando el rango de elementos informativos y a su vez, lograr acceder a mayor especificidad focalizando con profundidad en la temática de investigación. En consecuencia, para lograr describir la experiencia subjetiva de los entrevistados, las investigadoras deben dentro de lo posible conocer y comprender cómo se construye la estructura de la experiencia, con sus significados y todos los elementos que la constituyen; como las costumbres, los símbolos, el lenguaje, las relaciones, la cultura, etc.

En relación a lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo investigativo se realizó un guión de entrevista, donde se utilizan como directrices los objetivos específicos planteados, en función de los cuales se configuró un listado de temas preseleccionados con sus correspondientes preguntas abiertas, las cuales se ordenarán en el transcurso de la entrevista.

En este contexto las investigadoras buscarán facilitar la expresión libre y natural de las personas entrevistadas, centrando la entrevista en función de los intereses de la investigación, cada vez que el entrevistado se aleje de ellos, por medio de la utilización de preguntas para guiar hacia contenidos más profundos en el momento apropiado para ello.

Para lograr acceder a una mayor fluidez y autenticidad en la interacción se hará necesario establecer un rapport emocional con las madres y/o padres, para facilitar el abordaje en profundidad de su experiencia subjetiva en torno a la prematuridad de su bebé y a las percepciones y sentimientos asociados a la vinculación temprana con su hijo por medio del uso del Método Madre Canguro. Además de abordar en la experiencia de las madres y/o padres en torno al apoyo y contención recibida tanto desde la pareja, la familia, como del equipo de salud que conforma la Unidad de Neonatología entre otros. Es necesario mencionar que las entrevistas semiestructuradas serán filmadas, con el previo consentimiento de los entrevistados. El material audiovisual recopilado por este medio se constituirá en información valiosa para observación de la interacción entre la díada madre-bebé. Además se adjuntarán fotografías, con el objetivo de en tanto documentación de imágenes que dan cuenta de la práctica del MMC, con imágenes de madres y padres, junto a sus bebés prematuros, En consideración al aporte que pueden prestar las imágenes para el proceso investigativo Taylor

y Bogdan sostienen que: "Las fotografías y películas también pueden emplearse para presentar e ilustrar los descubrimientos. Las imágenes pueden tomar el lugar de las palabras o por lo menos transmitir algo que las palabras no pueden transmitir". (Taylor y Bogdan, 1992, p. 148).

En coherencia a lo anteriormente expuesto la entrevista semi-estructurada será complementada con la utilización de la técnica de Observación no participante, la cual se define a continuación:

4.2 Observación no Participante

La técnica cualitativa de recopilación de información denominada Observación se caracteriza por constituirse en "una trayectoria de elaboración de un saber, al servicio de finalidades múltiples que se insertan en un proyecto global del hombre para describir y comprender su entorno y los acontecimientos que allí se desarrollan. La observación se presta también perfectamente al análisis reflexivo sobre la manera en que el hombre implicado en la vida social (agente social) elabora sus saberes." (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, Trognon, 1989, p. 28).

En este sentido, las técnicas de observación son factibles de ser elaboradas en función de las opciones metodológicas de la investigación, las cuales determinan las técnicas de producción de información. Permitiendo de esta forma que puedan ser enmarcadas bajo el alero de distintos sistemas de observación, dentro de los cuales se encuentran los sistemas categoriales que se definen como "sistemas cerrados en los que la observación se realiza siempre desde categorías (término que agrupa a una clase de fenómenos según una regla de correspondencia unívoca) prefijadas por el observador. La identificación del problema se hace desde una teoría o modelo explicativo del fenómeno" (Rodríguez, Gil Flores, García, 1999, p. 154).

Por lo tanto el tipo categorial "es una construcción conceptual en la cual se operativizan las conductas a observar" (Rodríguez, Gil Flores, García, 1999, p. 155)

Según estos autores un sistema de categorías debe contemplar las siguientes condiciones:

- Las categorías deben estar definidas con precisión y claridad.
- Deben ser mutuamente excluyentes.
- Debe tener un carácter exhaustivo.
- Las categorías deben ser homogéneas.

Para alcanzar las metas de la presente investigación se utilizará la metodología de sistemas categoriales de observación en articulación con la técnica de observación no participante la cual se caracteriza por «Esta forma de observación se abstiene de intervenciones en el campo, intentando mantener una distancia de los acontecimientos que se quieren observar para evitar influir en ellos» (Flick, 2002, p. 150).

El objetivo de utilizar esta técnica se centra en acceder a los fenómenos observados sin provocar un cambio en la conducta de los sujetos investigados de forma de no alterar su conducta habitual en un contexto similar. Con la utilización de esta técnica se pretende enmarcar y categorizar los fenómenos observados desde determinadas nociones teóricas. Ahora bien, respecto al rol del observador «Sabemos que el observador se halla siempre implicado en la cuestión que pretende abordar, del público que escoge y de ciertos individuos a los que sigue especialmente» (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, Trognon, 1989, p. 57)

A juicio de estos autores, la técnica de observación implica una intervención mínima del observador, el cual debe mantener distancia con respecto al objeto estudiado para interferir lo menos posible en la situación observada.

Siguiendo estas definiciones, la observación se constituye en la técnica adecuada para la recolección de información pertinente para el presente trabajo investigativo, ya que permite visibilizar los elementos conductuales que son parte indisoluble de la interrelación madre-hijo prematuro, observación que permitirá hacer inferencias sobre los patrones conductuales que irán conformándose en la vinculación de apego entre madre y bebé, a partir de la categorización de los elementos de apego observados a la luz del enfoque de apego.

Para alcanzar el objetivo de conocer el vínculo de apego que se entreteje entre madre y bebé. Se realizarán dos observaciones, la primera de ellas se focalizará sobre el material audiovisual filmado durante la aplicación de la entrevista semi-estructurada. En este material será posible observar la interacción entre el bebé y su madre, identificando posteriormente los elementos de apego presentes en la relación. Teniendo en consideración que la aplicación de la técnica de entrevista no se configura como una situación natural y cotidiana, sino que es situación preparada con fines investigativos. No obstante el valor del material audiovisual para la presente investigación, se traduce en el registro de las conductas parentales ante las señales de apego del bebé, en el contexto una situación que se configura como extraña y por lo tanto, estresante para los sujetos de estudio.

En este contexto, la teoría de apego, permite validar esta práctica investigativa en tanto, las conductas de apego elicitadas por el bebé responderían a la búsqueda de seguridad y contención por parte de la figura de apego en situaciones que les resultan estresantes. Un modo de mantener la neutralidad necesaria para realizar una observación no participante se gesta en visibilizar las conductas de los sujetos investigados sin realizar interferencias en la relación madre-hijo, para ello no se entregaron indicaciones a la madre de cómo actuar frente a su hijo en la situación de entrevista, ya que eso podría alterar su conducta habitual en un contexto similar.

En un segundo momento se utilizará una escala observación categorizada y estandarizada denominada Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en situaciones de Stress (ADS), la cual a juicio de las investigadoras se constituyó en un valioso aporte, en tanto que ñ ha sido la más adecuada para su aplicación, ya que posee los estándares básicos de validez y confiabilidad y ha sido utilizada en diversos estudios de apego temprano tanto en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y alto riesgoí ö (Sotello, et. al, 2007). Este instrumento de observación fue creado por Henry Massie & Kay Campbell en 1978, teniendo como objetivo evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (generalmente los padres), y su bebé entre 0 y 18 meses (preferentemente se utiliza durante el primer año de vida). Esta pauta posee criterios observacionales claros y conductuales que son indicadores fuertes de la calidad del vínculo entre la madre-cuidador y el bebé, siendo estos: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad. (Lecannelier Acevedo, 2007).

La aplicación de dicha escala se realiza durante una situación catalogada como estresante para la madre y el bebé (estrés moderado del bebé). Es de rápida aplicación, sin embargo, puede ser usada en otras situaciones, tales como: la muda, el baño, la alimentación, momentos breves de separación del cuidador que sean significativos, entre otros. (Lecannelier Acevedo, 2007). Esta escala de apego entrega indicadores sobre la calidad del apego (normal o perturbado) para padres y sus bebés durante los primeros 12 meses de vida. Este instrumento al ser aplicado antes de los 3 meses se constituiría en el principal predictor de sincronía entre madre y bebé. En este sentido, dicha escala permitió la observación de la interacción madre-hijo prematuro, visibilizando los conductas desplegadas por la díada desde el Enfoque de Apego. Permitiendo dar cuenta de las conductas de apego manifestadas por el bebé, observando la responsividad, disponibilidad, e interpretación ante las señales del bebé, o sea, dar cuenta del grado de sensibilidad materna.

Es importante mencionar que la Escala de Massie Campbell, no posee validez matemática, en el sentido de que puntajes determinados correspondan a estilos de apego o dificultades en el apego específicas. Por lo tanto, la escala de observación se constituye en una guía para ordenar y sistematizar las categorías de observación, la cuales pueden ser normales o problemáticas (lo que no implica que un puntaje numérico se corresponda a una categoría determinada).

Según Felipe Lecannelier (2007), en general, esta escala ha sido utilizada en los siguientes contextos de aplicación:

- Para organizar y registrar posibles dificultades en el apego, en contextos de observación pediátrica.
- Para organizar y registrar la necesidad de realizar seguimientos preventivos en bebés y madres que evidencien altos niveles de riesgo y rezago relacional.
- Para evaluar la efectividad de intervenciones tempranas destinadas a fomentar la calidad del apego madre-bebé.
- Para enseñar habilidades parentales positivas.
- Para enseñar (herramienta de aprendizaje) habilidades de observación de apego y sus dificultades.

En el contexto del presente estudio se utilizará esta escala de observación de indicadores de apego con el objetivo de conocer el impacto del Método Madre Canguro (MMC), comprendido como intervención temprana en el apego entre el bebé y sus cuidadores.

Las examinadoras (investigadoras) del presente estudio siguieron las siguientes recomendaciones prácticas sugeridas por Felipe Lecannelier al momento de la administración de la prueba:

- Realizar la observación en el contexto del control sano, asegurándose de que haya espacio suficiente para que la madre, el bebé y el examinador puedan estar. En el caso de la presente investigación se realizó la evaluación en el control sano, realizado por la

neonatóloga a cargo del proyecto madre canguro en las dependencias del Hospital San José.

- Asegurarse de tener la pauta de observación y un lápiz de mina, siempre a mano.
- La observación y codificación puede ser realizada por la persona que realiza el examen u observador. En el caso de este estudio la observación la realizaron las investigadoras de forma alternada (tres observaciones cada una) anotando inmediatamente al control sano las conductas observadas en la interacción de la díada.
- No dar indicaciones a la madre de cómo actuar con el bebé durante la situación de control sano, ya que la importancia de la escala es captar el estilo de apego sin interferencias de terceros.
- No se recomienda explicar en detalle a la madre el procedimiento ya que eso puede alterar su conducta habitual con el bebé.

Por otro lado es muy importante mencionar que en el caso particular de la presente investigación, la aplicación de la Escala de Massie-Campbell, implica observar conductas de apego elicitadas por bebés prematuros, por lo que se hizo necesario considerar una adecuación de la edad cronológica del bebé a su edad corregida, debido a la inmadurez propia de un niño prematuro en relación a sus pares de su misma edad cronológica, o sea nacidos de término. Por lo cual se considerará la edad corregida como punto de partida para configurar las conductas normativas de apego, que resultan esperables para el nivel de desarrollo alcanzado por el bebé prematuro en el momento de la evaluación.

Para efectos de la presente investigación la escala se aplicará a los bebés de entre tres meses y doce meses de edad corregida, junto a sus respectivas madres, en el contexto de control sano realizado por la neonatóloga encargada del Proyecto Madre Canguro Ambulatorio en el Hospital San José. Comprendiendo el contexto de control médico, como una situación extraña y estresante para la díada madre-hijo prematuro, que permite la aplicación de dicha escala de observación. Al momento del control médico se encontraron presentes la neonatóloga, díada madre-bebé y la examinadora (observadora).

5. Plan de análisis de la información

En el presente estudio se realizará un análisis de contenido desde una perspectiva cualitativa. El análisis de contenido es parte de los análisis textuales. En este sentido, Díaz y Navarro (1995) plantean que el contenido de un texto no estaría dado por el mismo texto, sino que al desestabilizar la inteligibilidad inmediata de la superficie textual sería posible acceder a los aspectos no directamente intuibles, los cuales son parte del contenido latente del texto analizado, revelando de esta forma su sentido.

Según Genoveva Echeverría (2005) el análisis de contenido desde una perspectiva cualitativa pretende interpretar los significados, suponiendo en ellos un contenido manifiesto y uno latente. Por lo tanto, la labor propia del análisis cualitativo, es generar posibilidades de síntesis e interpretación. En este sentido, el análisis trae consigo una de-construcción de los sentidos contenidos en el texto, develando los contenidos latentes. Mientras que la interpretación supone una re-construcción del sentido que permite transformar lo latente en contenido manifiesto. De ahí que el análisis cualitativo buscaría *o* conocer el significado que está inmerso en la trama tejida por el texto o discurso de los sujetos entrevistados *o* (Echeverría, 2005, p. 5). Para de esta manera acceder a los sentidos que componen el discurso de los sujetos de estudio, lo cual implica que el investigador deba posicionarse desde la perspectiva del entrevistado, acercándose a las informaciones recogidas de forma inductiva. De esta forma se busca ir de lo particular al acceso a niveles de mayor grado de inteligibilidad.

Al extrapolar esta modalidad de análisis de contenido a la información recopilada en la presente investigación, se ha optado por la modalidad denominada análisis cualitativo por Categorías, el cual consiste en *o* el procedimiento de ir distinguiendo, separando y priorizando elementos de los discursos vertidos en entrevistas individuales o grupales; de tal manera de poder reconocer y diferenciar los tópicos y lugares comunes que aparecen en los dichos de los sujetos convocados *o* (Echeverría, 2005, p. 5)

En este contexto, el análisis cualitativo por categorías permitirá develar las coherencias internas de las narrativas particulares de los entrevistados, a partir de las cuales se extraerán las ideas centrales y sentidos comunes expresados por los sujetos. En este sentido, se podrá alcanzar a una comprensión más enriquecedora del material discursivo extraído las

entrevistas, posibilitando acceder tanto a lo manifiesto como a lo latente expresado por los informantes.

En cuanto al procedimiento en el análisis por Categorías, se comienza con la transcripción de las entrevistas. Después se extraerán aquellas citas que aludan a una misma temática y que resulten relevantes en relación al problema a investigar. Luego se agrupan las citas en tópicos, unidades mayores en las cuales existe una idea central. Posteriormente los tópicos se integran dentro de agrupaciones conceptuales mayores denominadas categorías, las cuales poseen un mayor nivel de abstracción e integración. Para finalizar este análisis se construye una integración interpretativa que articula las categorías y tópicos dentro de una red de sentido que posibilita la construcción de esquemas de distinciones que apuntan a responder la pregunta inicial de la investigación.

En coherencia a lo anteriormente expuesto es importante mencionar que el trabajo práctico de análisis por categorías se caracteriza por ser un proceso circular y recursivo que implica que el investigador se mantenga en un ir y venir constante, el cual requiere en todo momento de flexibilidad y apertura que facilite el trabajo con las coherencias internas de los discursos y sus sentidos, sin pretender forzar la información a calzar con el marco de análisis. (Echeverría, 2005).

5.1 Plan de Análisis Escala Massie Campbell

Para efectos del análisis de la información recopilada, a partir de la aplicación de la Escala Massie Campbell (observación de indicadores de apego) a 6 díadas madre-hijo prematuro. Se realizará una codificación por separado de las conductas de la madre en una pauta y las conductas del bebé en otra pauta de observación. El análisis de estos datos se hará de forma separada, pero posteriormente se integrarán para lograr la evaluación del vínculo ente madre y bebé.

En la escala de Massie Campbell, existe una puntuación en cada uno de los indicadores, en los cuales se asignará un puntaje de 1 a 5, lo cual depende de la frecuencia e intensidad del indicador de apego evaluado tanto en la madre como en el bebé.

A partir de las codificaciones trazadas se identificarán las tendencias en estilos de apego entre madre e hijo prematuro. Teniendo en consideración que los puntajes sólo se constituyen como guías de ayuda para observar e identificar estilos de apego en la interacción madre-bebé. Esto implica que no existe el puntaje correcto para evaluar las conductas de apego presentadas por las díadas observadas.

6. Construcción de Listado de Categorías y Tópicos

En relación al presente estudio el material recogido se categorizó en función de los conceptos ejes que articulan la investigación, es decir la experiencia emocional de las madres en torno a la prematurez de su bebé y las implicancias del MMC sobre la vinculación de apego afectivo entre madre e hijo con sus respectivas categorías, en donde se dio paso a la clasificación de los temas centrales que son abordados en la entrevista semi-estructurada y a los principales aspectos visibilizados en la interacción madre-hijo durante la aplicación de esta técnica. En este sentido, se extrajo todo el material relacionado a los objetivos específicos que articulan la presente investigación, procediendo a situar éstos contenidos según las categorías trazadas con sus respectivos tópicos; los cuales se constituyen en un desglose más acabado de cada categoría tratada lo que contribuye a acentuar la especificidad de las materias, obteniendo una información de mayor profundidad y el enriquecimiento del proceso de investigación.

Para operacionalizar el material recogido se construyó un listado de categorías con sus respectivos tópicos que facilitan y orientan la interpretación y descripción de los resultados obtenidos. Cabe señalar que a partir de la existencia de suficientes antecedentes teóricos sobre el problema a investigar, fue posible construir seis categorías de forma predeterminada (a priori), éstas se desprendieron directamente de los objetivos específicos planteados en esta investigación. Sin embargo, dentro de dos categorías fue necesario integrar tópicos emergentes, debido al surgimiento de y complementaria atingente a las categorías de "Capacidad Parental" y el indicador emergente "Amor Parental". Además de surgir en la Categoría "Experiencia MMC", el tópico "Recomendaciones y otras observaciones en torno al MMC".

Sin embargo, emergieron nuevas ideas centrales derivadas de las revisiones de las citas que hicieron necesaria la labor inductiva de recoger las expresiones de los sujetos investigados, en tanto unidades de sentido que se constituyeron en valiosos aportes para lograr la comprensión e interpretación del fenómeno de estudio emergiendo una nueva categoría de análisis. La categoría emergente se denominó: "Recursos Personales".

Un fenómeno importante de registrar fueron las interacciones madre-bebé prematuro en el contexto de entrevista. En este sentido, se elaboró una categoría que abordó estas conductas desplegadas tanto por el bebé como por la madre, operacionalizándose en dos tópicos, uno de

ellos la conducta materna, y el otro, conducta del bebé para posteriormente describir la interacción de la díada en el contexto de entrevista.

En síntesis se establecieron 7 categorías con sus respectivos tópicos. Los cuales son presentados en el siguiente cuadro de resumen:

Categorías	Tópicos
1. Experiencia Emocional en torno a la Prematurez.	1.1 Experiencia emocional previa al nacimiento. 1.2 Experiencia emocional al momento del parto. 1.3 Experiencia emocional durante la hospitalización. 1.4 Experiencia emocional post-hospitalización.
2. Experiencia Método Madre Canguro (MMC).	2.1 Vivencia emocional. 2.2 Percepción contacto piel a piel. 2.3 Recomendaciones y otras observaciones al MMC. (tópico emergente)
3. Capacidades Parentales	3.1 Capacidad de Mentalización o Función Reflexiva. 3.2 Capacidad Empática. 3.3 Amor Parental. (tópico emergente)
4. Interacción Díada Madre-bebé/ Padreô bebé	4.1 Conductas apego-bebé. 4.2 Conductas Parentales ante las señales del bebé y Sensibilidad Materna.
5. Recursos Personales (cat.emergente)	5.1 Fe en Dios y Fortaleza.
6. Percepción de Apoyo	6.1 Pareja 6.2 Familia 6.3 Pares dentro de la Unidad de Neonatología.
7. Experiencia Equipo de Salud	7.1 Contención Emocional, Apoyo y Comunicación. 7.2 Sugerencias

A continuación, se realizará la definición de cada una de las categorías presentadas, con el objetivo de facilitar la comprensión del concepto bajo el cual se clasificarán los tópicos correspondientes.

6.1 Descripción de Categorías

6.1.1 Experiencia emocional Madres y/o Padres en torno a la Prematurez de su hijo.

Dentro de esta categoría se consignarán todas aquellas percepciones y sentimientos relacionados a la vivencia de prematurez del bebé. En este sentido, se considerarán cuatro momentos o etapas diferenciales, configuradas como tópicos, por las que han pasado las madres y padres en torno a la prematurez de su hijo. Estas etapas refieren a las emociones, percepciones y actitudes principales que predominan en cada una de estas etapas. En este contexto se extrajeron todos aquellos elementos de la narración de las madres y/o padres, en los cuales fuese posible dar cuenta de informaciones relativas al **período previo al embarazo**, pasando por **el momento del parto**. Pasando luego por la experiencia emocional de los padres durante el **período de hospitalización y la etapa posterior al alta**.

6.1.2 Experiencia Método Madre Canguro (MMC)

Esta categoría da cuenta de las emociones, y reflexiones de las madres y/o padres en torno al uso del Método madre canguro, comprendida como intervención temprana en el Apego entre el bebé prematuro y sus cuidadores. En este sentido, se indagará tanto en su modalidad intrahospitalaria como en forma ambulatoria. Para efecto de clasificar la información se construyeron tres tópicos denominados **Percepción contacto piel a piel**, **Experiencia emocional en torno al uso del MMC** y **Sugerencias y otras observaciones en torno al MMC**.

6.1.3 Capacidades Parentales

En referencia al objetivo general de esta investigación de conocer el vínculo de apego afectivo en la díada madre-hijo prematuro. Se focalizará la atención en aquellos elementos discursivos y conductuales de la madre y/o padre. En torno a su capacidad para configurarse en una base segura de apego para sus bebé prematuro. En este sentido, aquellos elementos de apego expresados en la narración y en la conducta (durante el contexto de entrevista) en torno a la

prematurez del bebé, que se constituyen en elementos de análisis que permiten visibilizar el grado de compromiso, protección, amor entre otras capacidades maternas indagadas a partir de la construcción de tres tópicos referentes a la competencia de las madres y/o padres para configurarse como figura de apego seguro para el infante.

En este contexto de manera integrativa se elaboró el tópico de **Capacidad Empática**, **Capacidad de Mentalización** y **Amor Parental**, como indicadores que permiten agrupar todas aquellas conductas y expresiones subjetivas que permiten ahondar sobre la capacidad de los padres en torno al cuidado y protección de sus hijos.

6.1.4 Interacción Díadas Madre o Padre ó Bebé

Esta categoría contempla todas aquellas conductas que se constituyen en indicadores de Apego entre la díada madre-bebé/padre-bebé prematuro durante el contexto de entrevista. Para este efecto se registraron todas aquellas conductas (vocalizaciones, llantos, frases de la madre, búsqueda de contacto y protección por parte del bebé, así como entrega de contención, afecto y nivel de responsividad por parte de la madre) en dos tópicos diferenciales, uno de ellos denominado **Conducta Materna ante las señales del bebé** y otro denominado **Conductas de Apego Bebé**. Con la finalidad de dar cuenta del indicadores relacionados a la capacidad de **Sensibilidad Materna**, así como del grado de sincronía expresado por la díada madre-hijo al momento de la observación.

6.1.5 Recursos Personales

Dentro de esta categoría emergente se agruparon todos aquellos elementos discursivos atinentes a las capacidades individuales detectadas en las madre y/o padres, con respecto a la búsqueda de sostén, ya sea por parte de una instancia sobrenatural como la espiritualidad expresada en la fe, como en aquellos fragmentos de discurso en donde los sujetos entrevistados dieron cuenta de su necesidad de encontrar en sí mismos o en sus seres queridos la fuerza necesaria para superar las adversidades frente a la experiencia de prematurez de sus hijos. En este sentido, se elaboró el tópico **Fe en Dios y Fortaleza** para dar cuenta de los esfuerzos de superación y esperanza presentes en el discurso de las madres y/o padres entrevistados.

6.1.6 Percepción de Apoyo

Categoría que se refiere a la manifestación de la ayuda recibida expresada por las madres y/o padres en relación a la experiencia de prematuridad de sus hijos, durante el período de hospitalización, así como en la etapa posterior al alta médica. En este contexto se agrupan de forma diferencial las ayudas recepcionadas desde el entorno. Configurando tres tópicos que dan cuenta de los agentes de ayuda, los cuales los padres reconocieron como apoyo importante para la superación de los difíciles momentos vividos. Dichos tópicos son: **Apoyo pareja, Apoyo familia y Apoyo pares dentro de la Unidad de Neonatología.**

6.1.7 Experiencia con el Equipo de Salud

Esta categoría contempla las percepciones, sentimientos, opiniones y sugerencias de las madres y/o padres en torno a la labor del Equipo de Salud, durante el período de hospitalización de su bebé. Dentro de esta categoría se consideran de relevancia todas aquellas manifestaciones de los entrevistados/as, en las cuales se aborde la temática de la labor del Equipo del equipo técnico-médico de la Unidad de Neonatología, para efecto de lo cual se construyeron tres tópicos, derivados de las narrativas de los informantes: **Contención Emocional, Apoyo, Comunicación y Sugerencias.**

7. Procedimiento de Análisis Escala de observación de indicadores de Apego (Massie Campbell).

El procedimiento de análisis de las observaciones de la interacción madre-hijo prematuro, a partir de la aplicación de la escala de Massie-Campbell a las 6 díadas madre-hijo prematuro, en donde describirá el vínculo de apego, a través de la evaluación de los siguientes 6 elementos de apego (Lecannelier 2007):

1. **Contacto visual:** intercambio de miradas, su intensidad y persistencia.
2. **Vocalización:** sonidos, cantos, balbuceos que se emiten en la interacción para interactuar, jugar o comunicar algo. Por ejemplo, el llanto comunica el stress del bebé.
3. **Tocando:** es el contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, pero que no incluye el tomar en brazos o abrazar, sino solo tocar con fines afectivos o de juego.
(a) Tocando: es la **búsqueda** de contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, para interactuar, jugar, estimular o calmar.

(b) Tocando: es la **evitación** del contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé.

4. **Sosteniendo:** es el **soporte** físico que se produce entre la madre y el bebé, cuando ella lo toma en brazos.

5. **Afecto:** es la **involuntaria** afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé (tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz). En momentos de stress, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.

6. **Proximidad o cercanía:** es el proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé. En momentos de stress, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del infante a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.

Estos 6 elementos del apego, se puntúan en una escala de 1 a 5 puntos:

- **Puntajes de 1 y 2:** en general estos puntajes se refieren a tendencias a evitar el contacto, o a no responder a las señales que la otra parte está entregando.
- **Puntajes de 3 y 4:** en general estos puntajes implican un rango normal de conductas.
- **Puntaje de 5:** en general un puntaje de este tipo implica una tendencia a sobre-reaccionar, y a presentar una actitud intrusiva, exagerada y con un apego extremo hacia el bebé.
- Si el examinador no ha observado algún tipo de conducta, tales como por ejemplo, que la madre abraza al bebé, se pone una cruz en **Comp. no Obs.** (Comportamiento no observado).

El modo de corrección de los puntajes obtenidos en la escala de observación aplicada a las **parejas madre-hijo prematuro**. Permitirá sistematizar y ordenar categorías de observación presentes en la **vinculación madre-bebé prematuro**, que se constituirían en guías para comprender aquellos elementos de apego que se asociarían a una vinculación sana o hacia una vinculación problemática.

Según Felipe Lecannelier (2007), la escala de Massie Campbell, puede entregar dos tipos de información:

7.1 Identificación de indicadores de estilos de apego

Para utilizar este tipo de indicadores se recomienda en primer lugar, trazar una línea que junte todos los puntajes (puntaje en cada elemento de apego evaluado), tanto para la escala del bebé

como la de la madre. Este trazado en la escala de apego, permitirá identificar 3 posibles patrones o estilos de apego:

Apego Seguro: Si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, esto sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego seguro implican una relación en donde madre y bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.

Apego Inseguro Evitante: Si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos en los puntajes 1 y 2, esto sugiere un indicador de apego inseguro evitante (trazado en la parte izquierda de la escala).

Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego inseguro evitante implican una relación en donde madre y bebé evitan, rechazan o no son capaces de responder al contacto visual, físico y las vocalizaciones, siempre o casi siempre. Ambos expresan una tendencia hacia la indiferencia, la apatía, o el enojo, en donde rechazan el estar juntos, y no se buscan en momentos de separación.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de evitación de 1-2 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el lado izquierdo de la escala.

Apego Inseguro Ambivalente: Si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos en el puntaje 5, esto sugiere un indicador de apego inseguro ambivalente (trazado en la parte derecha de la escala).

Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego inseguro ambivalente implican una relación en donde madre y bebé no pueden dejar de establecer contacto visual,

físico y las vocalizaciones, mostrando un aferramiento entre ellos. Ambos expresan una tendencia hacia una relación ansiosa, aferrada, intensa, o una clara dificultad de ambos para manejar las situaciones de stress.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de ambivalencia de 5 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el lado izquierdo de la escala. En este caso, el trazo puede mostrar una tendencia hacia los puntajes 4 y 5, y aún mostrar indicadores de apego ambivalente.

Interacción Disármonica: Puede darse el caso en donde la madre y el bebé muestren trazos en la escala muy diferentes. Por ejemplo, la madre parece mostrar un trazo hacia lo evitante (lado izquierdo de la escala), y el bebé un trazo hacia lo ambivalente (lado derecho de la escala). Esto es un indicador de una relación disfuncional y problemática.

IV PARTE: Resultados de la Investigación

1. Resultados y Análisis

Con el propósito de obtener resultados de mayor profundidad, se realizó una integración de la información obtenida, a partir de las técnicas de entrevista semi estructurada y las observaciones no participantes de la interacción de la díada madre-hijo/a prematuro/a. Por lo tanto, se desglosó la información de modo de dar cuenta del mismo fenómeno analizado, pero desde las distintas perspectivas de los actores involucrados en él. En este sentido, se optó por un análisis completo en función de cada entrevista (con categorías y tópicos). Realizando posteriormente un análisis a nivel global, en donde se integraron todas las experiencias descritas en la presente investigación. Es necesario recordar que en el momento de aplicación de algunas de las entrevistas semi-estructuradas, la muestra se vio intervenida por la presencia del padre. Debido a esta situación, se realizó un análisis para cada caso, dada la heterogeneidad de la muestra (cuatro tríadas madre-padre-hijo prematuro, una díada madre-bebé y madre y padre junto a sus gemelas). De esta forma se posibilita una diferenciación en los resultados y obteniendo una mayor especificidad de éstos.

1.1 Análisis Descriptivo de la Información

Caso I

1.1.1 Experiencia Emocional en torno a la Prematurez de su hijo/a.

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

La madre relata que vivió su embarazo asustada, con el conocimiento de que sus hijas iban a nacer antes de tiempo, ya que su médico tratante le había comunicado esta posibilidad. Sin embargo, manifiesta que a pesar de tener conocimiento sobre esta situación, nunca dimensionó que serían tantos días de hospitalización de sus hijas, ni tampoco imaginó que le afectaría tan intensamente la experiencia.

õÍ viví un embarazoí y eran dos, entre comillas asustada, como que no me pude relajar durante el embarazoí pensaba cómo los iba a tener y quería que estuvieran en buenas manos y siempre preocupada de esoí õ (Madre)

õYo sabíaí que iban a nacer antes. Cuando íbamos al control a la clínica, pasábamos y veíamos la Neo, y yo sabía que iban estar en la Neoí no sé, dos, tres días como algoí como que lo aceptaba en ese momento, pero después cuando viví la situación ahí como que me afecto mucho, mucho, mucho.õ (Madre)

b) Experiencia Emocional al Nacimiento

En relación al momento del parto (cesárea), la madre refiere haber experimentado sentimientos contradictorios de temor y de alegría. Temor e impresión, porque aunque sabía que sus hijas eran pequeñas, pero jamás imaginó, según expresa que nacerían õtan pequeñitasõ. A la vez experimentó alegría por el nacimiento de sus hijas y por haber tenido la oportunidad de ver y tener contacto físico con ellas al momento del parto. Además relata, su impresión y lo duro que le resultó percibir la fragilidad de su gemela más pequeña dentro de la incubadora, situación que le generó los sentimientos de culpa por no haber podido mantener su embarazo por más tiempo, miedo y tristeza al ver tan pequeña y frágil a su hija nacida con menor peso y talla. En esta misma línea relata que experimentó impresión al percibir la apariencia física de su hija más pequeña y gran impacto al verla tan invadida por los recursos médicos para su tratamiento (vías intravenosas, monitores e incubadora). En cuanto a su otra hija, le daba mayor tranquilidad el hecho de que presentara un mayor peso, razón por la cual la percibía como más fuerte. Además la madre relata que el momento de su alta médica le resultó terriblemente difícil y que experimentó una intensa angustia, por el hecho de no llevarse a sus hijas con ella (como lo hacen el común de las madres), ya que ambas bebés quedaron hospitalizadas en la Unidad de Neonatología. En este sentido manifiesta que se sintió muy apoyada por marido y su hijo, quienes la hacían sentir que las bebés estarían bien cuidados en la Unidad. Sin embargo, ella aún sabiendo que iban a estar bien cuidadas, lamentaba y le angustiaba el hecho de que se encontraran separadas de ella.

En cuanto al padre, relata que la experiencia ver a sus hijas en incubadora le resultó una situación fuerte que le generó cierto nivel de miedo. Sin embargo, sostuvo que comprendía que era dentro de todo parte de un proceso normal dentro de su condición de prematuras. Además las investigadoras, dan cuenta que el padre, experimentó impresión al visibilizar la

fragilidad y pequeñez de sus hijas, al comparar con el tamaño y apariencia de su hijo mayor (nacido de término) en su etapa de recién nacido. No obstante, el padre manifiesta que fue una experiencia linda el tener los primeros contactos físicos con sus bebés.

oí En un principio fue muy difícilí llegaron las 33 semanas, se rompió la bolsa y llegué al San José y un poco asustada pero a la vez contenta porque ya iban a nacer. Pero yo sabía que eran chiquititas, pero nunca me imaginé eran tan chiquititas. Entonces, me hicieron la cesárea yí me los mostraron envueltitasí les di un besito y todo.ö (Madre)

oí Fue algo muy duro porque la Emilia era muy chiquitita, ella pesó 1 kilo 350, y era muy flaquita. Y estaba dentro de la incubadora y yo lloré muchoí tuve mucho miedoí y me sentí culpable.ö (Madre)

oMe sentí culpable, dije por qué no pude esperar más, qué falló, trataba de buscar la responsabilidad de que se haya roto la bolsaí por qué es tan prematura. Porque yo decía ya con 33 semanas no son tan chiquititas. Pero la Emilia venía con un poco de menos de crecimiento que la Alejandra, intrauterinoí fue muy triste verla así.ö (Madre)

oCon la Emilia fue más trágico porque era más chiquitita. La Emilia era comoí pura cabecita así, y su cuerpo muy flaquito, como de gomitái transparenteí casií ö (Madre)

oí cuando vi a la Emilia fue como más impactante, por el hecho de verla como tan invadida de tanta cosa, de cableí no sé, que esté con vía, con suero, como una cosa más impresionante. Pero de la Alejandra igual fue, peroí se veía un poquito más fuerte.ö (Madre)

oí cuando me fui primero yo de alta fue terrible. Porque me iba sin mis hijasí Y yo veía arriba a las mamás que les daban luego a sus hijas, me provocaba una angustia muy grandeí Ese díaí mi esposo y mi hijo me ayudaron mucho, mucho, porque me hicieron sentir que iban a estar bien cuidadas acá. Yo sabía que iban a estar bien, pero no estaban conmigoí ö (Madre)

oí eran como flaquitasí uno las toma. No sé nuestro primer hijo pesó arriba de 3 kilos. Entonces, no sé tomar una guagüita de 1 kilo y tantoí era como no sé, tan chiquito, tan

frágil. Y no se los pañales recién nacidos le quedaban gigantes, era súper lindo igual.ö
(Padre)

c) Experiencia Emocional durante la Hospitalización

Tiempo de hospitalización:

Bebé-gemela I: 39 días.

Bebé-gemela II: 15 días.

Es posible inferir del relato de la madre, que el primer período de la hospitalización, en el cual las dos bebés estaban internadas en la Neo, la entrevistada experimentaba intensa angustia ante la separación de sus hijas, debido a que debía irse todos los días a su casa y dejarlas en el hospital. Para ella este período fue vivido con la presencia de sentimientos de intensa tristeza por separarse de ellas, ansiedad de llevárselas pronto a casa y culpa por sentir que había fallado algo que provocó el nacimiento prematuro de sus niñas. Posteriormente es posible identificar que la madre, logra resignificar su experiencia a partir del apoyo de su familia (esposo e hijo), a partir de este cambio de perspectiva, le fue posible vivenciar con esperanza y fe, el período de hospitalización de sus hijas. En este sentido, la entrevistada manifiesta que de ser una vivencia difícil se constituyó en un comienzo, perspectiva que la llevó a abocarse en la labor de trabajar con sus hijas para lograr alimentarlas óptimamente, para así apresurar la subida de peso necesaria para que se fueran de alta. A partir de estos esfuerzos su hija de mayor peso fue dada de alta con la aplicación del MMC, la cual fue llevada a cabo por el padre, mientras la madre se quedaba en el hospital durante todo el día entregando los cuidados a su hija más pequeña, practicando la técnica canguro de forma intrahospitalaria. En este contexto, la madre relata que percibió como maravilloso y sintió una inmensa alegría, al percibir que su hija hospitalizada avanzaba cada vez más, a partir de sus cuidados (práctica de canguro y lactancia materna exclusiva), mientras se sentía apoyada por su marido quien en casa entregaba los cuidados canguro a su otra bebé. En cuanto a la experiencia del padre, es posible dar cuenta que también percibió dos momentos en el proceso de hospitalización de sus hijas. Un primer período estaría constituido por la experiencia de tener hospitalizadas a sus dos hijas, situación que es visibilizada como especialmente difícil dada la condición de salud (muy bajo peso para su edad gestacional) de su hija más pequeña, y a las dificultades presentadas por ambas niñas para alimentarse por sí mismas, ya que ambas se encontraban intervenidas con sondas nasogástricas. De ahí, que el padre percibiera la dificultad del proceso en este primer período en el proceso de hospitalización de sus hijas,

refiriendo darse cuenta de que su esposa estaba viviendo una intensa angustia frente a la situación, especialmente asociada a la mayor vulnerabilidad de su hija más pequeña. Posteriormente el entrevistado percibió un cambio, a partir del momento en que sus hijas comienzan a alimentarse por sí mismas desde el pecho materno, manifestando que, a través de estos avances veía mejor a su esposa debido a la evolución favorable de sus dos bebés.

õí Como él decíaí biení no tienen oxígeno, sólo les falta peso. Y yoí para mí era atroz. Y yo decía, ¿pero cuánto másø yo lo veíaí como lejano.ö (Madre)

õSentíaí mucha angustia, llorabaí muchoí trataba de esconderme pero todo el mundo veía que llorabaí de la Alejandrita que estuvo 15 días, todos los días. De la Emilia estuvo 39 días y sí hubieron muchas, muchas veces. Pero ya al final era como la angustia de llevármela prontoí Pero sin el apoyo de Juan Pablo no hubiese podido, porque él me decía que era algo normal.ö (Madre)

õí sentía como que había fallado porque sentía que todas las mamás vuelven con sus hijos. Entonces, no quería que nadie me viera sin guata en la calle y que me preguntara ¿oh, ya tuviste tu guagüita?¿ no quería eso. Quería salir de la casa y que me preguntaran cuando estuviera con ellasí no decirle están en la Neo.ö (Madre)

õí Entonces era más difícil, y ahí sentí puchaí ¿mis hijas van a estar bien, me voy pero mañana regreso y tengo que regresar bien para ellas y tengo que estar bien para mi hijo¿

í traté de calmarme y al otro día muy temprano me vine a cuidarlas. Y ahí andaba entre una y la otra, una y la otraí después trabajar con la Emilia. Y la Kinesióloga me ayudó mucho mucho, porque ella le hizo todo el proceso deí para que ella succionaraí único queí quería era que comiera bien, que se alimentaraí cuando ya vi que ellas tomaban bien, me sentía feliz. En el lactario también me ayudaban mucho. Ya después la experiencia de ser traumante y difícil pasó a ser uní comienzo.ö (Madre)

õDespuésí me sentía contenta porque estaba con ella todo el tiempo. Y después llegaba a ver a la Alejandra (estaba en la casa), entonces me sentía contenta. Le entregaba todos los cuidados a la Emilia, iba de dejarle lechecita sólo para ella, hacíamos canguro, era muy maravillosoí (Ambos se emocionan hasta las lágrimas ante el balbuceo de Emilia, quién

dirige la mirada hacia a su madre) ¿Cierto, Emilia? (mira a Emilia en brazos de su padre).ö (Madre)

õí Una vez que empezaron a mamar ya era como yaí de aquí para adelante era más fácil, porque decía, que le den solamente relleno o solamente mamadera o por sonda iba a ser como más difícil que subieran de peso. Entonces si iba ser así de forma natural, que mamara por ellas, por sí mismas era como no sé, que ya las cosas estaban mejor.ö (Padre)

õí la Ceci mientras pasaban los díasí se veía mejor, o sea, se sentía ella queí las niñas estaban bien, que iban a salir pronto, y que estaban creciendo, que estaban subiendo de peso, que todo estaba saliendo bien.ö (Padre)

õí con la Emilia fue como más lento porque había tenido mucho menos peso... lo único que queríamos que la dieran de alta luego, pero por el bienestar de ellaí teníamos que esperar que todo se diera de a pocoí .ö(Padre)

d) Experiencia Emocional Post Hospitalización

En relación a este tema la entrevistada refiere experimentar actualmente una inmensa felicidad, orgullo y gratitud, al ver a sus hijas desarrollándose de manera óptima en todo nivel. Realiza una mirada retrospectiva de la experiencia vivida durante la estadía de sus bebés en la Unidad de Neonatología, manifestando un profundo agradecimiento por el apoyo y contención recibida por parte del equipo de salud. A partir de lo anteriormente expuesto, refiere haber experimentado un cambio de perspectiva en el proceso de recuperación de sus hijas, manifestando que la experiencia pasó de ser traumática a configurarse como un comienzo. En este sentido, dice sentirse intensamente feliz y orgullosa de todos sus hijos. Visibilizando la experiencia pasada como un lindo recuerdo de una situación que la ayudó a ser más fuerte y a comprender que se puede salir adelante a partir de la fe y la constancia.

õí Orgullosos nos sentimos de ellas, a parte que son tan chiquititas, ahora son conversadoras, juguetonas, buenas para comer. Creo que nunca voy aí voy a poder olvidar lo que nosotros vivimos acá.ö (Madre)

õí todo el mundo (en la Neo) las conocía, las cuidaba, yo digo queí el hospital y cada profesional que nos ayudóí nos contuvo, nos cuidó a las niñas. Súper agradecidos, súper

agradecidos. Yo creo queí nunca, vamos a poder pagarí lo que hicieron en la Neo por nosotros. Por eso yo decía como que, de algo tan traumante pasó a ser algo comoí que ahí nos entregaron comoí la mayor felicidad que podemos tener en estos momento que son nuestras hijas, con en conjunto con nuestro hijo.ö (Madre)

õí las cosas tienen que pasar para ser más fuerte. Como un lindo recuerdoí por eso al principio fue traumante, pero después un lindo recuerdoí porque yo puedo decirle a cualquier mamá ñse puede, se puede salir adelante, hay que tener fe, hay que ser constante con la leche, que eso ayuda mucho a los bebés yí y que oigan todos los consejos que le dan las personas de la Neoœ ö (Madre)

1.1.2 Experiencia MMC

a) Vivencia Emocional

Con respecto a la experiencia con el uso del MMC, la madre refiere haber experimentado un gran emoción y sensación de confianza y seguridad al momento de que el personal de salud estimule a las madres a contactarse con sus bebés, a través de la transmisión de confianza percibida al recibir apoyo, estímulo, contención e información de parte del personal de la unidad. Específicamente con respecto a la experiencia con el MMC, que cambió su perspectiva motivándola a sentirse partícipe en el cuidado y evolución de sus hijas. La entrevistada destaca además el apoyo recibido de parte de su marido, quien entregaba los cuidados canguro en casa, a su hija que ya había sido dada de alta. En este sentido plantea que el aporte del MMC, se configuraría como una instancia de apoyo para el bebé fuera de los alcances profesionales.

õí fue muy emocionanteí uno piensa que una incubadora puede limitar los lazos. Pero esto del apego, y del canguro de que esto le diga a la persona õtómalaö, la confianza que a uno le entregan, que ñmúdelaø ñómele la temperaturaø que la doctora le diga ñy, esta niña va súper bien, queda pocoø que a una la van alentando, la misma ayuda de la psicóloga, la matrona, todo el mundo hace las cosas para que una se sienta bien.ö (Madre)

õí Ya después era como, venirme prontoí para hacerle canguro a la Emilia porque yo sabía que a la Alejandra quedaba en súper buenas manos. Porque el bienestar que le

entregaba mi esposo en el canguro, era algo fuera de los alcances profesionales se puede decir.ö (Madre)

b) Percepción contacto piel a piel

Las investigadoras, evidenciaron que la madre vivenció el contacto piel a piel con sus hijas de distinta forma, ya que manifiesta haber experimentado con su hija más pequeña, mayor tiempo de contacto piel a piel, por que su marido se encargó preferentemente de entregarle los cuidados canguro a su hija de mayor peso en el hogar. Con respecto a la primera vez que practicó la técnica canguro, fue la primera vez que tuvo contacto físico estrecho con ambas de sus hijas. En este sentido, relata primeramente la experiencia con su hija más pequeña, frente a la cual experimentó una intensa angustia al percibir en ella señales de dolor y verla tan frágil y pequeña. En este caso experimentó que al hacer canguro con su bebé, esta se apegaba a ella y al sentir su contacto la madre relata que comenzó a sentir una gran satisfacción al percibir que su hija a pesar de su fragilidad y pequeñez, le transmitía una gran fortaleza que le ayudaría a salir adelante en su proceso de recuperación. Además manifiesta su impresión al percibir que el contacto piel a piel con sus hijas la ayudó a relajarse y alejarse de la tristeza, permitiendo así que le bajara la leche, experiencia que le generó felicidad y esperanza.

En cuanto al padre, relata que a partir de esta experiencia sintió que era capaz de entregar todo a su hija. En este sentido, relata que la experiencia piel a piel con su bebé resultó ser muy emocionante y gratificante para él. Además relata el proceso de evolución de su hija durante el período canguro, refiriendo que la bebé después de un tiempo comenzó a incomodarse en la posición canguro, situación que el padre atribuye a que su hija ya estaba más grande y le quedaba estrecho el espacio. En cuanto a la experiencia paterna con respecto al contacto piel a piel con sus bebés, es posible dar cuenta que el entrevistado vivenció la experiencia con asombro y satisfacción al sentir a su hija como si estuviese dentro de la guatita.

óí fue el primer contacto. Y me dice "omeá" cuando me la pusieron acá en canguro, yo ahí sentí que la Emilia me decía "mamá, estoy bien, yo puedo, yo soy chiquitita pero grande" no sé, como fuerteí. Yí yo estaba preocupaba porque no me salía mucha leche... Entonces, recuerdo que cuando me pusieron acá a la Emilia, yo ya había hecho canguro con la Alejandraí yo estaba toda mojada eraí pura leche, y fue el contactoí lo que me ayudó

mucho, me relajé cómo explicarlo. Y ahí la Emilia empezó y me buscaba así. Y yo no lo podía creer, tan chiquitita yo estaba tan feliz.ö (Madre)

õí ella (matrona). Y yo no lo podía creer, pero cómo si está sin ropa, y me dio la confianza y me ayudó a sacarla porque como estaban dentro de la incubadora, yo decía cómo, está desabrigada y me dice ~~no~~, si vamos a tenerla contacto piel a piel. Y ahí me la puso en canguro y yo no lo podía creer y ahí se me quitó ese llanto, ese dolor aquí, ese temblor en mi cuerpo, se me quitó.ö (Madre)

õCuando hice canguro con la Emilia no quería moverme, la sentía tan chiquitita. Pero la Emilia fue como que al tiro se apegó a mí (1 kilo 200 gramos). Súper chiquitita Diferente a lo que sentí con la Alejandra porque sentí que la Emilia, al verla tan indefensa, tan chiquitita ahí, dentro de la incubadora la Alejandra estaba más grandecita y que ya estaba bien. Pero yo decía a la Emilia le duele era su cara triste. Se movía como con dolor eso era lo que a mí me angustiaba era horrible lo que yo sentía ö (Madre)

õí recuerdo que cuando me pusieron acá a la Emilia, yo ya había hecho canguro con la Alejandra estaba toda esta parte mojada pura leche, y fue el contacto lo que me ayudó mucho, me relajé, no sé cómo explicarlo. Y ahí la Emilia me buscaba Y yo no lo podía creer, tan chiquitita yo estaba tan feliz ö (Madre)

õí un día que la Ceci tenía que irse para acá a la Neo, y ella me la dejó puesta como canguro. Yí como especial porque, sentir supuestamente a la Ale que estaba adentro de la guatita era como medio raro. Sentía que se movía, que me pegaba sus pataditas, era como bien bueno ella estaba tan cómoda, calentita, solamente con su pañal adentro, y estaba como bien cómoda, dormía mucho a ella le gustaba más el canguro. Ella siempre prefirió, no sé, le gustaba más el canguro dormía conmigo en la noche en canguro.ö (Padre)

õí Ahí en esos momentos (cuando hacía canguro con Alejandra) era como especial porque era como sentirla tanto y como que uno le puede entregar todo. O sea ponérsela aquí encima se sienten bien fue emocionante.ö (Padre) (Ambos se emocionan hasta las lágrimas mirándose mutuamente.)

õCon la Alejandraí hice canguroí como dos a tres semanasí ya después empezó a estar como más incómoda. Como que parece que le molestaba el calorí ya cuando estaba más grandeí como que el espacio era más reducido para ella yo creo.õ (Padre)

c) Recomendaciones y otras observaciones al MMC

La entrevistada, considera el MMC, como una alternativa de tratamiento para bebés prematuros totalmente recomendable, ya que a su criterio se constituye en una instancia en la cual se adquiere confianza en la capacidad de los padres para entregar cuidados a sus bebés. En este sentido refiere que el Método Canguro permitiría entregar un mayor bienestar a los niños prematuros en cuanto, éstos serían capaces de percibir la tranquilidad de sus padres, alcanzada a través de la confianza adquirida por medio del uso del MMC. En este contexto, la madre manifiesta su interés de transmitir a los padres de prematuros, que es posible salir adelante, a través de la constancia y la fe. En esta misma línea, plantea la importancia de que padres y madres de bebés hospitalizados, estén abiertos a recibir consejos del personal de salud especializado, como un apoyo para avanzar en el proceso de recuperación de sus hijos prematuros. Además plantea el gran valor de que los padres, sean capaces de vencer sus aprehensiones apoyados por el equipo de salud, para de esta forma fomentar el vínculo temprano con sus hijos, más allá de los obstáculos y limitaciones percibidas por los padres, al enfrentarse con incubadoras que físicamente los separan de sus hijos. En este sentido la madre entrevistada manifiesta que con la experiencia MMC, es posible gestar lazos aún mayores con sus bebés prematuros, más allá de que sea el padre o la madre quien entregue estos cuidados, ya que según su percepción personal los lazos cultivados entre sus hijas y ellos como padres, son de igual calidad e intensidad. Finalmente plantea su gratitud para todos aquellos que la apoyaron en el proceso de vincularse tempranamente con sus hijas, ya que a su criterio, el contacto piel a piel con sus bebés, le permitió comprender el valor del contacto temprano en la potenciación de lazos afectivos con sus hijas experimentando una sensación de tranquilidad y bienestar.

õí Para uno como madreí la confianza que se adquiere en el canguroí Así uno tiene más confianza, le entrega mayor bienestar para sus hijos, y esa la tranquilidad que uno tiene ellos la perciben. Si, es muy bueno, muy bueno, ojalá que eso siempre existiera.õ (Madre)

õí yo puedo decirle a cualquier mamá ÷se puede, se puede salir adelante, hay que tener fe, hay que ser constante con la leche, que eso ayuda mucho a los bebés yí y que oigan todos los consejos que le dan las personas de la Neoñ õ (Madre)

oí Porque una incubadora, quizás los papás piensaní -no, no voy a meter la mano, no lo voy a molestar, no lo voy a tocar para no molestarlo.ø Pero yo sentía que mi hija se sentía feliz al estar en canguro, al tocarla. Entoncesí que los papás no piensen que la incubadora a uno lo limita porque lo lazos pueden ser aún mayores, aun mayores. Porque que el papá haga canguro, es comoí obviamente los lazosí en este casoí se puede decir que nosotros tenemos los mismos lazosí ö (Madre)

oSí cien por ciento (en referencia si recomendarían el uso del Método Madre Canguro). Tanto intrahospitalarioí como fuera del hospital. A parte que el estímulo que los bebés reciben es mucho mejor que la incubadora, no se... A parte que para uno como padreí la confianza que se adquiere en el canguroí Así uno tiene más confianza, le entrega mayor bienestar para sus hijos, y esa la tranquilidad que uno tiene ellos la perciben. Si, es muy bueno, muy bueno, ojalá que eso siempre existiera.ö (Madre)

oMuchas graciasí porqueí nosotros quizá hubiésemos estado acá con nuestros hijos, mirándolos desde fuera de la incubadora, porque uno piensa para no molestarlo, para no incomodarí pero se gana mucho más tocándolo, haciéndole canguroí pero uno esas cosas no las sabe. Entonces, gracias a ustedes por darnos la oportunidad de seguir atando lazos con nuestras hijasí porque no por ser prematuro y que ya salga de la guatita ya se acabo eso, sino que uno genera, al tenernos como canguro, genera, quizá, yo creo que la misma sensación, de bienestar y tranquilidad.ö (Madre)

1.1.3 Capacidades Parentales

a) Capacidad de Mentalización

Las investigadoras evidencian en la narración de la entrevistada, indicadores de la capacidad de mentalización, los cuales se visibilizan en las citas en donde la madre y el padre atribuyen estados mentales, creencias, deseos e intenciones a sus hijas. Además es posible dar cuenta en la narración materna, de elementos reflexivos, que denotan elaboraciones sobre la experiencia emocional vivida en torno a la prematurez de sus bebés, que le permitieron cambiar la perspectiva desde experimentar una situación de hospitalización de sus hijas como un acontecimiento traumático, para posteriormente resignificar su vivencia otorgándole un sentido de comienzo al proceso de recuperación de sus niñas.

oí cuando me la pusieron acá en canguro, yo ahí sentí que la Emilia me decía "mamá, estoy bien, yo puedo, yo soy chiquitita pero grande, no sé, como fuerte. Y ahí me dejó tranquila." (Madre)

oí Porque una incubadora, quizás los papás piensan "no, no voy a meter la mano, no lo voy a molestar, no lo voy a tocar para no molestarlo." Pero yo sentía que mi hija se sentía feliz al estar en canguro, al tocarla. Entonces que los papás no piensen que la incubadora a uno lo limita porque los lazos pueden ser aún mayores, aun mayores. Porque que el papá haga canguro, es como obviamente los lazos en este caso se puede decir que nosotros tenemos los mismos lazos. Yo me doy cuenta de eso porque las niñas presienten a su papá sobre todo la Alejandra porque ella estuvo en canguro con él. Y fue algo que nos hizo tener confianza y saber que no se perdió tiempo, sino que se ganó. Se ganó tiempo, se ganó experiencia, se ganó cariño, amor, afecto, bienestar." (Madre)

oí vamos a salir pronto de acá, eso, esa fue la perspectiva. Falta poquito tiempo. Ellas saben que soy su mamá y ellas están bien. Eso sentía así como "esto se puede." (Madre)

oí yo me di cuenta que estaba siendo un poco egoísta porque el Pablito que vivió el proceso súper difícil, porque si yo la estaba pasando mal con una hija en la Neo, él estaba sin su mamá, sin su papá, y sin sus hermanas. Entonces era más difícil, y ahí sentí pucha "mis hijas van a estar bien, me voy pero mañana regreso y tengo que regresar bien para ellas y tengo que estar bien para mi hijo." (Madre)

o Después me sentía contenta porque estaba con ella todo el tiempo. Y después llegaba a ver a la Alejandra (estaba en la casa), entonces me sentía contenta. Le entregaba todos los cuidados a la Emilia, iba de dejarle lechecita sólo para ella, hacíamos canguro, era muy maravilloso. (Ambos se emocionan hasta las lágrimas ante el balbuceo de Emilia, quién dirige la mirada hacia a su madre) o; "Cierto, Emilia?" (Mira a Emilia en brazos de su padre)." (Madre)

oí un día que la Ceci tenía que irse para acá a la Neo, y ella me la dejó puesta como canguro. Y como especial porque, sentir supuestamente a la Ale que estaba adentro de la guatita era como medio raro. Sentía que se movía, que me pegaba sus pataditas, era como bien bueno ella estaba tan cómoda, calentita, solamente con su pañal adentro, y estaba como bien cómoda, dormía mucho a ella le gustaba más el canguro. Ella siempre

prefirió, no sé, le gustaba más el canguroí dormía conmigo en la noche en canguro.ö (Padre)

õí Para uno como madreí la confianza que se adquiere en el canguroí Así uno tiene más confianza, le entrega mayor bienestar para sus hijos, y esa la tranquilidad que uno tiene ellos la perciben. Si, es muy bueno, muy bueno, ojalá que eso siempre existiera.ö (Madre)

õí yo puedo decirle a cualquier mamá ñse puede, se puede salir adelante, hay que tener fe, hay que ser constante con la leche, que eso ayuda mucho a los bebés yí y que oigan todos los consejos que le dan las personas de la Neoñ ö (Madre)

õí Porque una incubadora, quizás los papás piensaní ñno, no voy a meter la mano, no lo voy a molestar, no lo voy a tocar para no molestarlo.ø Pero yo sentía que mi hija se sentía feliz al estar en canguro, al tocarla. Entoncesí que los papás no piensen que la incubadora a uno lo limita porque los lazos pueden ser aún mayores, aun mayores. Porque que el papá haga canguro, es comoí obviamente los lazosí en este casoí se puede decir que nosotros tenemos los mismos lazosí ö (Madre)

õSí cien por ciento (en referencia si recomendarían el uso del Método Madre Canguro). Tanto intrahospitalarioí como fuera del hospital. A parte que el estímulo que los bebés reciben es mucho mejor que la incubadora, no se... A parte que para uno como padreí la confianza que se adquiere en el canguroí Así uno tiene más confianza, le entrega mayor bienestar para sus hijos, y esa la tranquilidad que uno tiene ellos la perciben. Si, es muy bueno, muy bueno, ojalá que eso siempre existiera.ö (Madre)

õMuchas graciasí porqueí nosotros quizá hubiésemos estado acá con nuestros hijos, mirándolos desde fuera de la incubadora, porque uno piensa para no molestarlo, para no incomodarí pero se gana mucho más tocándolo, haciéndole canguroí pero uno esas cosas no las sabe. Entonces, gracias a ustedes por darnos la oportunidad de seguir atando lazos con nuestras hijasí porque no por ser prematuro y que ya salga de la guatita ya se acabo eso, sino que uno genera, al tenernos como canguro, genera, quizá, yo creo que la misma sensación, de bienestar y tranquilidad.ö (Madre)

b) Capacidad Empática

Las investigadoras dieron cuenta de que tanto en la madre como en el padre, existe la capacidad de percibir las vivencias internas de sus bebés, a través de la empatía hacia las necesidades percibidas en sus hijas. En este sentido, tanto en el discurso materno como paterno está presente la sensación de que sus hijas son capaces de percibir el amor, la protección y la fortaleza que ellos como padres intentan entregarles. Además es importante mencionar que la madre manifiesta haber percibido en su hija más pequeña el dolor que esta experimentaba al estar tan intervenida con vías, sondas y monitores, cuando estaba dentro de la incubadora. En este sentido, la madre refiere haber experimentado intensa angustia al imaginar el dolor de su hija frente a los tratamientos que fue sometida en el primer período de su hospitalización. En cuanto al padre, fue posible visibilizar su capacidad empática, a través de su gran preocupación por los avances de sus hijas y el aporte y apoyo entregado al hacer canguro con una de sus hijas, dejando de lado su trabajo y estudios en pro del bienestar de su familia. Además es posible dar cuenta que el entrevistado, se encontraba muy compenetrado con la experiencia emocional de su esposa, lo cual se manifiesta en su preocupación constante por el proceso emocional experimentado por su pareja, es así como fue sensible de percibir el cambio anímico de su mujer al momento de que ella cambió la perspectiva frente el proceso de recuperación de sus hijas.

õí fui dándome cuenta que hay mamás que sufren, que sus hijos están más mal, que a las mías les falta peso no más.ö (Madre)

õí decía õtengo que estar bien, tengo que darle fuerza a mi hija, ella está sintiendo esto, y tengo que estar bien, estar bien.ö (Madre)

õí yo me di cuenta que estaba siendo un poco egoísta porque el Pablito que vivió el proceso súper difícil, porque si yo la estaba pasando mal con una hija en la Neo, el estaba sin su mamá, sin su papá, y sin sus hermanas. Entonces era más difícil, y ahí sentí puchaí mis hijas van a estar bien, me voy pero mañana regreso y tengo que regresar bien para ellas y tengo que estar bien para mi hijoö (Madre)

õí la Ceci mientras pasaban los díasí se veía mejor, o sea, se sentía ella queí las niñas estaban bien, que iban a salir pronto, y que estaban creciendo, que estaban subiendo de peso, que todo estaba saliendo bien.ö (Padre)

c) Amor parental

La presencia de afectividad positiva dirigida por los padres a su hija, fue posible de ser evidenciada, a través de expresiones de la madre referidas a la visibilización del valor otorgado a los lazos afectivos, como instancia fundamental para el desarrollo óptimo de sus hijas. En este sentido la entrevistada manifiesta percibir que sus hijas estaban felices al momento de contarse piel a piel, y que eran capaces de percibir la presencia tanto de ella como con su marido. Significando el contacto temprano como una instancia que le sirvió para enriquecer los afectivos con sus hijas, a partir de ganar tiempo para cultivar según sus propias palabras òcariño, amor, afecto y bienestarö. Percibiendo a sus hijas y a su hijo como su mayor felicidad y orgullo. En cuanto al padre, fue posible visibilizar el gran compromiso afectivo con sus hijas a partir de la manifestación una gran sensibilidad frente a los avances y retrocesos en el proceso de recuperación de sus bebés. Su entrega claramente se vio materializada en el postergar sus labores productivas, para dedicarse en forma completa a realizar los cuidados canguro ambulatorios a su hija de mayor peso. En este sentido, el padre manifiesta sentir la profunda emoción de percibir que era capaz de entregarles òtodoö a sus hijas.

õí Porque una incubadora, quizás los papás piensaní ñno, no voy a meter la mano, no lo voy a molestar, no lo voy a tocar para no molestarlo.ø Pero yo sentía que mi hija se sentía feliz al estar en canguro, al tocarla. Entoncesí que los papás no piensen que la incubadora a uno lo limita porque lo lazos pueden ser aún mayores...Porque que el papá haga canguroí en este casoí se puede decir que nosotros tenemos los mismos lazosí Yo me doy cuenta de eso porque las niñas presienten a su papáí sobre todo la Alejandra porque ella estuvo en canguro con él. Y fue algo que nos hizoí tener confianza y saber queí no se perdió tiempo, sino que se ganó. Se ganó tiempo, se gano experiencia, se ganó cariño, amor, afecto, bienestar.ö (Madre)

õí Por eso yo decía como que, de algo tan traumante pasó a ser algo comoí queí nos entregaron comoí la mayor felicidad que podemos tener en estos momento que son nuestras hijasí en conjunto con nuestro hijo.ö (Madre)

õí Ahí en esos momentos (cuando hacía canguro con Alejandra) era como especial porque era comoí sentirla tanto y como que uno le puede entregar todo. O sea ponérsela aquí

encima se sienten biení fue emocionante.ö (Padre) (Ambos se emocionan hasta las lágrimas mirándose mutuamente)

1.1.4 Recursos Personales

a) Fe y Fortaleza

La madre refiere haber experimentado como una bendición la recuperación de sus hijas. En este sentido valora como fundamental la fe en Dios y el apoyo recibido por parte de su familia (marido e hijo). Además de visibilizar en el apoyo y contención recibido por parte de equipo de salud, como un aspecto importante que la ayudó a fortalecerse para emprender el desafío de entregar lo mejor a sus hijas, desde la resignificación del proceso de recuperación de sus bebés como un comienzo. En mismo sentido sostiene que la ayudó el hecho de mirar a su alrededor y ver a las demás madres de la Neo, enfrentando problemáticas de mayor gravedad en la salud de sus hijos. Refiriendo que estas madres, más allá del pronóstico de sus bebés luchaban y tenían fe en su recuperación. Esto la movilizó a comprender que debía entregarles esa misma fuerza a sus hijas. En este contexto, la entrevistada manifiesta que a partir de lo *ötterribleö* y *ödifícilö* que le resultaba la condición de prematuridad de sus hijas, posteriormente fue capaz de percibir como un comienzo la recuperación de sus bebés, en las cuales a su vez percibía que eran *öchiquititas pero grandesö* para enfrentar las dificultades. De ahí que expresa una gran gratitud y felicidad de sentir que esta experiencia más allá del sufrimiento vivido le sirvió para fortalecerse y unirse aún más a su familia en quienes encontraba una palabra de aliento y consuelo.

öí conocí otras experiencias de mamás que decían ñno, mi hijo tiene problemas al corazón, pero está bien va a salir adelanteø ñno mi hijo tiene malformaciónø ñno mi hijóí ø Entonces yo decía, lo mío es una taza de leche con lo que están pasando las otras mamás, y son fuertes, yo tengo que entregarle esa fuerza a mi hija.ö (Madre)

öí cuando me la pusieron acá en canguro, yo ahí sentí que la Emilia me decía ñmamá, estoy bien, yo puedo, yo soy chiquitita pero grandeø no sé, como fuerte. Y ahí me dejó tranquila.ö (Madre)

öí yo quería decir como ñésta es mi hija ¿qué puedo hacer por ella?ø Pero trataba de hablar y lloraba... Entonces, tratabaí y decía ñtengo que estar bien, tengo que darle fuerza a mi hija, ella está sintiendo esto, y tengo que estar bien, estar bienøö (Madre)

oír tener un hijo prematuro es muy difícil muy terrible. Pero es la forma en que uno lo sobrelleva nos unió, nos unió a todos. Hasta el Pablito (7 años) hizo canguro también y eso a él le encantó, se sintió partícipeí lo encontraba maravilloso, fueí una gran bendición.ö (Madre) (Ambos se emocionan nuevamente hasta las lágrimas.)

oír vamos a salir pronto de acá, eso, esa fue la perspectiva. Falta poquito tiempo. Ellas saben que soy su mamá y ellas están bien. Eso sentía así comoí esto se puede.ö (Madre)

oír Agradecida, muy agradecida de Diosí y de todas las personas que nos ayudaron acá (refiriéndose a la Neo).ö (Madre)

oír tener un hijo prematuro es muy difícil muy terrible. Pero es la forma en que uno lo sobrelleva nos unió, nos unió a todos.ö (Madre)

oír Por eso yo decía como que, de algo tan traumante pasó a ser algo comoí queí nos entregaron comoí la mayor felicidad que podemos tener en estos momento que son nuestras hijasí en conjunto con nuestro hijo.ö (Madre)

1.1.5 Redes de Apoyo

a) Apoyo Pareja

Con respecto al apoyo recibido de parte de la pareja, la madre refiere haber experimentado que la experiencia de hospitalización de sus hijas, se constituyó en una instancia en la cual percibe su familia se unió a su pareja. En este sentido relata que el apoyo recibido de parte de su esposo, le significó una gran ayuda para superar todo el difícil proceso de recuperación de sus bebés, ya que sin él cree que no hubiese podido superar lo vivido. En este contexto manifiesta que para ella su esposo fue muy valiente y que con su ayuda la tranquilizaba transmitiéndole seguridad y confianza.

oí para mí Juan Pablo fue muy valiente y me ayudó muchoí porque me venía tranquila. Porque o si no, cómo me hubiese venido dejando a una de mis hijas allá y la otra acá (en la Neo)í entonces, como que ya, nos dividimos y nos resultó muy bien.ö (Madre)

oí sin el apoyo de Juan Pablo no hubiese podido, porque él me decía que era algo normal.ö (Madre)

oí Ya después era como, venirme prontoí para hacerle canguro a la Emilia porque yo sabía que a la Alejandra quedaba en súper buenas manos. Porque el bienestar que le entregaba mi esposo en el canguro, era algoí fuera de los alcances profesionales se puede decir.ö (Madre)

oí tener un hijo prematuro es muy difícilí muy terrible. Pero es la forma en que uno lo sobrelleva nos unió, nos unió a todos.ö (Madre)

b) Apoyo Familia

En relación a esta temática la madre refiere haber percibido un gran apoyo y presencia por parte de su esposo y su hijo en el proceso de recuperación de sus hijas. En este sentido relata que para ella resultaba muy difícil y angustiante el separarse de sus hijas al dejarlas en el hospital, situación en la cual se sintió muy contenida por su familia (esposo e hijo), ya que a su criterio ellos la hicieron comprender que en la unidad de neonatología estarían bien cuidadas y que todo saldría bien. En relación a este tópico el padre refiere que el período de hospitalización de sus hijas fue muy difícil, ya que debieron trastocar todas sus actividades

normales y dejar acompañar a su hijo de 7 años. En este contexto, plantea que debieron organizarse de tal forma de poder entregar los cuidados adecuados a sus gemelas y por otro lado dejar en buenas manos a su hijo mayor. Es así como en esta difícil situación recibieron el apoyo de su familia cercana, es decir recurrieron a la ayuda de sus padres para cuidar a su hijo, mientras ellos se dedicaban de lleno a sacar adelante a sus bebés.

•Apoyó de ambas familias a nuestros papás y hermanos muy presentes y en las evoluciones de las niñas, en el cuidado de nuestro hijo a sí, muy presentes. Pero el apoyo de mi esposo fue fundamental, de mi hijo y esposo. Porque yo no quería hablar con nadie... Yo sentía como que había fallado porque sentía que todas las mamás vuelven con sus hijos... Bueno, cuando me fui primero yo de alta fue terrible. Porque me iba sin mis hijas me provocaba una angustia muy grande. Ese día mi esposo y mi hijo me ayudaron mucho, mucho, porque me hicieron sentir que iban a estar bien cuidadas acá. Yo sabía que iban a estar bien, pero no estaban conmigo. • (Madre)

• En ese entonces necesitábamos mucha ayuda los dos porque era difícil porque teníamos otro hijo también, teníamos. Llegábamos tarde a la casa porque la idea era estar mucho más tiempo igual con las niñas porque necesitaban mucho más cuidado, porque él ya estaba mucho más grande, independiente, estaba en la casa de nuestros papás bien cuidado también. Así que fue como fuerte, pero yo creo que tuvimos que cambiar así porque teníamos que hacerlo. O sea, yo creo que la Alejandra tenía que irse para la casa y tenía que quedarse con uno de los dos yo creo, que era lo más adecuado... Entonces yo tomé la decisión de pedir permiso... para trabajar desde mi casa y estudiar también... fue como bien complicado, estábamos pendientes de todo, de muchas cosas, o sea, de nuestro hijo, de las dos niñas, de mi trabajo, de todo. • (Padre)

c) Apoyo Pares dentro de la Unidad de Neonatología

En relación a esta temática la entrevistada refiere haber formado lazos de amistad y apoyo con otras madres que se encontraban experimentando la difícil situación de hospitalización de sus hijos. En este sentido manifiesta que el percibir las distintas realidades de las demás madres, le permitió salir adelante y fortalecerse siguiendo el ejemplo de estas mujeres, que más allá del pronóstico de sus hijos eran capaces de tener fe en su recuperación.

oí el apoyo de otras mamás que estaban en la Neo, que cuando me veían llorar me apoyaban mucho, íbamos a almorzar juntas, íbamos al lactario. Nos dábamos ese tiempo de iramos al lactario, a relajarnos, a tomar un jugo a entrar. Porque estábamos todo el día con nuestros hijos.ö (Madre)

oí conocí otras experiencias de mamás que decían no, mi hijo tiene problemas al corazón, pero está bien va a salir adelante. no mi hijo tiene malformación. no mi hijo. Entonces yo decía, lo mío es una taza de leche con lo que están pasando las otras mamás, y son fuertes, yo tengo que entregarle esa fuerza a mi hija.ö (Madre)

oí Después la experiencia de ser traumante y difícil pasó a ser un comienzo.ö (Madre)

1.1.6 Experiencia con el Equipo de Salud

a) Apoyo, Contención Emocional y Comunicación

Con respecto a esta temática la madre refiere sentirse profundamente agradecida del apoyo recibido por parte del Equipo de salud, destacando la labor de contención emocional de parte de la psicóloga del Chile Crece Contigo de la Neo y de las psicólogas del Equipo Canguro. Además agradece el apoyo y conocimiento recibido de parte de técnicos, matronas, kinesiólogas y médicos. Frente a este panorama general, refiere haberse sentido fortalecida por medio de la confianza que le transmitía el equipo de salud, percibiéndolo como intermediario para facilitar la vinculación con sus hijas.

oí el apoyo de los médicos, de los técnicos, las matronas. Había una señorita que siempre me ayudaba con la Emilia, cuando yo recién la conocí, que fue muy fuerte para mí, ella me contuvo, entonces me ayudó mucho me dio mucha confianza. ö (Madre)

oí fue muy emocionante. uno piensa que una incubadora puede limitar los lazos. Pero esto del apego, y del canguro de que esto le diga a la persona no mala. la confianza que a uno le entregan. que le diga ay, esta niña va súper bien, queda poco. que a una la van alentando, la misma ayuda de la psicóloga, la matrona, todo el mundo hace las cosas para que una se sienta bien.ö (Madre)

oí la kinesióloga me ayudó muchoí mucho, porque ella le hizo todo el proceso deí para que ella (Emilia) succionaráí único queí quería era que comiera bien, que se alimentaráí cuando ya vi que ellas tomaban bien, me sentía feliz. En el lactario también me ayudaban mucho. Ya después la experiencia de ser traumante y difícil pasó a ser uní comienzo.ö (Madre)

oí todo el mundo las conocía (en la Neo), las cuidaba, yo digo queí el hospital y cada profesional que nos ayudóí nos contuvo, nos cuidó a las niñas. Súper agradecidosí . Yo creo queí nunca, vamos a poder pagarí lo que hicieron en la Neo por nosotrosí ö (Madre)

o Muchas graciasí porqueí nosotros quizá hubiésemos estado acá con nuestros hijos, mirándolos desde fuera de la incubadora, porque uno piensa para no molestarlo, para no incomodarí pero se gana mucho más tocándolo, haciéndole canguroí pero uno esas cosas no las sabe. Entonces, gracias a ustedes por darnos la oportunidad de seguir atando lazos con nuestras hijasí porque no por ser prematuro y que ya salga de la guatita ya se acabo eso, sino que uno genera, al tenernos como canguro, genera, quizá, yo creo que la misma sensación, de bienestar y tranquilidad.ö (Madre)

oí Los profesionales, todas las personas que me ayudaron salir adelante. Porque yo iba a los talleres que hacía la kinesióloga, la matronaí y yoí con toda mi experiencia lloraba al tiroí Entonces, fue aprendiendo muchas cosas y ahí fui dándome cuenta que hay mamás que sufren, que sus hijos están más mal, que a las mías les falta peso no más.ö (Madre)

b) Sugerencias

Sin referencias en este tópico.

Caso I

1.1.7 Observación Interacción díada Madre-Bebé GI

Madre: Edad: 28 años Multípara

Bebé GI: Fecha de Nacimiento: 13/05/10 Semanas de Gestación: 33

Fecha 40 semanas: 01/07/11

Edad Cronológica en la entrevista: 3 meses + 3 semanas.

Edad Corregida en la entrevista: 2 meses.

a) Descripción Interacción díada Madre ó Bebé GI (Ver anexos)

b) Interpretación Interacción díada Madre ó Bebé GI

En esta díada se puede dar cuenta de la existencia de contacto físico, de caricias, palmaditas, abrazos, etc. Los cuales son bien recibidos por la bebé. Mientras que en el plano del contacto visual, se puede observar que existe un cierto patrón que se encuentra en pleno desarrollo en la díada, ya que cuando la bebé la mira, la madre es capaz, a pesar de estar pendiente de la entrevistadora y la otra gemela, de responder a las miradas de la bebé. Como también con respecto a las vocalizaciones, las cuales a pesar de no ser constantes, las existentes son certeras y efectivas.

Se logra apreciar por tanto un alto grado de sensibilidad materna en esta díada, en donde la madre responde, detecta, y por ende interpreta, regulando adecuadamente y de forma oportuna las señales de la bebé. Uno de los hechos importante a mencionar de esta díada, que se produjo durante la entrevista, fue que mientras la madre se refería a la bebé, la bebé esta (que se encontraba en brazos de su padre) mirando a su madre, comienza a balbucear y a sonreír. A lo que la madre reacciona emocionada y respondiéndole ösíí síí ö. Situación la cual puede vislumbrar, junto con las ya anteriormente expuestas, un alto nivel de sincronía, demostrado además con el hecho de que la madre fue capaz con tan sólo escuchar el llanto de su hija de entender las señales de la bebé, que en ese caso fue el de ser alimentada.

También se puede observar la comunicación de tipo expresiva, afectiva en esta díada, en donde constantemente se observa el contacto visual y vocalizaciones. Importante es tener en cuenta la experiencia de hospitalización de esta díada, ya que la bebé por motivos de salud

necesitó estar hospitalizada por más de un mes, viéndose así esta madre en la necesidad de quedarse todos los días junto a ella, mientras que a la otra gemela la cuidaba su padre.

1.1.8 Escala Massie Campbell ó Indicadores de Apego

Díada Madre ó Bebé GI

Bebé: GI

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 10 meses + 3 semanas.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses.

a) Identificación según los indicadores el estilo de apego:

La díada presentaría según los indicadores y/o elementos que evalúa la escala Massie Campbell, como un estilo de **Apego Seguro**, en donde la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión. Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.

1.1.9 Interpretación Escala Massie Campbell ó Observación

Caso I: Díada Madre ó Bebé GI

En esta díada durante la observación, en donde la bebé tenía 3 meses y 3 semanas de edad cronológica, se observó una alta sincronización. Por tanto un alto nivel de sensibilidad materna, en donde la bebé estaba muy sintonizada con su madre, la miraba constantemente, estaba atenta a su voz, inclusive cuando esta (la madre) se refería a ella, la bebé balbuceaba y sonreía. Por lo que se da cuenta de un patrón de regulación mutuo ya, a esa edad de la bebé, muy fuerte.

Esta madre, y en particular esta díada (madre ó bebé GI) desde el nacimiento de la bebé, y por su prematuridad extrema, en donde a los ojos de su madre era mucho más vulnerable que su hermana, provocó especialmente en la madre una necesidad de mayor cuidado, y por ende de mayor tiempo en dedicación a todos sus cuidados. Lo cual gestó en esta díada una conexión muy fuerte desde los primeros días de vida esta.

Esta bebé, por necesidades médicas, estuvo hospitalizada por muchas semanas, no así su hermana la cual logró irse de alta médica varias semanas antes. Motivo que llevó a la madre a tener que dejar al completo cuidado de la GII a su padre, y así ella poder dedicarse completamente a la GI. Creando así una relación en donde la madre, a pesar de sus miedos y tristezas por la situación de su bebé, era capaz de reconocer de forma oportuna y tranquila las necesidades de su hija.

Es así como se puede dar cuenta de que un apego temprano es de vital importancia para un apego de tipo seguro, lo cual da cuenta la escala de Massie Campbell que se le realizó a esa díada cuando la bebé tenía 9 meses de edad cronológica, en donde se dio cuenta de un estilo de apego seguro, donde la madre demostraba un alto nivel de sensibilidad materna, logrando regular de forma efectiva y segura las señales de estrés de su bebé.

Caso I

1.1.10 Observación Interacción díada Madre - Bebé GII

Gemela II (GII): Fecha de Nacimiento: 13/05/10 Semanas de Gestación: 33
Fecha 40 semanas: 01/07/11
Edad Cronológica en la entrevista: 3 meses + 3 semanas.

a) Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé GII (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción Díada Madre ó Bebé GII

En esta interacción, se logra observar principalmente elementos de contacto físico, como caricias, palmaditas, etc. Y vocalización, en donde la madre la calma y contiene cuando la bebé está inquieta.

Se observa aquí, como también con la otra gemela, el alto grado de sensibilidad materna que posee la madre con esta díada, ya que con tan solo escuchar llorar a su hija, esta logra comprender y entender las señales comunicativas de estrés del bebé, que en el caso de esta díada era la alimentación. Dando cuenta por tanto de una sincronía efectiva, pero que a diferencia de la díada con la otra gemela (GI), se observa en un menor grado las expresiones faciales y contacto visual.

Caso I

1.1.11 Escala Massie Campbell ó Indicadores de Apego

Díada Madre ó Bebé GII

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 10 meses + 3 semanas.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses.

Identificación según los indicadores el estilo de apego:

La díada presentaría según los indicadores y/o elementos que evalúa la escala Massie Campbell, como un estilo de **Apego Seguro**, en donde la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.

Caso I

1.1.12 Integración Escala Massie Campbell ó Observación

Díada Madre ó Bebé GII

En esta díada, al observar las conductas durante la entrevista a la madre, realizada cuando la bebé tenía 3 meses y 3 semanas de edad cronológica, se puede dar cuenta de un buen nivel y capacidad de sensibilidad materna. Lo cual al compararlo con la aplicación de la escala de Massie Campbell, en donde la bebé tiene 10 meses y 3 semanas de edad cronológica, se ve la importancia del apego temprano en el establecimiento de un patrón de apego seguro. Ya que por motivos que se manifestaron anteriormente, la madre no logro estar plenamente durante semanas con la bebé fuera del ambiente hospitalario, por lo que fue su padre quien apoyo y siguió fomentando un vínculo de apego, a partir de los cuidados canguro para la G II. El cual sin duda se encuentra por un buen camino, ya que el estilo que da cuenta según la escala, es de un apego seguro, lo que demuestra la fortaleza de esta madre para tener las suficientes habilidades parentales para poder contener, a pesar de la situación en que se encontraba, a la bebé.

Caso I

1.1.13 Observación Interacción díada Padre ó Bebé GI

Padre: Edad: 30

a) Descripción Observación Interacción Padre ó Bebé GI (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción Díada Padre - Bebé GI

En esta díada, se observa en menor grado vocalización de parte de la bebé y contacto visual, en donde el padre alterna con miradas largas y la bebé en ocasiones las evitaba y en otras las responde, fue posible observar que la bebé buscaba constantemente la mirada y de la voz de la madre que se encontraba junto a ella, amamantando a su hermana. El padre en reiteradas ocasiones intenta hacer contacto visual con la bebé, pero esta quita la mirada constantemente. Así también como no deja que el padre le acaricie la mano después de un largo rato de intentos por parte del padre.

Si se observa un contacto físico adecuado y contenedor por parte del padre, sin embargo la bebé se muestra inquieta, moviendo sus brazos, piernas, cabeza, se queja y llora intensamente.

El padre, a medida que avanza la entrevista, y a medida que ve, que sus esfuerzos constantes de poder calmar y tranquilizar a la bebé no dan resultado, comienza a demostrar un estado afectivo ansioso, en donde intenta por todos los medios (moviendo, hablando, cambiando de posición en reiteradas ocasiones a la bebé) comprender las señales de su bebé y así poder regular el estrés de su hija. Situación que finalmente logra controlar, observándose sincronía a partir de los balbuceos y miradas que la bebé, en lapsos de tiempo donde su padre, regula su estrés, dan cuenta de la capacidad paterna de sensibilizarse con las señales de su bebé, más allá de la inquietud, que a la bebé le provoca estar separada momentáneamente de su madre, con quién es necesario recordar que se ha constituido en la cuidadora principal de su GI, por lo cual resulte predecible que la bebé busque contacto con su figura preferencial de apego.

Caso I

1.1.14 Observación Interacción díada Padre ó Bebé GII

a) Descripción Observación Interacción Padre ó GII (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción díada Padre-Bebé GII

Esta díada padre-bebé (GII) se pueden observar los tres elementos fundamentales para el apego. Se observa contacto físico, caricias, abrazos, besos, etc. Contacto el cual el padre maneja oportunamente cuando la bebé se pone inquieta, logrando que esta (la bebé) se calme, reacción que manifiesta el padre al segundo en que la bebé expresa quejas, se mueve, o lloriquea.

El contacto visual que se observa, no es frecuente ni constante, pero si efectivo y por pequeños lapsos de tiempo, así como también las vocalizaciones. Por lo que se observa mayor contacto físico en esta díada, en comparación con otros elementos. El estado afectivo en que reacciona el padre ante las señales de su bebé es calmado y muy cariñoso, sin ansiedad ni angustia.

Importante, es mencionar que al momento en que la bebé comienza a llorar intensamente, el padre de forma casi innata le pasa la bebé a la madre, la que a su vez le pasa a la otra gemela, para que (la madre) pueda darle pecho.

En este sentido se puede dar cuenta que el padre con esta bebé tendría un alto nivel de sensibilidad paterna, por lo que sería capaz de detectar y entender las señales de la bebé y a su vez poder regularlas desde un estado afectivo calmo y tranquilo.

1.1.15 Análisis Interpretativo

Caso I

El período de embarazo gemelar de la madre, se caracterizó por la presencia de sentimientos de temor por parte de la madre, ya que el obstetra tratante comunicó a los futuros padres, que sus hijas nacerían posiblemente antes de tiempo, debido a un crecimiento discordante entre las bebés. Por lo tanto la madre vivenció la etapa final de su embarazo con ansiedad y temores. En este caso es posible evidenciar en el relato de la madre, que en la etapa previa al embarazo, más allá de sus temores se encontraba confiada, incluso había visitado la unidad de neonatología, ya que tenía presupuestado que sus hijas serían hospitalizadas ahí, luego de la cesárea programada por el médico tratante. Sin embargo, el parto se vio inesperadamente apresurado por la ruptura de membranas, lo que se tradujo en el nacimiento prematuro de sus hijas a las 33 semanas de gestación, en donde las bebés presentaron discordancias importantes de talla y peso al momento de nacer.

En referencia al momento del parto la madre, refiere que se encontraba acompañada por su marido, y que inmediatamente después de que nacieron sus hijas, pudo establecer contacto físico con ellas por leves instantes (bondig), instancia que la llevó a experimentar una profunda alegría por el nacimiento de sus hijas. La madre manifiesta su impresión al ver por primera vez a sus hijas, expresando que *õyo sabía que eran chiquititas, pero nunca me imaginé eran tan chiquititasõ*, impresionándole especialmente la apariencia de su hija de menor peso (GI), ya que la visibilizó como extremadamente frágil e indefensa, mientras su otra gemela, la percibió más fuerte. En cuanto a las expectativas de esta madre, es posible visibilizar que aún teniendo conocimiento de la probabilidad de nacimiento prematuro de sus hijas, sus õrepresentaciones maternasõ (Stern), previas al parto, dan cuenta de la imagen de sus õbebés imaginadosõ (Ammaniti, 1991) como de mayor peso y de apariencia más cercana a los bebés de término. En este sentido es posible inferir el impacto que generó en ella el percibir a sus õbebés realesõ, en el caso de su gemela de menor tamaño (GI) expresó *õCon la Emilia fue más trágico porque era más chiquititaí era comoí pura cabecita así, y su cuerpo muy flaquito, como de gomitaí transparente.õ*, visibilizado a su hija como extremadamente vulnerable, indefensa, y pequeña y en comparación su otra bebé, la posiblemente se ajustó más a sus expectativas previas al parto, percibiéndola según expresa *õí igual fue (impactante), peroí se veía un poquito más fuerte.õ*, en referencia al levemente mayor peso y talla de su otra bebé (G II). En este sentido, es posible dar cuenta que

las expectativas de esta madre, presentaban contenidos relacionados, con tener bebés saludables, con un tamaño percibido como adecuado, a pesar de su prematurez ya que en estas representaciones, se encuentra el anhelo de completo bienestar y salud para sus hijas. Frente este contexto, es posible visibilizar que las relaciones de apego madre-bebé, se encontrarían influenciadas por las fantasías, las creencias, los deseos maternos elaborados en torno a su bebé en gestación. Por lo tanto, las representaciones subjetivas maternas durante el período de embarazo, se constituirían en elementos fundantes en el futuro desarrollo vincular con su bebé. Por lo tanto es posible asociar los aportes de Cyrulnik, quien propone que "todo bebé es imaginado antes de ser concebido." De tal forma que la propia historia de las madres y padres, influiría ya desde antes de nacer en el feto. Con respecto a las capacidades presentes en los bebés en gestación diversos autores han planteado la presencia de "Vida in útero", en donde los bebés, se mueven coordinadamente dentro del vientre materno. Además de poseer una extrema sensibilidad frente a las reacciones afectivas y físicas de la madre. En este contexto, las investigadoras plantean la posibilidad de que las bebés investigadas, durante su proceso de gestación, se vieron afectadas por las experiencias de temor y angustia materna frente a su embarazo de riesgo obstétrico, debido al crecimiento discordante de sus bebés. Lo cual se constituiría en el escenario emocional que sus hijas experimentaron durante la gestación. Estas evidencias son posibles de articular con los aportes de Pollak (2008), autora que plantea que, ya durante el embarazo y a partir de los 4 o 5 meses ya empieza a desarrollarse el apego, a partir de un estilo mutuo de relacionarse entre el bebé y sus padres. En este sentido es posible inferir que el temor y angustia experimentado por las bebés "in útero", se constituirían en la antesala de la relación de apego con su madre y su padre.

Posteriormente al parto, las bebés fueron ingresadas a la unidad de neonatología para aplicarles el tratamiento convencional para prematuros, en incubadoras. Con respecto a la primera vez que la madre vio a sus hijas en incubadora, manifestó que les resultó muy duro percibir la fragilidad e indefensión, de su gemela de menor tamaño (GI), al verla invadida por vías, monitores y con gestos en su rostro que la madre percibió como manifestaciones de dolor, ante esta situación la madre expresó sentir culpa por no haber mantenido el embarazo por más tiempo, miedo y tristeza ante la fragilidad e indefensión de sus hija más pequeña. En cuanto a su otra hija, le daba mayor tranquilidad el hecho de que presentara un mayor peso, razón por la cual la veía como "más fuerte". Además las investigadoras, dan cuenta que el padre, experimentó impresión al visibilizar la fragilidad y pequeñez de sus hijas, al enfrentarse a la transición entre el "bebé imaginado" hacia el "bebé real", lo cual resultó ser un paso abrupto, que lo llevó a comparar a su hijas prematuras con el tamaño y peso de su

hijo nacido de término, esto respondería al quiebre de sus expectativas al percibir la vulnerabilidad de sus bebés.

El padre, relata que la experiencia ver a sus hijas en incubadora le resultó una situación fuerte que le generó cierto nivel de miedo. Sin embargo, sostuvo que comprendía que era dentro de todo parte de un proceso normal dentro de su condición de prematuras. Un importante aspecto que se desprende de la situación de hospitalización de las bebés, fue la separación de sus padre. La separación afectiva (Bowlby, Ainsworth) implica la ruptura del vínculo entre madre/padre e hijo, en el caso de la hospitalización, esta separación es momentánea, pero no por ello, inocua desarrollo del vínculo de apego entre el bebé y sus padres. Según Bowlby (1954), resulta esencial para la salud mental que el bebé tenga una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentren alegría y satisfacción.

En el caso contrario, la separación de los padres por un tiempo variable durante el período sensible y crítico (Schore, 2001) del bebé, por la hospitalización. El período sensible del bebé es comprendido por Schore, como un período, en el cual los estímulos se constituirían en fundamentales para el desarrollo del bebé, en donde los factores biológicos de maduración acelerada del SNC (sistema nervioso central) y la experiencia se articulan indisolublemente, dando cuenta que el ambiente experimentado por el bebé, actuaría como un gatillador de selección neuronal y conexiones que mejor calcen con las necesidades ambientales. En base a estos hallazgos el autor sostiene que el cerebro, más que constituirse en un órgano meramente biológico, es mejor comprendido si se le considera en su dimensión bio-psico-social. En donde el ambiente cobra relevancia como modulador de los procesos de adaptación del cerebro en el período sensible del bebé. En este contexto, las relaciones afectivas continuas en el tiempo y coherentes con un número limitado de cuidadores, se configuran en un contexto de apego.

En el caso investigado es posible dar cuenta que la separación física de la madre con respecto a sus bebés prematuras, genera intensa angustia, culpa, tristeza, llanto constante, ansiedad de tenerlas luego en casa junto a ella, expresiones afectivas que claramente evidencian que esta madre se encuentra profundamente conectada emocionalmente con sus hijas, expresando que nunca dimensionó que serían tantos días de hospitalización de sus hijas, ni tampoco imaginó que le afectaría tan intensamente la separación de ella. Por lo tanto la hospitalización, en este caso se constituye, en un obstáculo en el establecimiento de las relaciones de apego entre las bebés y su madre.

En cuanto a la experiencia del padre, es posible dar cuenta que vivenció dos momentos en el proceso de hospitalización de sus hijas. Un primer período estaría constituido por la experiencia de tener hospitalizadas a sus dos hijas, situación, la cual visibilizada como especialmente fuerte y difícil dada la condición de salud (muy bajo peso para su edad gestacional) de su hija más pequeña, y a las dificultades presentadas por ambas niñas para alimentarse por sí mismas, ya que ambas se encontraban intervenidas con sondas nasogástricas. En este primer período en el proceso de hospitalización de sus hijas, manifiesta percibir en su esposa una intensa angustia frente a la situación vivida, especialmente referida a la mayor vulnerabilidad de su hija más pequeña.

Es así como, en el presente caso tanto la madre como el padre de las bebés, manifestaron haber experimentado las intervenciones convencionales propias del tratamiento para la prematuridad de sus hijas, como un obstáculo para establecer contacto físico con ellas, en las primeras veces que vieron a sus hijas dentro de la incubadora, las percibieron tan frágiles e indefensas, que temían dañarlas, con el más leve contacto físico.

Según la neonatóloga Mónica Morgues (2010), encargada del Proyecto Madre Canguro en la Unidad de neonatología del Hospital San José, los niños prematuros, tratados con la terapia convencional con el uso exclusivo de incubadoras para regulación de su temperatura, se constituiría en prácticamente en un bebé secuestrado en las incubadoras, impidiéndose el contacto piel a piel temprano con sus padres. Otro factor que se traduce en un obstáculo en el apego durante la hospitalización para ser atendido por el personal de salud en constante rotación de salud en constante rotación. Frente a estos obstáculos el bebé, puede presentar un estrés frente a las excesivas estimulaciones ambientales, derivadas de la luz intensa, los constantes ruidos de los monitores, la constante manipulación del personal de salud y las intervenciones dolorosas a las que regularmente son sometidos durante el proceso de hospitalización. Sus ciclos de sueños son interrumpidos por aprox. Cada 20 minutos 400 procedimientos dolorosos en promedio en 24 semanas de hospitalización según los datos de la Fundación Madre Canguro (2006). En estas situaciones de estrés constante los bebés prematuros, con un sistema nervioso muy inmaduro, corren el riesgo de presentar graves secuelas neurosensoriales, producto del estrés temprano, en donde la segregación de cortisol, causa efectos muy nocivos sobre su sistema nervioso inmaduro. Es así, como ha comprobado empíricamente que la presencia y los cuidados maternos se constituyen en un factor protector y predictor de un mejor desarrollo biopsicosocial en el bebé recién nacido y más aún bebé recién nacido prematuramente. Entonces Damasio dirá que el cerebro es más que un órgano

meramente biológico, es mejor comprendido si se lo considera como un órgano BIO-PSICO-SOCIALö (Damasio y cols. en Lecannelier, 2006). Cuando el bebé prematuro es sobreestimulado por el estrés ambiental se desorganiza y llora, elicitando conductas de apego. En consecuencia, la presencia de la madre y/o padre, se constituyen en un regulador del estrés experimentado por el bebé, incluso se ha demostrado científicamente que el contacto prolongado y estable con la madre, ayudaría a modular las sensaciones de dolor en el cerebro del bebé, ante un procedimiento médico, como exámenes, vías intravenosas, etc. Ya que la contención y seguridad que le otorga otorga su cuidador/a principal, lo ayuda a mantenerse organizado y regulado por la contención y seguridad, que le entrega las conductas parentales en respuesta a las conductas de apego del bebé, lo que posteriormente permite al bebé retomar su tranquilidad y confort. El contacto físico y emocional entre la madre y su bebé recién nacido antes y después de un procedimiento los ayuda a retomar el estado de alerta tranquilo necesario para su crecimiento y desarrollo. Según Nathalie Charpak (2007), el MMC, tiene como espíritu vector la òHumanización de la atención Neonatal, en este sentido el método madre canguro, promovería una lucha por cambiar las prácticas convencionales de separación madre y/o padre-bebé prematuro durante la hospitalización, basándose en evidencias científicas que avalan las repercusiones de la separación temprana en la salud mental del bebé. Además la promoción de la lactancia materna como nutrición óptima para el recién nacido y por sobre todo en casos de prematuridad. Estas iniciativas de humanizar la atención en las unidades de neonatología, se articulan a otras instancias "humanizadoras" como òel hospital amigoö, en donde las reglas de manejo de recién nacidos hospitalizados, buscan la restricción al mínimo de tratamientos agresivos, mínimo contacto entre los niños enfermos y el equipo de salud y máximo contacto con las madres, reduciendo al mínimo el número de análisis y exámenes físicos. Concepciones erradas, han planteado 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, y en el prematuro con mayor razón, la inmadurez hace percibirlo de manera más intensa y difusa (Dinerstein, González, Brundi, 2000). Por lo tanto el recién nacido de término y más aún el bebé prematuro, dada su inmadurez integral, presenta dolor y experiencias emocionales, sin encontrar contención y protección en sus momentos de estrés, como el dolor, en contexto convencional de hospitalización, sin la presencia de los cuidadores principales. Por lo tanto, la òHumanización de los cuidados neonatalesö, implica que el bebé, se no se vea expuesto a la separación maternal y /o paternal, durante el período de hospitalización y se reduzcan al mínimos los procedimientos dolorosos y manipulaciones excesivas durante su tratamiento intrahospitalario. En referencia a la

experiencia de los recién nacidos hospitalizados, Nathalie Charpak, sostiene que según evidencias científicas, los bebés se verían expuestos durante el proceso de hospitalización a 400 procedimientos dolorosos en promedio en 24 semanas, además de ser sometidos a luz intensa y sonidos de monitores constantes, que sólo les permiten dormir 19 minutos seguidos en promedio. En este contexto es posible dimensionar el impacto en el período sensible o crítico en el desarrollo del bebé, y el caso de los niños prematuros sus consecuencias sobre un sistema nervioso aún muy inmaduro. (Fundación Canguro, 2006). Por lo tanto, cuán dificultoso resultaría el establecimiento de un apego temprano de óptima calidad, es decir aquel que permita al recién nacido comenzar, a identificar regularidades, que le permitan ir construyendo patrones de conducta estables, generándole expectativas coherentes sobre la responsabilidad y la accesibilidad de sus figuras de apego e sus momentos de estrés. En el ambiente intrahospitalario, el bebé se ve expuesto a una sobre-estimulación de estresantes que desencadenan la segregación de cortisol (hormona asociada al estrés), que generaría daño al ser constantemente segregada sobre un sistema nervioso extremadamente inmaduro y sensible, dejando secuelas neurosensoriales y emocionales importantes en el niño. En consecuencia, lo óptimo es la presencia del cuidador principal (padre, madre, ambos) para regular el estrés del bebé ante las conductas de apego por el niños/a elicitadas, previniendo el daño neuropsicológico en el bebé. En el caso investigado es posible dar cuenta de un curso evolutivo de la relación de Apego, durante el transcurso de la hospitalización, en un inicio fue posible evidenciar elementos angustiosos y ansiosos que generarían ciertas aprehensiones maternas y paternas frente al contacto físico con las bebés, frente a la extrema vulnerabilidad y fragilidad percibida por la madre y el padre. Sin embargo, la práctica intrahospitalaria del MMC, permitió que el contacto piel a piel, fuese un elemento fundamental para que la madre y el padre, se sintiesen competentes, satisfechos y seguros de poder entregar los cuidados y protección necesarios a sus bebés prematuras. En este sentido, es posible plantear que en este caso la experiencia MMC, favoreció el establecimiento de una relación de apego más segura y confiada, en donde el padre y la madre fueron capaces de desplegar óptimamente capacidades parentales como la de apegarse a sus hijos (Barudy), la empatía en un alto nivel (Barudy), una importante capacidad de mentalización o función reflexiva (Fonagy), una alta sensibilidad ante las señales de apego elicitadas por sus hijas, factores que les permitieron sintonizarse efectivamente con los estados afectivos de sus y regular gradualmente y eficazmente el estrés en sus bebés. En cuanto a la capacidad de apegarse a sus hijas, según Barudy, esta capacidad incluye los recursos emotivos, cognitivos y hereditarios, que presentan madres y padres como

factores que les permitirían apegarse y vincularse afectivamente a sus hijos e hijas, respondiendo a sus necesidades.

En este caso, la capacidad parental de apegarse y responder a las capacidades de sus hijas, se vería influida por los factores ambientales, que favorecerían u obstaculizarían las relaciones tempranas con sus niñas. En referencia a la importancia del apego seguro en la vida de un bebé, sostiene que desde el momento en que el recién nacido se apega de forma singular a la madre (nutritiva), es que el mundo es percibido se estructura en un mundo familiar (asegurante), en el cual el niño/a podrá avanzar en todos los aprendizajes necesarios para su desarrollo. Por lo tanto, los autores sostienen: (El niño o la niña entran en la vida sana por la puerta del apego seguro. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.85).

Además se visibilizó una importante capacidad empática (Barudy, 2005) en ambos padres, la cual se define como es la capacidad de los padres y madres para percibir las vivencias internas de sus hijos/as, a partir de la comprensión de las manifestaciones gestuales, emocionales, que sus niños/as despliegan para expresar sus necesidades y dar una respuesta satisfactoria y oportuna a cada una de ellas. Esta capacidad, al igual a capacidad de apegarse a los hijos, la mentalización, la sensibilidad de los padres ante las señales de sus bebés y el amor parental, presentes óptimamente en estos padres, a juicio de las investigadoras darían cuenta de una (parentalidad bienentrante), en donde se desplegarían recursos resilientes de la madre y el padre, con el objetivo de brindar bienestar y confort a sus hijas. Se constituirían en recursos protectores que favorecerían una base segura, más allá de los avatares vividos a partir del nacimiento prematuro de sus hijas y la hospitalización. Esto es posible de evidenciar la capacidad de brindar amor incondicional a sus hijas, por la presencia presencia de afectividad positiva dirigida por la madre y el padre a sus bebés, a través de expresiones de la madre referidas a la visibilización del valor otorgado a los lazos afectivos, como instancia fundamental para el desarrollo óptimo de sus hijas y por parte del padre, por su intención de entregar (todo) lo necesario para el bienestar de sus bebés. Con respecto a este contexto, Barudy y Dantagnan sostienen (El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestar). (Barudy y Dantagnan, 2005, p.38).

A partir de estos hallazgos es posible dar cuenta del tránsito desde una relación apego, que en un inicio se configuraba con elementos ansiosos e inseguros, que gradualmente ha ido evolucionando hacia la estabilidad en una relación afectiva de apego, estable y consistente de protección y regulación entre las bebés y su figuras de apego principal. De esta forma las separaciones de la madre con respecto a sus hijas hospitalizadas, se volvieron menos angustiosas, ante la percepción materna de que ella era capaz de retomar la relación de apego

y satisfacer óptimamente las necesidades de contención y protección a sus hijas. En cuanto a la figura paterna, fue posible visibilizar un profundo compromiso, que lo llevó a compartir activamente el rol de crianza de sus hijas, al configurarse en el cuidador principal de su hija de mayor peso y tamaño al momento de nacer, practicando el MMC, tanto en forma intrahospitalaria, como ambulatoria, llegando a sintonizarse profundamente con las necesidades de su bebé y experimentando una suerte de ñembarazo masculinoö, al sentir el contacto estrecho y prolongado piel a piel con su bebé por el tiempo necesario para alcanzar su madurez para salir del ñcanguroö. En relación a estos hallazgos es posible situar el aporte de Barudy (2005), quien sostiene que las habilidades parentales son ñlos recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres, que les permiten ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evoluciónö. (Barudy,Dantagnan, 2005,p.83).

Habilidades parentales, que a juicio de las investigadoras se han desarrollado óptima y flexiblemente adecuándose a las necesidades evolutivas de sus bebés en condición de prematuridad, en donde el padre y la madre lograron adaptarse y empoderarse como cuidadores principales de sus bebés en el complejo escenario como es la hospitalización, lo cual permite dimensionar el grado de plasticidad de sus recursos emocionales, cognitivos y conductuales frente a las necesidades especiales de sus hijas. Frente a este contexto de ñparentalidad bienentranteö, es posible inferir que las bebés, estarían siendo parte de ñLa resiliencia del niño se construye en la relación con el otro, mediante una ñlabor de puntoö que teje el vínculo. La comunicación intrauterina, la seguridad afectiva desde los primeros meses de la vida y, más tarde, la interpretación que da el niño a los acontecimientos son otros tantos elementos que favorecen la resilienciaö (Cyrulnik, 2004, p. 17). En coherencia a lo anteriormente expuesto, la propuesta teórica de Peter Fonagy, plantea en términos generales que la calidad de las representaciones que los padres desarrollan sobre el hijo (y sobre sí mismo) puede constituirse en un factor resiliente de relevancia. De ahí que Fonagy plantea que ñ los niños resilientes son niños con un apego seguro, y que este tipo de apego es parte del proceso mediador donde la resiliencia es observada.ö (Fonagy. 1994, p. 235). En referencia a la importancia del apego seguro en la vida de un bebé, sostiene que desde el momento en que el recién nacido se apega de forma singular a la madre ñnutritivaö, es que el mundo es percibido se estructura en un mundo familiar ñasegurizanteö, en el cual el niño/a podrá avanzar en todos los aprendizajes necesarios para su desarrollo. Por lo tanto, los autores sostienen: ñEl niño o la niña entran en la vida sana por la puerta del apego seguro.ö (Barudy y Dantagnan, 2005, p.85)

Con respecto a la experiencia con el uso del MMC, la madre refiere haber experimentado un gran emoción y sensación de confianza y seguridad al momento de que el personal de salud estimule a las madres a contactarse con sus bebés, a través de la transmisión de confianza percibida al recibir apoyo, estímulo, contención e información de parte del personal de la unidad. Específicamente con respecto a la experiencia con el MMC, que cambió su perspectiva motivándola a sentirse partícipe en el cuidado y evolución de sus hijas. La entrevistada destaca además el apoyo recibido de parte de su marido, quien entregaba los cuidados canguro en casa, a su hija que ya había sido dada de alta. En este sentido plantea que el aporte del MMC, se configuraría como una instancia de apoyo para el bebé fuera de los alcances profesionales. Posteriormente es posible identificar que la madre, logra resignificar su experiencia a partir del apoyo de su familia (esposo e hijo), a partir de este cambio de perspectiva, le fue posible vivenciar con esperanza y fe, el período de hospitalización de sus hijas. En este sentido la madre refiere haber experimentado como una bendición la recuperación de sus hijas, valorando como fundamental la fe en Dios y el apoyo recibido por parte de su familia (marido e hijo). Por lo tanto es posible visibilizar otro factor de resiliencia asociado a la **religiosidad o trascendencia** que según Emmy Werner, quien refiere que la **Fe religiosa** profunda constituía una de las principales características de las personas resilientes. «Muchos psicólogos han analizado la relación entre la creencia en Dios y el equilibrio psicológico» (Vanistendael y Lecomte, 2002, p. 84). Rebello y Larson también coinciden con los otros autores y correlacionan fe religiosa y resiliencia; precisando que la relación es generalmente positiva.

En este sentido, la entrevistada manifiesta que de ser una vivencia difícil se constituyó en un comienzo por medio de la fe y el apoyo recibido, perspectiva que la llevó a abocarse en la labor de trabajar con sus hijas para lograr alimentarlas óptimamente, para así apresurar la subida de peso necesaria para que se fueran de alta. En este sentido, es posible evidenciar la potenciación de la capacidad de resiliencia en la madre, a partir del apoyo de su marido, su hijo y de parte del personal de salud de la unidad. Lecomte y Cyrulnik (2003), plantean que: «La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida a veces difíciles y de traumas a veces graves.» (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 56). En relación a este tema la entrevistada refiere experimentar actualmente una inmensa felicidad, orgullo y gratitud, al ver a sus hijas desarrollándose de manera óptima en todo nivel. Realiza una mirada retrospectiva de la experiencia vivida durante la estadía de sus bebés en la Unidad de Neonatología, manifestando un profundo agradecimiento por el apoyo

y contención recibida por parte del equipo de salud. A partir de lo anteriormente expuesto, refiere haber experimentado un cambio de perspectiva en el proceso de recuperación de sus hijas, manifestando que la experiencia pasó de ser traumática a configurarse como un comienzo. En este sentido, dice sentirse intensamente feliz y orgullosa de todos sus hijos. Visibilizando la experiencia pasada como un lindo recuerdo de una situación que la ayudó a ser más fuerte y a comprender que se puede salir adelante, a partir de la fe y la constancia.

A partir de estos esfuerzos su hija de mayor peso fue dada de alta con la aplicación del MMC, la cual fue llevada a cabo por el padre, mientras la madre se quedaba en el hospital durante todo el día entregando los cuidados a su hija más pequeña, practicando la técnica canguro de forma intrahospitalaria. En este contexto, la madre relata que percibió como maravilloso y sintió una inmensa alegría, al percibir que su hija hospitalizada avanzaba cada vez más, a partir de sus cuidados (práctica de canguro y lactancia materna exclusiva), mientras se sentía apoyada por su marido quien en casa entregaba los cuidados canguro a su otra bebé. Las investigadoras, evidenciaron que la madre vivenció el contacto piel a piel con sus hijas de distinta forma, ya que manifiesta haber experimentado con su hija más pequeña, mayor tiempo de contacto piel a piel, por que su marido se encargó preferentemente de entregarle los cuidados canguro a su hija de mayor peso en el hogar. Con respecto a la primera vez que practicó la técnica canguro, fue la primera vez que tuvo contacto físico estrecho con ambas de sus hijas. En este sentido, relata primeramente la experiencia con su hija más pequeña, frente a la cual experimentada un intensa angustia al percibir en ella señales de dolor y verla tan frágil y pequeña.

En este caso experimentó que al hacer canguro con su bebé, ésta se apegaba a ella y al sentir su contacto la madre relata que comenzó a sentir una gran satisfacción al percibir que su hija a pesar de su fragilidad y pequeñez, le transmitía una gran fortaleza que le ayudaría a salir adelante en su proceso de recuperación. Además manifiesta su impresión al percibir que el contacto piel a piel con sus hijas la ayudó a relajarse y alejarse de la tristeza, permitiendo así que le bajara la leche, experiencia que le generó felicidad y esperanza. A partir de esta experiencia manifiesta sentir que era capaz de entregar todo a su hija. En este sentido, relata que la experiencia piel a piel con su bebé resultó ser muy emocionante y gratificante para él. En referencia, a la asociación entre lactancia y relación de apego, Pinto Laso (2004) señala que un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo, lo que se relaciona con una mayor relación y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño. (Pinto Laso, 2004)

Otra capacidad parental, planteada por Barudy (2005), es la capacidad de participar en redes

sociales y de utilizar los recursos comunitarios. En este sentido, el autor plantea que esta capacidad resulta fundamental y necesaria para el despliegue del ejercicio de la parentalidad bien entrante. En relación al presente caso, es posible evidenciar que tanto la madre como el padre, fueron capaces de buscar y recepcionar apoyo, utilizándose estos recursos de forma eficiente, lo cual es posible de observar en la valoración del apoyo y contención emocional y conocimiento recibido de parte de algunos miembros del equipo de salud, como un aspecto importante que la ayudó a fortalecerse para emprender el desafío de entregar lo mejor a sus hijas, desde la resignificación del proceso de recuperación de sus bebés como un comienzo. En mismo sentido sostiene que la ayudó el hecho de mirar a su alrededor y ver a las demás madres de la Neo, enfrentando problemáticas de mayor gravedad en la salud de sus hijos. Refiriendo que estas madres, más allá del pronóstico de sus bebés luchaban y tenían fe en su recuperación. Esto la movilizó a comprender que debía entregarles esa misma fuerza a sus hijas. La mitad de las madres entrevistadas manifiestan que les ayudó y las fortaleció, el hecho de mirar a su alrededor y ver a las demás madres de la Neo enfrentando valientemente problemáticas de mayor gravedad en la salud de sus bebés. En este sentido, las entrevistadas plantean que estas madres, más allá del pronóstico de sus bebés luchaban y tenían fe en su recuperación.

Frente a estos hallazgos es posible articular los aportes del concepto de comparación social ascendente (Hyman, 1942) el cual se refiere a la tendencia del sujeto a compararse con otros a quienes perciben como con mayores problemas y quienes se adaptan enfrentando las situaciones adversas, a partir de la esperanza y el optimismo, aspectos que en la realidad estudiada fueron posibles de evidenciar tras dar cuenta de la inspiración para fortalecerse de aquellas madres que en un principio tenían su experiencia principalmente por la angustia, las amenazas de pérdida y la tristeza. Además de constituirse como tutoras resiliencia implícitas (Barudy, 2005), las cuales son personas que resultan significativas para el sujeto, pudiendo ser una pareja, un familiar, un amigo o cualquier otra persona que le ayude a confiar en el entorno, a darle sentido y construir un nuevo proyecto de vida, potenciando las capacidades de resiliencia de las personas, y en el caso específico de esta madre, estaría apuntando a propiciar el despliegue de competencias parentales tendientes a establecer o conformar un vínculo seguro y de calidad con sus bebés prematuros.

En este contexto, la entrevistada manifiesta que a partir de lo terrible y difícil que le resultaba la condición de prematuridad de sus hijas, posteriormente fue capaz de percibir como un comienzo la recuperación de sus bebés, en las cuales a su vez percibía que eran chiquititas

pero grandes para enfrentar las dificultades. De ahí que expresa una gran gratitud y felicidad de sentir que esta experiencia más allá del sufrimiento vivido le sirvió para fortalecerse y unirse aún más a su familia en quienes encontraba una palabra de aliento y consuelo.

En relación al estudio longitudinal, a partir de dos momentos de observación de interacción en la díada madre bebé prematura. Considerando dos díadas, debido al carácter diádico de la relación de apego (Bowlby). Se consignaron los indicadores de apego, presentes en la relación madre y GI y otra díada conformada por la madre y su GII. Consignando dos momentos de observación, el primero fue a los 3 meses y tres semanas de edad cronológica de las bebés y correspondiendo a una edad corregida, la cual se refiere a la edad que el bebé prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente, a las 40 semanas. Por lo tanto sus edades corregidas a los 2 meses de edad. En esta primera instancia de entrevista fue posible observar un patrón relacional entre la madre y su gemela GI, caracterizado por una alta sincronización, y sensibilidad materna. En donde las conductas de apego de la bebé, eran recepcionadas y reguladas adecuadamente por la madre, quién respondió de forma accesible, denotando seguridad y confianza en el manejo de la relación con su bebé. Mientras la bebé respondía sincronizadamente ante las conductas maternas, denotando apertura al contacto físico y emocional con su madre, observándosele tranquila satisfecha y cómoda. Estos hallazgos son confirmados a partir de la aplicación de la escala de observación de indicadores de apego, Massie Campbell, a aplicada a la edad de 10 meses y tres semanas de edad cronológica de la bebé y una edad corregida de 9 meses. Evaluación de la calidad del apego, que confirmó la tendencia al establecimiento de una relación de apego seguro, entre la díada madre y su bebé gemela I. En cuanto a la observación realizada a la díada madre-gemela II, fue posible evidenciar indicadores del establecimiento de una relación de apego tendiente a la seguridad. Lo cual es confirmado por la escala de Massie Campbell, aplicada a los 10 meses y tres semanas de edad cronológica y a los 9 meses de edad corregida en la bebé. En síntesis es posible dar cuenta que entre esta madre y sus bebés existiría un apego seguro. En donde la madre responde la accesibilidad y eficacia ante las señales de sus hijas, en las cuales es posible observar conductas de búsqueda y protección frente estrés que son satisfechas por las respuestas maternas, dando paso a unas bebés satisfechas, relajadas y con un desarrollo biopsicosocial adecuado para su etapa normativa. En cuanto a la observación de la relación de apego en la díada padre-bebé gemela I, es posible evidenciar que la bebé presenta una predilección por su cuidadora principal, es decir su madre, lo cual se denota en que se inquieta y despliega conductas de apego, al ser separada de la madre, lo cual el padre logra contener y regular por medio de conductas parentales que lograron regular el

estrés de la bebé, través de la presencia de sensibilidad, la empatía y la afectividad positiva, que el padre denotaba en sus cuidados y estrategias para contener y tranquilizar a su bebé. Dando cuenta de un patrón de conductas de apego seguro, en donde las protestas iniciales de la bebé, son parte connatural de la separación momentánea que experimentó de su figura principal de apego. Comprendiendo que el apego afectivo, es el vínculo que une a una persona a otra diferenciada y preferida, vívida como más fuerte y protectora, y que las mantiene unidas en el tiempo. En este caso, es posible evidenciar que la gemela I, tendría una inclinación a sentirse más protegida bajo el alero de su madre, posiblemente esta orientación en el desarrollo vinculara se asociaría, al período de cerca de 2 meses de hospitalización donde la niña, se relacionó prioritariamente con su madre como cuidadora principal. (Bowlby).

En relación a la díada padre-bebé (GII) se pueden observar los tres elementos fundamentales para el apego. Se observa contacto físico, manifestaciones de cariño, regulación eficiente del estrés de la bebé, ante la presencia de señales de apego. Situaciones que dieron cuenta de conductas de apertura de parte de la bebé hacia su padre, las cuales eran recepcionadas favorablemente, por el cuidador, quién respondió de forma accesible, sensible y empática, ante los requerimientos de su hija. En esta interacción fue posible evidenciar una alta sincronización padre-hija, que se observó en miradas largas compartidas, contacto físico acoplado y vocalizaciones sincronizadas y emociones compartidas. En síntesis, es posible evidenciar un patrón relacional orientado hacia la seguridad del apego en la relación diádica padre óbebé, gemela II. Sin embargo, la necesaria diferenciación por díadas para evaluar los indicadores de apego, en este caso es posible evidenciar una sinergia entre los aportes maternos y los paternos en la relación de apego establecida con sus hijas.

Caso II

1.2.1 Experiencia emocional Madre y/o Padre en torno a la Prematurez de su hijo/a.

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

Las investigadoras dan cuenta de que la madre en el período previo al embarazo, se encontraba hospitalizada durante dos meses, lapso de tiempo que fue percibido como extenso por la entrevistada. Además denotó cierto grado de expectación ante la espera del nacimiento de su hija. En cuanto al padre, no entregó comentarios al respecto.

õí que haya estado tanto tiempo aquí (dos meses)í hospitalizada esperándola.õ (Madre)

b) Experiencia Emocional al Nacimiento:

Es necesario mencionar que la madre presentó una infección grave en el útero, patología que se llevó a que la madre estuviese hospitalizada por todo el período que la bebé se encontraba en la Unidad de Neonatología, la situación de gravedad de la madre se tradujo en que esta dificultosamente pudiese acompañar a su hija durante su internación en la Unidad de Neonatología. Situación que llevó al Equipo de Salud de la Unidad, a flexibilizar las normas del servicio, permitiendo la entrada libre al padre de la bebé, quién participó activamente en los cuidados de su hija durante la hospitalización de su esposa en la Maternidad del mismo hospital. Por lo que este padre dividía sus tiempos entre visitar a su esposa y a su hija.

La entrevistada da cuenta de su experiencia, a partir del relato de sus percepciones y sentimientos asociados al momento del parto y el período inmediatamente posterior a este evento. En este contexto, la madre refiere haber visto a su hija en el momento del nacimiento, experimentando una sensación õinexplicableí algo muy lindo que sólo una madre lo entenderõ después de haber vivido una espera percibida como larga durante los últimos meses de su embarazo (2 meses) y alegría al enterarse del sexo de su bebé. Posteriormente relata que el enfrentar la prematurez de su hija le resultó difícil, debido a los problemas derivados de esta condición, ya que refiere que ella imaginaba tener un bebé õnormalõ, refiriéndose con esto a vivir un õparto normalõ o un õparto lindoõ en donde los bebés son entregados inmediatamente a sus madres para ser atendidos y cuidados. Sin embargo sostiene haber percibido que su hija se entraba en mejores condiciones de salud que ella. Por su parte el padre refiere haber experimentado sorpresa al momento del parto al enterarse del sexo de su bebé.

õEn un comienzo igual fue difícil porque uno nunca está preparado para enfrentar la prematuridad y los problemas que puedan venir debido a esoí ò (Madre)

õÍ uno siempre se imagina tener una guaguüita, entre comillas 'normal', o sea tener un parto normal, que te entreguen a tu guaguüita, que te la pasen y tú puedas alimentarla, vestirlaí es complicado, porque tú siempre te imaginas, como un parto lindoí ò (Madre) õMe muestran su potito y yo digo; 'es niñita'. Me la ponen en el pecho y me la sacan al tiroí es algo inexplicable, yo creo que solamente una mamá lo puede entender yí es algo muy lindoí muy lindo. Y aparte que haya estado tanto tiempo aquí hospitalizada esperándola.õ (Madre)

õAlegría, no sabíamos que erái nos llevamos una sorpresa al momento de verla y me dijo: '¿viste? Fue niñita'.õ (Padre)

c) Experiencia Emocional durante la Hospitalización

Tiempo de hospitalización:

Bebé: 28 días.

Madre: 28 días.

La entrevistada refiere haber experimentado las emociones de õpenaõ y õalegríaõ a la vez al contemplar a su hija. Alegría, porque ya había nacido. Pena, de verla tan pequeña e intervenida médicamente presentando catéter y conectada a monitores, ya que intuyó el dolor experimentado por su hija, a partir de recordar sus propias sensaciones de dolor ante una situación similar. Posteriormente durante el período de hospitalización esta madre refiere experimentado la sensación de avance y felicidad, cuando contemplaba a su bebé, percibiendo que su hija estaba bien. Sin embargo, relata que al primer contacto con ella, cuando la tomó por primera vez la percibió tan pequeña y frágil que experimentó la sensación de que de sólo tocarla podía dañarla. En cuanto al entrevistado, relaciona el nacimiento prematuro de su hija con el proceso de infección sufrido por su esposa. En sentido, el padre sostiene que su hija, pareciera ser que tuvo intención de nacer antes de tiempo, ya que de lo contrario podría haber corrido peligro como consecuencia de la infección uterina de su madre. Además expresa que experimentó el deseo de llevarse lo antes posible a su hija de alta. Además vivenció el período de hospitalización como un lapso corto de tiempo, percepción que le hizo asombrarse de la rapidez del proceso.

õY verla con cables, con respiradorí A mi me dio penaí alegría en cierto modo porque la ves e igual está ahí, ya nacióí pena porque la ves conectada tan chiquitita y con catéter y cosas por el estiloí . Que yo también los tuve y duelení Entonces ver que ella tan chiquitita, tener que estar tan conectada, eso me daba pena.õ (Madre)

õYo la sacabaí yo la mirabaí yo solamente la contemplabaí yo la veía biení cuando yo la podía tomarí ya era un avance para mí eso era genial, entonces yo la tomé, la miraba y era tan linda, estaba ahí y era tan pequeñita, que te daba cosa a veces tocarle algo y pensar que le podías hacer daño.õ (Madre)

õEso fue lo mejorí ver después que ella había nacido, le entró infección (refiriéndose a su esposa)í o si no hubiese sido peorí Cómo que ella misma hubiese querido salir antes...õ (Padre)

õYo quería llevármela... Yo vi que fue todo rápido, no pensé que iba a estar tan poco.õ (Padre)

d) Experiencia Emocional Post Hospitalización:

Las investigadoras dan cuenta que la madre, experimenta el presente de su hija, como un período de felicidad y plenitud motivado por los avances de su hija a quien percibe como una bebé saludable y sin complicaciones. Realizando una mirada retrospectiva para justificar su estado actual de contento y tranquilidad, refiriendo experimentar sentimientos de gratitud por el apoyo psicológico recibido durante el período de hospitalización de su bebé, ya que atribuye que parte de la fortaleza para enfrentar dicho período, la extrajo de la ayuda recibida, aspecto que percibe le sirvieron para tener la fuerza necesaria para aprender a entregarle los cuidados adecuados a su hija. El padre presenta sentimientos similares en torno a la satisfacción que le provoca. El entrevistado refiere experimentar la grata sensación de su crece de forma rápida y normalmente; como si õnunca hubiese sido prematuraõ, debido a que percibe a su bebé como una niña sana y hermosa.

õY ahora no tiene ningún problema, está súper bien, esta sanita, está creciendo. Esta dentro de su talla, su pesoí esta normalí õ (Madre)

õYoí trataría de mostrar mi felicidadí que estamos muy contentos, que estamos súper bien y que la niña, eso es lo más importante para nosotros, que está sanita, que no ha tenido ninguna complicación.õ (Madre)

õÍ yo me siento bien y todos nos han ayudadoí en la parte psicológica, ustedesí el canguro, mientras estuvimos acá en la NEO. Todo, todo ha sido en parte paraí la fuerza que nosotros necesitábamos, para poder aprender aí tratarla a ella, porque igual tiene ciertos cuidadosí especiales en su momentoí que fue cuando salióí Pero no ahora estamos súper bien, súper contentos, estamos felices, estamos radiantes.ö (Madre)

õGracias a Dios ella no ha tenido ninguna complicación que ha estado sanita, que ha estado bien y que todos en la casa, es como un centro de atraccióní De hecho no ha cambiado mucho lo que sientoí por que todavía esta lo lindo que uno vive y aparte que ahora yo estoy bien, ella está creciendo, está biení una satisfacción total, feliz, contentaí verla así tan bien.ö (Madre)

õUno va viendo cómo se desarrolla el bebé y uno que cree nunca fue prematuroí Nadie piensa que fue prematuroí ö (Padre)

õEs bonito que está bien, sana, como verla crecer todos los díasí siente bonito verla crecer rápido y verla así tan hermosa, preciosa.ö (Padre)

1.2.2 Experiencia MMC

a) Vivencia Emocional

La entrevistada refiere haber experimentado sentimientos contradictorios durante el período de adaptación al método madreó canguro. Por un lado plantea haber experimentado aprehensiones y temores al tenerla en la posición canguro, sostenida sólo por la faja. Sin embargo, plantea que posteriormente reportó haber experimentado una sensación de satisfacción al haber sentido a su bebé tan cerca, percibiendo la respiración de su hija. También refiere haber experimentado la sensación de que era capaz de entregarle calor a su hija y a la vez recibir el calor de su bebé. Además la madre fue capaz de percibir que mediante el apoyo entregado con el uso del MMC, estaba influyendo en el tipo de vínculo con su hija. En este sentido, el padre haber plantea la misma percepción con respecto a la influencia del contacto piel a piel sobre la relación con su hija.

õTuve un temor pero quizá que se me podía caer, pero cosas así no másí yo pensé como 'u ¿si la dejo solita y si no la estoy afirmando, se me caerá la niña?' (refiriéndose al bebé dentro de la faja canguro) Pero cosas así no más, pero no porque ahí tú sientes a tu guagiüita, la sientes respirar, la sientes cerquita, estas tu entregándole tu calor y ella entregándote el suyo.õ (Madre)

õEs que tenía ese miedo de '¿Ayí y si la aplasto?' í Típico que los primeros días la pones en la camaí la querís lo más cerca posible que no le vaya a pasar nadaí '¿Y si la aplastamos?... No te movaí, cuidado con la niña, la niña lloró' í 'ay la niña lloró en la noche' í era revolución en la noche (risas)õ. (Madre)

õEs otro vínculo que se va formandoí lo sentí como que uno le da más apoyo al bebé en sí.õ (Madre)

õEllos (bebés) se sienten más apegados a unoí es un vínculo másí es bueno.õ (Padre)

b) Percepción contacto piel a piel

Con respecto a su experiencia con el contacto piel a piel con su hija, la entrevistada refiere que fue casi igual que sentirla dentro de su vientre. Además relata que su bebé por ser recién nacida se movía poco y que percibía el calor ella que le entregaba a su hija y a la vez experimentando satisfacción al sentir que su hija también le entregaba su calor. En este contexto plantea que su bebé para ella es õespecialõ. En cuanto al padre, relata que experimentó gratamente el contacto piel a piel con su hija. En este sentido, el padre refiere haber sentido que su bebé estaba bien y que estaba muy apegada a él, sintiendo su respiración Percibiendo a su hija como suya (como parte de él) y fruto del amor con su esposa.

õSi, les entregas más calor, uno lo siente másí cerquita.õ (En referencia a la pregunta si recomendarían el MMC a otros padres de prematuros) (Madre)

õEs otro vínculo que se va formandoí lo sentí como que uno le da más apoyo al bebé en sí Es recomendable total para todos los papás que están en la misma.õ (Madre)

õEllos (bebés) se sienten más apegados a uno (En referencia a la pregunta si recomendarían el MMC a otros padres de prematuros)í es un vínculo másí es bueno.õ (Padre)

c) Recomendaciones y otras observaciones al MMC

La madre refiere que recomendaría totalmente el MMC, a otros padres dada la percepción de cercanía y el calor que experimentó en el contacto piel a piel con su hija. Además planteó que con el MMC, se formaría otro tipo de vínculo que implicaría más apoyo para el bebé. Por su parte el padre también plantea que recomienda el método a otros padres de prematuros, ya que a partir de esta práctica los bebés se sentirían más apegados a los padres, sosteniendo al igual que su esposa, el MMC aportaría a la formación de un buen vínculo.

Si, les entregas más calor, uno lo siente más cerquita. (En referencia a la pregunta si recomendarían el MMC a otros padres de prematuros) (Madre)

Es otro vínculo que se va formando lo sentí como que uno le da más apoyo al bebé en sí Es recomendable total para todos los papás que están en la misma. (Madre)

Ellos (bebés) se sienten más apegados a uno (En referencia a la pregunta si recomendarían el MMC a otros padres de prematuros) *es un vínculo más es bueno.* (Padre)

1.2.3 Capacidades Parentales

a) Capacidad de Mentalización

Las investigadoras evidencian en la narración de la entrevistada, indicadores de la capacidad de mentalización, los cuales se evidencian en las citas en donde la madre atribuye estados mentales, creencias, deseos e intenciones a su bebé. En este sentido la madre percibe que su hija prematura al momento de nacer tenía más fortaleza y estaba mucho que ella mientras presentó una grave infección uterina. Además en los momentos previos al parto, sostiene que su hija manifestaría su intención de alejarse del peligro (ante la infección materna), a través de nacer de forma prematura. Por otro lado la capacidad reflexiva de la madre se hace manifiesta en su narración cuando es capaz de resignificar su experiencia vivida, a través visibilizar la fortaleza y el apoyo recibido de su marido, significado como un motor para generar esperanza y superación de las situaciones adversas experimentadas durante su propio período de hospitalización y el de su hija. Con respecto a la experiencia paterna, es posible evidenciar cierto grado de capacidad reflexiva en aquellos comentarios paternos referidos a la atribución de estados mentales a su hija, como por ejemplo la intención atribuida a la bebé de alejarse del peligro con respecto a su nacimiento prematuro. Por otro lado el padre denota cierto grado de capacidad de mentalización al sentir que él era capaz de transmitir seguridad y protección,

a partir de su compañía y apoyo, tanto a su hija como a su esposa durante el período de hospitalización de ambas, intentando de esta forma en la superación de la adversidad.

õElla nació súper bien, ella está mucho mejor, yo siempre dije; ´ella está mejor que yo ´í quizás la infección hizo que ellaí apurara el parto, porque tenía paraí por lo menos, unas cuatro o tres semanas más para haber nacido.õ (Madre)

õTodo, todo ha sido en parte paraí la fuerza que nosotros necesitábamos, para poder aprender aí tratarla a ella, porque igual tiene ciertos cuidadosí especiales en su momentoí que fue cuando salióí Pero no ahora estamos súper bien, súper contentos, estamos felices, estamos radiantes.õ (Madre)

õÉl nunca flaqueóí él era el que realmente me daba fuerzasí no me sentía bien, en todo aspectoí emocional, físicoí él me dio fuerzas para seguir, aparte no me dejaban ver a mi hijaí por todas las complicaciones que presente postparto, si no hubiese estado él ahí hubiese sido todo muy diferente. Es como un bastón que siempre está ahí, que siempre te va a apoyar y siempre te va a dar una palabra de aliento.õ (Madre)

õEso fue lo mejorí ver después que ella había nacido, le entró infección (refiriéndose a su esposa)í o si no hubiese sido peorí Cómo que ella misma hubiese querido salir antes.õ (Padre)

õTodo el díaí muy cercaí de las dos tenía que estarí Era bonito estar con ella, tenía que darles más fuerza también, porque tenía que salir adelante y no les pasara nada, la llenaba de besitos para que no le pasara nada a ninguna de las dos, todo el día, hasta que la entregaron.õ (Padre)

b) Capacidad Empática

Las investigadoras dieron cuenta de que tanto en la madre como en el padre existe la capacidad de percibir las vivencias internas de sus a través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada en su bebé prematura. En este sentido, la madre refiere haber experimentado pena y sufrimiento al imaginar el sufrimiento de su hija ante los tratamientos (incubadora, conexión a monitores, vías para alimentarla, sondas y catéter puestos en el cuerpo de la bebé) derivados de su condición de prematurez durante el período de hospitalización. En cuanto al padre, fue posible visibilizar su capacidad empática, a través

de su experiencia òde sentir lo que sienten su esposa y su hijaö, en este sentido se percibió a sí mismo como capaz de transmitir seguridad y protección a ambas a través de su propia fortaleza.

õÍ pena porque la ves conectada tan chiquitita y con catéter y cosas por el estilo. Que yo también los tuve y duelení y al momento que uno se mueve más te duele. Entonces ver que ella tan chiquitita, tener que estar tan conectada, eso me daba pena. Que yo también los tuve y duelení y al momento que uno se mueve más te duele.ö (Madre)

õSi ellas estaban bien yo estaba biení En un momento a mi señora la vi mal un poco, pero después salió adelante y resultó todo bien.ö (Padre)

õTodo el díaí muy cercaí de las dos tenía que estarí Era bonito estar con ella, tenía que darles más fuerza también, porque tenía que salir adelante y no les pasara nada, la llenaba de besitos para que no le pasara nada a ninguna de las dos, todo el día, hasta que la entregaron.ö (Padre)

d) Amor parental

La presencia de afectividad positiva dirigida por los padres a su hija, fue posible de ser evidenciada, a través de expresiones parentales referidas a la experiencia de amor hacia su bebé, las cuales se expresaron en relatos de la madre, en los cuales manifestó gran alegría y plenitud por el nacimiento de su hija, más allá de las problemáticas derivadas de su condición de prematuridad. Dando cuenta de sentimientos asociados a la valoración del contacto y vinculación con su hija, la cual es significada por la madre como un ser òespecialö y el inmenso afecto que la une a ella, como algo inexplicable que sólo una madre puede entender. En esta línea el padre manifiesta que su hija es òfruto del amorö, a quien él profesa cuidados y protección con la finalidad de alcanzar el bienestar de su hija y esposa.

õMe muestran su potito y yo digo; ´es niñita´. Me la ponen en el pecho y me la sacan al tiroí es algo inexplicable, yo creo que solamente una mamá lo puede entender yí es algo muy lindoí muy lindo. Y aparte que haya estado tanto tiempo aquí hospitalizada esperándola.ö (Madre)

õElla lo lindo que tenemosí Bueno para mí ella es especial.ö (Madre)

Yoí trataría de mostrar mi felicidadí que estamos muy contentos, que estamos súper bien y que la niña, eso es lo más importante para nosotros, que está sanita, que no ha tenido ninguna complicación.ö (Madre)

óí era bonito estar con ella, tenía que darle más fuerza también, porque tenía que salir adelante y no le pasara nada, la llenaba de besitos para que no le pasara nada a ninguna de las dos, todo el día, hasta que la entregaroní ö (Padre)

óLa sentía míaí que era fruto de nuestro amor que todo estaba bonito y que ella estaba bien.ö (Padre)

1.2.4 Recursos Personales

a) Fe y Fortaleza

Ambos entrevistados manifestaron su experiencia de percibir tanto en un ser superior quién influiría en el proceso de recuperación y evolución positiva de su bebé. Además es posible inferir la presencia de recursos personales en entrevistados, que les permitieron fortalecerse y mantener la esperanza en el proceso de superación de las complejas vivencias experimentadas, tanto por la condición de prematuridad de su hija y por la hospitalización materna en el período postparto. En este sentido la madre, refiere haberse sentido fortalecida y contenida por el apoyo de su pareja, ayuda que significa como indispensable para poder salir adelante frente a la adversidad vivida. Por otro lado la madre valoriza el apoyo y contención emocional recibido por parte del equipo de salud, como un factor importante que la ayudó a fortalecerse aún más. Otro factor presente en esta madre como fuente de esperanza, fue la fe en las propias capacidades de su bebé prematura para salir adelante en un proceso de recuperación.

óGracias a Dios, ella no ha tenido ninguna complicación que ha estado sanita, que ha estado biení De hecho no ha cambiado mucho lo que siento, porqueí por que todavía esta lo lindo que uno vive y aparte que ahora yo estoy bien, ella está creciendo, está biení una satisfacción total, feliz, contentaí verla así tan bien.ö (Madre)

óÉl nunca flaqueóí él era el que realmente me daba fuerzasí no me sentía bien, en todo aspectoí emocional, físicoí él me dio fuerza para seguir, aparte no me dejaban ver a mi

hijaí por todas las complicaciones que presente postparto, si no hubiese estado él ahí hubiese sido todo muy diferente. Él es como un bastón que siempre está ahí, que siempre te va a apoyar y siempre te va a dar una palabra de aliento.ö (Madre)

öSiempre hemos sido unidosí pero yo siento que él me ha dado mucha fuerzaí porque en todo caso igual seguimos pasando cosas que han sidoí que no se esperaban con respecto a la enfermedad y él nunca me ha dejado y él se queda con la niñaí entonces él nunca ha dejado de lado la niña y ni a mi hijaí el siempre ha estado ahí, yo no sé como agradecerle todo lo que ha hecho por míí ö (Madre)

öYo me siento bien y todos nos han ayudado, o sea todosí en parte ustedes, la parte psicológicaí el canguro, mientras estuvimos acá en la NEO. Todo, todo ha sido en parte paraí para la fuerza que nosotros necesitábamos, para poder aprender aí tratarla a ella, porque igual tiene ciertos cuidadosí especiales en su momentoí que fue cuando salióí Pero no ahora estamos súper bien, súper contentos, estamos felices, estamos radiantesí ö (Madre)

öí era bonito estar con ella, tenía que darles más fuerza también, porque tenía que salir adelante y no les pasara nada, la llenaba de besitos para que no le pasara nada a ninguna de las dos, todo el día, hasta que la entregaron.ö (Padre)

1.2.5 Redes de Apoyo

a) Apoyo Pareja

Con respecto al apoyo recibido de parte de la pareja, la madre refiere haber experimentado que su marido le transmitía una gran fortaleza y contención, a través de su apoyo y compañía, tanto en el período de hospitalización de su bebé y el de ella. Manifestando que la fuerza que le transmitía su pareja, le permitió avanzar en la superación de su sufrimiento, tanto a nivel físico como psicológico. En este sentido, tanto la madre como el padre refieren ser una pareja unida desde siempre, lo cual manifiestan es una condición que les ha permitido enfrentar todas las problemáticas que van surgiendo en sus vidas. En esta misma línea, las investigadoras, dan cuenta de la percepción paterna, de situarse como responsable de otorgar protección y de fortalecer su familia (esposa y dos hijas), condición que el padre experimenta sin presión y con entrega, en pro del bienestar de sus seres queridos.

• Él nunca flaqueó él era el que realmente me daba fuerza sí no me sentía bien, en todo aspecto í emocional, físico í él me dio fuerza para seguir, aparte no me dejaban ver a mi hijá í por todas las complicaciones que presente postparto, si no hubiese estado él ahí hubiese sido todo muy diferente. Es como un bastón que siempre está ahí, que siempre te va a apoyar y siempre te va a dar una palabra de aliento. • (Madre)

• Siempre hemos sido unidos í pero yo siento que él me ha dado mucha fuerza í porque en todo caso igual seguimos pasando cosas que han sido í que no se esperaban con respecto a la enfermedad y él nunca me ha dejado y él se queda con la niña í entonces él nunca ha dejado de lado la niña y ni a mi hijá í el siempre ha estado ahí, yo no sé como agradecerle todo lo que ha hecho por mí • (Madre)

• Todo el día í muy cerca í de las dos tenía que estar. • (Padre)

• era bonito estar con ella, tenía que darles más fuerza también, porque tenía que salir adelante y no les pasara nada, la llenaba de besitos para que no le pasara nada a ninguna de las dos, todo el día, hasta que la entregaron. • (Padre)

• í yo venía a apoyar a las dos para que estuvieran bien. Si ellas estaban bien yo estaba bien í En un momento a mi señora la vi mal un poco, pero después salió adelante y resulto todo bien. • (Padre)

Siempre hemos sido unidos ò (Padre)

b) Apoyo Familia

Sólo la madre entregó sus percepciones y sentires con respecto al apoyo percibido por su familia extendida (padres, hermanos, suegros, etc.). En este sentido, las investigadoras dieron cuenta de cierto nivel de ambivalencia, en el relato materno, en tanto contenía expresiones de rechazo en el período anterior al nacimiento de su bebé. Sin embargo, la entrevistada dio cuenta de que a partir del nacimiento de su hija ha percibido apoyo de parte de su familia.

Siempre, de hecho en ese momento fue que realmente sentí que realmente estaba apoyada, aunque en algún momento por mi familiaí sentí no un rechazo por mi familia, pero como que no eraí ahí realmente sentí que me apoyaban, que ellos estaban al lado mío. ò (Madre)

c) Apoyo Pares dentro de la Unidad de Neonatología

No se presentaron comentarios con respecto a ese tema.

1.2.6 Experiencia con el Equipo de Salud

a) Apoyo, Contención Emocional y Comunicación

Con respecto a esta temática, la entrevistada manifestó su satisfacción y agradecimiento ante el buen trato y apoyo que percibió de parte del Equipo de Salud. En este sentido, refiere no haber tenido ninguna queja con respecto a la atención recibida. Sin embargo, refiere haber escuchado comentarios de gente conocida que hablaban muy mal del Hospital San José, relatos ante los cuales sostiene que estarían errados, basándose en su experiencia de estadía en el hospital durante los dos meses previos al nacimiento de su hija, su período de hospitalización postparto y la internación de su hija en la Unidad de Neonatología. En esta misma línea, el padre refiere haber percibido y recibido apoyo del Equipo de Salud de la Unidad de Neonatología, a partir de la apertura a permitirle el ingreso libre durante el día para entregarle los cuidados y apoyo a su hija (período en que el padre comenzó el entrenamiento en el método canguro), mientras su esposa se encontraba hospitalizada presentando un cuadro delicado de salud que ameritaba su reposo absoluto por algún tiempo.

õSúperí no tengo nada que decir y en todo aspectoí siempre me atendieron súper bien, nunca algún problemaö (Madre)

õA mí no todos me hablan bien del San José... Y yo digo están errados yo tuve otra hija aquí, y nunca he tenido ningún problema, siempre me han atendido súper bien, ninguna queja, ni por los auxiliares de servicios, ni por las enfermeras, ni por las matronas, nadie, de hecho, y siempre un apoyoí y a mí nunca me trataron malí a pesar de todo el tiempo que estuve, (risas) me aguantaron. Yo no tengo nada que decir en la atención. Bueno pongámosle una nota, si es del 1 al 10, yo le pongo el 10 de verdad, yo no tengo nada que decir, yo en todo momento estuve bien.ö (Madre)

õYo me siento bien y todos nos han ayudado, o sea todosí en parte ustedes, la parte psicológicaí el canguro, mientras estuvimos acá en la NEO. Todo, todo ha sido en parte paraí la fuerza que nosotros necesitábamos, para poder aprender aí tratarla a ella, porque igual tiene ciertos cuidadosí especiales en su momentoí que fue cuando salióí Pero no ahora estamos súper bien, súper contentos, estamos felices, estamos radiantesí ö (Madre)

õA mí, incluso me dieroní permiso para verla másí podía estar todo el díaí de estar más con ella, para apoyarla másí Síí estuvo bien, todo bien. (Refiriéndose al acceso a la Unidad de Neonatología para cuidar a su hija, cuando su esposa estaba hospitalizada.)ö (Padre)

b) Sugerencias

Sin referencias en este tópico.

Caso II

1.2.7 Observación Interacción díada Madre-Bebé

Madre: Edad: 25 Multípara

Bebé: Fecha de Nacimiento: 24/08/10 Semanas de Gestación: 31

Fecha 40 semanas: 26/10/10

Edad Cronológica en la entrevista: 3 meses.

Edad Corregida en la entrevista: 1 mes.

a) Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción díada Madre-Bebé

En esta díada se puede observar, que la bebé está muy relajada, contenta, mira hacia ambos lados, pero frecuentemente mientras esta con la madre, busca la mirada de su padre, y escucha atentamente la voz de su padre cuando este habla. Se puede observar contacto físico, a través de caricias, besos, palmaditas, etc. La madre le habla a la bebé y esta la mira atentamente. La bebé se encuentra muy relajada, observa, escucha, se inquieta pero muy poco, y a los segundos la madre reacciona oportunamente, regulando ya sea por contacto físico, vocalización o contacto visual, por lo que se puede dar cuenta de una sincronía eficaz y certera en esta díada. Demostrando por tanto el alto nivel de sensibilidad materna de la madre con su hija.

Caso II

1.2.8 Escala Massie Campbell ó Indicadores de Apego

Díada Madre ó Bebé

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 10 meses.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses.

Identificación según los indicadores el estilo de apego:

La díada presentaría según los indicadores y/o elementos que evalúa la escala Massie Campbell, como un estilo de **Apego Seguro**, en donde la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.

1.2.9 Interpretación Escala Massie Campbell ó Observación

Caso II: Díada Madre ó Bebé

En esta díada, según la observación hecha cuando la bebé tenía 3 meses de edad cronológica, se puede apreciar un alto nivel de sensibilidad materna de la madre, a lo que la bebé se muestra muy tranquila y relajada junto a ella. Se logra visualizar una buena sincronía, la cual como se menciono en el caso de otra díada se encontraría fomentada especialmente por el MMC.

El caso de esta díada tiene características especiales, en el sentido de que el hecho de que según la escala de Massie Campbell aplicada cuando la bebé tenía 10 meses de edad cronológica, demostrara que existía un estilo de apego seguro, da cuenta de que a pesar de una hospitalización prolongada, en donde tanto la madre como la bebé por razones de salud debieron permanecer lapsos largos de tiempo de hospitalización y por ende de separación, la bebé logro desarrollar elementos de apego con otra persona significativa, en este caso su padre, el cual mientras la madre no podía ir a verla, le proporcionaba la afectividad necesaria para regular sus necesidades. Contención de alta importancia ya que como lo mencionan autores dentro de esta etapa sensible y critica, los primeros días de vida son importantísimos al momento de sentirse contenido el bebé en un ambiente de afecto y contacto físico.

En este sentido se puede dar cuenta de la importancia que tiene sobre todo en la etapa de prematuridad del bebé, una figura de apego, que logre regular al bebé, para ir desarrollando en todos los procesos vitales tanto fisiológicamente como emocionalmente para desarrollarse luego de forma segura y adecuada en su vida posterior.

Caso II

1.2.10 Observación Interacción día Padre - Bebé

Padre: Edad: 23

a) Descripción Observación Interacción día Padre ó Bebé (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción día Padre-bebé

En esta día padre ó bebé, se puede observar contacto físico, vocalización, y contacto visual constante, el cual la bebé busca dirigiendo la mirada hacia el rostro paterno al escuchar hablar a su padre. Presentando conductas de apertura hacia su figura paterna, como balbuceos, miradas, sonrisas entre otras. Frente a las cuales el padre, responde con receptividad y afectuosamente. En cuanto a los momentos de leve inquietud de la bebé, el padre fue capaz de regularlos efectivamente.

Se logra evidenciar una alta sincronía en esta día, a partir de la respuesta rápida y coordinada frente a las necesidades percibidas en su hija, cual se muestra satisfecha y tranquila posteriormente. Denotando una ritmicidad entre las conductas de apego del bebé y la respuesta rápida y coherente con la necesidad de la bebé. Fue posible observar que el padre, recurre preferentemente a las caricias, movimientos rápidos y sincronizados de arrullo para regular el estrés de la niña. Además de observarse un despliegue óptimo de afectividad positiva, que mantiene a la bebé serena, alegre y relajada. Mientras el padre, se desenvuelve con seguridad y flexibilidad en el cuidado de su hija.

1.2.11 Análisis Interpretativo Caso II

Durante el período previo al parto, la madre presentó ansiedad y expectación en torno al nacimiento de su hija, debido a que permaneció dos meses hospitalizada, por presentar un embarazo de alto riesgo obstétrico. Al momento del parto, la madre estuvo acompañada de su pareja, al momento de nacer su hija, pudo verla, experiencia que refiere le resultó inexplicable algo muy lindo que sólo una madre lo entenderá, después de haber vivido una espera percibida como larga durante los últimos meses de su embarazo (2 meses) y alegría al enterarse del sexo de su bebé. Posteriormente relata que el enfrentar la prematurez de su hija le resultó difícil, debido a los problemas derivados de esta condición, ya que refiere que ella imaginaba tener un bebé normal, refiriéndose con esto a vivir un parto normal o un parto lindo en donde los bebés son entregados inmediatamente a sus madres para ser atendidos y cuidados. Con respecto a esta instancia, es posible dar cuenta de aspectos que se constituirían en variables que podrían influir en el establecimiento de la relación de apego. Entre la madre y su bebé prematuro. En este sentido Bialoskurski y cols. (1999), sostienen a través de investigaciones sobre díadas madre-bebé prematuro, que las expectativas maternas influirían en la vinculación entre la díada madre-hijo prematuro, planteando las expectativas asociadas a un bebé nacido de término y saludable (í) hábil para iniciar secuencias comportamentales recíprocas (í) y entonces, la formación del vínculo puede demorarse por que el bebé no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego (Cox & Hayes, 1999, p.72).

Sin embargo, sin embargo el caso de esta madre, fue posible dar cuenta que el tránsito desde la representación de su bebé imaginado hacia el bebé real (Ammaniti, 1991), instancia que se hizo menos compleja por medio de su percepción de que más allá de la condición de prematurez, su hija se encontraba sana, lo que le permitió experimentar alegría al momento del parto y recibir la feliz noticia de que su bebé era niña, sentimientos que el padre también compartió, experimentando sorpresa y felicidad al enterarse del sexo de su hija.

En este sentido, es posible dar cuenta que las expectativas de esta madre, presentaban contenidos relacionados con tener un recién nacido saludable y con un tamaño percibido como adecuado, a pesar de su prematurez, ya que en estas representaciones se encuentra el deseo materno (Stern), de que el bebé nazca en óptimas condiciones. Ante el impacto que le generó la prematurez de su hija, la madre manifestó haber experimentado las emociones de pena y alegría conjuntamente, al contemplar a su bebé. Alegría, porque ya había nacido. Pena, de verla tan pequeña e intervenida por aparatos y vías intravenosas, las cuales le

hicieron intuir el dolor experimentado por su hija, a partir de recordar sus propias sensaciones de dolor ante una situación similar, es este contexto es posible visibilizar la capacidad empática de la madre al percibir intuitivamente las vivencias internas de su bebé, a través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada en su bebé prematura. En este sentido, la madre refiere haber experimentado una pena y sufrimiento al imaginar el dolor de su hija, ante los tratamientos (incubadora, conexión a monitores, vías para alimentarla, sondas y catéter puestas en el cuerpo de la bebé) derivados de su condición de prematuridad durante el período de hospitalización. En este contexto, se puede inferir los obstáculos en el establecimiento de la relación de apego, en donde las aprehensiones derivadas del impacto generado por la percepción de vulnerabilidad de su bebé, y el temor consiguiente de dañarla ante su fragilidad, crean una barrera en el apego temprano, más radical aún resulta para esta madre imaginar a su hija sufriendo dentro de una incubadora, sintiéndose impotente por no poder ayudarla.

Con respecto a los primeros contactos con su bebé, la madre relata, que cuando la tomó por primera vez la percibió tan pequeña y frágil que experimentó la sensación de que de sólo tocarla podía dañarla.

Es necesario mencionar que la madre presentó una infección grave en el útero, patología que se llevó a que la madre estuviese hospitalizada por todo el período que la bebé se encontraba en la Unidad de Neonatología, la situación de gravedad de la madre se tradujo en que esta dificultosamente pudiese acompañar a su hija durante su internación. Situación que llevó al Equipo de Salud de la Unidad, a flexibilizar las normas del servicio, permitiendo la entrada libre al padre de la bebé, quién participó activamente en los cuidados de su hija durante la hospitalización de su esposa en la Maternidad del mismo hospital. Por lo que este padre dividía sus tiempos entre visitar a su esposa y a su hija.

En cuanto al padre, se mantuvo en una posición optimista, visibilizando con esperanza la posibilidad de pronta recuperación de su pareja y de su hija, ya que su pareja presentó un cuadro infeccioso de gravedad, postparto, que la mantuvo en reposo absoluto por gran parte del período de hospitalización de su hija. Este padre, vivenció la estadía de su hija en la Unidad de Neonatología como un período corto, en el cual su meta principal era proteger y sacar adelante a su esposa y a su bebé. Dedicándose a ocuparse de lleno a realizar los cuidados canguro intrahospitalarios a su bebé, mientras su esposa se encontraba en una condición que requería reposo absoluto en otra unidad del hospital. En cuanto a la situación de salud compleja de la madre, la hospitalización de ésta, se constituyó en el obstáculo

principal en el apego madre-hija prematura, a partir de la separación de la madre durante su estadía en la unidad de neonatología. Sin embargo, un recurso protector ante este obstáculo, fue la presencia del padre, como cuidador principal de la bebé, entregándole los cuidados canguro a su hija, apoyado por el personal de salud, quien le permitió ingresar libremente durante el horario de visitas maternas.

Sin embargo, es muy importante considerar, el hecho de que esta madre, hospitalizada experimentaba una profunda tristeza durante el tiempo que no pudo compartir con su hija. Considerando que la separación afectiva (Bowlby, Ainsworth.) implica la ruptura del vínculo entre madre y bebé, en el caso de la hospitalización, esta separación es momentánea, pero no por ello, inactiva desarrollo del vínculo de apego entre el bebé y su madre. Según Bowlby (1954), resulta esencial para la salud mental que el bebé tenga una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentren alegría y satisfacción.

Posteriormente, cuando la madre tenía posibilidades de movilizarse a la unidad de neonatología, la madre vivenció la experiencia de contacto piel a piel con su bebé, como si casi igual que sentirla dentro de su guatita. Además relata que su bebé por ser recién nacida se movía poco y que percibía el calor ella que le entregaba a su hija y a la vez experimentando satisfacción al sentir que su hija también le entregaba su calor. En este contexto plantea que su bebé para ella es "especial". A partir de estos contactos la surgen percepciones de mayor intimidad con su bebé, que permiten que tanto el padre como la madre, expliciten ya más liberados de angustias y aprehensiones, el caudal de afectos positivos dirigidos a su hija, evidenciados, a través de expresiones de amor, tanto "caricias verbales" (Barudy), como contacto físico pleno de cariño hacia su bebé y comunión emocional que evidenció una profunda sincronización entre el mundo afectivo de la bebé, en relación al mundo emocional de sus padres, quienes más allá de visibilizarla en tanto prematura, la perciben como "fruto de su amor" y un "ser especial", capaz de despertar en ellos "algo inexplicable".

Percibiendo que este contacto piel a piel, favorecido por la "experiencia canguro", le hizo sentir que con su apoyo y protección entregada a su bebé, estaba influyendo en el tipo de vínculo que estaría desarrollado con su hija. En este sentido, el padre también plantea la misma percepción con respecto a la influencia del contacto piel a piel sobre la relación con su hija, además agrega que experimentó gratamente el contacto piel a piel con su hija, refiriendo haber sentido que su bebé estaba bien y que estaba muy apegada a él, sintiendo su respiración. Percibiendo a su hija como suya (como parte de él) y fruto del amor con su esposa. En este padre, fue posible visibilizar su capacidad empática, a través de su experiencia "de sentir lo

que sienten su esposa y su hija, en este sentido se percibió a sí mismo como capaz de transmitir seguridad y protección a ambas a través de su propia fortaleza. Situándose como sostén protector tanto de la madre, como para la bebé.

Con respecto a los beneficios de contacto piel a piel temprano, favorecidos por el MMC, diversas investigaciones han avalado que favorecería una serie de transacciones reguladas psíquica y biológicamente entre el niño y el cuidador primario (madre y /o padre), que incorporadas en la relación de vínculo parecen ser de gran importancia en el desarrollo óptimo de las funciones de auto-regulación y la organización de una personalidad resiliente y con capacidades adecuadas de manejo de estrés. Los obstáculos en el establecimiento de un vínculo oportuno y saludable, pueden llevar a trastornos futuros del desarrollo psicomotor, social, afectivos y de lenguaje. (Tessier y cols. 1998).

Al respecto, Tessier (1998) evidenció que la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hijo. Por lo tanto, el contacto piel a piel restablece la relación madre-hijo interrumpida por la separación neonatal o inicia una relación cuidador-niño, de una forma tal que tiene altas probabilidades de generar un apego seguro. En este sentido, el autor anteriormente citado, plantea que el contacto físico temprano piel a piel entre la madre y el bebé crea una disposición en el cuidador que le permite detectar y responder de mejor manera frente a las señales del bebé.

Al articular estos aportes, con el presente caso, es posible vislumbrar que los beneficios del MMC, están presentes y son percibidos por los padres a partir de los avances que vieron en la salud integral de su hija. Padres que a partir del uso del MMC, refirieron haber experimentado una sensación de avance y felicidad, cuando contemplaban a su bebé, percibiendo que estaba cada día mejor, subiendo de peso óptimamente y alimentándose bien. En cuanto al estado emocional de madre, cuando vivía la experiencia canguro con su hija, presentó en un principio ciertas aprehensiones durante el período de adaptación al MMC, planteando haber experimentado temores a que se fuese a resbalar de la posición canguro, sostenida sólo por la faja. Sin embargo, refiere que después de haber experimentado una sensación de satisfacción al haber sentido a su bebé tan cerca, percibiendo la respiración de su hija y la sensación de que era capaz de entregarle calor a su hija y a la vez recibir el calor de su bebé. Las investigadoras dan cuenta que la madre, experimenta el presente de su hija, como un período de felicidad y plenitud motivado por los avances de su hija a quien percibe como

una bebé saludable y sin complicaciones. El padre presenta sentimientos similares en torno a la satisfacción que le provoca. El entrevistado refiere experimentar la grata sensación de su crece de forma rápida y normalmente; como si ñunca hubiese sido prematuraö, debido a que percibe a su bebé como una niña sana y hermosa.

Frente a estos hallazgos las investigadoras, dan cuenta de la presencia de ñamor parentalö, el cual se expresa claramente tanto en el discurso de los padres, como en las manifestaciones no verbales de cariño, como el contacto físico estrecho percibido como altamente gratificante tanto por la madre como por el padre y la necesidad imperiosa de entregar lo mejor de sí para el bienestar de su bebé. Con respecto a este contexto, Barudy y Dantagnan sostienen ö El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestarö. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.38).

Con respecto al contexto de despliegue las capacidades y habilidades parentales evidenciada en estos padres, es posible inferir que se vieron potenciadas desde el momento en que el contacto físico fue favorecido, de esta forma la experiencia canguro, se constituyó en una intervención temprana en apego, que más allá de los beneficios biosómicos evidenciados en la bebé, fue posible dar cuenta de un salto cualitativo importante en un apego que en un inicio se veía obstaculizado por la separación mediada por la aparatología médica y la hospitalización materna y los temores y aprehensiones frente a la extrema fragilidad y vulnerabilidad percibida por los padres como una barrera, en el establecimiento de un apego óptimo. Posteriormente fue posible visibilizar que por medio del empoderamiento en la práctica del MMC, tanto la madre como el padre, experimentaron sensaciones de autoeficacia percibiéndose competentes para entregar los cuidados adecuados para ayudar a su hija a madurar óptimamente mediante los cuidados canguro. En este sentido, claramente se visibiliza el compromiso de ambos padres en el proceso de recuperación de su hija.

En consecuencia, es posible plantear que en este caso es posible plantear que en este caso la experiencia MMC, favoreció el establecimiento de una relación de apego más segura y confiada, en donde el padre y la madre fueron capaces de desplegar óptimamente capacidades parentales como la de apegarse a sus hijos (Barudy) capacidad incluye los recursos emotivos, cognitivos y hereditarios, que presentan madres y padres como factores que les permitirían apegarse y vincularse afectivamente a sus hijos e hijas, respondiendo a sus necesidades. Además de presentar en el caso expuesto, una elevada capacidad empática (Barudy), que favorece la sintonía afectiva entre los padres y su bebé, además de denotarse una importante

comuni3n afectiva entre la madre y el padre, lo cual les permitiría unir sus fuerzas coherentemente orientados a alcanzar el bienestar familiar.

A partir de estos hallazgos es posible dar cuenta del tr3nsito desde una relaci3n apego, que en un inicio se configuraba con temores y aprehensiones, ante la vulnerabilidad y fragilidad visibilizada en su pequea beb3. Situaci3n que gradualmente fue transitando hacia el establecimiento de condiciones de mayor contacto f3sico y emocional entre los padres y su hija, a partir del contacto temprano con su beb3, instancia que permiti3 el despliegue de conductas maternas y paternas sensibles a las necesidades afectivas y fisiol3gicas de su hija (Barudy), permitiendo la emergencia de elementos fundamentales para el establecimiento de una relaci3n de apego saludable, en donde estos padres empoderados en rol de cuidadores principales de su hija, lograron sacar a la luz sus capacidades resilientes, a partir de el apoyo mutuo. En este sentido la labor del padre, como cuidador principal de su hija en el inicio de la hospitalizaci3n fue posible visibilizar un profundo compromiso, que lo llev3 a compartir activamente el rol de crianza de su hija, llegando a sintonizarse profundamente con las necesidades de su beb3. En relaci3n a estos hallazgos es posible situar el aporte de Barudy, (2005), quien sostiene que las habilidades parentales son 3los recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres, que les permiten ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evoluci3n. (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 83). Habilidades parentales, que a juicio de las investigadoras se han desarrollado 3ptima y flexiblemente adecu3ndose a las necesidades evolutivas de su hija en condici3n de prematurez. Es as3 como Barudy y Dantagnan, sostienen: 3El ni3o o la ni3a entran en la vida sana por la puerta del apego seguro.3 (Barudy y Dantagnan, 2005, p.85).

Ambos entrevistados manifestaron su experiencia de percibir tanto en un ser superior qui3n influir3a en el proceso de recuperaci3n y evoluci3n positiva de su beb3. Otro factor presente en esta madre como fuente fundamental de esperanza, fue la fe en las propias capacidades de su beb3 prematura para salir adelante en un proceso de recuperaci3n. Adem3s, es posible visibilizar otro factor de resiliencia asociado a la religiosidad o trascendencia que seg3n Emmy Werner, quien refiere que **la Fe religiosa** profunda constitu3a una de las principales caracter3sticas de las personas resilientes. 3Muchos psic3logos han analizado la relaci3n entre la creencia en Dios y el equilibrio psicol3gico3 (Vanistendael y Lecomte, 2002, p. 84). Rebello y Larson tambi3n coinciden con los otros autores y correlacionan fe religiosa y resiliencia; precisando que la relaci3n es generalmente positiva.

Además, es posible evidenciar otros recursos personales que les permitieron fortalecerse y mantener la esperanza en el proceso de superación de las complejas vivencias experimentadas, tanto por la condición de prematuridad de su hija y por la hospitalización materna en el período postparto. En este sentido, la madre refiere haberse sentido apoyada y contenida emocionalmente por parte de las psicólogas de la unidad (psicóloga Chile Crece Contigo y Equipo Canguro) y por el apoyo brindado por el equipo de salud en general, tanto en la recuperación de su hija, como en su propio proceso de hospitalización, manifestando su satisfacción y profundo agradecimiento. Según Cirulnik (2005), frente a una experiencia adversa la persona podría verse favorecida con la presencia de un otro significativo que le brinde la oportunidad de transformar aquello duro, difícil, adverso en algo constructivo, positivo y enriquecedor para su persona. "La resiliencia nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados" (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12).

En este sentido es posible situar como fundamental, el apoyo de su pareja, para la madre, a quién percibió la fortalecía, a partir de contener su profunda angustia y tristeza, ayuda que significó como indispensable para poder salir adelante frente a la adversidad vivida. Manifestando que la fuerza que le transmitía su pareja, le permitió avanzar en la superación de su sufrimiento, tanto a nivel físico como psicológico. En este sentido, tanto la madre como el padre refieren ser una pareja unida desde siempre, lo cual manifiestan es una condición que les ha permitido enfrentar todas las problemáticas que van surgiendo en sus vidas. Otro factor presente en esta madre como fuente de esperanza, fue la fe en las propias capacidades de su bebé prematura para salir adelante en un proceso de recuperación. Con respecto a esta percepción materna y otras más, que fue posible, dar cuenta de una alta capacidad de mentalización o función reflexiva (Fonagy), una alta sensibilidad ante las señales de apego elicítadas por su bebé, factores que les permitieron sintonizarse efectivamente con los estados afectivos de su hija infiriendo sus estados afectivos y fisiológicos. Además de situarla como una òbebé fuerte capaz de salir adelanteö, lo cual se expresa claramente, en la percepción materna de visibilizar en su hija, una fortaleza, ya desde el momento de nacer. Además en los momentos previos al parto, sostiene que su hija manifestaría su intención de alejarse del peligro (ante la infección materna), a través de nacer de forma prematura. Por otro lado la capacidad reflexiva de la madre se hace manifiesta en su narración cuando es capaz de resignificar su experiencia vivida, a través visibilizar la fortaleza y el apoyo recibido de su

marido, significado como un motor para generar esperanza y superación de las situaciones adversas experimentadas durante su propio período de hospitalización y el de su hija. Con respecto a la experiencia paterna, es posible evidenciar adecuada capacidad reflexiva en aquellos comentarios paternos referidos a la atribución de estados mentales a su hija, como por ejemplo la intención atribuida a la bebé, de alejarse del peligro con respecto a su nacimiento prematuro. Además el padre denota, una rica capacidad empática y compromiso afectivo, al percibirse responsable de transmitir seguridad y protección, a partir de su compañía y apoyo, tanto a su hija como a su esposa durante el período de hospitalización de ambas, intentando de esta forma en la superación de la adversidad, en donde es posible inferir en base a las evidencias, que el padre experimenta sin presión y con entrega, el rol de protector en virtud del bienestar de su familia.

En este contexto general, es posible evidenciar la presencia de capacidades y habilidades parentales, que entregarían luces para visibilizar a estos padres como una potencial base segura para su hija, en donde se desplegarían recursos resilientes, tanto de la madre como del padre, con el objetivo de brindar bienestar y confort a su hija, los cuales se constituirían en recursos protectores, más allá de los avatares vividos, a partir del nacimiento prematuro de su bebé y la hospitalización por enfermedad grave la madre.

En relación al estudio longitudinal, a partir de dos momentos de observación de interacción en la díada madre bebé -prematura. Dando cuenta de dos momentos de observación, el primero fue a los 3 meses de edad cronológica y a 1 mes de edad corregida, contada si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente, a las 40 semanas. Es posible evidenciar que en la 1ª instancia de observación, fue posible observar un patrón relacional entre la madre y su bebe, caracterizado por una alta sincronización, y sensibilidad materna. En donde las conductas de apego de la bebé, eran recepcionadas y reguladas adecuadamente por la madre, quién respondió de forma accesible, denotando seguridad y confianza en el manejo de la relación con su hija. Por su parte la bebé presentó conductas de apertura, como el balbucear, dirigiéndose hacia la madre, mirándola por lapsos de tiempo relativamente largos, los que eran acogidos por la madre con caricias, miradas y vocalizaciones. En consecuencia, fue posible evidenciar la sincronización entre los estados afectivos maternos y los de su bebé. Además de una alta capacidad de sensibilidad materna, observada en la capacidad de regulación ante las conductas de apego elicítadas por la hija, arrullándola cuando tendía a inquietarse. Mientras la bebé recepcionaba de forma organizada las conductas maternas, denotando apertura al contacto físico y emocional con su madre, mostrándose alegre,

tranquila satisfecha y cómoda, al momento de la observación. Estos hallazgos son confirmados, a partir de la aplicación de la Escala de Massie Campbell, aplicada a la edad de 10 meses de edad cronológica de la bebé y una edad corregida de 9 meses. Evaluación de la calidad del apego, que confirmó la tendencia al establecimiento de una relación de apego seguro, entre la díada madre - bebé.

En cuanto a la observación de la relación de apego en la díada padre-bebé, a los 3 meses de edad cronológica de la bebé y al 1 mes de edad corregida, contada como si hubiese nacido en la fecha de parto estimada inicialmente, a las 40 semanas. Es posible fue posible observar un patrón relacional entre el padre y su bebé, caracterizado por una alta sincronización y sensibilidad paterna, frente a las señales de su hija. En donde las conductas del padre, lograron regular el leve estrés de la bebé, través de la presencia de una sensibilidad, una adecuada empatía y manifestaciones importantes de afectividad positiva. Dando cuenta de un patrón de conductas de apego seguro, en donde el padre, reguló eficazmente la leve inquietud de su bebé, al cual mantuvo un patrón conductual organizado, presentando conductas de apertura y búsqueda hacia su padre, las cuales eran recepcionadas favorablemente, por el cuidador, quién respondió de forma accesible, sensible y empática ante los requerimientos de su hija. En esta díada se observaron los tres elementos fundamentales de un apego sano, es decir el contacto físico, las manifestaciones de afectividad positiva, regulación eficiente del estrés de la bebé ante la elicitación de conductas de apego. En esta interacción fue posible evidenciar una alta sincronización padre-hija, que se observó en miradas largas compartidas, contacto físico acoplado y vocalizaciones sincronizadas y emociones compartidas. En síntesis, es posible evidenciar un patrón relacional orientado hacia la seguridad del apego en la relación diádica padreóhija. A nivel global, es posible hipotetizar la presencia de una tríada, en el establecimiento del estilo de apego en esta bebé, en donde los aportes, tanto de la madre, como del padre se han constituido en fundantes para la actual organización psicoafectiva de su hija.

Caso III

1.3.1 Experiencia emocional Madre y/o Padre en torno a la Prematurez de su hijo/a.

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

Durante el período de gestación, la madre refiere haber vivido un embarazo normal y sin problemas, hasta el momento en que le diagnosticaron un desprendimiento prematuro de la placenta (DPNI), que se encontraba anteriormente normalmente inserta.

Situación que se tradujo en la decisión médica de realizar una cesárea de urgencia a las 31 semanas de gestación del feto.

b) Experiencia Emocional al Nacimiento:

La entrevistada manifiesta que en momento del parto, su hija no lloró. Con respecto al período inmediatamente posterior al nacimiento de su hija, sostiene que experimentó tristeza, cuando ella se encontraba hospitalizada sin tener a su hija junto a ella, en contraste a las madres que se encontraban a su alrededor junto a sus bebés. La madre relata que conoció a su bebé al día siguiente de haber nacido.

õNo, tampoco lloro.õ (Haciendo referencia al momento del nacimiento de la bebé.) (Madre)

õÍ me daba pena cuando yo estaba hospitalizadaí habían mamás para allá y para allá y yo estaba solaí y yo quería puro tener a la Alicia.õ (Madre)

õÍ yo la conocí al segundo día.õ

c) Experiencia Emocional durante la Hospitalización

Tiempo de hospitalización:

Bebé: 10 días.

Madre: 5 días.

La entrevistada refiere haber experimentando tristeza al ver a su hija dentro de la incubadora, en donde sentía que dentro de todo estaba segura. Sin embargo lo que más le afectó fue que la vio õtan chiquititaõ y conectada a máquinas que sonaban, lo cual le causó mucha tristeza al percibirla tan õfrágilõ. Fragilidad que la movilizaba a desear poder tener a su hija entre sus brazos y a no dejarla sola. En relación a la posibilidad de contacto físico en un primer

momento sostiene que le causaba miedo tocarla, dada su fragilidad y pequeño tamaño. Posteriormente relata que su deseo de tenerla junto a ella y tocarla fue creciendo y cuando pudo mudarla y vestirla por primera vez le resultó una experiencia muy linda al ver a su bebé *õtan chiquititaõ*. En este sentido, es posible dar cuenta que la gran ilusión de ver todos los días a su hija, la movilizaba a estar constantemente acompañándola y a estar pendiente de sus necesidades. Sin embargo al llegar el momento de la separación por las noches, la madre refiere haber experimentado mucha pena, lo que se traducía que llorara al dejarla sola. En este sentido, a la madre le angustiaba y temía de dejar a su hija por las noches, ya que manifiesta que no sabía lo que podía ocurrir durante su ausencia, ya que a su criterio son demasiados niños hospitalizados y el personal de salud, no podría atender a tantos bebés como lo haría su propia madre, la cual sería capaz de entregar la atención, la protección y el cariño necesario para la recuperación de su hija/o.

õí la primera vez que la vií me dio penaí verla en la incubadora y todo eso, ademásí no la vi el primer díaí y después venía y no me quería ir.õ

õí no me imagine que era tan chiquititaí y después la vi y era súper chiquitita.õ

õí La fui a ver e igual me dio pena, porque tenía esa máquina sonando y todo eso. Como que quería tenerla, abrazarla, porque se veía tan frágil.õ

õí igual me daba como miedo tocarla, porque era tan chiquitita y además igual tenía ahí una agujai õ

õí nunca antes lo había sentido y no se me dio miedo igual donde era tan chiquitita, pero después quería sólo tenerla.õ

õí recuerdo que le di pecho yí quedo biení me fui a sacar leche, volví yí estaba hinchadita. Y más encima le había bajado la temperaturai me preocupe, me dio pena, ese díaí llegue a la casa y puro llorando.õ

õí si pues, pero igual sentía que ahí estaba como segura.õ (Haciendo referencia a la incubadora como un obstáculo para contactarse con la bebé.)

õí podía estar un día bien en la incubadora, pero otro día podía no estar tan bien, entonces igual me da miedo esoí después ya me fui acostumbrando a estar aquí y lo único que después quería era estar con ellaí después ya me dijeron; ¿e la puedes llevar? fue como, uhhhí ya está bien, la voy a cuidar yo.ö

õí pasaba toda la noche y tenía que esperar hasta el otro día para verlaí peroí yo no sabía lo que podía pasar durante la noche. Menos mal queí fue esa pura recaída que tuvo, cuando le bajó la temperatura, y esoí pero nunca tuvo otras complicación más, aparte de eso.ö

õí la primera vez queí la vi despiertaí Abrió sus ojitosí como que mirabaí uhhhí fue tan lindoí o la primera vez que la vestí, porque yo no la vestí al tiro me daba miedo porque era tan chiquitita, como no la mudé tampoco al tiroí y fue no séí fue sus patitasí todo chiquititoí fue súper lindo, incluso ahora paso por Neonatología y me da nostalgia, pero todo bien.ö

õí uno tenía una ilusión súper grande de verla todos los días y esoí eso a mí me daba fuerzaí saber que yo tenía queí verla a ellaí me sentía súperí eso me daba harta fuerzaí ö

õí me dio penaí ahí me acordé queí la tenía acá poí ö

õí que estuviera solita, donde era tan chiquititaí es que igual yo pensaba es que son tantos niños y no séí no le van a dar la atención que le da uno, el cariño que le da uno así, la proteccióní todo esoí porque ellos (equipo de salud de la Unidad de Neonatología) tienen que ver por todosí no por uno sóloí eso me daba pena que estuviera aquí solita.ö

d) Experiencia Emocional Post Hospitalización:

Con respecto a la etapa posterior a la hospitalización, la entrevistada manifiesta que el percibir que su hija ha crecido tan rápido la hace sentir orgullo y estar muy feliz junto a ella. En este sentido refiere que ahora que está en la casa ha podido hacer un vínculo mayor al que tenía con ella cuando estaba dentro de la incubadora y período en que apenas se atrevía y podía tocarla . En cambio hoy en día siente que su relación con su hija es distinta, percibiendo que

su bebé la entiende y la busca con la mirada transmitiéndole que sea ella quien la cuide y la proteja.

*õí ahí no, porque ahí yaí la iba a cuidar yo, iba a estar pendiente las 24 horas de ella.õ
(Refiriéndose al sentimiento de miedo que la madre tenía durante la hospitalización de su bebé.)*

õSíí (En referencia a la pregunta: ¿Tú la sentías segura contigo?), por eso más que nada, sentí felicidad cuando me dijeron que me la podía llevar.õ

õí subió de peso súper rápidoí llegó a los 2 kilos en una semanaí entoncesí por eso mismo siento que yo la ayude igual donde la tuve conmigo, cerquita y todo.õ

õí ahora la veo y esta súper grandeí me da como orgullo, porque creció súper rápido.õ

õí ahoraí puro feliz no mas, le habloí siento que me entiendaí que me conoce, porque cuando se la paso a otra persona me queda mirando así y yo me corro y me sigue por la vista y como que me dice todo.õ

õí cuando estaba en la Neo, no lo sentía. Sentíaí como que yo tenía que cuidarla, pero no sentía como lo que siento ahoraí como que ella me dice ~~enme~~ tú, cuídameø pero cuando estaba en la Neo no.õ

õí ahora hemos hecho un vínculoí que no teníamos cuando ella estaba ahí en la incubadoraí yo la tenía que ver así pero no la podía sacar por tanto rato.õ

1.3.2 Experiencia MMC

a) Vivencia Emocional

La entrevistada refiere haber experimentado que el uso del MMC, le permitió vincularse de mejor forma con su hija, sosteniendo que este contacto tan cercano facilitó el que hoy su hija la busque con la mirada y la entienda, lo cual la hace sentir que están conectadas. En este sentido, la madre manifiesta que la experiencia con el método canguro, la hizo sentirse confiada de poder entregar a su hija protección y seguridad. No obstante en un primer

momento cuando se llevó a casa a su hija en canguro, experimentó aprehensiones derivadas del temor a que su hija se fuese a ahogar, o a que la niña pasara frío, pero posteriormente se dio cuenta que su bebé estaba calentita como en una incubadora junto a ella y que subió de peso rápidamente y además de que la bebé se tranquilizaba con el contacto piel a piel con ella. En este sentido, experimentó que a través de la práctica del MMC, le era posible tener a su hija muy cerca de ella, y esto la hacía sentir muy feliz de ver a su hija, tan linda, tan tierna y tan protegida dentro del canguro.

õí cuando me dijeron lo del Canguroí yo igual penséí obvio que sí, pero no pensé que me la iba a llevar tan luego. Yí ese día la doctora fue, y me dijo; ñno, si ya se vaõ

õí me dio como cosa, porque era tan chiquitita y pensaba que se podía ahogar y después se quedó ahí tranquilitaí le gustaría, que se yo.õ

õMe gustó, me sentí súper feliz, porque ya la teníaí la sentí, como súper cerca de mí.õ

õí es donde está conmigo, entonces está más segura, a parte uno le da pecho, la cantidad que ellos toman, no tienen que calentar la ropita y nada, están ahí calentitos, tan así como en incubadora.õ (En referencia a la pregunta de a que se debió el que haya subido de peso.)

õí cuando yo estuve en canguroí salía súper poco, porque me daba miedo sacarla al aireí y cuando venía para acá, como que no se notaba porque cuando venía en la mañana yo venía aquíí con una manta arribaí igual la miraban así como; ñh la niñitaõ

õYoí la sentí que estaba más segura conmigoí que yo la protegía más, además que subió súper rápido de peso, que eso es lo que importaí confíoí porque conmigo resultó y ahora está súper grande.õ

õí cuando estaba aquí, cerquita míoí estaba comoí incubandoí yo creo que eso me ayudo haí como a vincularme con ella, que sintiéramos lo mismoí que ella supiera, por ejemplo no seí cuando yo la estaba mirando, no seí que supiera todo eso.õ

b) Percepción contacto piel a piel

Con respecto a su experiencia con el contacto piel a piel con su hija, la entrevistada refiere que la sintió muy cerca de ella, sintiendo que su hija estaba muy cómoda y calentita dentro del

canguro y alimentándose debidamente desde el pecho y subiendo rápidamente de peso. Sin embargo manifiesta haber experimentado temor a que su hija se fuese a caer de dentro de la faja o a que se pudiese enfriar con la temperatura ambiental. En este sentido plantea que al pasar de los días se fue acostumbrando y las aprehensiones fueron desapareciendo poco a poco. Así fue experimentando que su hija se sentía segura y protegida a partir del contacto piel a piel, tanto con ella como con su padre, ya que sostiene que durante las noches su pareja se hacía cargo de tener a su hija en canguro, logrando adaptarse y disfrutar de ello.

õí me dio como cosa, porque era tan chiquitita y pensaba que se podía ahogar y después se quedó ahí tranquilitaí le gustaría, que se yo.õ

õIguale me daba miedo que se fuera a caer, andaba con la mano, peroí después yo me fui acostumbrando y era normal para mí. Pasaba casi todo el día con ella y en la noche el papá dormía con ella.õ

õí lo que pasa es que estaba sentado no más con ella, no tenía que movilizarse, yo creo que se adaptó bien porque nunca me dijo; -esto me molestaø (refiriéndose al padre de la bebé)í al contrario sentía que la niña estaba súper cómoda y hasta ahora todavía yo duermo con ella y tengo que estar con ella aquí en el pecho, en la cama a veces no le gusta dormir.õ

õí ella (la bebé) se veía tan tierna, tan linda, tan protegida, como que yo la protegía, la cuidabaí eso fue lo que más me gusto.õ

õYoí la sentí que estaba más segura conmigoí que yo la protegía másí õ

õí cuando estaba aquí, cerquita míoí estaba comoí incubandoí yo creo que eso me ayudo haí como a vincularme con ella, que sintiéramos lo mismoí que ella supiera, por ejemplo no seí cuando yo la estaba mirando, no seí que supiera todo eso.õ

c) Recomendaciones y otras observaciones al MMC

En relación a recomendar el MMC a otros padres, la entrevistada refiere que confía en el método basándose en su experiencia de ver como su hija subió rápidamente de peso y a su percepción de que su hija se sentía más segura y protegida a partir del contacto piel a piel. Por otro lado manifiesta que cuando la dieron de alta en canguro y salió a la calle con su hija en

contacto piel a piel sobre su pecho, la gente se consultaba de que se trataba lo que estaba haciendo, lo que le ayudó a percibir que las personas no tienen información sobre este tratamiento alternativo para bebés prematuros.

õÍ cuandoÍ me la dieron de altaÍ conÍ canguroÍ me decían; ÷¿Que es eso?¿ Yo les expliqué, en realidad la gente no tiene idea, de hecho, acá afuera le digo; ÷vengo al control del canguro¿ y me dicen ÷¿Qué es eso?¿ y ahí uno tiene que explicarleÍ ò

õobvioÍ De por sí la niña, yo me la llevé con 1 kilo 700 y algoÍ yÍ 2 días después, yo la traje a control y pesaba 1 kilo 900.õ (en referencia a si recomienda o no el método mmc)õ.

õYoÍ la sentÍ que estaba más segura conmigoÍ que yo la protegía más, además que subió súper rápido de peso, que eso es lo que importaÍ confíoÍ porque conmigo resultó y ahora está súper grande.õ

õÍ si dar la opinión de lo que me pasó a mí.(en referencia a la pregunta si recomendaría el mmc, a otros padres) Yo por lo menos con ella, la sentÍ que estaba más segura conmigoÍ que yo la protegía más, además que subió súper rápido de peso, que eso es lo que importa y síÍ ¿ otro papá tendría que usarlo?, yo confío en eso porque conmigo resultó y ahora está súper grande.õ

1.3.3 Capacidades Parentales

a) Capacidad de Mentalización

Las investigadoras evidencian en la narración de la entrevistada, indicadores de la capacidad de mentalización, en los cuales es posible dar cuenta en los fragmentos de discurso, en donde la madre infiere estados mentales intenciones y deseos transmitidos por a su bebé. En este sentido la capacidad de leer la mente de su hija, se hace manifiesta se hace manifiesta en su narración cuando la madre refiere sentirse conectada y sintonizada con su bebé al percibir que su hija le transmite mensajes a través de sus miradas y conductas, en donde la hace sentir que busca su protección, cuidado y compañía. En este contexto, atribuye esta mayor vinculación afectiva con su hija, a la mayor cercanía favorecida por el contacto prolongado piel a piel, el cual pudo experimentar con mayor intensidad durante el uso ambulatorio del método madre canguro, instancia en donde pudo inferir en su hija estados mentales de percibiendo que su

hija la entiende y que es capaz de sentir la protección y cuidados que ella como madre se esfuerza por entregar a su hija.

õÍ cuando estaba aquí, cerquita míoÍ estaba comoÍ incubandoÍ yo creo que eso me ayudo haÍ como a vincularme con ella, que sintiéramos lo mismoÍ que ella supiera, por ejemplo no séÍ cuando yo la estaba mirando, no séÍ que supiera todo eso.õ

õYoÍ la sentÍ que estaba más segura conmigoÍ que yo la protegía másÍ ahoraÍ puro feliz no mas, le habloÍ siento que me entendiéÍ que me conoce, porque cuando se la paso a otra persona me queda mirando así y yo me corro y me sigue por la vista y como que me dice todo.õ

õÍ cuando estaba en la Neo, no lo sentía. SentíaÍ como que yo tenía que cuidarla, pero no sentía como lo que siento ahoraÍ como que ella me dice ¿enme tú, cuidameø pero cuando estaba en la Neo no.õ

õÍ ahora hemos hecho un vínculoÍ que no teníamos cuando ella estaba ahí en la incubadoraÍ yo la tenía que ver asíÍ pero no la podía sacar por tanto rato.õ

õÍ es donde está conmigo, entonces está más segura, a parte uno le da pecho, la cantidad que ellos toman, no tienen que calentar la ropita y nada, están ahí calentitos, tan así como en incubadora.õ (En referencia a la pregunta de a que se debió el que haya subido de peso.)

b) Capacidad Empática

Las investigadoras dieron cuenta que en los fragmentos de discurso de la madre es posible evidenciar las percepciones sintonización con las vivencias internas de su hija, a partir de la presencia de una desarrollada capacidad empática denotada en los relatos de la madre referentes al dolor y fragilidad percibidos en su bebé prematura durante de hospitalización, donde fue intervenida con toda suerte de tratamientos que para madre resultaron invasivos e impactantes. En este sentido manifiesta haber experimentado una profunda tristeza al visibilizar a su hija como tan pequeña y frágil. Por otro lado la madre, denota una gran preocupación por satisfacer las necesidades de su bebé de protección y cuidado, al expresar su profunda angustia ante la separación que implicaba dejarla por las noches en el hospital, ya que imaginaba que el personal no podría entregarle los mismos cuidados y seguridad que ella como madre podía otorgar a su bebé.

õí me dio como cosa, porque era tan chiquitita y pensaba que se podía ahogar y después se quedó ahí tranquilitaí le gustaría, que se yo.õ

õí recuerdo que le di pecho yí quedó biení me fui a sacar leche, volví yí estaba hinchadita. Y más encima le había bajado la temperaturaí me preocupe, me dio pena, ese díaí llegue a la casa y puro llorando.õ

õí si pues, pero igual sentía que ahí estaba como segura.õ (Haciendo referencia a la incubadora como un obstáculo para contactarse con la bebé.)

õí que estuviera solita, donde era tan chiquititaí es que igual yo pensaba es que son tantos niños y no séí no le van a dar la atención que le da uno, el cariño que le da uno así, la proteccióní todo esoí porque ellos (equipo de salud de la Unidad de Neonatología) tienen que ver por todosí no por uno sóloí eso me daba pena que estuviera aquí solita.õ

õí yo miraba la foto de ellaí y me daba penaí nunca lloré en el hospitalí la única vez que lloré fue cuando llegué allá (Unidad de Neonatología) y vi la cuna, esa vez lloréí y una vez queí yo me fui de acáí con mi pololo y ahí me dio harta penaí porqueí llevaba comoí 7 díasí 8 díasí entoncesí me daba pena porque se quedaba solita, y a lo mejor también era el hecho de que andaba sensible algo así.õ

c) Amor parental

La profunda capacidad de empatizar con su bebé de la entrevistada, se ve enriquecida por la vivencia de intensos sentimientos de comunión y afectos positivos dirigidos a su hija. En este sentido la madre, manifiesta que la llegada de su ha significado una gran felicidad y que sus avances se han constituido para ella en un gran orgullo. Además refiere sentir la necesidad de entregar òtodo a su hijaõ para lograr su bienestar y que esta motivación la ayudó a fortalecerse para enfrentar las dificultades derivadas de la condición de prematuridad de su niña. En cuanto a los afectos positivos presentes en el padre para su hija, la madre refiere percibir que ara su pareja, la niña ões la luz de sus ojosõ y también experimentaría una gran felicidad, dando cuenta que sentiría una vinculación especial con su hija, dada por el contacto favorecido por la práctica del MMC.

õí lo que siento por ella es comoí no podría explicarlo, es como felicidadí Es súper grande lo que siento por ella, o sea todo lo que siento, todo lo que tengo lo hago por ella.ö

õí un hijoí es un hijo, uno obvio que va, no sé, todoí todo por un hijoí y eso me dio harta fuerzaí ö

õí el (padre de la bebé) también siente que tiene ese vínculo con ellaí la Alicia son la luz de sus ojos, está súper chocho con la Alicia.ö

1.3.4 Recursos Personales

a) Fe y Fortaleza

En cuanto a los recursos internos de fe y fortaleza evidenciados en la entrevistada, es posible inferir a partir de su discurso, que la madre se sintió fortalecida por medio de la esperanza en la recuperación de su hija y el profundo compromiso con el bienestar de su bebé. En este sentido, la entrevistada manifiesta sentirse movilizada por la fuerza que le generaba la ilusión de poder acompañar a su hija, protegerla y cuidarla. En este contexto, el sentir que como madre era capaz de entregarle òtodoö a su hija, la hizo sentir que gracias a sus cuidados su hija ha ido evolucionado rápidamente y favorablemente, constituyéndose en un motivo de felicidad y orgullo tanto para ella, como para el padre de su bebé.

õí uno tenía una ilusión súper grande de verla todos los díasí eso a mí me daba fuerza igualí saber que yo tenía queí verla a ellaí . me sentía súperí eso me daba harta fuerzaí ö

õí un hijoí es un hijo, uno obvio que va, no sé, todoí todo por un hijoí y eso me dio harta fuerzaí ö

õí subió de peso súper rápidoí llegó a los 2 kilos en una semanaí entoncesí por eso mismo siento que yo la ayude igual donde la tuve conmigo, cerquita y todoí ahora la veo y esta súper grandeí me da como orgullo, porque creció súper rápido.ö

1.3.5 Redes de Apoyo

a) Apoyo Pareja

Con respecto al apoyo recibido de parte de la pareja, la madre refiere haber experimentado que su pareja le transmitía una gran fortaleza a través de su apoyo, tanto en el período de hospitalización de su bebé y el de ella. Manifestando que este apoyo, le sirvió para superar su la tristeza y la angustia que sentía al estar lejos de su bebé. Apoyándola durante la experiencia de MMC ambulatorio, viviendo juntos y compartiendo los cuidados de su hija.

õÍ yo miraba la foto de ellaí y me daba penaí nunca lloré en el hospitalí la única vez que lloré fue cuando llegué allá (Unidad de Neonatología) y vi la cuna, esa vez lloréí y una vez queí yo me fui de acáí con mi pololo y ahí me dio harta penaí porqueí llevaba comoí 7 díasí 8 díasí entoncesí me daba pena porque se quedaba solita, y a lo mejor también era el hecho de que andaba sensible algo así.õ

õese día igual yo llegué y estaba justo mi pololo en la casa, porque esa vez tenía licenciaí y él me apoyo y todo.õ

õSíí en el parto cuando estuvo conmigo y vino todos los díasí todos los días que estuvo ellaí el cualquier cosa para la niñaí entonces súperí yo me sentí súper apoyada, las veces queí lloré yo por ella, también él estaba conmigo, me decía que ya iba a estar con nosotrosí si ya iba a estar mejorí õ

õSi también hizo, (en respuesta a la pregunta si el padre hizo canguro) pero en la casa, él venía en las tardes eso síí y en la noche el papá dormía con ella. (con la bebé en canguro)õ

b) Apoyo Familia

La entrevistada entregó sus percepciones con respecto al apoyo recibido de parte de sus suegros y su tía, quienes a su criterio la ayudaron mucho, para que ella pudiese dedicarse a acompañar a su hija, mientras ellos se hacían cargo de las tareas del hogar, durante el período de hospitalización de la bebé.

õí ellos (refiriéndose a sus suegros) me ayudaban hartooí a veces se me hacía difícil estar con ella, ordenar, hacer las cosas y ellos me ayudaban.õ

oí igual, mi tía cualquier cosa todo para ella.ö

c) Apoyo de Pares dentro de la Unidad de Neonatología

Con respecto a este tópico la entrevistada relata que entabló una relación amistad con una madre, que al igual que ella tenía su bebé hospitalizado en la unidad de Neonatología.

oí me acuerdo de una señoraí que estaba ahí (Unidad de Neonatología) todo el díaí y ella se fue un día antes que yo, y con ella nos llevamos súper biení hablamosí ö

1.3.6 Experiencia con el Equipo de Salud

a) Apoyo, Contención Emocional y Comunicación

La entrevistada refiere que el personal de salud de la unidad siempre estuvo dispuesto a informarle amablemente sobre el estado de salud de su hija. Además manifiesta que la ayudaron durante el proceso de vincularse con su hija, a partir de apoyarla e instruirla sobre el uso del MMC, facilitando el contacto piel a piel con su bebé. En este sentido manifiesta que percibió a parte del equipo de salud como personas simpáticas, quienes la atendieron muy bien. Destacando la labor de algunas doctoras, en quienes ella percibió una especial deferencia al mostrarse abiertas de informarla y responder sus dudas de forma amable y comprometida con el proceso de recuperación de su hija. En síntesis plantea que no tiene ningún reclamo dirigido hacia la atención recibida durante la estadía de su bebé en la Unidad de Neonatología.

oí no tengo ningún reclamo con nadaí siempre me atendieron biení sobre todo las dos doctoras que me atendieron aquíí ellas me han atendido súper biení son súper preocupadas y cualquier duda que yo tengo ahí la responden súper biení Ese mismo día (refiriéndose al día en que vio por primera vez a su bebé) me dijeron; ¿Te lavaste las manos?.. Si se puede tocará ñmira mete las manitos por aquíö

oí ellos fueron como súper simpáticos y amables conmigoí me dijeron; ¿Va hacer Canguro mami?... yo le dije ¿Qué era esoö yo no tenía idea que era eso; no, te la pones aquí en la polera y eso es todoö

oí yo le preguntaba al doctor, cuando me la podía llevar, porque yo quería tenerla conmigo, entonces me dijo ¿es relativo, solo Dios sabe, puede pasar meses estando aquí ö

oí cualquier duda que yo tenía o siempre yo les preguntaba cómo estaba ella y nunca me dijeron; ¿no espérate, estoy ocupadaø noí ö

b) Sugerencias

En cuanto a las sugerencias dirigidas al Equipo de Salud de la Unidad de Neonatología, la madre refiere que le resultaría óptimo, el que los padres tuvieran un mayor tiempo de acceso a la unidad, para apoyar en el proceso de recuperación y acompañamiento de los bebés, ya que percibe que el padre de su hija sentía mucha tristeza de no tener a su hija junto a ellos, por lo que deseaba tener más contacto con su bebé durante el período de hospitalización.

oí deberían dar más horario de visita para los papás, porque en la noche se hacía súper corto ese ratito y en el día hay papás que no pueden venir porque trabajan, yo creo que debería dar más horas en la nocheí Porque igual los papás siempre quieren estar con sus hijos, y pensar que por lo menos a mí y a mi pololo nos da mucha pena ir y dejarla aquí y pensar, ¿Cuándo va a estar con nosotros?ø Entonces como que uno quería estar más rato, es media hora no más en la noche.ö

Caso III

1.3.7 Observación Interacción díada Madre-Bebé

Madre: Edad: 18 Primigesta

Bebé: Fecha de Nacimiento: 13/11/10 Semanas de Gestación: 33

Fecha 40 semanas: 07/01/11

Edad Cronológica en la entrevista: 4 meses + 4 semanas.

Edad Corregida en la entrevista: 3 meses.

a) Descripción 1ª Observación Interacción díada Madre óBebé (Ver anexos)

b) Interpretación 1ª Observación Interacción díada Madre-Bebé

Al observar los indicadores de apego presentes en esta díada se puede dar cuenta que:

Existe contacto físico, la madre acaricia constantemente a la bebé, le da palmaditas, la toma en brazos. Mientras la acaricia también se logra percibir las vocalizaciones maternas dirigidas a su bebé, en un tono de voz calmo y suave, el cual al cabo de algunos minutos se ve teñido por una leve angustia, ante la inquietud de la bebé.

Con respecto al contacto visual, se puede dar cuenta que la bebé busca constantemente la mirada de la madre, mientras que en aquellos momentos en que no lo consigue se queja, mueve sus brazos y piernas. Al momento en que logra captar la atención de la madre, esta (la bebé) se calma por algunos minutos. Observándose que la bebé, busca la mirada de la madre, la cual en ese momento se encuentra concentrada en dar cuenta de su experiencia en torno a la prematurez de su hija, a quién mira cada vez que recuerda acontecimientos relativos a su nacimiento y hospitalización. Se observa durante el contexto de entrevista, que la bebé se queja y se pone inquieta, conductas que la madre intenta regular mediante el contacto físico y las vocalizaciones cariñosas, las cuales no logran del todo regular el estrés de la bebé. Por lo que la madre demuestra una leve angustia, en la que intenta utilizar todos sus recursos para poder interpretar las señales de su bebé. En donde la acaricia constantemente, le habla, la mira, la cambia de posición en reiteradas veces durante la entrevista, la pone al pecho varias veces, etc. En este sentido, es posible dar cuenta que la madre y la bebé se verían afectadas, por la situación estresante derivada de la entrevista, en donde la madre se vio afectada emocionalmente al recordar momentos difíciles acontecidos durante el período de

hospitalización y recordar los momentos de separación de su hija que debió enfrentar producto de la internación de su bebé en la unidad de neonatología. Frente a este contexto es posible hipotetizar que la capacidad de sensibilidad materna en esta madre, podría verse afectada, por el contexto estresante generado por el recuerdo de situaciones que le resultaron angustiosas y tristes. No obstante, fue posible evidenciar una coherencia interna entre el relato materno y la experiencia emocional que lo acompañaba, dando cuenta que esta madre, logra regular efectivamente su mundo emocional, expresando señales afectivas claras, en donde los afectos negativos asociados al recuerdo de una situación estresante para madre y su bebé, son relatados con libertad, como a su vez los afectos positivos son relatados y expresados con claridad, lo que permitió a las investigadoras decodificar con claridad las experiencias emocionales maternas. Ante este contexto, es importante dar cuenta que la madre como la bebé se encontraban sometidas al estrés antes citado, clima emocional en donde tanto la madre como su hija, se vieron afectadas emocionalmente durante la observación.

Sin duda, es posible dar cuenta de cierta ansiedad bidireccional en la díada, en donde tanto la madre como la bebé se ven afectadas momentáneamente, sin desbordarse emocionalmente, en donde la madre, fue capaz de modular su propia expresión afectiva y la de su hija por momentos. Sin embargo, fue posible dar cuenta de la presencia de elementos de apego tendientes a la ambivalencia en los momentos de mayor estrés. Según los aportes integrativos de Lecannelier (2007), es posible dar cuenta que se ha demostrado que existe una conexión, entre coherencia narrativa y las relaciones vinculares tempranas entre los cuidadores y sus bebés, en donde estos mecanismos estarían relacionados con la calidad y tipo de apego temprano.

Caso III

1.3.8 Escala Massie Campbell ó Indicadores de Apego

Díada Madre ó Bebé

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses + 3 semanas.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 8 meses.

Identificación según los indicadores el estilo de apego:

La díada presentaría según los indicadores y/o elementos que evalúa la escala Massie Campbell, como un estilo de **Apego Seguro**, en donde la madre y el bebé suelen estar en casi

todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.

Caso III

1.3.9 Interpretación Integrativa: Escala Massie Campbell ó 1ª Observación

Díada Madre ó Bebé

Esta díada, durante la 1ª observación, al momento en que la bebé presentaba una edad 4 meses + 3 semanas y 4 días de edad cronológica, se observó una ansiedad moderada en la madre, al no poder regular efectivamente el estrés de su bebé. Situación, la cual se veía influida por la rememoranza de la sus percepciones y emociones en torno a la prematurez de su bebé, recuerdos ante los cuales la madre, vio por momentos invadida por la pena y la angustia. Teniendo en consideración que esta madre es una adolescente, es posible inferir, cuan difícil le resultaría el cambio de convertirse tan tempranamente en madre. Sin embargo, más allá de su tono emocional un tanto angustioso, se visibiliza una tendencia a buscar contacto con su hija de forma cálida y cariñosa, esmerándose en dar respuesta ante las señales de su bebé, la cual se inquieta al no recibir la atención que esperada por parte de su madre, ya que ésta última se ve dividida por tratar de conectarse con su vivencia emocional y por el otro lado tratando de mantenerse alerta ante las señales de su hija, quien despliega conductas de apertura como la búsqueda del rostro materno, fijando la mirada por lapsos de tiempo largos y cortos alternados, en la mirada de la madre, quien la acoge con cariño y ternura. Frente al contexto de entrevista es posible evidenciar que tanto la madre, como su bebé se vieron perturbadas por el estrés experimentado por la madre, al recordar momentos difíciles e importantes de su vida, ante lo cual la bebé se muestra inquieta elicitando conductas de búsqueda y proximidad hacia la madre, quién a pesar de el despliegue de emociones

detonadas por el recuerdo de momentos difíciles, intenta y logra en algunos momentos regular y contener el estrés de su bebé, al alimentarla, arrullarla, acariciarla y dirigiendo vocalizaciones cariñosas en tono suave y calmo hacia su hija, díada que en algunos momentos logra sincronizarse. En este sentido, es posible hipotetizar que esta díada, se vio impactada experimentando el contexto de entrevista como estresante, en donde la madre recordó sus temores y angustias, conectándose en momentos con esas emociones, ante lo cual la bebé responde sincronizadamente experimentando inquietud e incomodidad. Sin embargo en momentos que la madre se conecta con situaciones que le hacen conectarse con afectos positivos la bebé tiende a relajarse y acoplarse a su madre. Por lo tanto es posible observar una sincronización en esta díada, sin embargo algunas de las conductas observadas, fueron del orden de la preocupación y ambivalencia, denotando cierto nivel de inseguridad en la relación de apego.

Posteriormente a esta experiencia de observación, se aplicó la escala de Massie Campbell, a la edad de 9 meses y 3 semanas de edad cronológica. En esta evaluación de la calidad del vínculo de apego. En donde fue posible evidenciar que la madre ha logrado desarrollar una adecuada sensibilidad materna, frente a las señales elicítadas por su bebé, entregándoles una respuesta adecuada y oportuna, siendo capaz de regular efectivamente la afectividad de su bebé, frente a situaciones de alto estrés, como lo es el examen pediátrico, manteniendo conductas parentales que denotaron seguridad y confianza, a través de una tonalidad afectiva caracterizada por la tranquilidad y cariño. En donde la bebé, a su vez se mostraba muy tranquila, relajada, en constante contacto visual con su madre, sin alterarse, y cuando esto ocurría (que la bebé comenzara a alterarse o ponerse inquieta) la madre mediante caricias y vocalizaciones era capaz de regular el estrés de la bebé, la cual responde con conductas de apertura, mostrándose satisfecha y cómoda al recibir la contención materna frente al estrés. En este contexto es posible evidenciar un salto cualitativo en relación a la primera instancia de observación de indicadores de apego, configurándose una tendencia al establecimiento de un estilo vincular seguro en la díada madre-hija, caracterizado por una elevada sincronía madre ó bebé y el desarrollo de una óptima capacidad de responder adecuada y prontamente ante las señales de su hija, otorgándole una òbase seguraö.

1.3.10 Análisis Interpretativo Caso III

En el presente caso, es necesario dar cuenta de algunos antecedentes que permitirán dimensionar la articulación entre embarazo adolescente, prematuridad del bebé y hospitalización temprana.

Con respecto, a la temática del embarazo adolescente (Ortiz, Borré, Gutiérrez y Carrillo, 2006) trae consigo una serie de consecuencias psicosociales sobre la futura madre, por un lado las exigencias de cuidado del recién nacido, la pérdida de opciones sociales estudiantiles y laborales, junto muchas veces con restricciones económicas, escaso apoyo familiar en y la vivencia de la maternidad sin la presencia comprometida del padre del bebé. Constituyen en un escenario adverso, en donde el desafío de ser madre, se ve teñido por altos niveles de ansiedad y temores. De acuerdo a la teoría del apego, la conducta materna es determinante en la construcción de los vínculos afectivos entre la madre y su bebé. Ainsworth y Marvin (1995), centran sus investigaciones en la Sensibilidad Materna para explicar el inicio de las interacciones de apego entre madre y bebé. Para estos autores una madre o cuidador sensible modifica su propio comportamiento de acuerdo a las necesidades de su bebé, es accesible a él, y es capaz de regular sus estados afectivos a través de una interpretación adecuada y oportuna ante las señales del bebé. Ainsworth, identificó 4 elementos fundamentales en la capacidad sensibilidad materna, los cuales son: la conciencia de las señales del bebé, la interpretación adecuada de estas señales y una respuesta pronta a éstas. En este sentido, el concepto de sensibilidad materna abarca una serie de procesos que van desde la identificación, la interpretación, hasta a la acción adecuada y pronta ante las señales afectivas del bebé. (Lecannelier, 2006)

Diversas investigaciones sobre maternidad adolescente (Andreozzi, Flanagan, Seifer, Brunner y Lester, 2002) evidenciaron que las madres adolescentes investigadas, no se presentaron diferencias significativas entre los estilos de apego que establecieron con sus hijos e hijas, en relación a madres no adolescentes y sus bebés. Sin embargo se evidenció que las madres adolescentes se vieron enfrentadas a altos niveles de estrés generado por la maternidad. Otros autores (Hopps y Elster, 1987), evaluaron el patrón de apego de 40 niños de madres adolescentes en situaciones naturales (casa) y de laboratorio (test de Situación Extraña) a los 6 y 14 meses de edad de los bebés, los investigadores evidenciaron que estas diadas presentaban una mayor probabilidad de establecer un tipo de apego inseguro-evitativo que diadas compuestas por madres adultas y sus hijos. Main y Solomon (1987) concuerdan con estos

hallazgos y concluyen que los bebés de madres adolescentes presentarían un riesgo mayor de desarrollar un patrón de apego desorganizado.

Con respecto a la hospitalización temprana Posada y cols. (1999), evaluaron la influencia del contexto en que se dan las interacciones tempranas de la díada y su repercusión sobre el vínculo de apego. Realizando una comparación entre un contexto estresante como la hospitalización del bebé frente a la experiencia vivida por la díada en el hogar. El caso de la interacción de la díada en un contexto cotidiano (hogar), se relacionó con conductas de seguridad en el infante. En cuanto a las madres, se evidenció una adecuada sensibilidad materna frente a las necesidades de sus hijos e hijas. En relación al caso de la interacción de la díada madre-bebé, en un contexto intrahospitalario, se observó un alto estrés en la díada, que obstaculizó el establecimiento de una relación de apego caracterizada por la seguridad y la confianza. En este contexto la hospitalización temprana del bebé, ha sido descrita como un factor potencialmente negativo sobre el desarrollo del infante, configurándose en una barrera en el establecimiento en el apego temprano. Las investigaciones de Ortiz, Borré, Gutiérrez y Carrillo (2006) sobre madres adolescentes colombianas que practicaron el método madre canguro con sus bebés prematuros, arroja evidencias importantes en torno a sensibilidad materna, evidenciándose que las madres adolescentes que practicaron el MMC, presentaron un nivel de sensibilidad materna similar a los obtenidos por madres adultas. Los autores concluyen que el grado de sensibilidad, de las madres adolescentes investigadas permitió que los bebés, permitió que los bebés acudieran a ellas como fuente de seguridad frente a situaciones estresantes. Una contribución clara de este estudio es constituirse en evidencia empírica de que el método Madre Canguro, tiene un efecto positivo sobre la sensibilidad materna, disminuyendo significativamente el efecto de variables de riesgo como la hospitalización, la pobreza, la prematurez y la maternidad adolescente.

En presente caso es posible dar cuenta que la variable de embarazo adolescente se ve complejizado por la prematurez de la bebé y la consiguiente hospitalización de la niña. Frente a este contexto, es posible dimensionar que en este caso, se conjugan diversas aristas, que se constituyen en un antecedente importantísimo para evaluar el desarrollo del vínculo de apego entre la madre y su bebé prematuro, caracterizado por períodos de separación que la madre vivenció con profunda tristeza y angustia.

Durante el período de gestación, la madre refiere haber vivido un embarazo normal y sin problemas, hasta el momento en que le diagnosticaron un desprendimiento prematuro de la placenta (DPNI), que se encontraba anteriormente normalmente inserta.

Situación que se tradujo en la decisión médica de realizar una cesárea de urgencia a las 31 semanas de gestación del feto. Desde ese momento todo cambió para esta madre, al momento del parto no tuvo contacto alguno con su hija, aludiendo que tampoco logró oír su llanto, por lo que experimentó una profunda tristeza. Después de dos días de nacida su hija, pudo conocerla, ya que anteriormente su delicada condición de salud derivó en la prescripción médica de reposo absoluto.

La madre experimentó tristeza al ver a su hija por primera vez dentro de la incubadora, en donde sentía que dentro de todo estaba segura. Sin embargo lo que más le afectó fue que la percibió tan chiquitita y desconectada a máquinas que sonaban, lo cual le causó mucha tristeza al percibirla tan frágil. Fragilidad que la movilizaba a desear poder tener a su hija entre sus brazos y a no dejarla sola.

En cuanto a las expectativas previas al nacimiento de su hija, presentes en esta madre, es posible inferir que dado el curso totalmente normal de su embarazo, hasta el momento de la urgencia médica de practicar una cesárea, dado que la condición de salud de la madre resultaba riesgosa para el feto en gestación. Es posible dar cuenta del impacto de esta madre adolescente al percibir la fragilidad y pequeño tamaño de su hija, intervenida por aparatología médica que la separaba de ella, no permitiéndole desplegar su necesidad de brindar protección a su niña, en quién percibía que la necesitaba mucho debido a su condición de prematuridad.

Bialoskurski y cols. Plantean en base a sus investigaciones en torno a las díadas madre-bebé prematuro, que las expectativas de estas madres estarían í asociadas a un bebé nacido de término y saludable (í) hábil para iniciar secuencias comportamentales recíprocas (í) y entonces, la formación del vínculo puede demorarse, por que el bebé (prematuro) no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego (Bialoskurski, Cox & Hayes, 1999 p. 72). Al respecto es posible inferir que la transición entre el bebé imaginado y el bebé real (Ammaniti, 1991), en el particular caso de esta madre y su bebé prematura, las expectativas maternas se vieron fuertemente impactadas a la situación completamente imprevista que se tradujo en el nacimiento prematuro abrupto de una bebé, que había cursado un desarrollo normal dentro del vientre materno. En referencia, al impacto de esta madre, quién esperaba un parto de término, dado el curso normal de su embarazo, es posible dimensionar la discrepancia entre los deseos y expectativas maternas de un bebé imaginado (Ammaniti, 1991) saludable y de término, frente a la realidad de enfrentarse a la fragilidad y vulnerabilidad de un hija en condición de prematuridad. Frente a esta situación, la madre experimentó intensa tristeza y angustia frente a la separación de su hija, quién percibía como la bebé, requería mucha protección, cuidados y afecto para su recuperación.

En relación a la posibilidad de contacto físico en un primer momento sostiene que le causaba miedo tocarla, dada su fragilidad y pequeño tamaño. Posteriormente relata que su deseo de tenerla junto a ella y tocarla fue creciendo y cuando pudo mudarla y vestirla por primera vez le resultó una experiencia muy linda al ver a su bebé *“tan chiquitita”*. En este sentido, es posible dar cuenta que la gran ilusión de ver todos los días a su hija, la movilizaba a estar constantemente acompañándola y a estar pendiente de sus necesidades. Esta necesidad de contactarse y proteger a su hija, es posible de articular con los aportes de Barudy y Dantagnan, quienes denominan *“instinto maternal”* a la actitud de la madre, la cual se caracteriza por *“la vivencia orgánica de una madre, que se predispone al reconocimiento de su cría, asociándose con ella para cuidarla y protegerla.”* (2005, p. 84)

Durante la hospitalización de su bebé, la cual se extendió por 10 días, la madre experimentó intensa angustia y tristeza al llegar el momento de la separación de su bebé. Instancia de separación en la cual la madre percibía que el personal de salud, no le podría entregar los cuidados necesarios a todos los bebés internados, planteando que nunca igualarían a los cuidados que *“una madre es capaz de entregar”* a sus hijos hospitalizados. Con relación a la separación afectiva (Bowlby, Ainsworth) implicaría una ruptura del vínculo entre madre la madre y el bebé, en el caso de la hospitalización, esta separación es momentánea, pero no por ello, inocua en el desarrollo del vínculo de apego entre la bebé y su madre investigadas. Según Bowlby (1954), resulta esencial para la salud mental que el bebé tenga una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentren alegría y satisfacción.

Durante las separaciones derivadas de la hospitalización de su hija, la madre experimentó temores frente lo que *“pudiese ocurrir durante su ausencia.”* Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que *“la despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera.”* El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dicha *“(Bowlby, 1988, p. 61).”* En consecuencia, es posible inferir que esta madre, experimentaría una intensa angustia y tristeza, tan sólo al imaginar la pérdida de su hija, denotando que el temor frente a la vulnerabilidad percibida en un hijo o hija en condición de prematuridad, despierta fantasmas de muerte o daño, en las mentes de padres y madres de estos bebés prematuros hospitalizados.

En cuanto al estado emocional de madre, cuando practicó los cuidados canguro con su hija, presentó en un principio ciertas aprehensiones durante el período de adaptación al MMC ambulatorio, experimentando aprehensiones derivadas del temor a que su hija se fuese a

ahogar, o que la niña pasara frío, pero posteriormente se dio cuenta que su bebé, se mantenía con una temperatura adecuada, alimentándose óptimamente, subiendo de peso rápidamente y además percibiendo que la bebé por medio del contacto piel a piel se tranquilizaba y relajaba. La entrevistada refiere haber experimentado que el uso del MMC, le permitió vincularse de mejor forma con su hija, sosteniendo que este contacto tan cercano facilitó el que hoy su hija la busque con la mirada y la entienda, lo cual la hace sentir que están conectadas. En este sentido, la madre manifiesta que la experiencia con el método canguro, la hizo sentirse confiada de poder entregar a su hija protección y seguridad. Percibiendo que este contacto piel a piel, favorecido por la òexperiencia canguroö, le hizo sentir que con su apoyo y protección entregada a su bebé, estaba influyendo en el tipo de vínculo que estaría desarrollado con su hija.

Este contacto prolongado piel a piel con su hija en el hogar, le permitió experimentar la gratamente la cercanía con su hija, experimentando felicidad al ver que su bebé estaba tan protegida dentro del canguro. Con respecto al contexto de despliegue las capacidades y habilidades parentales evidenciada en esta madre, es posible inferir que se vieron potenciadas desde el momento en que el contacto físico fue favorecido, de esta forma la experiencia canguro, se constituyó en una intervención temprana en apego, que más allá de los beneficios biosómicos evidenciados en la bebé, fue posible dar cuenta de un salto cualitativo importante en un apego que en un inicio se veía obstaculizado por la separación mediada por la aparatología médica y la hospitalización temprana. Además de la superación gradual de los temores y aprehensiones frente a la percepción de extrema vulnerabilidad de su hija, las cuales en un inicio de la hospitalización le generaron sentimientos asociados a la amenaza de pérdida y temor al daño, frente a la fragilidad observada en su bebé prematuro.

Posteriormente es posible evidenciar que la joven madre, logró desarrollar una confianza y seguridad para brindar cuidados y protección a su bebé. Disfrutando del contacto temprano piel a piel con su hija, y significándolo como una instancia en donde logró una òconexiónö con su bebé, percibiendo que era capaz de intuir las necesidades y emociones de su hija, a la vez que sentía que su bebé era capaz de òdarse cuentaö de los estados emocionales maternos. A partir de los hallazgos, es posible inferir esta madre visibiliza a su hija como un òser mentalizadorö (Fonagy, 1994), esta función permitiría visualizar los estados mentales en sí mismo y en los otros, atribuyéndoles un significado. De ahí, que esta madre presentara una adecuada capacidad de mentalización que le ha permitido òleer la menteö de su bebé, infiriendo deseos, necesidades, afectos, etc.

Con respecto a la etapa posterior a la hospitalización, la entrevistada manifiesta que el percibir que su hija ha crecido tan rápido la hace sentir orgullo y estar muy feliz junto a ella. En este sentido refiere que ahora que está en la casa ha podido hacer un vínculo mayor al que tenía con ella cuando estaba dentro de la incubadora y período en que apenas se atrevía y podía tocarla y en donde En cambio hoy en día siente que su relación con su hija es distinta, percibiendo que su bebé la entiende y la busca con la mirada transmitiéndole que sea ella quien la cuide y la proteja. En consecuencia, es posible plantear que en este caso la experiencia MMC, favoreció el establecimiento de una relación de apego más segura y confiada, en donde la madre fue capaz de desplegar óptimamente capacidades parentales como la de apegarse a su hija, respondiendo la necesidad de vinculación afectiva de su hija (Barudy).

En esta madre es posible evidenciar la presencia de una elevada capacidad empática y mentalización, que le ha permitido conectarse con los estados mentales y fisiológicos de su hija, que intuyendo sus necesidades de contacto y protección al percibir su indefensión y fragilidad. Además refiere sentir la necesidad de entregar todo a su hija para lograr su bienestar y que esta motivación la ayudó a fortalecerse para enfrentar las dificultades derivadas de la condición de prematuridad de su niña. En donde los recursos resilientes de esta madre fueron visibilizados a partir de su fe y fortaleza que movilizadas por la esperanza en la recuperación de su hija y lograr tenerla junto a ella en casa, la llevó a ir más allá de sus temores y aprehensiones, empoderándose como cuidadora principal de su hija, junto al apoyo de su pareja, con quien compartió los cuidados canguro ambulatorios de su bebé.

A partir de estos hallazgos es posible dar cuenta del tránsito desde una relación apego, que en un inicio se configuraba con tristeza, angustia, temores y aprehensiones, ante la vulnerabilidad y fragilidad visibilizada en su pequeña bebé. Situación que gradualmente fue transitando hacia el establecimiento de condiciones de mayor contacto físico y emocional, en donde la madre fue capaz de ir gradualmente segurizándose y experimentando confianza de poder entregar los cuidados, amor y protección necesaria para el desarrollo óptimo de su hija, a partir del contacto temprano con su bebé, instancia que permitió el despliegue de una adecuada sensibilidad materna frente a las necesidades afectivas y fisiológicas de su hija (Barudy), permitiendo la emergencia de elementos fundamentales para el establecimiento de una relación de apego saludable, en donde esta madre, más allá de su edad fue capaz de fortalecerse por medio de sus recursos personales como su fe, fortaleza, capacidad empática y su apertura a recibir apoyo, contención y conocimiento para enfrentar el desafío de ser madre. Con respecto a este contexto, Barudy y Dantagnan agregan: "El amor y las capacidades de

apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestarö. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.38).

En relación al estudio longitudinal, a partir de dos momentos de observación de interacción en la díada madre bebé prematura. Esta díada, durante la 1ª observación, al momento en que la bebé presentaba una edad 4 meses + 3 semanas y 4 días de edad cronológica, se observó una ansiedad moderada en la madre, al no poder regular efectivamente el estrés de su bebé. Situación, la cual se vería influida por la rememoranza de la sus percepciones y emociones en torno a la prematurez de su bebé, recuerdos ante los cuales la madre, vio por momentos invadida por la pena y la angustia. Teniendo en consideración que esta madre es una adolescente, es posible inferir, cuan difícil le resultaría el cambio de convertirse tan tempranamente en madre. Sin embargo, más allá de su tono emocional un tanto angustioso, se visibiliza una tendencia a buscar contacto con su hija de forma cálida y cariñosa, esmerándose en dar respuesta ante las señales de su bebé, la cual se inquieta al no recibir la atención que esperada por parte de su madre, ya que ésta última se ve dividida por tratar de conectarse con su vivencia emocional y por el otro lado tratando de mantenerse alerta ante las señales de su hija, quien despliega conductas de apertura como la búsqueda del rostro materno, fijando la mirada por lapsos largos de tiempo, en la mirada de la madre, quien la acoge con cariño y ternura. Frente al contexto de entrevista es posible evidenciar que tanto la madre, como su bebé se vieron perturbadas por el estrés experimentado por la madre, al recordar momentos difíciles e importantes de su vida, ante lo cual la bebé se muestra inquieta elicitando conductas de búsqueda y proximidad hacia la madre, quién a pesar de el despliegue de emociones detonadas por el recuerdo de momentos difíciles, intenta y logra en algunos momentos regular y contener el estrés de su bebé, al alimentarla, arrullarla, acariciarla y dirigiendo vocalizaciones cariñosas en tono suave y calmo hacia su hija, díada que en algunos momentos logra sincronizarse.

En este sentido, es posible hipotetizar que esta díada, se vio impactada experimentando el contexto de entrevista como estresante, en donde la madre rememoró sus temores y angustias, conectándose en momentos con esas emociones, ante lo cual la bebé responde sincronizadamente experimentando inquietud e incomodidad. Sin embargo en momentos que la madre se conecta con situaciones que le hacen conectarse con afectos positivos la bebé tiende a relajarse y acoplarse a su madre. Por lo tanto es posible observar una sincronización en esta díada, sin embargo algunas de las conductas observadas, fueron del orden de la preocupación y ambivalencia, denotando cierto nivel de inseguridad en la relación de apego.

Se consignaron los indicadores de apego, presentes en la díada madre óbebé prematura. Por medio de dos momentos de observación, el primero fue a la edad 4 meses + 3 semanas de edad cronológica de la bebé y correspondiendo a una edad corregida, la cual se refiere a la edad que el bebé prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente, a las 40 semanas. Por lo tanto sus edades corregidas de 3 meses de edad. En esta primera instancia de entrevista fue posible observar un interacción madre-bebé, caracterizada por una adecuada sensibilidad maternal, la cual se vio interferida en momentos por la rememoranza de la experiencia emocional vivida por la madre, con respecto al nacimiento prematuridad de su hija y hospitalización, más allá de verse en momentos involucrada con la tonalidad emocional del recuerdo de la vivencia adversa relatada, esta joven madre, fue capaz de regular las conductas búsqueda de su hija, con quién, fue posible evidenciar una adecuada sincronización afectiva, que llevó a esta díada a experimentar cierto nivel de inquietud y angustia frente a los contenidos que a la madre evocaban el recuerdo de sentimientos relacionados con la tristeza y la ansiedad. No obstante, la madre logra regular su mundo emocional y el de su bebé, sin que por ello el clima de ansiedad y cierto nivel de ambivalencia desaparecieran por completo. En un contexto general en donde la sensibilidad materna y la empatía frente a las señales de la bebé estaban presentes junto a la capacidad reflexiva materna de atribuir deseos y sentimientos a su hija, relacionándose con ella, como un ñser mentalizadorö. Además de evidenciar señales afectivas claras en la madre, que le permitieron regular adecuadamente las necesidades afectivas y fisiológicas de su bebé, en el contexto de observación, mostrándose más segura, a partir de lo cual la bebé logra relajarse y mostrarse satisfecha, elicitando conductas de apertura como balbuceos y miradas a su figura principal de apego. Estos hallazgos son confirmados a partir de la aplicación de la escala de observación de indicadores de apego, Massie Campbell, aplicada a la edad de 9 meses y tres semanas de edad cronológica de la bebé y a una edad corregida de 8 meses. Evaluación de la calidad del apego, que confirmó la tendencia al establecimiento de una relación de apego seguro, entre la díada madre - bebé.

Caso IV

1.4.1 Experiencia emocional Madre y/o Padre en torno a la Prematurez de su hijo/a.

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

Es necesario mencionar que este matrimonio de origen peruano reside hace aproximadamente 10 años en Chile. Con respecto a la etapa previa al embarazo de su hija, la pareja vivió embarazos varios frustrados, en donde la madre abortó espontáneamente en los primeros meses de gestación. Para efectos de conocer las causas de estas alteraciones, la entrevistada se sometió a diversos exámenes médicos, en los cuales según relata no se encontraron anomalías que pudiesen explicar los abortos sufridos.

En referencia al período previo al nacimiento de su hija, la madre refiere que no presentaba temor, ya que percibía su embarazo se estaba desarrollando de forma normal y perfectamente.

“En verdad no tenía ningún temor hasta que salió todo mi embarazo estaba yendo perfecto ningún temor antes de que se diera todo esto.” (Madre)

b) Experiencia Emocional al Nacimiento

Con respecto al momento del nacimiento de su hija la madre refiere haberlo experimentado como un acontecimiento emocionante, el cual se vio teñido por la emergencia del miedo como emoción prevaleciente ante la vivencia de prematurez de su bebé. En este sentido la madre manifiesta que debido a percibir tan frágil y pequeña a su niña, se sintió embargada por la terrible sensación de que su hija no lograría sobrevivir. No obstante, la tranquilizó el hecho de escuchar el llanto de su bebé, ya que ella significaba esa conducta como sinónimo de que estaba dentro de todo bien, sin que por ello lograra neutralizar el miedo que sentía. Además sostiene que en el momento del parto tuvo la posibilidad de tener contacto físico con su hija por un lapso corto de tiempo y posteriormente se la llevaron. En este contexto general del nacimiento de su bebé, la entrevistada, manifestó que el apoyo de su marido, a quien percibió en ese momento como una persona fuerte, le la ayudó mucho a superar la difícil situación.

En cuanto a la experiencia emocional del padre, éste manifiesta haber experimentado el momento del nacimiento de su hija como un acontecimiento muy emocionante y maravilloso. No obstante refiere haber sentido temor e impotencia ante lo imprevisto de la situación, ya que él se define a sí mismo como una persona que trata de “preparar las cosas”. Sin embargo, manifiesta que gracias a la fe en Dios y la fortaleza de su esposa y él, fueron capaces de salir

adelante, a pesar de las dificultades. En este sentido refiere que siempre tuvo fe que las cosas iban a estar bien, ya que percibió a su hija sanita, a pesar de los riesgos que implicaban su condición de prematuridad. Frente a esta situación le tranquilizaba, su propia experiencia de riesgo al nacer, situación que pudo superar y que hoy ante el nacimiento prematuro de su hija recordaba. Esta experiencia le daba esperanzas para creer que todo saldría bien. Por otro lado al igual la madre, el entrevistado experimentó la sensación de tranquilidad al escuchar el llanto de su hija al momento nacer. Además de relatar con profunda emoción que tuvo la oportunidad de tener un prolongado contacto físico con su hija, en momento posterior al parto e incluso él mismo la puso dentro de la incubadora (es necesario mencionar que esta bebé nació en la Clínica Dávila y que posteriormente fue trasladada a la Unidad de Neonatología del Hospital San José).

En este sentido, es posible dar cuenta de la intención del padre de transmitir a su bebé, que tanto él como su esposa eran capaces de brindarle la protección y el amor, necesarios para que no se sintiera sola en esta vida.

En un principio mucho miedo por lo que estaba viviendo Sofía emocionante. (Madre)

Yo tuve mucho miedo... porque la vi muy chiquitita pensé que no iba a vivir la vi muy flaquita tuve mucho miedo después verla porque cuando nacen ya no lo tienes contigo, me la tuvieron así un ratito pequeño, (sobre el pecho) porque tenían que llevarla para los cuidados y cuando le vi escuchar llorar siempre escuchaba que dicen que cuando llora es porque está bien pero igual yo sí tuve mucho miedo ese día. (Madre)

Yo sé que él (marido) es muy nervioso cuando se trata de cosas de (salud) a él le da miedo la sangre, las jeringas todo. Pero ese día sí, sí le encontré fuerte, le encontré que igual sentía el apoyo y todo pero, obvio que en ese momento de verdad, en ese momento lo que uno siente es terrible. (Madre)

Entre maravilloso emocionante no lo teníamos previsto gracias a Dios por la fuerza de nosotros mismos que nos da la naturaleza salimos adelante y pudimos conlleva todo esto. (Padre)

Lloré no lo temo decirlo... Fue tan emocionante al verla a ella sanita, al verla cuando me observó, me miró... yo sé que todavía no me miraba pero al verla a ella como salió su primer llanto, me dejó más tranquilo. (Padre)

oí soy de las personas que trato de todo prepararloí y al haberme agarradoí tan de repente, es como esa impotenciaí de no estar preparado para la situacióní fue el susto yo creo no más, de que las cosas se dieron antes nada más.ö (Padre)

oí con la noticia de que era prematuraí que va a salir todo bien, que es normal, que incluso yo cuando nací también tuve problemitasí pero no prematuroí nací me contó mi mamáí envuelto en el cordón o sea salí moraditoí entonces con riesgo también... el saber esas cosas, que también me pasó a mií ya me dejaba más tranquiloí ö (Padre)

oí gracias a Diosí la tuve cargada, cuando salió del parto, la tuve cargada en mis brazosí media hora, hasta que le prepararon la incubadoraí yo mismo la coloqué, estuveí ahí acariciándola, dándole cariño, transmitiéndole el amor que le teníamosí Haciéndole llegar a mi niña ese amor, ese sentimientoí que no se encontraba sola en esta vida.ö (Padre)

c) Experiencia Emocional durante la Hospitalización

Tiempo de hospitalización:

Bebé: 30 días.

Madre: 4 días.

Con respecto a sus experiencias emocionales durante la inicio de la estadía de su hija en la Unidad de Neonatología, la entrevistada manifiesta haber experimentado en forma conjunta los sentimientos de temor, impotencia, tristeza, rabia y culpa. En cuanto a la experiencia de miedo, se derivada del intenso temor de la madre a que su bebé no sobreviviera. En cuanto al sentimiento de culpa, la madre refiere haber experimentado que su organismo había provocado las pérdidas anteriores y esto lo asociaba al nacimiento prematuro de su hija, experimentando culpa y tristeza por sentir que su organismo habría influido en la condición de prematurez de su bebé.

En este sentido, la entrevistada manifiesta haber experimentado un gran impacto e intenso dolor emocional, al ver a su hija intervenida por sondas dentro de la incubadora. Además relata que le afectó profundamente el hecho de tener que separarse todos los días de su hija, cuando llegaba la hora de retirarse de la Unidad de Neonatología. En este sentido manifiesta haber experimentado intensa tristeza, sintiendo que abandonaba a su hija cuando se iba por las noches a su hogar. Posteriormente, plantea que la tranquilizo el hecho de ver que su bebé, le

fue dando sorpresas con sus avances en el proceso de recuperación y esto la hizo sentir contenta.

En cuanto a la percepción del entrevistado con respecto a la etapa e hospitalización de su bebé, es posible inferir que el entrevistado, empatizó con la experiencia emocional de su esposa a tal punto que vivenció esta etapa, en absoluta comunión con los estados emocionales de su pareja. En este sentido manifiesta su preocupación por una etapa que significó como un fuerte golpe en sus vidas. En este sentido, el entrevistado refiere que su esposa percibía en su esposa cambios de ánimo, los cuales él atribuía como consecuencia de los sentimientos de vacío que le generarían la separación de su bebé, luego del cierre de horario de visitas maternas (durante la noche) en la Unidad de Neonatología. En este contexto, es posible inferir que el entrevistado, experimentó impotencia al percibir que no hiciera, lo que hiciera bajo su punto de vista era imposible llenar la sensación de vacío que vivía su esposa al separarse momentáneamente de su hija. En este sentido, es posible dar cuenta de la empatía expresada por el entrevistado con respecto a experiencia emocional de la esposa, situación que lo llevó a intentar posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza a su esposa y a su hija. Sin embargo, el entrevistado manifiesta su propia necesidad de apoyo para poder comunicar lo que estaba vivenciando, para ello buscó a su madre para intentar desahogarse. Para finalizar el entrevistado manifiesta que experimentó estrés, a partir de la tensión y recelo que le generaba el sólo hecho de pensar que pudiese transmitir alguna infección a su hija cuando se encontraba hospitalizada.

“Era el dolor este emocional que tenía por ella, el dolor físico no tenía nada cuando llegué y le vi a mi hija ahí, en la incubadora por primera vez, no. Porque allá igual la visité un poquito, pero acá verla ahí con las sondas, eso me impactó y tenía mucho dolor y no paraba de llorar” (Madre)

“Que se me muriera porque era la primer vez que estaba viviendo una situación, ningún familiar había vivido una situación así en ese momento pensaba que yo o sea, mi organismo era lo que causaba que mi bebe este así. Tenía culpa, miedo si bien estaba en reposo en casa pero igual hacía más cosas era culpa, miedo, impotencia, rabia, en ese instante, pero tenía mucho miedo de que se me muriera.” (Madre)

“En las anteriores perdidas era algo que, como si yo, mi organismo yo pensaba que era eso los estudios que me mandaban a hacer y todo salía bien y quedaba como contenta, pero

nuevamente volver a pasar una situación como ésta, es como que te vuelva a la mente nuevamente a sentir algo de culpa, tenía todos esos sentimientos juntos, juntos y eso.ö (Madre)

õí no vivía tranquila. Me iba a mi casa y lloraba, en las noches sentir que mi hija está solita, sentía como que la dejaba abandonadaí Y después poco a poco ya ella me fue, me fue este dando sorpresas día con díaí para mí era que amanezca ya, y venirme hasta que me echaban. (Refiriéndose a la Unidad de Neonatología.)ö (Madre)

õí ese período de, que estuvo en la Neo la bebe, yo sé que era fuerte también para ella (esposa), porqueí felicidad de día y de noche tristezaí por más que la trataráí no sé calmar, no iba a llenar ese vacío, era imposible.ö (Padre)

õí cuando estaba con la bebe (refiriéndose al estado emocional de su esposa) estaba feliz, pero cuando estaba en casa la encontraba como ese sentimiento de vacío, de dolor.ö (Padre)

õEsos llantos que ella (refiriéndose a su esposa) escuchaba en el día y se hacía la idea que por ultimo en el día ella la consolaba y viste que en la noche había un personal, pues por mucho profesional que estaba atento a la bebe, pero no es lo mismoí No es lo mismo cuando una mamá está ahíí pendiente y dice ñno, sé lo que tengo que hacer para acabar con estoí, me entendiéí esa frustracióní a uno le genera un estrésí un desgaste tanto emocional como físico, porqueí como ella dice contaba las horasí para estar de día, prácticamente no descansaba entonces, no dormía.ö (Padre)

õDelante de ella me ponía fuerteí la apoyaba en todo, pero cuando ya me iba solo, necesitaba a alguiení que también sepa de míí allí yo lo que primero que hice fue llamar a mi mamá y contarle de que ya nació su nieta. (Padre)

õí porque el mismo hecho de estar saliendo de la casa, entrando al hospitalí ese estrésí tanto así queí yo ya estaba medio resfriado, porque me venía de nocheí ya me sentía como con recelo de venir a visitar a mi hija.ö(Padre)

d) Experiencia Emocional Post Hospitalización

Con respecto a este tema la madre refiere sentirse que en el actualidad su hija, está saliendo adelante, alcanzando el peso adecuado para ser dada de alta del tratamiento madre canguro ambulatorio. En cuanto al padre, manifiesta ahora que su hija está en casa, todo cambió, ya que por ejemplo *el no dormir y no descansar*, tienen un *fin*, ya que se justifica en virtud del bienestar de su hija. En este sentido el entrevistado, plantea comparativamente el desgaste psíquico experimentado que les significaba el estar preocupados por el hecho de imaginar que su bebé hospitalizado podría estar necesitando y sufriendo lejos de ellos. En este contexto el padre, percibiría la experiencia de tener junto a ellos a su hija como una *recompensa*.

í está saliendo adelante, superando sus dos kilos que tanto necesitamos í (momento en que la bebé, aún continuaba en canguro)ö (Madre)

öCambio todo, o sea ahora da lo mismo no dormirí da lo mismo no descansarí porque por último uno sabe que la tiene al lado.ö (Padre)

öEntoncesí por último uno no duerme pero es por un finí que sabe que la bebe lo está requiriendo. Pero no es lo mismo no descansar en la noche tan sólo por el hecho de que tú te lo creaste en la mente, de que tu bebe está sufriendo.ö (Padre)

öPero no es lo mismo que no tenerla, entonces pasar una mala noche y no tener nada a cambio, ninguna recompensa esa es la diferencia que yo he percibido.ö (Padre)

1.4.2 Experiencia MMC

a) Vivencia Emocional

En relación al su experiencia con la práctica del MMC, la madre refiere que el tener a su hija en contacto piel a piel, le permitió experimentar felicidad y dejar atrás gradualmente el dolor emocional que le provocaba alejarse de su hija. Además manifiesta que el tener a su niña en canguero, le transmitió seguridad al sentir que su hija estaba bien. En este contexto relata que le resultó esperanzadora la posibilidad de llevarse a su hija a la casa practicando el MMC ambulatorio, ya que de esta forma percibía que podría entregarle todo el cariño que necesitaba su bebé, a partir de tenerla junto a ella en casa. En cuanto al padre, manifiesta ahora que su hija está en casa, por medio del tratamiento MMC ambulatorio, todo cambió, ya que por ejemplo *el no dormir y no descansar*, tienen un *fin*, ya que se justifica en virtud del bienestar de su hija. En este sentido el entrevistado, plantea comparativamente el desgaste psíquico experimentado que les significaba estar preocupados por el hecho de imaginar que su bebé hospitalizada podría estar *necesitándolos y sufriendo lejos de ellos*. En este sentido el padre, percibiría la experiencia de tener junto a ellos a su hija como una *recompensa*.

¿cuando estaba acá con ella estaba feliz? no sentía ningún tipo de dolor mío, físico? el día que le puse canguero? me estaban diciendo, ¿ya tu hija está bien? Y cuando? había esa posibilidad de llevarla a casa? yo dije ¡ya! í era algo que yo esperaba, quería tenerla a mi hija conmigo? darle todo el cariño y dije tiene que ser, tengo que llevarla.ö (Madre)

¿está saliendo adelante, superando sus dos kilos que tanto necesitamos? (momento en que la bebé, aún continuaba en canguero)ö (Madre)

¿Cambio todo, o sea ahora da lo mismo no dormir? da lo mismo no descansar? porque por último uno sabe que la tiene al lado.ö (Padre)

¿Entonces? por último uno no duerme pero es por un fin? que sabe que la bebe lo está requiriendo. Pero no es lo mismo no descansar en la noche tan sólo por el hecho de que tú te lo creaste en la mente, de que tu bebe está sufriendo.ö (Padre)

¿Pero no es lo mismo que no tenerla, entonces pasar una mala noche y no tener nada a cambio, ninguna recompensa esa es la diferencia que yo he percibido.ö (Padre)

b) Percepción contacto piel a piel

En relación, a la experiencia paterna con respecto al MMC, es posible dar cuenta que el padre experimentó una sensación indescriptible y de plena felicidad al contactarse físicamente con su bebé. En este sentido, el padre plantea que tan distinto le resultaba contactarse con su hija, cuando se encontraba dentro de la incubadora, ya que se cohibía al tocarla. En este sentido plantea es muy distinto tener a su bebé en contacto piel a piel, ya que esto le permitió percibir la respiración sobre su piel y los latidos cardíacos de su bebé. Experimentando de esta manera que el corazón de su hija estaba junto a él. Además manifestó que el tener a su hija en canguro, le permitió sentir su calor interno, experiencia que percibe como distinta al contacto con su hija por medio de caricias.

óí es distinto como que, acariciarla, sentir su calor interno es distinto.ö (Padre)

óí mucha felicidad una felicidad llena, plenaí y mi bebe es distintoí era como con temor acariciarla en incubadoraí unoí se cohibía al tocarlaí es distinto cuando uno la tiene en canguro porque uno la tiene piel a piel. Uno siente a la bebe, siente sus latidosí prácticamente llega estar casi su corazón con unoí siente su respiración de uno mismo en el cuelloí eso es indescriptible en verdad.ö (Padre)

óí unoí se cohibía al tocarlaí es distinto cuando uno la tiene en canguro porque uno la tiene piel a piel. Uno siente a la bebe, siente sus latidosí prácticamente llega estar casi su corazón con unoí siente su respiración de uno mismo en el cuelloí eso es indescriptible en verdad.ö (Padre)

c) Recomendaciones y otras observaciones al MMC

El padre refiere que recomendaría cien por ciento y definitivamente el MMC, a otros padres de bebés prematuro. En este sentido la entrevistada plantea que es un método buenísimo tanto para los padres como para el bebé. Además plantea que el MMC ambulatorio, ayudaría a quitar la tensión que significa tener a su bebé lejos de los padres. En este sentido el padre se plantea interrogantes sobre la existencia de evidencias científicas que avalen que la separación de los bebés prematuros de sus padres pueda asociarse a patologías en el desarrollo posterior del niño. En este contexto, el entrevistado reflexiona y asocia el valor de tener a su hija cerca de ellos, como una instancia que podría evitar patologías derivadas de la separación entre los padres y sus bebés prematuros que generaría el uso de incubadoras. No obstante el padre,

refiere no considerar el uso de incubadoras como negativo, sino que le preocupa el hecho de que el bebé al ser separado de sus padres, desarrolle alguna patología, tanto en la madre como en el bebé. En relación a estos planteamientos del entrevistado, las investigadoras infieren que el padre asociaría la separación temprana al surgimiento de alguna patología de origen vincular en el bebé y/o algún trastorno psíquico en la madre.

Por otro lado el entrevistado plantea sus percepciones en torno a que a su parecer el MMC, ayudaría a disminuir las probabilidades de enfermedad en los bebés, planteando que a su criterio la práctica del MMC ambulatorio permitiría crear una burbuja similar a la que genera la incubadora, en tanto instancia de protección para el bebé, adicionado al MMC ambulatorio la virtud de permitir que los padres generen esa burbuja de protección en el hogar.

“Cien por ciento definitivamente (refiriéndose al uso del Método Madre Canguro), es buenísimo, es bonito tanto para nosotros como para el bebe, es muy bueno.” (Padre)

“¿desconociendo de qué haya otro método con el cual uno pueda en verdad tenerla a su bebe las veinticuatro horas del día?” (Padre)

“Ayuda mucho el hecho de que se quite una tensión más... que es el estar preocupado por algo que no vemos, no digo de que esté en una incubadora el bebé es malo, pero de que haya algún estudio que demuestre que se forman patologías en la madre como en el bebe, cuando lo tienen mucho tiempo lejos de uno. No sé pero si me preguntan por el método del canguro, cien por ciento, para mí es muy bueno. Porque eliminó hasta las probabilidades de enfermedad porque el mismo hecho de estar saliendo de la casa, entrando al hospital ese estrés tanto así que yo ya estaba medio resfriado, porque me venía de noche ya me sentía como con recelo de venir a visitar a mi hija yo creo que ese método es mucho mejor, porque esa burbuja que se genera en incubadora, también la puedes hacer en el hogar y mucho mejor, porque la tienes tú mismo.” (Padre)

1.4.3 Capacidades Parentales

a) Capacidad de Mentalización

Las investigadoras evidencian en la narración de la entrevistada, indicadores de la capacidad de mentalización, los cuales se evidencian en las citas en donde la madre infiere estados mentales, creencias, deseos e intenciones a su bebé. En este sentido es posible dar cuenta de cierto nivel de capacidad de mentalizar de la madre al atribuir a su hija la intención de sorprenderla cada día con sus avances en su proceso de recuperación. Con respecto a la experiencia paterna, es posible evidenciar cierto grado de capacidad reflexiva en aquellos comentarios paternos que intentarían explicar los comportamientos y afectos que percibe en su esposa, a través de reflexiones orientadas a buscar explicaciones que le permitan comprender y apoyar a su pareja, para de esta forma ayudarla a salir adelante. Además es posible evidenciar indicadores de mentalización en el padre, a partir de fragmentos de su discurso en donde es capaz de visibilizar desde una perspectiva retrospectiva los acontecimientos de su vividos en su niñez en asociación a las vivencias actuales de su hija (comparación entre su propio nacimiento en el contexto de un parto riesgoso, situación que considera semejante al nacimiento prematuro de su hija). Un elemento indicador de capacidad de mentalización presente en ambos padres, está presente en la intención de ambos padres de transmitir a su hija la sensación de protección y amor, por medio de la inferencia de que este despliegue de esfuerzos tendrán como fruto una incidencia en los estados mentales de su hija. Por otro lado, el padre denota una alta capacidad reflexiva, al visibilizar la influencia del contacto afectivo y físico constante con su bebé, como un factor que influiría en la calidad de la vinculación con su hija y por extensión afectaría la calidad de los lazos que unirían a su familia en el futuro.

õY después poco a poco ya ella (bebé) me fueí dando sorpresas día con díaí ö (Madre)

õí le queríamos transmitirí que era nuestra vida, que la estábamos esperando, que íbamos a hacer todo lo posible que ella esté bien, que ella se sintiera biení Yo llegaba temprano, me iba tarde, quería que eso sintiera, que no se sintiera como que estaba abandonadita ahí en la incubadoráí ö (Madre)

õí escuche las historias, de otros casos que son mucho más graves. Incluso eso me confortó a mí, de alguna forma es egoísta, escuchar que había niños desde ochocientos gramos,

porque yo estaba pensando, antes de que llegué acá, estaba pensando que mi hija era la más chiquita, la más grave, la más, el peor caso que había.ö (Madre)

õí yo creo que esto nos conlleva que uno se afiate más a los hijos, se haga el vínculo familiar mucho más fuerte. No sé si esto a la larga, relacione en el futuro que el vínculo que yo tenga con mi familia no se pierda o se fortalezca más, gracias a este acontecimiento.ö (Padre)

õí yo sé que era fuerte también para ella (refiriéndose a su esposa), porque es como decía, felicidad de día y de noche tristeza, porqueí por más que la trataráí no sé calmar, no iba a llenar ese vacío, era imposible.ö (Padre)

õí con la noticia de que era prematuraí que va a salir todo bien, que es normal, que incluso yo cuando nací también tuve problemitasí pero no prematuroí nacíí me contó mi mamáí envuelto en el cordón o sea salí moraditoí entonces con riesgo también... el saber esas cosas, que también me pasó a mií ya me dejaba más tranquiloí ö (Padre)

õí cuando estaba con la bebe (refiriéndose al estado emocional de su esposa) estaba feliz, pero cuando estaba en casa la encontraba como ese sentimiento de vacío, de dolor.ö (Padre)

õNo es lo mismo cuando una mamá está ahí y estar pendiente y dice ´no, sé lo que tengo que hacer para acabar con esto´, me entiende. Entonces, ese, esa frustración es que a uno le genera un estrés, le generaí un desgaste tanto emocional como físico, porque a las finales como ella dice contaba las horas que se pasaran para estar de día, prácticamente no descansaba entonces, no dormía.ö (Padre)

õIncluso, yo creo que es como un estrés que se le estaba generando, tanto al niño como a ella (esposa), porqueí al llegar del trabajo y encontrar a mi señora así, o sea no significaba nada que todo el día este feliz y que en la noche de nuevo quede triste. Cuando en la noche tendría que descansar bien, para poder estar de nuevo con toda la fuerza y con todo el ánimo y el amor, para darle a la bebe.ö (Padre)

õ(La bebé llora) No, si también se quiere expresaráí yo tenía que estar complaciéndola a ella (refiriéndose a su esposa), tratar de calmarla, entoncesí igual era fuerte, tanto para ella como para mí.ö (Padre)

oí la percibía (refiriéndose a la tristeza de su esposa) pero yo creo que aportar uno más, no me hubiese conllevado a nada. Entonces como monitor del barco tenía que sacar adelante a la familia y tenía que hacer eso. Me di cuenta que tenía que manejarlo desde ese punto de vista.ö (Padre)

oDa lo mismo no descansar, porque por último uno sabe que lo tiene al lado. Entonces, sabe que uno, por último no duerme pero es por un fin, por un objetivo claro, que sabe que la bebe lo está requiriendo. Pero no es lo mismo no descansar en la noche tan sólo por el hecho de que tú te lo creaste en la mente, de que tu bebe está sufriendoí Entonces, es distinto, porque algo que a ti te provoca no descansar, pero saber que es por algo que tú no descansas, tienes un objetivo final, que es la bebe, entonces tienes una recompensa. Pero no es lo mismo que no tenerla, entonces pasar una mala noche y no tener nada a cambio, ninguna recompensa esa es la diferencia que yo he percibido.ö (Padre)

b) Capacidad Empática

Las investigadoras dieron cuenta de que tanto en la madre como en el padre existe la capacidad de percibir las vivencias internas de sus a través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada en su bebé prematura. En cuanto al entrevistado, se evidencia que manifestaría su capacidad empática, a partir de su capacidad de percibir e intentar comprender los cambios en el ánimo de su esposa en el transcurso de la hospitalización de su hija. En este sentido el entrevistado sostiene que posiblemente estos cambios en su esposa se asociarían a osentimientos de vacíoö generados por la separación diaria de su hija, cuando su esposa volvía al hogar por las noches luego de compartir todo el día con su bebé. En este contexto, es posible inferir que el experimentó impotencia al percibir que ohiciera, lo que hicieraö bajo su punto de vista era imposible llenar la sensación de ovacíoö que experimentaba su esposa al separarse momentáneamente de su hija. En este sentido, es posible dar cuenta que la percepción y la empatía del entrevistado con respecto a experiencia emocional de la esposa, lo llevó a intentar posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza a su esposa y a su hija.

oí traté también de ponerme un poco más fuerte para poder no transmitirle ese dolor a mi señora. Porque yo sé, que ella también necesitaba fuerza.ö (Padre)

õÍ uno se siente que, como que transmite. Entonces si uno se pone mal, siento que estoy transmitiendo ese dolor a los demás.õ (Padre)

õÍ yo sé que era fuerte también para ella (refiriéndose a su esposa), porque es como decía, felicidad de día y de noche tristeza, porqueí por más que la trataráí no sé calmar, no iba a llenar ese vacío, era imposible.õ (Padre)

õPero al percibir el dolor de ella y como un hombre de casa tuve que ponerme fuerte no más y sacar adelante, tanto ella como mi bebe. Entonces, yo siempre le transmitía y traté de ponerme fuerte y estar como el mejor apoyo que ellos requieren. Darles alegría y siempre decirle que todo va a salir bien y que hay que tener fe y que todo va a estar bien.õ (Padre)

c) Amor parental

La presencia de afectividad positiva dirigida por los padres a su hija, fue posible de ser evidenciada, en el discurso ambos padres a partir de expresiones de cariño en donde se dejaba entrever cuán deseada y esperada era su hija, en el contexto de las pérdidas de los embarazos anteriores. En este sentido, los padres manifiesta que su intención durante el período de hospitalización de su hija era transmitirle el gran amor que por ella sienten y que para ellos su bebé es su vida. En cuanto a la madre refiere que su deseo es transmitirle a su hija que es õsu vidaõ, darle todo el cariño.

Además que ellos como padres la estaban esperando para entregarle todo lo mejor para que se sintiera protegida y acompañada en esta vida. En este sentido el padre manifiesta que para él la llegada de su hija ha sido una õgran bendiciónõ. No obstante lo fuerte que experimentó el nacimiento prematuro de su hija y el período de hospitalización, el padre refiere que para él la llegada de su hija fue una gran bendición. En este sentido, reflexiona sobre el valor de tener vinculación temprana con su hija como una oportunidad para õafiatarseõ con su hija y de esta forma construir un vínculo mucho más fuerte a nivel familiar, significando la compleja situación experimentada como un acontecimiento que potencialmente podría unir aún más los lazos con su familia.

õYo quería transmitirle que la estábamos esperando, que íbamos a hacer todo lo posible que ella esté bien, que ella se sintiera biení Yo llegaba temprano me iba tarde, quería que eso sintiera, que no se sintiera como que estaba abandonadita ahí en la incubadora, queríamos transmitirle eso.õ (Madre)

oí el día que le puse canguro, ese día para mí era como que, me estaban diciendo, 'ya tu hija está bien'. Y cuandoí había esa posibilidad de llevarla a casa, que tenían ese proyecto (Canguro)í porque era algo que yo esperaba, quería tenerla a mi hija conmigo, tenerla y darle todo el cariño...ö (Madre)

oí ahí acariciándola, dándole cariño, transmitiéndole el amor que le teníamosí Haciéndole llegar a mi niña ese amor, ese sentimientoí que no se encontraba sola en esta vida.ö (Padre)

oí yo quería acotar en cuanto al sentimiento. Para mí también fue un cambio muy fuerte, pero fue también a su vez una gran bendición. Pero, yo creo que esto nos conlleva que uno se afiate más a los hijos, se haga el vínculo familiar mucho más fuerte. No sé si esto a la larga, relacione en el futuro que el vínculo que yo tenga con mi familia no se pierda o se fortalezca más, gracias a este acontecimiento.ö (Padre)

1.4.4 Recursos Personales

a) Fe y Fortaleza

En referencia a este tópico es posible dar cuenta que la madre daría especial énfasis a la contención y apoyo emocional de su marido y del equipo de salud mental de la Unidad de Neonatología, como factores que influyeron en su gradual fortalecimiento, para enfrentar la prematuridad y la hospitalización de su bebé. Además refiere que al escuchar las historias de las otras madres de niños hospitalizados, le permitió ver que su hija comparativamente no estaba tan grave, esto la ayudó a fortalecerse y salir poco a poco adelante. En cuanto al padre significa el nacimiento de su hija como acontecimiento fuerte, pero a la vez maravilloso, el cual considera una gran bendición. En este sentido experimenta un profundo agradecimiento hacia la fuerza que le brindó Dios y a los profesionales que los apoyaron. Además manifiesta que a partir del poder de Dios y de la fuerza que les da la naturaleza, él junto a su esposa fueron capaces de salir adelante, pudiendo conllevar las dificultades derivadas de la condición de prematuridad de su hija. En este contexto, el entrevistado manifiesta que lo fortaleció, el hecho de esforzarse por transmitir fortaleza y fe, en pro del bienestar de su esposa y de su hija.

oí los psicólogos de acáí me contuvieron y de a poco a poco me fui dando valor y ya viéndola a mi hija que estaba bien.ö (Madre)

oí escuche también las otras historias, de otros casos que son mucho más graves.ö (Madre)

oLo que le queríamos transmitirí que era nuestra vida, que la estábamos esperando, que íbamos a hacer todo lo posible que ella esté bien, que ella se sintiera biení Yo llegaba temprano me iba tarde, quería que eso sintiera, que no se sintiera como que estaba abandonadita ahí en la incubadora, queríamos transmitirle eso.ö (Madre)

oí fue un cambio muy fuerte, pero fue también a su vez una gran bendición y el saber de la forma cómo se dieron las cosas.ö (Padre)

oí gracias a Diosí los profesionales que teníamos en turno yí la fuerza de nosotros mismos que nos da la naturaleza, pues salimos adelante y pudimos conllevar todo esto.ö (Padre)

oí yo creo que uno se siente capaz si sabe que no le va a faltar nunca nada a los niños, entonces eso a uno lo fortalece y sabe que va a salir bien.ö (Padre)

oí gracias a Diosí la tuve cargada, cuando salió del parto, la tuve cargada en mis brazosí media hora, hasta que le prepararon la incubadoraí yo mismo la coloqué, estuveí ahí acariciándola, dándole cariño, transmitiéndole el amor que le teníamosí Haciéndole llegar a mi niña ese amor, ese sentimientoí que no se encontraba sola en esta vida.ö (Padre)

oí traté también de ponerme un poco más fuerte para poder no transmitirle ese dolor a mi señora. Porque yo sé, que ella también necesitaba fuerza.ö (Padre)

oPero al percibir el dolor de ella y como un hombre de casa tuve que ponerme fuerte no más y sacar adelante, tanto ella como mi bebe. Entonces, yo siempre le transmitía y traté de ponerme fuerte y estar como el mejor apoyo que ellos requieren. Darles alegría y siempre decirle que todo va a salir bien y que hay que tener fe y que todo va a estar bien.ö (Padre)

1.4.5 Redes de Apoyo

a) Apoyo Pareja

En cuanto al apoyo recibido por parte de su pareja, la entrevistada refiere haberse sentido muy contenida y apoyada por su esposo, a quien visibilizó como una persona muy fuerte que fue capaz de enfrentar sus temores y apoyarla en un momento que ella percibía como *terrible* (nacimiento prematuro y hospitalización de su bebé). Además sostiene que se considera un tanto *egoísta* por preferir conservar entre ella y su esposo las situaciones que les ocurren. En este sentido, su pareja sostiene que a su criterio el guardar las cosas puede ocasionarle daño psicológico. Ante esto la esposa, refiere que para ella resulta ser mejor guardar las cosas entre ella y él.

Por otro lado, el entrevistado, manifiesta que su interés principal es ser capaz de constituirse en un apoyo para sacar adelante a su esposa, intentando entregarle la contención emocional necesaria para que sea capaz de fortalecerse y salir adelante junto a su hija.

Yo soy un poquito egoísta en ese sentido. No compartí, es más, con mi familia más cercana que son mis hermanos y la mamá de él, o hermanos que tenemos acá, supieron cuando la Sofí solamente tenía, cuando ya tenía cinco meses de gestación. Era, o sea, yo lo vivía este, solamente él y yo, nada más. (Madre)

Yo sé que él es muy nervioso cuando se trata de cosas de (salud) a él le da miedo la sangre, las jeringasí todo. Pero ese día sí, sí le encontré fuerte, le encontré que igual sentía el apoyo y todo pero, obvio que en ese momento de verdad, en ese momento lo que uno siente es terrible. (Refiriéndose al momento del parto) (Madre) *Yo soy un poquito egoísta en ese sentido. No compartí, es más, con mi familia más cercana que son mis hermanos y la mamá de él, o hermanos que tenemos acá, supieron cuando la Sofí solamente tenía, cuando ya tenía cinco meses de gestación. Era, o sea, yo lo vivía este, solamente él y yo, nada más.* (Madre)

La tenía que solamente acariciar, tratar de calmarla, aconsejarla, decirle que por éste momento es lo mejor para nuestra bebe. (Padre)

Yo porqué por más que la trataría no sé calmar, no iba a llenar ese vacío, era imposible yo tenía que estar complaciéndola a ella (refiriéndose a su esposa), tratar de calmarla, entonces igual era fuerte, tanto para ella como para mí. (Padre)

Por parte temor creo, porque ella mucho lo guarda (refiriéndose a su esposa), pero yo se que a veces, siempre le decía, que eso le hace daño porque psicológicamente eso a uno, no es bueno. (Padre)

b) Apoyo Familia

El padre refiere que habitualmente guardan sus problemáticas entre él y su esposa, sin que lograra trascender al resto de sus familiares. En este sentido, manifiesta que lo hace por respeto a la opción de su esposa de guardar ciertas cosas y conservarlas sólo entre ellos, como por ejemplo los sufrimientos experimentados, a partir de los previos embarazos frustrados de su esposa ocurridos en el transcurso de los 10 años de relación con su esposa. Sin embargo, plantea que a su criterio es necesario desahogarse y liberar la tensión emocional que implica vivenciar situaciones complejas, como en el caso del nacimiento prematuro de su hija buscó el apoyo de su madre para contarle lo sucedido buscando sentirse contenido y más tranquilo. Es así como refiere haber guardado entre su esposa y él, todos los acontecimientos y sufrimientos vividos a partir de los embarazos frustrados de su esposa. En cuanto al embarazo de su actual bebé, plantea que a los 5 meses de gestación reunieron a la familia por ambas partes para comunicarles el feliz acontecimiento, lo generó sorpresa y grandes manifestaciones de cariño y apoyo por parte de los padres y algunos de los hermanos de ambos (algunos viven el Perú, país de origen de los entrevistados), ya que todos esperaban ansiosos la llegada de esta bebé. En cuanto a la experiencia de la entrevistada con respecto al apoyo de la familia en extenso, manifiesta que ella se considera un tanto egoísta al no compartir que les ocurren con los familiares de ambos. En este sentido refiere que prefiere guardar las cosas que acontecen en su vida entre ella y su marido. Sin embargo, refiere sentirse muy apoyada desde el momento de que sus parientes se enteraron de su embarazo, ya que percibe que su hija, ha sido una bebé muy esperada por todos los familiares cercanos tanto de ella como de su marido.

Yo soy un poquito egoísta en ese sentido. No compartí, es más, con mi familia más cercana que son mis hermanos y la mamá de él, o hermanos que tenemos acá, supieron cuando la Sofí solamente tenía, cuando ya tenía cinco meses de gestación. Era, o sea, yo lo vivía este, solamente él y yo, nada más. (Madre)

oí toda la familia felices, los abuelitos igual ya estaban esperando a la Sofía, tanto como parte de él y parte mía es muy, muy esperada.ö (Madre)

oSí, muy apoyada por eso es que le digo que la Sofía es muy querida por todos los ladosí la abuelita que nunca nos visitaba cuando éramos este solos los dos, ahora todos sus domingos viene a estar con su nieta.ö (Madre)

oí las experiencias anteriores (perdidas), tampoco nunca nadie supo, solamente lo sabemos ella y yo, ni los papás, nadie ni mi mamá nadie, ningún familiar lo sabeí yo por apoyo a ella, porque yoí trato de las cosas contarlasí ella lo guarda muchoí por respeto a ella traté de apoyarla y la conservamos.ö (Padre)

oí cuando se dio con la Sofía, lo guardamos tanto que para las fiestas, para navidadesí Ahí citamos para que vengan sus padres (padres esposa), cité a mi mamá tambiéní ahí, en esa cena, tanto los hermanos de ella como mi hermana y mis familiares y sus padres, anunciamos, que ella estaba embarazada y que iban a tener una nieta (a los 6 meses de gestación). ö (Padre)

oí claro, y qué decir de los padresí estábamos ya muy ansiosos nosotros.ö (Padre)

oYo llamé a mi mamá por la emocióní si bien salí y supe de mi hija, igual yo necesitaba apoyo. Delante de ella (refiriéndose a su esposa) me ponía fuerteí la apoyaba en todo, pero cuando ya me iba solo, necesitaba a alguiení que también sepa de míí yí allí yo lo queí que hice fue llamar a mi mamá y contarle de que ya nació su nietaí sentir ese apoyo de queí esté tranquilo, que va a salir todo biení ö (Padre)

c) Apoyo de Pares dentro de la Unidad de Neonatología

Sin comentarios al respecto.

1.4.6 Experiencia con el Equipo de Salud

a) Apoyo, Contención Emocional y Comunicación

Con respecto a esta temática, la entrevistada manifestó gratitud ante la contención emocional y apoyo recibido por los profesionales de la Unidad. En este sentido, destaca la labor de las psicólogas del Equipo Canguro, ya que a su criterio la contuvieron en un momento donde experimentaba un intenso dolor emocional que gradualmente fue disminuyendo conforme a los avances de su hija. Además destaca el apoyo recibido por una de las matronas de la Unidad, quién a su criterio le entregó mucha comprensión. Por otro lado la madre refiere que recibió conocimientos de parte del Equipo de Chile Crece Contigo, quienes la orientaron y la ayudaron a comprender el valor de transmitirle bienestar a su bebé, para de esta forma estimularla a salir a adelante. Finalmente destaca el apoyo médico, que percibió en la entrega de información en torno a la evolución de su hija, en este sentido destaca que una doctora, la hizo sentir esperanzada y más tranquila al comunicarle que su hija estaba cada día mejor y subiendo óptimamente de peso.

oí gracias a Dios, encontré un grupo de profesionalesí que son ustedes y me contuvieron mucho. Para mí fue una ayuda muy grande todo esoí ö (Madre)

oYo me sentí mucho mejor cuando llegue acá a San José y les encontré a ustedes (psicólogas proyecto canguro)í porque yo me vine de la clínica... no sentía ningún tipo de dolor físico por mi parteí Era el dolor este emocional que tenía por ella, el dolor físico no tenía nada yí cuando llegué y le vi a mi hija en la incubadora por primera vez, í verla ahí con las sondas, eso me impactó y tenía mucho dolor y no paraba de llorar y ahí estando todo el personal sobre todo una de las niña que es Verónica (matrona), se me acercó y me dio mucha comprensión y después escuche también las otras historias, de otros casos que son mucho más graves.ö (Madre)

oí los psicólogos de acáí me contuvieron y de a poco a poco me fui dando valor y ya viéndola a mi hija que estaba bien.ö (Madre)

oí me dieron la contención (refiriéndose al equipo de salud) y por parte de mi esposo obviamente. La contención que tuve y la tranquilidad que tuve, porque no vivía tranquila. Me iba a mi casa y lloraba, en las noches sentir que mi hija está solita, sentía como que la

dejaba abandonadaí Y después poco a poco ya ella me fue, me fue este dando sorpresas día con día.ö (Madre)

õí las charlas que estaba asistiendo también acáí Chile Crece Contigo, ahíí te orientan y nos dicen que hay que transmitirle eso (bienestar al bebé)í eso le ayudaí para crecer, para salir adelante y eso es lo que tratábamos.ö (Madre)

õí hablando con los doctoresí me decían que está todo bien, sobre todo con los órganos vitales que estaban súper bien de mi hija y ya me sentía, cada día ya mucho mejor.ö (Madre)

õí llegaba y a veces me decía la doctora que estaba cargo ´no, la Sofía está bien, ya pesa tantoí ö (Madre)

b) Sugerencias

El entrevistado refiere que una de las falencias que percibió en la Unidad de Neonatología, es la poca accesibilidad de los padres para acompañar el en proceso de hospitalización de sus hijos (2 horas diarias aproximadamente). En este sentido manifiesta que le resulto una situación õfuerteö, el poder compartir con su bebé escaso tiempo durante el día, Además visibilizó como igualmente escaso el tiempo de acceso materno a la Unidad (12 horas diarias), ya que a su criterio más allá de el número de personal de salud encargado del cuidado de los bebés, la madre resultaría ser fundamental a la hora de entregar cuidados a su hijo/a.

õí es fuerte porque el hecho de solamente compartir (con su hija)í en el caso mío, compartir unas horas nada más.ö (Padre)

õí la gran falenciaí en el caso mío era poco el tiempo a compartir con mi niña y en el caso de ella en comparación, si lo ponemos en estadística, de las veinticuatro horas del día estar con ella doce, igual es poco.ö (Padre)

õEsos llantos que ella (refiriéndose a su esposa) escuchaba en el día y se hacía la idea que por último en el día ella la consolaba y viste que en la noche había un personal, pues por mucho profesional que estaba atento a la bebe, pero no es lo mismoí ö (Padre)

Caso IV

1.4.7 Observación Interacción díada Madre-Bebé

Madre: Edad: 35 Primigesta

Padre: Edad: 33

Bebé: Fecha de Nacimiento: 05/04/11 Semanas de Gestación: 34

Fecha 40 semanas: 17/05/11

Edad Cronológica en la entrevista: 1 mes + 10 días.

Edad Corregida en la entrevista: 0

a) Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción díada Madre-Bebé

Según lo observado, la díada madre-bebé presenta los tres elementos de apego fundamentales, los cuales son:

- Contacto físico
- Contacto visual
- Vocalizaciones
- Afectividad

En este sentido, se puede observar un contacto físico, de piel a piel prolongado, favorecido por la experiencia madre (canguro ambulatorio), además de la presencia de caricias, palmaditas, besos, etc. También se observó un contacto visual constante de la madre hacia la pequeña bebé, de tan sólo 1 mes y 10 días de vida y 40 semanas de edad corregida. La madre mira constantemente a su bebé acariciándola y monitoreando sus quejidos y movimientos. Por su parte la bebé, la mayor parte del tiempo se permanece dormida sobre el pecho de la madre. Importante es tomar en cuenta además, que durante las primeras semanas de vida los bebés, estos son miopes, o sea solo ven õbienõ, lo que está cerca de ellos (entre unos 20 a 30 cm aproximadamente).

El hecho de que la bebé, pase el mayor tiempo durmiendo según los días de vida que esta tiene, se debe principalmente a que a pesar de que su edad es de un mes y diez días de vida, su

maduración fisiológica es aun (durante la entrevista) de un bebé de edad gestacional de 39 semanas, por lo que se encontraría pronto a cumplir las 40 semanas de edad gestacional, tiempo en el cual idealmente debería haber nacido. Debido a esto la bebé duerme profundamente la mayoría del tiempo, por lo que despierta y llora, principalmente al presentar incomodidades y necesidades de tipo fisiológicas. Se menciona la palabra "principalmente", ya que también acciones concretas tales como el contacto físico, vocalizaciones, etc. Son necesidades del bebé, las cuales comunica a través del llanto, quejidos y/o inquietud. Necesidades las cuales forman parte y son necesidades afectivas de la bebé. Las que se ven completamente satisfechas durante la observación, en donde la madre es capaz de captar las señales de la bebé y ésta (la madre) reacciona acariciándola, dándole palmaditas, etc. Siendo capaz así de calmar a su hija de forma efectiva.

Con respecto a las necesidades fisiológicas, como la alimentación, durante la observación se da cuenta de que la madre es capaz de detectar y entender el llanto de su hija, ya que en un momento en que la bebé llora intensamente, esta (la madre) logra entender que su hija tiene hambre, y se la pone al pecho. En este sentido se puede hablar de que la madre daría cuenta de la capacidad de "sensibilidad materna", la cual corresponde a una habilidad parental que consiste en la capacidad de detectar las señales del bebé, dándole una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades del bebé. Las vocalizaciones son otro punto importante, las cuales son una vía útil para calmar y/o estimular al bebé, lo cual se evidencia claramente en la interacción de esta díada madre ó bebé.

Por lo tanto, es posible evidenciar la presencia de una adecuada sensibilidad materna, para detectar identificar y dar respuesta oportuna de las necesidades fisiológicas y afectivas de la bebé, en donde las conductas maternas son desplegadas con seguridad, logrando contener y regular las conductas de apego de su bebé. Es posible dar cuenta de una tonalidad afectiva de la madre, tendiente a la calma, por medio de la cual logra tranquilizar y contener adecuadamente a su hija en situaciones de estrés. En este contexto se podría dar cuenta de una tendencia de la madre a constituirse en una "base segura" de apego para su bebé.

Caso IV

1.4.8 Escala Massie Campbell ó Indicadores de Apego

Díada Madre ó Bebé

Bebé:

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 4 meses + 6 días.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 2 meses + 3 semanas.

Identificación según los indicadores el estilo de apego:

La díada presentaría según los indicadores y/o elementos que evalúa la escala Massie Campbell, como un estilo de **Apego Seguro**, en donde la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala. **Apego Seguro**, en donde la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Caso IV

1.4.9 Interpretación Integrativa: Escala Massie Campbell ó 1ª Observación

Díada Madre ó Bebé

Al comparar ambas situaciones, de observación de la díada, la primera cuando la bebé tenía 0 días de vida de edad corregida, y un mes y una semana de edad cronológica y la posterior aplicación de la escala de observación de indicadores de apego de Massie Campbell, cuando bebé tenía 2 meses + 3 semanas de vida de edad corregida, y 4 meses de edad cronológica. Al integrar ambas instancias de observación, es posible dar cuenta que la díada madre óbebé, ha logrado desarrollar una tendencia al apego seguro. Patrón de relación que se pudo evidenciar por algunos indicadores, ya presentes desde la primera observación, en donde se observó en la madre la sensibilidad suficiente para captar y dar respuesta pronta a las señales de apego de su hija, a partir de una tonalidad afectiva serena y segura. En este sentido, se puede observar que existe una tendencia de la madre a constituirse en una base de apego seguro para su hija en los momentos de estrés.

Con respecto a la experiencia de esta díada, es importante mencionar que ésta práctico los cuidados canguro, tanto intrahospitalariamente, como de forma ambulatoria, lo cual permitió a la madre empoderarse en su rol de cuidadora principal de su hija. Instancias de contacto temprano que es posible inferir que le permitieron sintonizarse con las necesidades afectivas y fisiológicas de su bebé, logrando regular adecuadamente la experiencia emocional de su hija frente al estrés.

1.4.10 Análisis Interpretativo Caso IV

Un antecedente importante de destacar es que madre investigada, es de origen peruano y está radicada junto a su marido hace diez años en Chile. Además en la etapa previa a el embarazo de su hija, la pareja vivenció tres embarazos que no llegaron a buen término, los cuales 2 de ellos, la madre abortó espontáneamente en los primeros meses de gestación y el último de ellos fue de cinco meses de gestación aproximadamente. Situación que los padres relatan con tristeza y nostalgia. Para efectos de conocer las causas de estas alteraciones, la entrevistada se sometió a diversos exámenes médicos, en los cuales según relata no se encontraron anomalías que pudiesen explicar los abortos sufridos.

En referencia al período previo al nacimiento de su hija, la madre refiere que no presentaba temor, ya que percibía su embarazo se estaba desarrollando de forma normal y perfectamente. Frente a este contexto es posible dimensionar cuan esperada y deseada, esta bebé que hoy después de diez años de matrimonio han logrado traer al mundo. Tanto el padre como la madre dan a conocer su felicidad al percibir que el embarazo si bien era de cuidado, debido a las anteriores pérdidas, estaba llegando a su fin. Frente al recuerdo de las pérdidas de bebés anteriores la madre, se muestra triste y justifica, que los exámenes médicos, arrojaron que no era su culpa el que los embarazos no hayan prosperado. Sin embargo, manifiesta que pareciera que su cuerpo fuese el que rechazara a los bebés en gestación. Ante este panorama, es posible inferir el estado emocional de esta madre durante el embarazo, quien mantuvo reposo por algún tiempo, sin que por ello el bebé lograra alcanzar la madurez completa dentro del útero, el nacimiento prematuro de su hija que reactualizó en ellas los cuestionamientos y culpas, por no haber logrado llegar hasta el final del embarazo. En relación a la experiencia psicológica de madres que han sufridos abortos espontáneos, María Simon, psicóloga en la Clínica Ginecológica Universitaria de Würzburg (Alemania), señala que: "í tras un aborto se acumulan las siguientes consecuencias psíquicas: sentimientos de remordimiento y de culpa, oscilaciones de ánimo y depresiones, llanto inmotivado, estados de miedo y pesadillas(í) Al 52 % de las encuestadas les molesta ver a mujeres embarazadas porque les recuerdan sus propios hijos abortados. En el 70 % de las mujeres surge una y otra vez el pensamiento de cómo serían las cosas si el niño abortado viviera ahora. Además, las encuestas arrojan proporciones de hasta 50 % de uniones que se rompen después de un aborto." (ACIPRENDA, 1992 p.92)

En relación al caso estudiado es posible dar cuenta de temores y fantasías asociados a la amenaza de pérdida de la bebé prematura, tristeza y culpa por no haber llegado a término con

el embarazo, a pesar de sus cuidados. En este sentido, es posible dimensionar el impacto que generaría en esta madre, el tener una bebé prematura, dado su historia de pérdidas de bebés en gestación, es posible inferir que se activarían en ella, en base a las evidencias sentimientos de culpa frente al nacimiento prematuro de su hija y por lo tanto parte de responsabilidad en la condición de vulnerabilidad de su bebé. Perdiendo toda las esperanzas de haber llegado a término con su embarazo, transitando desde un òbebé imaginadoö (Ammaniti,1992) sano y de término dado que percibía su embarazo dentro de un curso normal, sin mayores alteraciones, hacia el encuentro real con un bebé en vulnerabilidad extrema.

Al momento del parto, esta madre fue atendida en una clínica y acompañada por su marido, en el procedimiento de una cesárea programada por embarazo de riesgo para el feto a las 34 semanas de gestación. Con respecto al momento del nacimiento de su hija la madre refiere haberlo experimentado como un acontecimiento emocionante, el cual se vio teñido por la emergencia del miedo como emoción prevaleciente ante la vivencia de prematuridad de su bebé. En este sentido la madre experimentó miedo al percibir tan frágil y pequeña a su niña, lo cual se tradujo en temor a que su hija falleciera dada su condición de vulnerabilidad. No obstante, la tranquilizó el hecho de escuchar el llanto de su bebé, ya que ella significaba esa conducta como sinónimo de que estaba dentro de todo bien, sin que por ello lograra neutralizar el miedo que sentía. Esta madre tuvo la oportunidad de tener contacto físico en el momento inmediatamente posterior al parto (bonding) por un lapso corto de tiempo y posteriormente se la llevaron. En este contexto general del nacimiento de su bebé, la entrevistada, manifestó que el apoyo de su marido, a quien percibió en ese momento como una persona fuerte, le la ayudó mucho a superar la difícil situación.

En cuanto a la experiencia emocional del padre, éste manifiesta haber experimentado el momento del nacimiento de su hija como un acontecimiento muy emocionante y maravilloso. No obstante refiere haber sentido temor e impotencia ante lo imprevisto de la situación, ya que él se define a sí mismo como una persona que trata de òpreparar las cosasö. Sin embargo, manifiesta que gracias a la fe en Dios y la fortaleza de su esposa y él, fueron capaces de salir adelante, a pesar de las dificultades. En este sentido refiere que siempre tuvo fe que las cosas iban a estar bien, ya que percibió a su hija sanita, a pesar de los riesgos que implicaban su condición de prematuridad. Frente a esta situación le tranquilizaba, su propia experiencia de riesgo al nacer, situación que pudo superar y que hoy ante el nacimiento prematuro de su hija recordaba. Esta experiencia le daba esperanzas para creer que todo saldría bien. Por otro lado al igual la madre, el entrevistado experimentó la sensación de tranquilidad al escuchar el

llanto de su hija al momento nacer. Además de relatar con profunda emoción que tuvo la oportunidad de tener un prolongado contacto físico con su hija (bonding), en momento posterior al parto e incluso él mismo la puso dentro de la incubadora (es necesario mencionar que esta bebé nació en la Clínica Dávila y que posteriormente fue trasladada a la Unidad de Neonatología del Hospital San José). En este contexto el padre tuvo la oportunidad de tener contacto temprano inmediatamente al momento inmediatamente posterior al parto por un tiempo considerable de tiempo, instancia que en el hospital San José, no hubiese sido posible, ya que no es una práctica acostumbrada en esa institución de salud. En este sentido, es posible dar cuenta de la intención del padre de transmitir a su bebé, que tanto él como su esposa eran capaces de brindarle la protección y el amor, necesarios para que no se sintiera sola en esta vida.

Con respecto a sus experiencias emocionales durante el inicio de la estancia de su hija en la Unidad de Neonatología, la entrevistada manifiesta haber experimentado en forma conjunta los sentimientos de temor, impotencia, tristeza, rabia y culpa. En cuanto a la experiencia de miedo, se derivada del intenso temor de la madre a que su bebé no sobreviviera. En cuanto al sentimiento de culpa, la madre refiere haber experimentado que su organismo había provocado las pérdidas anteriores y esto lo asociaba al nacimiento prematuro de su hija, experimentando culpa y tristeza por sentir que su organismo habría influido en la condición de prematuridad de su bebé. La madre investigada presenta una capacidad de expresar con coherencia y claridad los estados afectivos experimentados durante el nacimiento prematuro y la hospitalización, dando cuenta de una coherencia entre la expresión afectiva y el contenido de la narración, aspecto que a la luz de los aportes integrativos de Lecannelier, permiten visibilizar la capacidad de la madre y del padre para entregar señales afectivas claras, aspecto que se constituye en un elemento predictor de una relación de apego segura, en donde el bebé, va a poder decodificar claramente las señales afectivas de sus cuidadores, permitiendo una predictibilidad de sus conductas en etapas de desarrollo posteriores del bebé. (6 a 9 meses) (Lecannelier, 2007).

En el inicio del período de hospitalización de su hija, la madre manifiesta haber experimentado un gran impacto e intenso dolor emocional, al ver a su hija intervenida por sondas dentro de la incubadora. En este sentido, la madre percibiría la condición de vulnerabilidad de su hija prematura y empatizar con la situación compleja que estaba viviendo su hija, tan intervenida por procedimientos médicos, lo que detonó en ella, sentimientos de impotencia, tristeza, culpa, angustia y rabia por la situación que estaba viviendo su bebé.

Además relata que le afectó profundamente el hecho de tener que separarse todos los días de su hija, cuando llegaba la hora de retirarse de la Unidad de Neonatología. En este sentido manifiesta haber experimentado intensa tristeza, sintiendo que abandonaba a su hija cuando se iba por las noches a su hogar. Posteriormente, plantea que la tranquilizó el hecho de ver que su bebé, le fue dando sorpresas con sus avances en el proceso de recuperación y esto la hizo sentir contenta. Este temor a la pérdida, generó intensa angustia de separación en esta madre, separación que dada la vulnerabilidad extrema visibilizada en su bebé, la hacía desplegar toda suerte de fantasías en torno a la amenaza de pérdida y temor a la muerte dada la condición de riesgo de su hija, en esos momentos. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que *«la despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera»* (Bowlby, 1988, p. 61). En este sentido la madre, se vio afectada por una situación de estrés derivado de la amenaza de pérdida de su bebé prematuro.

En referencia a lo anteriormente expuesto, es posible inferir que tanto la madre como el padre, se vieron enfrentados a la difícil situación de lidiar con la condición de extrema vulnerabilidad de su hija prematura. En cuanto a la experiencia del padre con respecto a la etapa e hospitalización de su bebé, es posible inferir que empatizó con la experiencia emocional de su esposa a tal punto que vivenció esta etapa, en absoluta comunión con los estados emocionales de su pareja. En este sentido manifiesta su preocupación por una etapa que significó como *«fuerte»* en sus vidas. En este sentido, el entrevistado refiere que su percibía en su esposa cambios de ánimo, los cuales él atribuía como consecuencia de los *«sentimientos de vacío»* que le generarían la separación de su bebé, luego del cierre de horario de visitas maternas (durante la noche) en la Unidad de Neonatología. En este contexto, es posible inferir que el entrevistado, experimentó impotencia al percibir que *«hiciera»*, lo que hiciera *«bajo su punto de vista era imposible llenar la sensación de «vacío» que vivía su esposa al separarse momentáneamente de su hija.* En este sentido, es posible dar cuenta de la empatía expresada por el entrevistado con respecto a experiencia emocional de la esposa, situación que lo llevó a intentar posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza a su esposa y a su hija. Sin embargo, el entrevistado manifiesta su propia necesidad de apoyo para poder comunicar lo que estaba vivenciando, para ello buscó a su madre para intentar desahogarse. Para finalizar el entrevistado manifiesta que experimentó *«estrés»*, a partir de *«la tensión y recelo»* que le generaba el sólo hecho de pensar que pudiese transmitir alguna infección a su hija cuando se encontraba hospitalizada. En relación al su experiencia con la práctica del MMC, la madre refiere que el tener a su hija

en contacto piel a piel, le permitió experimentar felicidad y dejar atrás gradualmente el dolor emocional que le provocaba alejarse de su hija. Además manifiesta que el tener a su niña en canguro, le transmitió seguridad al sentir que su hija estaba bien, ya que al experimentar el contacto piel a piel prolongado con ella, le permitía percibir que podría entregarle todo el cariño que necesitaba su bebé, a partir de tenerla junto a ella en casa. En cuanto al padre, manifiesta ahora que su hija está en casa, por medio del tratamiento MMC ambulatorio, todo cambió, ya que por ejemplo él no dormir y no descansar, tienen un fin, ya que se justifica en virtud del bienestar de su hija. En este sentido el entrevistado, plantea comparativamente el desgaste psíquico experimentado que les significaba estar preocupados por el hecho de imaginar que su bebé hospitalizada podría estar necesitando y sufriendo lejos de ellos. En consecuencia el padre, percibiría la experiencia de tener junto a ellos a su hija como una recompensa. En donde el contacto piel a piel con su hija fue percibido como una sensación indescriptible y de plena felicidad. En este sentido, el padre plantea que tan distinto le resultaba contactarse con su hija, cuando se encontraba dentro de la incubadora, ya que se cohibía al tocarla. En este sentido plantea es muy distinto tener a su bebé en contacto piel a piel, ya que esto le permitió percibir la respiración sobre su piel y los latidos cardíacos de su bebé, experimentando de esta manera que el corazón de su hija estaba junto a él. En este sentido este padre, visibiliza los beneficios que otorgaría por medio de los cuidados canguros presentando plena conciencia de lo importante que son ellos como padres, para entregar todo lo necesario a su hija para crecer sana y feliz. Este padre empoderado en su rol de protector de la familia, el cual se siente en el deber de ser el sostén afectivo emocional de su esposa y de su hija para lograr salir adelante en los difíciles momentos vividos.

Al respecto, Tessier (1998) evidenció que la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hijo. Por lo tanto, el contacto piel a piel restablece la relación madre-hijo interrumpida por la separación neonatal o inicia una relación cuidador-niño, de una forma tal que tiene altas probabilidades de generar un apego seguro. En este sentido, el autor anteriormente citado, plantea que el contacto físico temprano piel a piel entre la madre y el bebé crea una disposición en el cuidador que le permite detectar y responder de mejor manera frente a las señales del bebé. Al articular estos aportes, con el presente caso, es posible vislumbrar que los beneficios del MMC, están presentes y son percibidos por los padres a partir de los avances que vieron en la salud integral de su hija. En este sentido, el padre denota su capacidad de función reflexiva, al referirse a su apreciaciones sobre el valor que le otorga a la instancia de vincularse

tempranamente con su hija como una oportunidad para *añadiarse* con su bebé y de esta forma construir un vínculo mucho más fuerte a nivel familiar, significando la compleja situación experimentada como un acontecimiento que potencialmente podría unir aún más los lazos con su familia.

En este sentido Nathalie Charpak, una de las pediatras fundadoras del MMC en Colombia, sostiene que a través de la práctica del MMC, tanto en sus formas intrahospitalaria, como en su modalidad ambulatoria, es posible devolverle el derecho a los padres de constituirse en sus cuidadores principales entregándoles todo lo necesario para su recuperación hasta alcanzar la madurez y peso necesario para ser dado de alta del MMC. En relación al presente caso es posible inferir que más allá de los temores y aprehensiones e inhibiciones, experimentados tanto por la madre como en el padre, la intervención MMC, se constituyó en una instancia que les permitió empoderarse en su rol de cuidadores principales e su hija, percibiendo sus competencias para entregarle el afecto, los cuidados y la protección necesaria para que su bebé saliera adelante. Denotando un profundo compromiso con su hija. Frente a estos hallazgos es posible situar el aporte de Ainsworth, autora que plantea que uno de los criterios que permiten a los padres configurarse como una base segura de apego para sus hijos es el *compromiso con el bebé*, dando cuenta de padres y madres comprometidos en la crianza de su bebé. Otro de los criterios establecidos a la luz de los aportes integrativos de Lecannelier, es la capacidad de mentalización o función reflexiva (Fonagy, 1998), capacidad que permitiría a los padres y madres situarse como una base segura de apego para sus hijos. En cuanto al caso estudiado, fue posible evidenciar una importante capacidad reflexiva del padre y una adecuada presencia de esta capacidad en la madre. Capacidad que en esta madre, ha permitido desarrollar una alta sensibilidad ante las señales de apego elicitadas por su bebé, factores que le permitieron sintonizarse efectivamente con los estados afectivos de su hija infiriendo sus necesidades fisiológicas y afectivas al poco tiempo de nacida su bebé.

Para Fonagy (1998), la función reflexiva, es un logro intrapsíquico e interpersonal, el cual surge en el contexto de la relación de apego seguro. En este sentido el reconocimiento materno de las señales del bebé, de sus sentimientos, intenciones y deseos. Posteriormente permitiría al niño dar sentido a sus propios sentimientos y conductas, así como inferir estados mentales en los otros. En relación a otras capacidades detectadas tanto en la madre como en el padre, para constituirse en una base segura para su hija. Están la capacidad empática, la que ha permitido a estos padres conectarse con los estados internos y vivencias de su bebé, dando cuenta de esta capacidad a partir de intuir las vivencias internas de su bebé, a través de la

empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada dada su condición de prematura.

En relación a otros aspectos evidenciados en estos padres, como recursos que les permitirían desarrollar una paternidad bienentrante (Barudy y Dantagnan, 2005) para su hija. Es la presencia de amor parental dirigido a su hija, el cual podría configurarse como un recurso protector, que permitiría satisfacer las necesidades afectivas propias de los niños y niñas. Según Barudy y Dantagnan, existirían necesidades afectivas infantiles, en las cuales existirían tres dimensiones a destacar: Primero, la esfera afectiva del buen trato, que está constituida: por la satisfacción de las necesidades de vincularse, de ser aceptado y de ser importante para alguien. Segundo, las necesidades cognitivas, que comprende: la necesidad de estimulación, experimentación y refuerzo; y por último la necesidad de valores.

Es esperable que el despliegue de cuidados, protección y amor, desplegados hacia su hija tan deseada y esperada, permitan el desarrollo óptimo e estas capacidades concretando los anhelos de estos padres de ser capaces de: "transmitir que era nuestra vida, que la estábamos esperando, que íbamos a hacer todo lo posible que ella esté bien, que ella se sintiera bien".

Un aspecto importante a destacar, es la capacidad de estos padres para fortalecerse por medio de sus recursos personales y los aportes del entorno. Es así, como se evidencia la fe en Dios, el apoyo entre ellos mismos y la recepción de apoyo de parte de su familia, más allá de sus actitudes previas al embarazo de su bebé, de intentar resolver todo entre ellos sin buscar apoyo externo. Es posible visualizar que la experiencia en torno a la prematurez de su hija, les hizo abrirse al apoyo de su familia y del equipo de salud.

En este sentido Cyrulnik (2005), frente a una experiencia adversa la persona podría verse favorecida con la presencia de un otro significativo que le brinde la oportunidad de transformar aquello duro, difícil, adverso en algo constructivo, positivo y enriquecedor para su persona. "La resiliencia nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados" (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12). En este sentido es posible situar como fundamental, el apoyo de su pareja para la madre, a quién percibió la fortalecía, a partir de contener su profunda angustia y tristeza, ayuda que significó como indispensable para poder salir adelante frente a la adversidad vivida. Manifestando que la fuerza que le transmitía su pareja, le permitió avanzar en la superación de dolor emocional profundo que le significaba estar lejos de su hija y percibir su vulnerabilidad. Además de valorar la contención emocional y la entrega de

conocimientos por parte de personal de salud.

En cuanto al padre, manifiesta su interés de constituirse en el protector de su familia, entregándole lo mejor tanto su esposa y a su hija, realizando un mirada prospectiva, en la cual visualiza que la superación de la situación adversa vivida en torno a la experiencia de prematuridad de su hija y la experiencia canguro, podrían configurarse en instancias favorecedoras de lazos afectivos firmes y duraderos dentro de su familia.

En relación al estudio longitudinal, a partir de dos momentos de observación de interacción en la díada madre bebé prematura. Se consignaron los indicadores de apego, presentes en la relación madre- bebé prematura, el primero fue al 1 mes y 10 días de edad cronológica de la bebé, correspondiente a 0 de edad corregida (se refiere a la edad que el bebé prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente, a las 40 semanas.) En esta primera instancia de entrevista fue posible observar un patrón relacional entre la madre y su bebé caracterizado por una alta sensibilidad materna. En donde las conductas de apego de la bebé, eran recepcionadas y reguladas adecuadamente por la madre, quién respondió de forma accesible, denotando seguridad y confianza en el manejo de la relación con su bebé. Esta bebé en su condición de recién nacida, pasaría gran parte del día durmiendo, lo cual fue posible de confirmar en la instancia de observación en donde la bebé la mayor parte del tiempo se mantuvo dormida en contacto piel a piel con el pecho de su madre. Mostrándose cómoda y relajada la mayor parte del tiempo. Ante la más leve señal elicitada por su bebé la madre denotó conductas eficientes para lograr regular el estrés de su bebé en momentos que la madre percibió que su bebé tenía hambre poniéndola al pecho inmediatamente, respuesta con la cual logró satisfacer a su bebé. Manteniendo un afectuoso contacto físico y miradas dirigidas a su bebé quien reposaba sobre su pecho, tranquilamente la mayor parte del tiempo. Frente a estos hallazgos es posible dar cuenta de una alta sensibilidad materna, la cual si sigue evolucionando óptimamente en la interacción de esta díada, permitiría predecir la tendencia de la madre a constituirse en una base de apego seguro para su bebé. Articulando la capacidad de identificar, responder adecuada y prontamente a las señales de su bebé, como un aporte más a las capacidades visibilizadas en esta madre, para dar paso a una paternidad bienentranteö (Barudy y Dantagnan, 2005)

Los hallazgos de la primera observación son confirmados a partir de la aplicación de la escala de observación de indicadores de apego, Massie Campbell, aplicada a la madre y su bebé a la edad de 4 meses y 6 días de edad cronológica y una edad corregida de 2 meses y 3 semanas. Evaluación de la calidad del apego, que confirmó la tendencia al establecimiento de una relación de apego seguro, entre la díada madre y su bebé.

En síntesis es posible dar cuenta que entre esta madre y sus bebé existiría una tendencia al apego seguro. En donde la madre responde sensiblemente ante las necesidades fisiológicas y afectivas de su bebé. Al integrar ambas instancias de observación, es posible dar cuenta que la díada madreóbebé, ha logrado desarrollar una tendencia al apego seguro. Patrón de relación que se pudo evidenciar por algunos indicadores, ya presentes desde la primera observación, en donde se observó en la madre la sensibilidad suficiente para captar y dar respuesta pronta a las señales de apego de su hija, a partir de una tonalidad afectiva serena y segura. En este sentido, se puede observar que existe una tendencia de la madre a constituirse en una base de apego seguro para su hija en los momentos de estrés. Teniendo en consideración que según la etapa de desarrollo normativo del apego, esta bebé se encontraría en la Fase I, en donde el cuidador y el bebé forman un sistema recíproco organizado, en donde la madre es más activa en regular a su bebé, el cual está equipado para responder a los cuidados de su figura de apego y para elicitarse esos cuidados a través de medios muy básicos y rudimentarios, sin embargo en esta fase se empieza a estructurar un patrón recurrente de regulación y cuidado de las necesidades básicas del bebé. En este caso, lo que es posible de observar en una interacción de apego tan temprana madreóbebé, es la sensibilidad materna como predictora y la satisfacción de las necesidades de la bebé, como indicadores para prever la configuración de un estilo de apego seguro en el futuro de esta díada. Díada madre-bebé prematura, potenciada por una figura paterna comprometida, la cual compartió el rol de cuidador principal de su hija junto a su esposa, a través de la entrega de los cuidados canguro.

Caso V

1.5.1 Experiencia emocional Madre y/o Padre en torno a la Prematurez de su hijo/a.

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

Las investigadoras dan cuenta de que la madre en el período temprano del embarazo, fue intervenida debido a la presencia de disección aórtica renal, derivada de una patología de base denominado síndrome de Marfan, es una enfermedad rara del tejido conectivo, que afecta a distintas estructuras, incluyendo esqueleto, pulmones, ojos, corazón y vasos sanguíneos, patología de origen genético que se desencadenó en el transcurso del embarazo de su segunda hija Nahara. Debido a su compleja situación de salud, fue sometida a distintos exámenes y tratamientos medicamentosos, los cuales se constituían en un alto riesgo para el feto, derivado de esta situación los médicos tratantes entregaban pronósticos poco alentadores a los padres con respecto a la viabilidad de del bebé.

•A las 18 semanas, me dio la disección aórtica, y ella estuvo sometida en el embarazo a angio-tac, a radiografías, a medicamentosis • (Madre)

b) Experiencia Emocional al Nacimiento

Es necesario mencionar que la madre presentó un delicado estado de salud durante el transcurso de todo el embarazo, por lo que fue hospitalizada en reiteradas ocasiones en las dependencias del Hospital San José. Al momento del parto la madre refiere, que lo experimentó como un momento traumático, se le realizó una cesarí y comenta que sintió el dolor provocado por la intervención. Además refiere que le resulto horrible el no haber tenido contacto, ni ver a su hija en el momento del parto, ya que experimentó temor de que su hija estuviese fallecido y no se lo hubiesen comunicado. Posteriormente relata que se sintió aliviada al ver fotos y recibir noticias de su hija por parte de su marido. Sin embargo, relata haber experimentado una profunda emoción al percibirla tan pequeña y frágil, lo que despertó en ella, en forma más intensa la necesidad de tener contacto con su hija para entregarle su cariño y protección. En este sentido, relata que la angustiaba el hecho de encontrarse inmovilizada por los tratamientos que se le estaban efectuando en ese período, ya que su condición le impedía movilizarse para ir a ver a su hija a la Unidad de Neonatología, donde se encontraba hospitalizada desde el momento posterior al parto. La entrevistada manifiesta que posteriormente, cuando le fue posible levantarse se dirigió a la Neo, en donde encontró el

apoyo de la psicóloga del Programa Chile Crece Contigo, profesional que la contuvo emocionalmente y la acompañó a conocer a su hija; momento en el cual refiere haber experimentado tal impresión al verla que apenas se atrevió a tocarla, experiencia que la llevó a desbordarse sumiéndose en el llanto. En cuanto a la experiencia del padre, el entrevistado refiere que ante el nacimiento de su hija la percibió como que la sacaron ò como si hubiese sido un trapo ò y que le impactó el hecho de que percibió que su hija no respiraba en ese momento, por lo que se la llevaron de inmediato para reanimarla y compensarla, ya cuando se estabilizó poco tiempo tras el parto (minutos) una persona miembro del equipo de salud, lo fue a buscar para que conociera a su hija, en ese momento dice que la miró detalladamente para asegurarse de que se encontraba en buenas condiciones y además para poder reconocerla posteriormente. Sin embargo el padre relata que sostenido en los pronósticos desalentadores sobre la posibilidad de que su hija sobreviviera tras el parto, manifestó que no tenía seguridad de que su hija naciera o se mantuviese con vida, por lo que sostuvo que se encontraría preparado para la posibilidad de su hija sobreviviese al parto, como también en el caso que la bebé falleciera. Ante este contexto, el padre refiere que la posibilidad de tener en sus brazos a su hija, le permitiría adquirir la seguridad de que su bebé se encontraba fuera de peligro. Por otro lado, el entrevistado manifiesta que comparativamente, el nacimiento prematuro de su hija no se diferenciaría mucho de su experiencia previa con su hijo mayor nacido de término y sin complicaciones. Sin embargo, desde sus comentarios al relatar su percepción de que en un nacimiento normal, las madres se van rápidamente a casa con sus bebés, en cambio en el caso de la hospitalización de su hija, la situación se traducía en un ir y venir constante y que esa situación le incomodaba debido a sus a las exigencias de su trabajo.

Yo no la vi cuando ella nació, yo la conocí dos días después entonces, en todo ese espacio que no estuvimos juntas, que no la besé, que no le dije 'hola mi niña' Fue horrible yo pensé que estaba muerta, que nadie me quería decir. Estuve con otras mamás con guagua, yo estuve con puras personas con máquinas en todos lados. Fue pero horrible. Tenían que monitorearte. Fue traumático para mí. De hecho la cesárea cuando sentí que me cortaron desde ahí empezó mi calvario. Sentí la herida y todo eso. Entonces, yo quería estar consciente para ver a mi hija pero no pude, cuando desperté ya había terminado todo. Claro, si yo la hubiera visto así me hubiera subido la presión y hasta ahí hubiera llegado... Y después me llevaron para allá (puerperio), yo preguntaba por mi hija yo quiero ver a mi hija ò y todos se miraban las caras y nadie me decía nada. Entonces, yo pensé que estaba muerta y que nadie me quería decir. Hasta cuando él (esposo) llegó con una sonrisa de oreja

a oreja y yo le dije 'cómo estaba' y él me dijo que estaba bien, me mostró una foto en el celular que le sacó escondida y yo la veía pero tan chiquitita, me emocioné, me puse a llorar y lo único que quería era verla, tocarla y darle besitos. Y estaba muy angustiada porque no podía, si ni me podía levantar a de ahí ni nadaí me mostraron la foto de que estaba en incubadoraí y eso me alivió verla que estaba bien, que estaba vivaí Creo que la primera vez estuve con la señorita Alejandra, la primera vez que vi a la niña, que tiritaba y lloraba entera, a penas la toqué porque era muy impresionante.ö (Madre)

õAsí nació, estaba sin respiración sin nada. La agarraron de las patitas, la tomaron así y se la llevaroní La sacaron así, igual que un pedazo de trapo y se la llevaron íno, usted quédese acáí me impactóí después me fueron a buscar cuando ya reaccionó y todo, ahí me fueron a buscar y me dijeron í está bien, está respirando y ahora puede ir a verlaí ´ Ahí la vi, la revisé, le miré las orejitas, le conté los deditos, le busqué algún lunar para poder reconocerla después.ö (Padre)

õí fue primera vez porque el Juanqui (hijo mayor del matrimonio) nació normal. Pero en realidad no veo mucha diferencia, el tema de venir al hospital, de que estuviera en incubadora, eso era lo que más me incomodaba por mi trabajo.ö (Padre)

õí cuando un parto es normal, nace la guagua y después se va junto con la mamá para la casa, diferente a venir todos los días al hospital y venirí irse y venir todos los días. Eso más que nada.ö (Padre)

õEl nacimiento de la Nahara yo no lo consideraba porque el doctor cuando estaba hospitalizada la Viviana dijo que no iba a nacer. De hecho ya, yo estaba esperando si nacía bien y si no nacíaí ya me habían dicho que no iba a nacerí Es que por la enfermedad que tenía la Viviana no iba a nacer la guagua, por los remedios y todo el trámite que era tener a la niñaí Yo tenía que tenerla en mis brazos, para tener esa seguridad.ö (Padre)

c) Experiencia Emocional durante la Hospitalización

Tiempo de hospitalización:

Bebé: 21 días.

Madre: 10 días.

La entrevistada refiere haber experimentando principalmente miedo de que le fuese a pasar algo dentro de la Unidad de Neonatología cuando ella no estaba presente, imaginándose que

le podía pasar cualquier cosa durante el transcurso de la noche, ya que percibía que habían muchos bebés que atender (momento del día en que las madres no tienen acceso a la Unidad). Sin embargo relata que sabía que estaba en buenas manos, pero al percibirla tan pequeña y frágil sus temores se veían incrementados. En este sentido, la entrevistada manifiesta que le provocaba aprehensiones el tocar a su hija, ya que al percibirla tan frágil, le daba temor dañarla. Cuando la vio por primera vez en la incubadora relata que fue grande su impresión, ya que nunca había visto una bebé tan pequeña, percibiéndola como indefensa. Además es posible dar cuenta de que madre, es capaz de visibilizar más allá de la fragilidad percibida en su hija, al manifestar que para ella su hija era valiente y fuerte, ya que había soportado lo peor, (diseción aórtica materna y la exposición a riesgosos exámenes para el feto en gestación) durante el período de embarazo. En cuanto al entrevistado, expresa en su discurso que para él mientras su hija estuviese hospitalizada y en la incubadora para él, aún no era su hija. Aunque veía la evolución de su bebé, no se hacía muchas ilusiones, hasta sentirse seguro de que ella estaba bien. A criterio del entrevistado ese momento llegaría era cuando su hija se fuese de alta y estuviese fuera de todo peligro en la casa, ya segura en sus brazos. Además refiere no tener facilidad para expresar sus emociones, pero sintió alata de verla intervenida con mangueras y relató haber experimentado aprehensiones, en relación a contagiar a su hija cuando iba a visitarla a la Neo.

“Cuando yo me iba para la casa me ponía a llorar, porque me daba miedo. No que no la fueran a cuidar, porque sé que estaba en buenas manos, pero me daba miedo que se fuera a ahogar. Que se fuera a dar vuelta. Tenía miedo que estuviera en la Neo. Tenía miedo que son tantas guaguas me daba cosa, no sé. Se me pasaban miles de rollos por la cabeza.”
(Madre)

“Yo cuando estaba en la Neo, cuando la vi por primera vez, yo lloraba porque me daba nervio verla tan chiquitita, no quería tocarla porque era muy chica, me asusté yo nunca había tenido una guagua tan chica. Yo verla así tan cerca, nunca había visto una guagua así. Y cuando la vi que estaba ahí me dio pena, no. Pero igual estaba contenta porque ella era fuerte, porque ya había pasado lo peor. Ya había pasado el hecho que estuviéramos en el hospital las dos, cuando me dio lo de la diseción. Entonces, ya ella, la encontré súper valiente, pasó por hartas cosas para ser tan chiquitita a tirado tanto para arriba.”
(Madre)

õEn la incubadoraí la veía muy indefensa, la veía respirar así como, me daba nervio. Miento, estaba con una mascarita en la nariz con oxígeno y el pañal le llegaba por aquí (muestra su cintura).õ (Madre)

õÍ En el caso de las mamásí una no se siente mamá cuando están todavía en la Neo, como que una es una funcionaria más del hospital. Yo me sentí así. Yo era la mamá y todo, peor una no la podía tomar, abrazarla ni andarla tocando como yo quería, no podía vestirla como yo quería, porque estaba imposibilitada porque estaba en la incubadoraí Igual me daba tranquilidad porque yo sabía que estaba bien cuidada, pero me daba pena verla tan chiquitita, lo único que le pedía que tenía que subir pah arriba, que soportara, que saliera luego de todo eso.õ (Madre)

õÍ Para mí ha sido cansador, porque como tenía que ver el tema cuando venía a ver a la Nahara al hospital, tenía que ver a mi hijo con quién lo dejaba. Aunque igual tuve harto apoyo de la señora que es como mi mamáí me daba ganas de quedarme cuando ya nos teníamos que ir y dejarla a ella en la cunita en la Neo.õ (Madre)

õÍ igual estaba biení pero todavía no estaba seguro porque igual estaba chiquitita, la habían sacado antes ya, entonces, yo no me hacía ilusiones hasta que la tuviera en mis brazos en la casa, más segura.õ (Padre)

õYo siempre dije, cuando yo la tenga en mis brazos, ahí recién voy a decir que es mi hija. Mientras este en incubadora allá adentro, no me hacía mucha ilusión, porque yo sabía que podía pasar algo. Además que es prematura.õ (Padre)

õEn la Neo, bueno igual la estaban cuidando pero para mí todavía no nacíaí no salía del hospital.õ(Padre)

õÍ Es que como no sé mucho expresar mis sentimientos, peroí Igual me daba lata verla ahí en la incubadoraí Como que de repente me da la sensación como que le molestaban las mangueras que le ponían y todo eso, hacía arcadas.õ (Padre)

õÍ Me daban ganas de tocarlaí pero me daba cosa de pegarle algo, no sé. Un bicho o algo así.õ (Padre)

d) Experiencia Emocional Post Hospitalización

Las investigadoras dan cuenta que la madre, experimenta el presente de su hija, como un percibe como un milagro, al ver lo bien de salud que se encuentra en la actualidad. Sin embargo relata que aún sigue experimentando muchas aprehensiones y temores con respecto a su cuidado dada su condición de prematura, presentando intensa angustia en los momentos en que se separa momentáneamente de ella para realizar sus actividades cotidianas, ya que teme que le ocurra algo y perderla. Por este motivo refiere sentir la necesidad de cuidarla en doble, en comparación a su hijo mayor, quien nació de término y sin complicaciones. En este sentido, relata que percibe a su hija como más frágil e indefensa debido a su condición de prematurez.

Por su parte el padre manifiesta que cuando la tuvo en casa en sus brazos todo cambió, ya que relata que desde que comenzó a tener contacto físico con ella él experimentó que había más apego y que ya en casa se encontraba bien y segura. En este sentido, relata experimentar alegría al visibilizar la evolución de su hija y verla tan sana en la actualidad, percibiendo cambios físicos importantes en su bebé. No obstante, percibe que su hija necesita cuidados especiales, dada su condición de prematurez.

õ Por todos lados ella es un milagro que esté bien, y que esté sanita. Y a pesar que es prematura más encima, está súper bien.ö (Madre)

õ Verla como está creciendo.ö (Madre) õ A mi igual me dio miedo cuando me la llevé para la casaí Por el tema que era muy chicaí y le podía pasar algo.ö (Madre)

õ En la casa trato de no dejarla sola, y a veces en la casa igual tengo que dejarla sola porque tengo que ir a dejar a mi hijo al colegio y no sé, como que quisiera estar 100% con ellaí Ay no, lo encuentro horrible. Y el colegio está comoí me demoro tres minutos en ir a dejar a mi hijo al colegio y volverí pero ya no lo hago sí, porque me da una angustiaí Me da cosa que le pase algo. Yo ya no puedo tener más hijos. Entonces eso haceí que la tenga que cuidar el doble. Porque si a ella algo le pasa, ya no voy a tener más hijos, no puedo tener más hijos. Entonces es como distinta la crianza de ella con la crianza de mi otro hijo, es como totalmente muy distinto.ö (Madre)

õ Ella es como más indefensa, más frágilí Como nació prematura como que verla tan chiquitita no sé. Es muy distinto, mi hijoí cuando nació, era como más gordito, más firme,

más fuerte. Y ella es como todo lo contrarioí la casa se tuvo que adaptar para cuando llegara ella. Hay que tener más cuidadoí hay que andar echando Lisoform a cada rato, andar ventilando a cada rato, que no estén las puertas abiertas mucho rato porque se puede enfermar, porque como es más chica más débil, como es prematura .ö (Madre)

õQue en cualquier momento podía fallecer porque esa es la idea que tenía yo porque lo que me dijo el doctor y por todo lo que pasamos y prematuraí no tenía muchas ilusiones con respecto a eso. Ahora que la tengo en mis brazos es diferente, ahora es otra cosa.ö (Padre)

õNo como que ya cuando la entregaron yo asumí que ya iba bien, que ya no había tanto riesgo, pero que igual había que cuidarla.ö (Padre)

õí es como otro el cuidado, aunque ahora ya estéí como que ya nació, pero igual hay que tener el mismo cuidadoí cuando ya la entregaron, cuando llegó del hospital. Porque estaba en el hospital todavía, todavía no me la entregaban y si llegaba a fallecer, falleció en el hospital, entonces no era tanta la pena. Entonces ya me la entregaron ya.ö (Padre)

õí Igual alegría de verla que está creciendo y de cuando llegó que era tan chiquitita.ö (Padre)

õNoí ahí estaba contento, o sea igual cuando la tomé en brazos cuando estaba en la Neo igual me sentía contento, ahí como que ya empezó a haber más apego. Y después cuando la llevamos a la casa ya, ahí estábamos mejorí ö (Padre)

õí Igual estaba contento porque ya estaba en la casa, pero por un tema de que ya la tenía conmigo.ö(Padre)

õMirando ahora las fotos se nota harto el cambioí porque la carita que tenía era como de una abuelitaí tenía como esa carita como flaquita... No y ahora no, está relleñita, está gordita ahora noto la diferenciaí cuando estaba en el hospital la había visto cuando estaba asíí ahí estaba en incubadora y todo eso no es lo mismo que tenerla uno mismo.ö (Padre)

1.5.2 Experiencia MMC

a) Vivencia Emocional

La entrevistada refiere haber vivenciado gratamente el período de utilización del MMC, manifestando que, a partir de esta terapia, le fue posible experimentar una sensación de conexión con su bebé que la hizo sentir que recuperaba el tiempo de separación (2 días) tras el parto. La madre se pregunta si será el instinto de madre, el cual cree que se despertó más intensamente al tener a su hija junto a ella.

Por otro lado la madre relata haber experimentado aprehensiones y temores ante el frío ambiental (otoño) y más que nada preocuparse, ya que en las noches mantenerla desnuda, sólo con su pañal en posición canguro dentro de la faja, lo cual le generaba la sensación de que su hija sufría por el frío. Posteriormente refiere que su hija, se inquietaba estar en posición canguro durante las noches por lo que dejó de realizarlo en este momento del día. Además refiere que en la casa existía gran entusiasmo y apoyo para relevarse para tener a la bebé en canguro. En este sentido refiere que su marido llegaba del trabajo y se ponía su hija en posición canguro, relatando que incluso su hijo mayor (7 años) también quería practicarlo, lo cual no permitió dada la corta edad de su hijo. Por otro lado refiere haberse sentido muy cómoda al tener a su hija en canguro, ya que podía realizar sin problemas sus actividades cotidianas en el hogar. Sin embargo, una de las aprehensiones que manifestó al momento de salir a la calle con su hija en canguro, tenía que ver con el temor de que su hija se enfermara producto del frío ambiental, por lo cual procuraba abrirla con mantas sobre la faja canguro, donde estaba la niña en contacto piel a piel con su madre. En este sentido, es necesario mencionar que la madre, se presentó en algunas ocasiones al control canguro, con la bebé vestida dentro de la faja, lo cual justificó con su temor a que su bebé se enfermara, en estas ocasiones fue necesario nuevamente psicoeducar a la madre logrando que posteriormente llegara a término con los cuidados canguro sin complicaciones. En cuanto al padre, relata que para él la experiencia canguro le resultó novedosa y similar a la costumbre de algunas tribus que se colgaban el bebé dentro de un bolsito. Además, refiere haber experimentado una grata sensación al tener a su hija en canguro, lo cual le hizo sentir que había mayor apego entre ambos, relacionando esta situación con la percepción de que su hija se duerme fácil y tranquilamente en contacto con él.

óí le pregunté a todo el modo qué tenía que hacer yo para tener también mi guagua ahí (en posición canguro) llegaron y me empezaron a explicar del canguro y todo esoí Yo por

el tema del apego estoy feliz, siento que hay conexión con la Nahara conmigo, a lo mejor si no hubiera tenido el canguro no hubiera sido así será instinto de madre, obvio que uno lo tiene cuando tiene un hijo, peroí Yo no la vi cuando ella nació, yo la conocí dos días después entonces, en todo ese espacio que no estuvimos juntas, que no la besé, que no le dije 'hola mi niña'.ö (Madre)

õCuando llegaba de la pega se bañaba y se ponía su peto y se veía bien sexy. Se ponía a la niña adentro y se acostaba con ella, y estaba con la niña ahí, feliz.ö (Madre)

õEra como una ranita. Y mi hijo (7años) también quería colocarse la niña en canguro, pero igual era complicadoí eso era como bien entretenido. Igual a veces en la noche me sentía mal porque hacía como mucho frío y la niña la tenía acá, la tenía que mudar y estaba helada la pieza... Y me daba frío verla así, me daba cosa. Hasta que durmió una o tres noches en canguro y ya no, fue imposible que durmiera en canguro porque empezaba a patlear. De hecho, hasta el día de hoy cuando la pongo aquí (su pecho), se incomoda como que no le gusta estar mucho. Pero cuando está dormida le encanta dormir en mi pecho.ö (Madre)

õCon ella cocinaba, con ella barría, con ella hacía el aseo, iba a buscar a mi hijo al colegio, pero me daba cosa la envolvía con hartas mantas encima porque me daba cosa que le diera frío, que se fuera a enfermar. Y para mí era muy cómodo andar con ella ahí porque tenía las manos libres, podía subir a las micros, como que estaba con más libertad hasta que empezó a engordarí con el tema de mi enfermedad no pude tenerla tanto tiempo en el canguro como hubiera querido.ö (Madre)

õNo había visto nunca esoí (en referencia al MMC) sé que en otros países se las cuelgan con una frazada aquí, se las cuelgan normalmente dentro de un bolsito.ö (Padre)

õMe imaginaba no sé, cuando la colocábamos en el bolsito aquí, en el cangurito. Y ahí se ponía a dormirí Era rico e igual tiene harto apego conmigo, porque conmigo se queda callada, no llora tanto. Se duerme conmigo en la noche.ö (Padre)

b) Percepción contacto piel a piel

Con respecto a su experiencia con el contacto piel a piel con su hija, la entrevistada refiere que para ella la experiencia de contacto piel a piel con su hija, le hizo sentir como estar

embarazada, pero teniendo la posibilidad de ver a su hija. Además refiere que percibió, que a partir del uso MMC, es posible recuperar todo el tiempo de separación que implica el uso de incubadoras en el tratamiento del bebé prematuro. En este sentido, refiere que el contacto piel a piel, favorecido por la posición canguro, le permitió sentir los latidos del corazón de su bebé y respirar a la par con ella. Además de posibilitarle percibir la evolución y crecimiento de su hija de forma extrauterina, terapia que a su juicio le permitió sentir que le entregaba cariño y protección a su bebé.

A criterio del padre, el contacto piel a piel con su hija fue agradable y lo hizo sentir bien porque tenía a su hija junto a él, cabe destacar que este padre comenzó a hacer canguro ya en el hogar, y en este contexto refiere haber percibido que òya era mi niñitaö y de esa forma logró sentirse seguro y bien. Además refiere que percibió que el contacto piel a piel, se constituía en una instancia buena tanto para él como para su hija, justificando que este contacto físico favoreció el apego entre ambos. En este sentido, atribuye a este contacto temprano, el que en la actualidad perciba que su bebé deje de llorar y se duerma con más facilidad cuando esta junto a él.

õí todo el tiempo que se pierde estando en la incubadora se gana estando con la guagua en el canguroí en el sentido del contacto de la piel, de sentirla que está ahí que ella escucha los latidos del corazón, la respiración de uno. Como que uno respira a la par con ellos cuando uno los tiene aquí en el pecho y está uno acostado con ellos. Es como estar embarazada pero mirándola, teniéndola acá afuera.ö (Madre)

õí cómo está creciendo cuando eso debería estar adentro, está afuera pero uno la besa, la mira, la tocaí algo así.ö (Madre)

õí cuando me la puse por primera vez en canguro, fue rico porque sentí el cuerpecito, sentí la respiración, poder dar besitos a su cabecita y como que se sentía protegida ahí estando conmigo dentro, era muy rico.ö (Madre)

õAh era como que la estaba protegiendo (en posición canguro) que nada le podía pasar estando allá adentro, como que la sentía tan bien, calentita ella, durmiendo plácidamente.ö (Madre)

õEra como meter la mano al útero (tener a su bebé en canguro y tocarla)í Es rico, se siente biení porque yo la tenía conmigoí en la casa ya era mi niñita ahí me sentía bien.ö (Padre)

õFue rico, o sea yo creo que igual es una sensación buena para ella y bueno para mí también, porque igual hay más apegoí yo la tomo en brazos y se queda calladita, como que sabe que soy yo. En la noche está llorando y la pongo al lado mío y se queda dormida, calladitaí y de repente se pone a llorar con la Viviana, 'ah se puso a llorar', la agarro en brazosí y se queda dormida conmigo.õ (Padre)

c) Recomendaciones y otras observaciones al MMC

La madre refiere que recomendaría el MMC a otros padres, ya que a su criterio el tiempo que los bebés están en tratamiento en incubadoras, es una pérdida que se puede compensar con el uso del MMC. En el sentido, de que el contacto piel a piel, permitiría sentir al bebé nuevamente como si estuviese en el vientre materno, pero con la posibilidad de ver cómo crece y evoluciona fuera del útero. En esta misma línea el padre refiere que experimentar el tener a su hija en canguro, le hizo tener la sensación de õmeter las manos dentro del úteroõ. Por otro lado la madre relata lo novedoso que resultó el MMC, ante los ojos de gente en la calle y los comentarios de éstas ante una técnica de cuidados para prematuros no conocida por el común de las personas. Por otro lado la madre refiere estar muy agradecida del Equipo Canguro, ya que a su juicio es motivo de agradecimiento el que se preocupen tanto de ella como de su hija, destacando el valor que para ella tiene el hecho de que refieran a su hija por su nombre y que la recuerden, ya que esto las hace sentir que son importantes y no una paciente más. En cuanto al padre no hizo referencia al tema.

õSí, de todas maneras.(en referencia a si recomendaría el MMC a otros padres) Sí porque todo el tiempo que se pierde estando en la incubadora se gana estando con la guagua en el canguroí en el sentido del contacto de la piel, de sentirla que está ahí que ella escucha los latidos del corazón, la respiración de uno...Es como estar embarazada pero mirándola, teniéndola acá afueraí mirando cómo está creciendo cuando eso debería estar adentro, está afuera pero uno la besa, la mira, la toca.õ (Madre)

õCuando salía a la calle a comprar con ella o algo así, veían un puro cototo acá encima... Era como muy novedosa, como que la gente me decía '¿y cómo la andas trayendo ahí?' más encima como andaba desnuda con el puro pañal, por poco me decían que era mala madre, que se iba a enfermarí y yo tenía que cuidarla como si estuviera dentro del útero. Como que la gente no entendíaí era como la novedad.õ (Madre)

õAgradecer todo lo que han hecho por la Nahara porque todo el tratamiento de canguro, de que saliõ del hecho de que se preocupen por ella. Cuando uno llega hasta se saben el nombreí eso se agradece porque no es una guagua másí es rico sentir como que ella es importante en cierto modoí se preocupan de que esté creciendo, de que esté bien, de que esté sana que no esté enfermaí õ (Madre)

1.5.3 Capacidades Parentales

a) Capacidad de Mentalización

Las investigadoras evidencian en la narración de la entrevistada, indicadores de la capacidad de mentalización, los cuales se evidencian en las citas en donde la madre atribuye estados mentales, creencias, deseos e intenciones a su bebé. En este sentido la madre percibe que su hija prematura y percibirla como frágil e indefensa, presentaría a la vez una gran fortaleza y valentía que le permitió resistir todas las problemáticas de salud maternas durante la gestación y a los exámenes y tratamientos que se vio expuesta. Posteriormente refiere que el proceso de hospitalización le pedía a su hija que saliera adelante que õsoportaraõ. Por otro lado la capacidad reflexiva de la madre se hace manifiesta en su narración, a partir de atribuir a la conexión afectiva percibida entre su hija y su esposo, la capacidad de influir en estado de ánimo de su marido, al cual percibe como habitualmente õmal genioõ. Sin embargo, visibiliza que frente al contacto con su hija, el padre cambia automáticamente humor, volviéndose más tranquilo. En este sentido, el padre concuerda con esta idea; refiriendo que el contacto con su hija en cierta forma lo tranquiliza. En este mismo sentido refiere que habitualmente es õmalas pulgasõ y õherméticoõ en la expresión de sus sentimientos.

õAyer me la pasó a mí y se puso a llorar conmigo, cuando me la pasó se puso a llorar. Y a él, ella lo mira y lo observa, como que están conectados, tienen harta conexión ellos dos. Eso es de lo que me doy cuenta, o sea yo soy la mamá le doy pecho todo, encuentro que es como distinta laí relación con ella, ella y él es como otra relación.õ (Madre)

õí él es como bien cerrado (refiriéndose a su marido), pero cuando está con ella es como uhhhh se deshace, es otra persona, es otro hombre cuando está con ella (la bebé), es muy distinto... Como que puede estar furioso pero la ve a ella y es como si estuviera happy.õ (Madre)

õÍ Y cuando la vi que estaba ahí me dio pena, noí pero igual estaba contenta porque ella era fuerte, porque ya había pasado lo peor. Ya había pasado el hecho que estuviéramos en el hospital las dos, cuando me dio lo de la disección. Entonces, ya ella, la encontré súper valiente, pasó por hartas cosa para ser tan chiquitita a tirado harto para arribaö (Madre)

õÍ En el caso de las mamásí una no se siente mamá cuando están todavía en la Neo, como que una es una funcionaria más del hospital. Yo me sentí así. Yo era la mamá y todo, peor una no la podía tomar, abrazarla ni andarla tocando como yo quería, no podía vestirla como yo quería, porque estaba imposibilitada porque estaba en la incubadoraí Igual me daba tranquilidad porque yo sabía que estaba bien cuidada, pero me daba pena verla tan chiquitita, lo único que le pedía que tenía que subir pah arriba, que soportara, que saliera luego de todo eso.ö (Madre)

õNo, es que yo soy bien como bien cerrado en el tema mío, lo mío es mío y no lo converso con casi nadie, soy más hermético con respecto a eso. Entonces, mis sentimientos no los demuestro.ö (Padre)

õPorque igual soy medio malas pulgas, pero con la Naharaí en cierto modo me tranquilizaí me ha hecho bien. (Padre)

õUno se imagina como que la dejaron ahí y nadie la va a ver, porque esa es la impresión que da a todos. Yo por ejemplo, soy mecánico y si a mí me ven sacando una rótula van a pensar que le estoy desarmando el auto con el combo y no poh, yo estoy sacando la rótula y esa es la forma de sacarla. Entonces, la gente que vea que la tienen ahí en la incubadora y que nadie está al lado, ah uno dice 'la tienen botada ahí'. Pero noí se están preocupando y tienen monitores y todas esas cosas. No va a haber un doctor por cada paciente, eso es lo que uno se imagina como que está descuidada y todo eso, pero son cosas de uno o sea, yo creo la protección de papá.ö (Padre)

b) Capacidad Empática

Las investigadoras dieron cuenta de que tanto en la madre como en el padre existe la capacidad de percibir las vivencias internas de su hija, a través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada en su bebé prematuro. En este sentido, la madre

refiere haber experimentado malestar y culpabilidad al imaginar que su hija sentía frío cuando ella la mantenía en canguro durante las noches y debía sacarla para alimentarla o mudarla.

Por otro lado la capacidad de empatía se manifiesta en el relato materno, en referencia a percibir la indefensión y vulnerabilidad de su hija derivada de su condición de prematuridad. Por otro lado la capacidad materna de intuir las vivencias internas de su bebé, se evidencia en la percepción materna de visibilizar que su hija *õ*se sentía bien y calentita \ddot{a} con el calor y protección que ella le entregaba, a partir del contacto piel a piel. En cuanto al padre, fue posible visibilizar su capacidad empática, a través de su experiencia de ponerse en el lugar de su hija e imaginar y percibir que el contacto piel a piel con su hija, implicaba un beneficio tanto para ella como para él, ya que a su criterio de esta forma existiría más apego entre ambos.

õÍ Igual a veces en la noche me sentía mal porque hacía como mucho frío y la niña la tenía acá, la tenía que mudar y estaba helada la pieza... Y me daba frío verla así, me daba cosa.õ
(Madre)

õÍ Ella es como más indefensa, más frágilí Como nació prematurái se puede enfermar, porque como es más chica más débil, como es prematura.õ (Madre)

õAh era como que la estaba protegiendo (en posición canguro) que nada le podía pasar estando allá adentro, como que la sentía tan bien, calentita ella, durmiendo plácidamente.õ
(Madre)

õFue rico, o sea yo creo que igual es una sensación buena (refiriéndose a tener a su hija en contacto piel a piel) para ella y bueno para mí también, porque igual hay más apegoí õ
(Padre)

c) Amor parental

La presencia de afectividad positiva dirigida por los padres a su bebé prematuro, se manifestó en aquellas expresiones parentales que denotan comentarios relativos al amor experimentado hacia su hija. En este sentido, las investigadoras dieron cuenta de expresiones maternas teñidas por este sentimiento, en la valoración de la conexión madre-hija, luego del período de separación postparto. En este contexto, la madre atribuye al contacto temprano piel a piel, el valor de permitirle conectarse íntimamente con su bebé, entregándole su protección y expresándole su amor por medio de caricias y frases cariñosas. En cuanto a la experiencia paterna, es posible evidenciar que la afectividad positiva dirigida hacia su hija, se expresa en

los relatos del padre, en donde hace énfasis en la tranquilidad y bienestar que le genera el estar en contacto con su hija. Además de percibir que su bebé junto a él se tranquiliza con facilidad y se duerme plácidamente.

õí Yo por el tema del apego estoy feliz, siento que hay conexión con la Nahara conmigo, a lo mejor si no hubiera tenido el canguro no hubiera sido así será instinto de madre, obvio que uno lo tiene cuando tiene un hijo, peroí Yo no la vi cuando ella nació, yo la conocí dos días después entonces, en todo ese espacio que no estuvimos juntas, que no la besé, que no le dije hola mi niña´.õ (Madre)

õí cuando me la puse por primera vez en canguro, fue rico porque sentí el cuerpecito, sentí la respiración, poder dar besitos a su cabecita y como que se sentía protegida ahí estando conmigo dentro, era muy rico.õ (Madre)

õFue rico, o sea yo creo que igual es una sensación buena para ella y bueno para mí también, porque igual hay más apegoí yo la tomo en brazos y se queda calladita, como que sabe que soy yo. En la noche está llorando y la pongo al lado mío y se queda dormida, calladitaí õ (Padre)

õPorque igual soy medio malas pulgas, pero con la Nahara... en cierto modo me tranquilizaí me ha hecho bien.õ (Padre)

1.5.4 Recursos Personales

a) Fe y Fortaleza

Con respecto a este tópico es posible percibir que la madre, experimenta el nacimiento y recuperación de su hija como un milagro. En el entendido que las expectativas de vida de esta bebé eran muy bajas según los pronósticos médicos durante el embarazo. En este sentido, esta madre adherente a la religión evangélica, atribuye a un poder divino la sobrevivencia y recuperación de su hija. En cuanto, a la dimensión de la fortaleza, esta mujer visibiliza en su bebé prematura la capacidad de haber soportado durante todo el tiempo de gestación tratamientos y procedimientos de alto riesgo. Por lo refiere que su hija es õsúper valienteõ, estimulándola a seguir a delante por medio de su fe y esperanza en su recuperación.

oí Por todos lados ella es un milagro que esté bien, y que esté sanita. Y a pesar que es prematura más encima, está súper bien.ö (Madre)

oí cuando estaba en la Neo, cuando la vi por primera vez, yo lloraba porque me daba nervio verla tan chiquitita, no quería tocarla porque era muy chica, me asusté yo nunca había tenido una guagua tan chica... Y cuando la vi que estaba ahí me dio pena, noí pero igual estaba contenta porque ella era fuerte, porque ya había pasado lo peor. Ya había pasado el hecho que estuviéramos en el hospital las dos, cuando me dio lo de la disección (aórtica). Entoncesí la encontré súper valiente, pasó por hartas cosa para ser tan chiquitita a tirado harto para arriba.ö (Madre)

oí Igual me daba tranquilidad porque sabía que estaba bien cuidada, pero me daba pena verla tan chiquitita, lo único que le pedía, le decía que tenía que tirar pah arriba, que soportara, que saliera luego de todo eso. (Refiriéndose a su hija)ö. (Madre)

1.5.5 Red de Apoyo

a) Apoyo Pareja

Con respecto al apoyo recibido de parte de la pareja, la madre refiere que su marido la apoya y la acompaña en todo lo referente a los cuidados de la bebé.

oí Yo siento que él con la niña, con la niña él tiene un trato muyí Yo sé que si le digo 'Juan Carlos ven a ver a la niña' él la va a ver. Yo sé que si le digo 'Juan Carlos toma a la niña' no me va a decir que no, porque se pelea por tomar a la niña. Sé que si le digo oJuan Carlos dale la leche a la niña' se la va a dar. Yo sé que en ese sentidoí hasta que le digo 'Juan Carlos muda a la niña' porque ahí no, hasta ahí no más llega la ayuda.ö (Madre)

oMe sentí súper apoyada por él en ese sentido, porque si se ha despertado a la 1 o las 2 de la mañana cuando se ha sentido mal la niña, igual al tiro venimos para acáö. (Madre)

b) Apoyo Familia

La entrevistada refiere que ha recibido mucho apoyo por parte de su marido y su hijo de 7 años, quien a pesar de su corta edad, está pendiente de las necesidades de su hermana. En cuanto al apoyo de su familia extendida, (padres, hermanos, suegros, etc.) ha recibido mucha ayuda de parte de una vecina, a quien ella considera como su madre, ésta señora la acompaña a los controles de su bebé, cuidó a su hijo cuando ella estaba con su hija hospitalizada, entre otros muchos aportes. Además refiere que su hermana la acompañaba al hospital cuando su bebé estaba internada. En cuanto al padre (sus parientes cercanos viven en Talca y con ellos no se contacta regularmente) refiere que el sólo considera su familia a su esposa y sus dos hijos, los demás son sólo conocidos con los cuales no le interesa tener mayor contacto, ya que a su criterio relacionarse con ellos sólo le ha significado problemas y debido a su mal humor no cree que les interese acercarse para visitarlos. No obstante, reconoce el aporte de la señora anteriormente mencionada por su esposa, ya que a su juicio con ella si pueden contar cuando tienen dificultades.

õÍ Igual ha sido de harto apoyo mi hijo (7 años)í Porque él me ayuda, la mira. Le digo que le ponga el chupete, que le mueva el coche. Ahora que está más grande está pendiente de su hermanáí me siento bien apoyada por él también.ö (Madre).

õÍ Igual tuve harto apoyo de la señora que es como mi mamá ella nos apoyó harto. Pero igual como que era cansador venir para acá, y me daba ganas de quedarme cuando ya nos teníamos que ir y dejarla a ella en la cunita en la Neo.ö (Madre)

õÍ mi hermana también iba, pero nunca la puso en canguro. También no ha ido mucha gente para la casa, porque yo le decía que no podía ir mucha gente porque la niña estaba muy chica y podía agarrar un virus.ö (Madre)

õMi familia, es ésa (indica a su esposa y sus hijos). Los demás son familiares para míí solos. La señora Gloria de la casa es la única que contamos con ellaí Estamos bien así. Porque no nos gustaí por lo menos a mí, no me gusta mucho el contacto con los vecinos, con gente de afuera o que haya muchas visitas. De hecho cuando estaba hospitalizada la Viviana hubieron problemas por eso porque llegaba gente que no había visto en mi perra vida. Y llegaban a contarleí se murió fulano de tal y ahí la Viviana empezabaí Si un día hubo que echarlos todos para afuera porque le contaron la noticia que se había muerto

alguien y le subió la presióní por ese tema yo evito tener mucha gente conocida. Si quieren verla vayan a verla a la casa, pero para la casa tampoco van ir porque con el genio que tengo yo. Así que no tenemos muchas visitas.ö (Padre)

c) Apoyo de Pares dentro de la Unidad de Neonatología

No se presentaron comentarios con respecto a ese tema.

1.5.6 Experiencia con el Equipo de Salud

a) Apoyo, Contención Emocional y Comunicación

Con respecto a este temática, la entrevistada manifestó agradecimiento ante el apoyo y contención emocional que recibió de parte de la psicóloga de el Programa Chile Crece Contigo, en el período de hospitalización de su hija, al cual le costó adaptarse, ya que se sentía como una funcionaria más, dificultándosele el sentirse òmadreö de su bebé por los obstáculos derivados de su tratamiento médico (incubadora). En cuanto a los cuidados otorgados a su hija, refiere que el personal se mostró amoroso y que no tiene quejas sobre su desempeño. Además manifiesta mucho agradecimiento hacia una de las doctoras del Proyecto Madre Canguro, ya que a su criterio fue cariñosa y preocupada de todas las necesidades en salud que presentase su hija. Además expresa agradecimiento por las psicólogas del equipo canguro, ya que a su criterio, además de preocuparse de su hija, también se preocupaban de ella.

En cuanto al padre refiere no estar acostumbrado e incluso sentirse incómodo con los buenos tratos recibió durante la hospitalización de su hija, ya que según sus experiencias en su ciudad de origen (Talca), el personal de salud es más brusco y despersonalizado. En cuanto, la comunicación con el equipo de salud de la unidad de Neonatología refiere que el personal estaba siempre dispuesto a responder sus dudas y que eso lo tranquilizaba.

öCreo que la primera vez estuve con la señorita Alejandra (psicóloga de la Unidad de Neonatología), la primera vez que vi a la niña, que tiritaba y lloraba entera, a penas la toqué porque era muy impresionante.ö (Madre)

öFueron muy amorosósí no tengo nada que decir. Cada vez que llegaba la veía limpia, calentita con su cunita hecha, nunca la vi que estuviera destartalada con el gorro por acá (refiriéndose a su hija).ö (Madre)

õEl hecho que la señorita Alejandra (psicóloga Unidad)í ha sido de mucho apoyo porque igual en ese momento como que uno se siente mal, porque en el caso de las mamás una no se siente mamá cuando están todavía en la Neo, como que una es una funcionaria más del hospital. Yo me sentí así. Yo era la mamá y todo, pero una no la podía tomar, abrazarla ni andarla tocando como yo queríaí porque estaba imposibilitada porque estaba en la incubadora.ö (Madre)

õí La doctora Vernal (una de las doctoras encargadas del proyecto canguro) es un amor, no tengo nada que decir de ella. Es como que se deshace ení ´necesitas eso´, ´necesitas esto otro´, no sé tuve mucha suerte para que me tocara esa doctora para Naharaí ella al tiro preguntando cómo estaba la niña y ´vamos al poli para revisarla´, ella le mandó a hacer exámenesí eso se agradece.ö (Madre)

õí Como que van más allá del tema que se preocupan de la niña se preocupan, en mí caso, se preocupan de uno y eso se agradece.ö (Madre)

õMe sentía como incómodo porque no estoy acostumbrado que me traten muy bien así en un hospital. Si porque de repente son más bruscos algunos doctores. Pero aquíí se deshacían en atenciones, entonces como que yo me sentía más incómodo, porque no me acostumbro a eso.ö (Padre)

õYo soy de Talcaí a veces uno va al hospital y es diferente el tratoí Yo no sé si irá en el jefe de los funcionarios, pero no es el mismo trato. Allí es un trato más brusco, ahora no sé si habrán cambiado ese sistema, pero antiguamente era así. Entonces por eso tengo ese concepto de los doctores yo, por eso no me gusta los doctores.ö (Padre)

õí uno se siente mejor, como más apoyadoí como que están con un colchón en caso de que uno se vaya a caer para que uno no se vaya a golpearí Entonces como que eso me incomodaba como que no estaba acostumbrado a ese trato, estaba más acostumbrado a un trato más brusco como ´salga de ahí, no toque eso´ ese trato.ö (Padre)

õí como que siempre estaban esperando alguna cosa que les preguntara, como que estaban con la respuesta, como que estaban esperando lo que yo le iba a preguntarí me dejaba más

tranquilo. Igual me sentía raro porque no me acostumbro a ese trato, No porque en otros lados es más brusco el trato.ö (Padre)

b) Sugerencias

Sin referencias en este tópico.

Caso V

1.5.7 Observación Interacción díada Madre-Bebé

Madre: Edad: 29 Multípara

Bebé: Fecha de Nacimiento: 05/04/10 Semanas de Gestación: 33

Fecha 40 semanas: 24/05/10

Edad Cronológica en la entrevista: 2 meses + 18 días.

Edad Corregida en la entrevista: 1 mes.

a) Descripción Observación Interacción díada Madre-Bebé (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción díada Madre ó Bebé

Esta díada da cuenta de todos los elementos principales del apego seguro. Por lo que se observa un constante contacto físico, ya sean caricias, palmaditas en la espalda, etc.

Se observa a la madre muy preocupada por su bebé, lo cual se ve cuando esta vomita, al segundo la madre la limpia y mira detenidamente, la cambia de posición y contiene. La madre le habla cariñosamente (vocalización) en reiteradas ocasiones, la bebé la mira constantemente cuando está hablando con la entrevistadora, buscando su mirada, a lo que la madre atiende y habla, acaricia y/o mira. En este sentido se puede observar un alto nivel de sincronía entre la bebé y la madre, la cual es capaz de saber que le ocurre con tan solo sentirla llorar o emitir algún ruido. Lo cual da cuenta de una alta sensibilidad materna, ya que la madre logra de forma oportuna y efectiva, calmar y así, regular el estrés de su bebé y dar una respuesta pronta y oportuna frente a las necesidades afectivas y fisiológicas de su hija.

Caso V

1.5.8 Observación Interacción díada Padre-Bebé

Padre: Edad: 30

a) Descripción Observación Interacción díada Padre ó Bebé (Ver anexos)

b) Interpretación Observación Interacción díada Padre ó Bebé

En esta díada padre ó bebé, se logran observar los principales elementos del apego, existe el contacto físico, mediante caricias, abrazos, besos, etc. Como también se observa en forma constante y reiterada el contacto visual por parte del padre, el cual le habla, mira y hace gestos en reiteradas ocasiones. Lo que a lo largo de la entrevista da cuenta de una sobre estimulación del padre hacia la bebé, la cual intenta dormir.

Se observa que la bebé esta relajada en los brazos de su padre a pesar de que el constantemente esta hablándole y moviéndola cariñosamente. Por lo que se podría vislumbrar una buena habilidad parental, o sea una exitosa sensibilidad parental.

Caso V

1.5.9 Escala Massie Campbell ó Indicadores de Apego

Díada Madre ó Bebé

Bebé:

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 1 año + 3 meses + 2 días.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 1 año + 2 meses + 2 semanas.

Identificación según los indicadores el estilo de apego:

En esta díada según los indicadores y/o elementos que evalúa la escala Massie Campbell, la madre daría cuenta de un estilo de **Apego Seguro**, en donde esta daría cuenta de casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, lo que sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro implican una relación en donde madre y el bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente.

Mientras que la bebé tendría un puntaje el cual estaría en casi todos los elementos en 5, lo que sugiere un indicador de estilo de Apego Inseguro Ambivalente (trazado en la parte derecha de la escala).

Desde el punto de vista de la escala, indicadores de un apego inseguro ambivalente implican una relación en donde la bebé, supuestamente no podría dejar de establecer contacto visual, físico, y vocalizaciones hacia la madre, mostrando un aferramiento hacia ella. Expresando una tendencia hacia una relación ansiosa, aferrada, e intensa.

Puede ocurrir que algunos elementos de la bebé salgan del rango de ambivalencia de 5 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el lado izquierdo de la escala. En este caso, el trazo puede mostrar una tendencia hacia los puntajes 4 y 5, y aún mostrar indicadores de apego ambivalente.

Caso V

1.5.10 Interpretación Integrativa: Escala Massie Campbell ó 1ª Observación

Díada MadreóBebé

Integración resultados Escala Massie Campbell ó Observación

La primera observación de la díada madreóbebé, se realizó al momento que la bebé tenía 2 meses y 18 días de edad cronológica, es necesario mencionar que la observación se hizo dificultosa, ya que la bebé se encontraba muy arropada y la mayor parte del tiempo estaba durmiendo. Por lo que la interacción madre ó bebé, no permitió percibir con claridad la interacción entre la díada. En este sentido se pudo observar un alto nivel de sincronía entre la bebé y la madre, la cual es capaz de saber que le ocurre con tan solo sentirla llorar o emitir algún ruido. Lo cual da cuenta de una alta sensibilidad materna, ya que la madre logra de forma oportuna y efectiva, calmar y así, regular el estrés de su bebé y dar una respuesta pronta y oportuna frente a las necesidades afectivas y fisiológicas de su hija.

1.5.11 Análisis Interpretativo Caso V

Las investigadoras dan cuenta de que la madre en el período temprano del embarazo, fue intervenida debido a la presencia de disección aórtica renal, derivada de una patología de base denominada síndrome de Marfan, es una enfermedad rara del tejido conectivo, que afecta a distintas estructuras, incluyendo esqueleto, pulmones, ojos, corazón y vasos sanguíneos, patología de origen genético que se desencadenó en el transcurso del embarazo de su segunda hija Nahara. El mayor riesgo de muerte se da por una rotura súbita de la aorta, que se da cuando ésta es débil o cuando hay una actividad física o emocional extrema que eleva la presión de la sangre. En el caso de esta madre, corrió riesgo vital durante el embarazo, presentando alzas de presión que desencadenaron la disección aórtica anteriormente citada. Con un tratamiento adecuado, con estabilidad emocional y una actividad física sin exigencias, las personas que sufren pueden tener una buena calidad de vida con una esperanza de vida igual al promedio de la población.

Debido a su compleja situación de salud, fue sometida a distintos exámenes y tratamientos medicamentosos, los cuales se constituían en un alto riesgo para el feto, derivado de esta situación los médicos tratantes entregaban pronósticos poco alentadores a los padres con respecto a la viabilidad de del bebé. Es importante considerar que esta situación de riesgo tanto para la madre como para el feto en gestación, se constituye en una situación adversa ante la cual, la madre, el padre, la bebé en gestación se vieron directamente afectados por los desalentadores pronósticos médicos, que entregaban escasas esperanzas sobre la sobrevivencia de la bebé. Frente a este contexto la madre vivenció como traumático, el descubrimiento de su enfermedad de origen genético (síndrome de Marfan), afección por medio de la cual hace muy poco tiempo falleció su madre, y en el caso de entrevistada le provocó una disección aórtica renal que la tuvo al borde de la muerte. Tanto esta mujer como su marido se sorprenden por el hecho de haber superado las crisis de salud y por su parte la madre atribuye a un *õmilagroõ*, el hecho de que su hija haya logrado sobrevivir. Sin embargo, la patología genética de la madre, la acompañará por el resto de su vida, por lo que según prescripción médica debe cuidarse mucho de no experimentar situaciones fuertes a nivel emocional o esfuerzos físicos excesivos, ya que esto podría traer consigo otro nuevo episodio de gravedad.

En este sentido la madre refiere sentir aprehensiones y temores al proyectarse hacia el futuro, ya que teme no tener la capacidad física para entregar los cuidados requeridos por su hija. Sin embargo expresa sentir una profunda alegría de tenerla junto a ella, y percibiéndola como

no valiente por haber superado los obstáculos vividos durante la gestación. En cuanto al padre ha experimentado temor a que su hija falleciese durante el período de hospitalización, por lo que evitó visitarla, para de esta forma, no hacerse ilusiones con la bebé, hasta que la tuviera en casa en sus brazos. En ese momento para él, la niña pasaría a ser su niñita. Antes de eso, según manifiesta no la consideraba. Frente a estos hallazgos es posible dar cuenta que tanto para la madre como para el padre, la sobrevivencia de esta bebé resultó ser inesperada, ya que los pronósticos médicos y la historia clínica de la madre y la bebé en gestación, aspectos que sin duda tuvieron las representaciones (Stern) que estos padres construyeron durante la etapa de gestación de su hija. En cuanto al padre, sus expectativas estaban orientadas a pensar que en cualquier momento su hija dejaría de existir, instancia en la cual es posible dar cuenta de un proceso de duelo anticipado paterno, relacionado con la amenaza de pérdida (Bowlby, 1988). En este sentido, el padre entregó su percepción sobre el período de gestación de su hija, etapa en la cual refiere no haberse hecho muchas ilusiones sobre la sobrevivencia de su bebé, ya que los pronósticos médicos eran desalentadores. En este caso, es posible inferir, un proceso de duelo anticipado, a través de las expresiones y percepciones paternas, tendientes a sostener, que ante no tener seguridad de que su hija sobreviviera tras el parto; él se sentía preparado para enfrentar lo que ocurriese. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que la despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dicha (Bowlby, 1988, p.61). En consecuencia, es posible inferir que este padre, más allá de mantenerse neutral ante la posibilidad de fallecimiento de su bebé, utiliza la negación, como mecanismo defensivo que le permitiría dissociarse de la angustia que le genera la constante amenaza de pérdida de su hija. Esta hipótesis se puede ver reafirmada, a través de las manifestaciones del padre, en donde expresa que mientras su hija se mantuviese hospitalizada aún no era su hija, en cambio sostuvo que la seguridad de tenerla en el hogar junto a él, lejos de todo riesgo, le ha permitido sentir que actualmente es su niñita.

En cuanto a la experiencia materna, es posible dar cuenta que también experimentó la amenaza constante de perder a su hija, al visibilizar su fragilidad derivada de su prematurez, en articulación con las dificultades experimentadas en el transcurso del embarazo. En cuanto a las expectativas de esta madre, es posible visibilizar que aún teniendo conocimiento de la probabilidad de que su hija no resistiera el parto, sus representaciones maternas (Stern), derivadas del deseo materno de bienestar y salud para su hija, se vieron fuertemente contrastadas con la presencia de una bebé con la cual no pudo tener contacto hasta dos días

después de nacida, experimentando una intensa angustia y temor que la hacía imaginar que su hija había fallecido. Posteriormente relata que se sintió aliviada al ver fotos y recibir noticias de su hija por parte de su marido. Después de dos días de nacida su hija, pudo conocerla, ya que anteriormente su delicada condición de salud derivó en la prescripción médica de reposo absoluto. Al momento de conocerla relata haber experimentado una profunda emoción al percibirla tan pequeña y frágil, lo que despertó en ella, en forma más intensa la necesidad de tener contacto con su hija para entregarle su cariño y protección. Sin embargo, su impacto al percibirla tan vulnerable y frágil, que apenas se atrevió a tener contacto físico con ella, experiencia que se tradujo en una intensa angustia, temor y tristeza para esta madre. Esta necesidad de contactarse y proteger a su hija, es posible de articular con los aportes de Barudy y Dantagnan, quienes denominan *instinto maternal* a la actitud de la madre, la cual se caracteriza por *la vivencia orgánica de una madre, que se predispone al reconocimiento de su cría, asociándose con ella para cuidarla y protegerla.* (2005, p. 84)

Frente este contexto, es posible visibilizar que las relaciones de apego madre-bebé, se encontrarían influenciadas por las fantasías, las creencias, los deseos maternos elaborados en torno a su bebé en gestación. Por lo tanto, las representaciones subjetivas maternas durante el período de embarazo, se constituirían en elementos fundantes en el futuro desarrollo vincular con su bebé. Por lo tanto es posible asociar los aportes de Cyrulnik, quien propone que *todo bebé es imaginado antes de ser concebido.* De tal forma que la propia historia de las madres y padres, influiría ya desde antes de nacer en el feto. Con respecto a las capacidades presentes en los bebés en gestación diversos autores han planteado la presencia de *Vida in útero*, en donde los bebés, se mueven coordinadamente dentro del vientre materno. Además de poseer una extrema sensibilidad frente a las reacciones afectivas y físicas de la madre. En este contexto, las investigadoras plantean la posibilidad de que la bebé investigada haya percibido y experimentado la angustia y temor maternos durante el período de gestación. Lo cual se constituiría en el escenario emocional que la bebé experimentó durante la gestación. Estas evidencias son posibles de articular con los aportes de Pollak (2008), autora que plantea que, ya durante el embarazo y a partir de los 4 o 5 meses ya empieza a desarrollarse el apego, a partir de un estilo mutuo de relacionarse entre el bebé y sus padres. En este sentido es posible inferir que el temor y angustia experimentado por la bebé *in útero*, se constituirían en la *antesala de la relación de apego con su madre y su padre.* Circunstancias las cuales obviamente fueron un factor importante al momento en que nació, y necesidad de sobreprotección que siente que debe entregar actualmente a su hija, a la cual siente la necesidad de *cuidar el doble* a su hija debido a su condición de prematura y a la difícil situación que durante la

gestación hizo correr riesgos al feto. Además resulta de fundamental importancia dar cuenta, que el padre realizó cuidados canguro conjuntamente a la madre, experiencia que vivenció con satisfacción y entrega, más allá de su reconocido ómal carácterö, manifestando que desde que su hija llegó al hogar se ha convertido en ösu niñitaö, mientras cuando se encontraba hospitalizada, manifestó öno considerarla todavía como hijaö, hasta estar seguro de que se mantendría con vida, desafiando los desalentadores pronósticos médicos entregados durante la gestación de la bebé. Frente a este contexto, es posible articular la experiencia materna de sobreprotección con los temores paternos, los cuales posiblemente estarían influyendo en el establecimiento de un estilo de apego seguro en la bebé, la cual se presenta como a instantes como irritable conductas que la madre no logra regular del todo, a pesar que se desenvuelve con seguridad en el cuidado, lo que cuenta de cierto grado de disarmonía en la interacción.

En este sentido, se puede comprender la ansiedad de la bebé que se observó, durante la aplicación de la escala Massie Campbell cuando esta tenía 1 año y 3 meses de vida. En donde se mostró muy inquieta e irritable, ante lo cual la madre no fue capaz en el minuto de regular la expresión afectiva de su bebé en el contexto de examen pediátrico, alternando con un momento en que la bebé durmió plácidamente tras el control médico, logrando relajarse del estrés anteriormente experimentado. Es necesario contextualizar la fase de desarrollo normativo del apego por la que transita actualmente la bebé investigada. Para ello, las investigadoras utilizaran los aportes integrativos sobre la Teoría de apego, elaborados por Felipe Lecannelier (2007), quien plantea que a partir de la örevolución de los 9 mesesö del bebé, se despliega la emergencia de habilidades afectivas, cognitivas y sociales que sitúan al bebé en un nivel muy elevado de coherencia y coordinación social con los adultos (Tomasello1999). A nivel cognitivo el niño presenta una representación mental de sus figuras de apego y una representación de la meta que quiere alcanzar al buscar la proximidad de sus cuidadores preferenciales, es decir la seguridad. öEl miedo a los extrañosö es prototípico de esta de esta etapa de desarrollo del apego en el bebé, los niños a esta edad tienden a desarrollar una actitud ambivalente hacia los extraños, lo que implica un período de suspicacia y precaución en el bebé. Con respecto a esta fase del desarrollo del apego del bebé, en donde ya es posible reconocer un estilo vincular, se pueden mencionar además dos aspectos de relevancia, Bowlby propone que debido a que en este período se consolida la formación de öapegos selectivosö, con un número reducido de cuidadores, esta etapa en el desarrollo vincular del bebé, presenta la característica de constituirse en un öperíodo sensibleö, en donde el niño/a , es muy sensible en el desarrollo de las consecuencias negativas

a corto y a largo plazo, que se pueden generar como producto de interrupciones en la formación de los vínculos de apego. Esto implica que los problemas en la formación de apegos selectivos en esta etapa del desarrollo del bebé, sea un momento crítico para un desarrollo sano de la vinculación con otro. Otro punto fundamental es que en esta etapa, ya es posible dar cuenta de las diferencias individuales de los infantes para usarlo a sus cuidadores como base segura de apego (Ainsworth, et. al; 1978) Frente a este contexto, es posible cotejar los hallazgos obtenidos de a partir de las observaciones realizadas a la díada madre bebé en dos momentos del desarrollo vincular de la niña. Es así como en una primera instancia fue posible visibilizar que la díada madre bebé prematura, a la edad de 2 meses y 18 días de edad cronológica y una edad corregida de 1 mes. Es posible evidenciar que la interacción entre madre-hija, durante el contexto de entrevista, se caracterizó por la presencia de labilidad emocional en la madre al recordar los momentos asociados a los problemas de salud, vividos durante su embarazo, el nacimiento prematuro de su hija y la hospitalización por un mes de su bebé y al nacimiento y hospitalización de su hija. Llevaron a esta madre a transitar desde la tristeza, la angustia, el temor, la esperanza, la fe, el amor, experimentados intensamente desde el comienzo del embarazo de su hija. Frente a este escenario emocional, la madre logra regular sus afectos e incluso recurrir al factor resiliente del humor, como estrategia para tomar distancia de la experiencia adversa vivida. Logrando regular sensiblemente las necesidades afectivas y fisiológicas de su hija, quien durante todo el transcurso de la entrevista se mantuvo serena y presentando conductas de apertura como la búsqueda del rostro materno, balbuceos y miradas, las cuales la madre recibió adecuadamente entregando una respuesta cariñosa, con la presencia de vocalizaciones y miradas dirigidas a su hija. Aspectos que dieron cuenta de una adecuada sensibilidad materna frente a las señales elicidadas por su bebé. En cuanto al segundo momento de observación, a partir de la aplicación de la escala de Massie Campbell a la díada madre-hija, al momento que la niña tenía 1 año y tres meses de edad cronológica y 1 año y 2 meses de edad corregida. Fue posible evidenciar que las conductas maternas daban cuenta de una adecuada sensibilidad, responsividad y accesibilidad de las señales de su bebé. Sin embargo, la bebé durante el control médico se mostró irritable, presentando conductas de ambivalencia frente a las respuestas maternas que intentaban infructuosamente de contener el estrés de la niña. La madre, se mostró tranquila y segura, más allá de la inquietud de su bebé, la cual después de unos minutos de mantenerse en estado de alerta, se relajó en los brazos de su madre, quien la acariciaba y le dirigía miradas y vocalizaciones. Frente a esta discordancia que surgió en algunos momentos en la interacción madre óbebé. Es posible hipotetizar, que la bebé se sintió insegura ante la presencia de extraños en un contexto que en sí es estresante

para un niño, como lo es el control médico. Por otro lado resulta de relevancia dar cuenta de la reciente separación de los padres de la bebé, lo que se ha traducido en que el padre haya dejado la ciudad y visite escasamente a sus hijos. A criterio de las investigadoras este factor puede estar configurándose como un estrés familiar, experimentado por la bebé, como un alejamiento de una de sus figuras de apego principales. En sentido es posible hipotetizar que las intensificación de conductas de ambivalencia que se presentan en la bebé podrían asociarse a la separación afectiva de uno de sus cuidadores principales, lo cual según Bowlby (1988), si un niño pequeño que ha tenido oportunidad de desarrollar un vínculo de afecto hacia una figura materna (paterna) y se ve separado de ella contra su voluntad, da muestras de *özozobraö* y si además se le coloca en una ambiente rodeado de figuras extrañas, esa sensación de tristeza e inquietud se puede intensificar. En relación a estos postulados es posible inferir que la bebé, estaría experimentando las consecuencias de la separación paterna, lo cual se traduciría en la elicitación de conductas fluctuantes entre la ambivalencia y la *zozobra*, ante una madre que en un principio se mostraba ansiosa en entregar excesivos cuidados a su bebé debido a sus compleja historia prenatal y su condición de prematuridad y que evidencia un patrón de vinculación segura y sensible, sin embargo hoy en día está presentando disarmonías en su vinculación.

Ainsworth, identificó cuatro subtipos del vínculo de apego seguro, B1, B2, B3 y B4. Según Lecannelier (2007), que pueden trazarse en una relación con los estilos de apego, podría decirse que el B1 y el B2, se asocian al polo de los estilos evitantes (A). Mientras los subestilos B3 y B4, estarían más cercano al estilo ambivalente (C). Al trasladar estas subcategorías de análisis del caso estudiado, es posible evidenciar que de acuerdo a el trazado de la escala de Massie Campbell, en las conductas de apego bebé, la paciente presentaría una tendencia a el estilo ambivalente, que a criterio de las investigadoras, respondería a una reacción adaptativa frente a la separación paterna. En este sentido, resultaría pertinente clasificar el estilo vincular de la bebé, en el subtipo B4, en el cual los niños presentan conductas de aferramiento a la madre, un poco de resistencia, activos en buscar contacto, celosos, un poco irritables y aparecen ansiosos y preocupados, ya que les cuesta regular la separación de sus figuras de apego. Son niños y niñas que pueden llorar mucho en situaciones estresantes, pero al final son capaces de calmarse ante la presencia materna.

Frente a este contexto, las investigadoras postulan resultaría pertinente realizar un seguimiento de la relación vincular y posterior evaluación de la calidad del vínculo establecido en la díada madre-bebé, teniendo en consideración los factores estresantes que podrían obstaculizar el establecimiento de una relación de apego segura.

2. Análisis Descriptivo Global

2.1 Experiencia emocional en torno a la Prematurez de su hijo/a

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

Las investigadoras pueden dar cuenta que dos de las madres entrevistadas refieren haber estado hospitalizadas en el período previo al nacimiento de sus bebés. A una de estas madres, se le había comunicado durante el período de gestación que su bebé tenía muy pocas probabilidades de sobrevivir tras el parto. Por otro lado una de las entrevistadas de nacionalidad peruana manifiesta haber sufrido la pérdida de tres embarazos en curso. Sin embargo refiere que el período de gestación de su hija fue perfectamente normal y sin temores. Una de las entrevistadas experimentó temores durante el transcurso de su embarazo gemelar, ya que se detectó que sus bebés presentaban discordancia de tamaños y pesos, por lo que se hacía necesario monitorear el embarazo para evaluar la evolución de sus bebés, las cuales posteriormente nacieron de 33 semanas debido a que la madre presentó síntomas de parto antes de los previsto por el médico tratante. En cuanto a una madre, no da información sobre el período previo al nacimiento de su bebé.

En relación al relato sobre la experiencia paterna durante el período de gestación de su bebé, sólo uno de los entrevistados entregó información sobre este tema, manifestando que sostenido en los pronósticos médicos desalentadores sobre las escasas probabilidades de que su hija sobreviviera tras el parto, expresó que no tenía seguridad de que su hija naciera o se mantuviese con vida. En este sentido, sostuvo que se sentía preparado ante ambas posibilidades.

b) Experiencia Emocional al Nacimiento

Si bien es cierto todas las entrevistadas dan cuenta desde su experiencia subjetiva personal, de que la prematurez de sus bebés les resultó un acontecimiento muy complejo. Es posible distinguir distintos matices en los discursos maternos que nos entregan luces para la comprensión de cada una de las experiencias subjetivas investigadas. En este sentido, las investigadoras evidenciaron que todas las madres refirieron haber experimentado afectos positivos de alegría y felicidad por el nacimiento de sus hijos/as. Sin embargo también se evidenció que en forma concomitante a estos sentimientos, surgieron afectos relacionados con el temor y la angustia en todas las madres entrevistadas dada la condición de prematurez de sus bebés.

Además fue posible dar cuenta que todas las entrevistadas manifestaron haber experimentado de aprehensiones en los primeros contactos físicos con sus hijas/os, debido a la fragilidad y pequeñez que visibilizaron en sus bebés recién nacidos prematuros. Otro contenido evidenciado en los fragmentos de discurso de tres de las entrevistadas, es el haber tenido contacto con sus hijos en el momento inmediatamente posterior al parto. Por otro lado dos de las madres refieren haber experimentado culpa por no haber podido mantener por más tiempo su embarazo y por ello se sentían responsables en alguna medida de la situación de prematuridad de sus bebés.

En relación a la experiencia emocional de las entrevistadas, fue posible evidenciar que todas las madres presentaron sentimientos de temor, tristeza y/o angustia frente a la separación de sus hijos durante el período de hospitalización.

Cuatro de las entrevistadas se encontraban acompañadas por su pareja al momento del parto, mientras una se encontraba sola al momento del nacimiento de su bebé. En este mismo contexto, dos de las entrevistadas tuvieron contacto físico con sus bebés en el momento inmediatamente posterior al parto. En cambio tres de ellas, no tuvieron contacto con sus hijos en el momento del nacimiento de sus bebés, situación derivada del delicado estado de salud de las madres y/o la complejidad de las complicaciones derivada de la condición de prematuridad del bebé al momento de nacer. En este sentido dos de estas madres refirieron que experimentaron tristeza y angustia, al no estar con sus hijos en el puerperio, como lo hacen el común de las madres que las rodeaban cuando estaban hospitalizadas. Por el lado de las madres refieren haber experimentado temor y angustia, ante la posibilidad de que sus bebés fallecieran durante el período de hospitalización.

Una de las madres refiere que le resultó traumático el momento del parto por cesárea, ya que experimentó dolores durante el transcurso de la intervención. También fue posible evidenciar que una de las entrevistadas, la cual presentó un estado muy delicado de salud durante el período de hospitalización de su bebé. En este caso la Unidad de Neonatología flexibilizó sus normas, permitiendo la entrada del padre de la bebé a la Unidad, durante todo el horario de visitas maternas. Este padre practicó el MMC intrahospitalario durante ese período.

En cuanto a la experiencia de los padres entrevistados en relación al nacimiento de sus bebés. Las investigadoras evidenciaron que todos los entrevistados, percibieron a sus bebés recién nacidos prematuros como pequeños y frágiles. Sin embargo todos los padres entrevistados refieren que el nacimiento de sus bebés fue un motivo de felicidad. Además fue posible evidenciar que la mayoría de los entrevistados percibieron a sus bebés como sanos, más allá de su condición de prematuridad. En este sentido, estos mismos padres, sostienen que lo

anteriormente expuesto les entregaba la fortaleza para luchar por salir adelante. En relación a esto, dos de los entrevistados manifestaron que su intención era transmitir a sus parejas y bebés, la sensación de protección y seguridad para que salieran adelante en el proceso de recuperación de sus bebés prematuros.

En relación a este acontecimiento tres de los padres sostuvieron que experimentaron temor ante la prematurez de sus bebés. Uno de ellos planteó que sintió impotencia, al no sentirse preparado para el nacimiento prematuro de su hija. Otro de los entrevistados refirió experimentar sorpresa y alegría al enterarse del sexo de su hija en el momento del nacimiento. Por otro lado dos de los padres realizaron una comparación entre los nacimientos de sus hijos de término y la situación actual de nacimiento prematuro de sus bebés. En este mismo sentido, un entrevistado, recordó y asoció sus propias circunstancias de nacimiento con las condiciones de nacimiento de su bebé prematuro. Este mismo padre expresa que gracias a la fe en Dios y la fortaleza que le dio la naturaleza ha sido capaz de enfrentar difícil situación de prematurez de su hija.

Con respecto al temor a la muerte de su bebé, uno de los padres manifestó haber experimentado temor al fallecimiento, sosteniendo esta idea en los pronósticos desalentadores entregados por los médicos durante el período de gestación de su niña.

Es importante dar cuenta que la mayoría de los entrevistados manifestaron que el haber tenido contacto físico tempranos con sus bebés, lo percibieron como una experiencia positiva que les generó tranquilidad y confianza., sintiendo que su bebé se encontraba fuera de peligro. Con respecto a la experiencia de ver a sus bebés dentro de la incubadora por primera vez, uno de los padres manifiesta haber experimentado temor ante una situación que percibió como fuerte y difícil.

Para finalizar, uno de los entrevistados sostuvo que le resultó incómodo el visitar su hija prematura durante el período de hospitalización, debido a que trastocaba sus horarios de trabajo.

c) Experiencia Emocional durante la Hospitalización

Con relación a este tópico, se observa que todas las madres refieren haber experimentando el acontecimiento del nacimiento de sus bebés como un motivo de alegría, más allá de su condición de prematurez. Sin embargo, experimentaron tristeza de percibir tan pequeños y frágiles a sus bebés. En este sentido relatan que al ver a sus recién nacidos en incubadora, les resultó impactante y triste ver a sus hijos/as tan intervenidas con sondas, conectadas a monitores, catéter, vías etc. La mayoría de las madres comentaron que lograron percibir en

sus bebés señales de dolor ante los procedimientos médicos, y esta situación les generó intensa angustia, temor y tristeza. Con respecto a sus experiencias emocionales durante la inicio de la estadía de su hija en la Unidad de Neonatología, todas las entrevistadas manifestaron haber experimentado los sentimientos de temor y tristeza al visibilizar la vulnerabilidad de sus bebés prematuros.

En este sentido una de las entrevistadas refiere haber experimentado conjuntamente a las emociones anteriormente expuestas, los sentimientos de impotencia y rabia ante la incertidumbre que le generaba las consecuencias de la condición de prematuridad de su hija en un primer momento de su hospitalización. Esta misma madre en conjunto a otra de las entrevistadas, manifiestan haber experimentado sentimientos de culpa asociados a responsabilizarse del nacimiento prematuro por distintas causas. En cuanto a la experiencia de temor a la muerte de su bebé, dos de las madres manifestaron que experimentaron profundo temor y angustia ante la posibilidad de que sus bebés no sobrevivieran en el inicio del período de hospitalización. En este contexto general, las investigadoras dan cuenta que en el discurso de la totalidad de las madres es posible evidenciar la configuración de dos momentos durante el período de hospitalización. El primero de ellos coincide con el inicio de la hospitalización inmediatamente posterior al parto. Durante este período, fue posible observar que la totalidad de las madres presentaron aprehensiones y temores al contactarse físicamente con sus hijos/as, manifestando que experimentaban temor a dañar a sus bebés, a los cuales percibían como extremadamente pequeños y frágiles.

La entrevistada refiere haber experimentando tristeza al ver a su hija dentro de la incubadora, en donde sentía que dentro de todo estaba segura. En esta misma línea es posible dar cuenta que algunas de las madres atribuían a sus bebés *fortaleza y valentía*, por haber resistido dificultades tanto durante la gestación como posteriormente al nacimiento.

Otro de los elementos visibilizados por las investigadoras, en este primer período dentro de la hospitalización de los bebés, se relaciona con la experiencia materna de todas las entrevistadas frente al momento de la separación nocturna de sus bebés durante el período de hospitalización. Frente a este panorama, la mayoría de las entrevistadas refieren haber sentido intensa angustia y tristeza. Además agregan que experimentaron temor a que les ocurriera algo a sus bebés durante su ausencia, debido a la vulnerabilidad que percibían en sus hijos/as prematuros durante el primer período de hospitalización. En este sentido, algunas de las madres, sostienen que existirían demasiados niños hospitalizados y escaso personal para atenderlos.

Una de las madres entrevistadas relató que su pareja , se dedicó de lleno al cuidado de su bebé hospitalizada, practicando el MMC intrahospitalario, mientras ella se encontraba impedida de acompañar a su hija, debido a un delicado estado de salud que la mantuvo internada y en reposo absoluto en el inicio del período de hospitalización de su bebé.

Las investigadoras evidenciaron que en los discursos de todas las madres entrevistadas fue posible identificar, un segundo momento en el período de hospitalización de sus bebés prematuros. En este sentido, la totalidad de madres manifiestan que gradualmente sus hijos/as fueron evolucionando favorablemente. En este sentido es posible evidenciar un cambio de perspectiva de las madres que les permitió proyectarse con fe y esperanza en la recuperación de sus hijos e hijas. Ante este contexto las madres manifiestan haber experimentado sentimientos de felicidad, tranquilidad, sensación de avance entre otros afectos positivos. Por otro lado es posible evidenciar que en este segundo momento, todas las madres refieren haber experimentado sensaciones gratificantes al contactarse físicamente con sus hijos y lograr contactarse con las necesidades de sus hijos /as. En este sentido, todas las madres refieren haber experimentado el contacto piel a piel con sus bebés, a través del uso del método canguro intrahospitalario. En este mismo contexto, dos de las entrevistadas relatan que sus parejas practicaron el MMC durante el período de hospitalización de sus bebés.

Con respecto a la lactancia, algunas de las madres asocian el contacto piel a piel con sus bebés como un factor importante para estimular la lactancia y la succión de sus bebés.

En cuanto a la experiencia del padre, también fue posible evidenciar la emergencia de dos momentos en el discurso paterno en torno al período de hospitalización de sus bebés. En este sentido es posible dar cuenta de un primer momento, en el cual la totalidad de los entrevistados percibieron como especialmente difícil las complicaciones derivadas de la condición de prematuridad de sus hijos/as. En cuanto a las emociones manifestadas por los entrevistados durante este período, están el temor, la angustia, impotencia y tristeza.

Visibilizando a sus bebés recién nacidos como vulnerables dada su fragilidad, pequeño tamaño y bajo peso. Además la mayoría de los padres hace mención al impacto que les generó ver a sus bebés intervenidos por monitores, sondas para alimentarse, incubadoras, etc. Sin embargo, la mayoría de los padres percibieron a sus bebés como sanos más allá de las complicaciones propias de la condición de prematuridad.

Además la mitad de los entrevistados manifestó experimentar aprehensiones frente a la posibilidad de contagiar alguna infección a sus bebés hospitalizados.

En relación a la experiencia emocional uno padres en particular, quien refirió sentirse impotente ante la angustia de su esposa frente a la separación de su bebé derivada de la hospitalización (noches). Sin embargo, este mismo entrevistado manifestó su propia necesidad de apoyo para poder comunicar la difícil situación que estaba viviendo. Además este mismo padre junto a otro de los entrevistados manifiestan que intentaron posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza a sus parejas y a sus bebés durante el período de hospitalización.

En cuanto a la experiencia emocional de amenaza de pérdida y temor a la muerte, uno de los entrevistados manifestó que para él mientras su hija estuviese hospitalizada, aún ño era su hijaö, sosteniendo que estas ideas se asentaban en los desalentadores pronósticos médicos entregados durante la gestación de la bebé. En este sentido, sostiene que se sentiría seguro en el momento de tener a su hija junto a él en el hogar fuera de todo peligro.

En relación al segundo momento inferido del contenido del discurso paterno, es posible dar cuenta la mitad de los padres los padres entrevistados percibió un cambio, a partir del momento en que sus bebés comenzaron a tener una evolución percibida como favorable, a través de subir de peso óptimamente y a avanzar el proceso de alimentarse por sí mismas, succionando el pecho materno o la mamadera sin necesidad de sondas. En este segundo momento la mayoría de los padres expresan su deseo de llevarse cuanto antes sus bebés a casa. Por otro lado uno de los entrevistados vivenció el período de hospitalización de su hija como un lapso corto de tiempo, percepción que le hizo asombrarse de la rapidez del proceso.

En relación al período posterior a la hospitalización, la totalidad de las madres entrevistadas manifiestan que han experimentado intensa felicidad y orgullo por los avances de sus bebés y gratitud frente al apoyo recibido. La mayoría de estas madres consideran la evolución favorable de sus hijos/as como una bendición y/o un milagro.

Además es posible evidenciar que la mayoría de las madres en su discurso realizan una mirada retrospectiva logrando percibir las etapas críticas de la hospitalización de sus bebés, como un recuerdo de una situación que las ayudó a fortalecerse y a salir adelante, a partir de la fe, la constancia, el apoyo de sus seres queridos y de la ayuda y contención recibida de parte del equipo de salud.

En cuanto a la experiencia emocional de las entrevistadas durante este período es posible observar la presencia de afectos relacionados con la tranquilidad, la gratitud, felicidad, orgullo y seguridad. Además la mayoría de las madres investigadas hace mención de que a partir de tener sus bebés en casa han notado una mayor conexión y sintonía con las necesidades y afectos de sus hijos/as.

En relación a la experiencia particular de una de las madres entrevistadas, es posible evidenciar que experimentaría el temor a la pérdida de su hija, lo cual es posible de inferir a través de fragmentos de su discurso en los cuales manifiesta experimentar muchas aprehensiones, angustia y temores con respecto al cuidado de su bebé dada su condición de prematura. En este sentido, la madre refiere que siente que debe cuidar el doble a su hija, comparativamente con la experiencia de cuidados de su hijo mayor nacido de término. Además relata que experimenta intensa angustia en los momentos en que se separa momentáneamente de su hija, ya que teme que le ocurra algo y perderla, ya que a pesar de que está evolucionando favorablemente, aún percibe a su hija (cuatro meses) como más frágil e indefensa debido a que fue prematura.

En cuanto a la experiencia de los entrevistados en torno al período posterior a la hospitalización de sus bebés. Es posible evidenciar que la totalidad experimentan afectos positivos al percibir la evolución favorable de sus hijos/as. Además de manifestar que el hecho de tener a su bebés en casa y mantener contacto físico con ellos les ha generado tranquilidad, seguridad y confianza. En este sentido algunos estos padres refieren que más allá de los avances de sus bebés, éstos requieren cuidados especiales dada su por su condición de prematuros.

2.2 Experiencia MMC

a) Vivencia Emocional

Con respecto a la experiencia con el uso del MMC, la totalidad de las madres entrevistadas manifiestan haber experimentado una gran satisfacción, tranquilidad, sensación de confianza y seguridad al momento de tener contacto piel a piel con sus bebés. En este sentido destacan la labor de parte del personal de salud en el fomento del vínculo temprano. Además plantean que el practicar el MMC, les permitió adquirir confianza en sus capacidades de protección y cuidado de sus hijos/as, percibiéndose como partícipes en el proceso de recuperación de sus bebés. La mitad de las entrevistadas mencionó que la labor de los padres y madres como cuidadores en tanto de sus hijos, a través de la práctica de contacto piel a piel, se configuraría en una instancia de apoyo para el bebé fuera de los alcances profesionales. En este sentido una de las entrevistadas sostiene que a partir del MMC, le fue posible experimentar una sensación de conexión con su bebé que la hizo sentir que recuperaba el tiempo de separación tras el parto y la hospitalización. Además la mayoría de las madres investigadas destacan el apoyo recibido de parte de sus parejas en las labores de relevo del MMC. Sin embargo es posible

dar cuenta que paralelamente a las experiencias anteriormente expuestas las entrevistadas manifestaron experimentar aprehensiones y temores durante su adaptación al MMC ambulatorio. En este sentido, la mayoría de las madres investigadas platearon sus aprehensiones en torno al frío ambiental que pudiese afectar a sus bebés desnudos dentro de la faja canguro. Por otro lado refirieron sentir cierto temor a que sus bebés se fueran a deslizar y caer del interior de la faja canguro, al momento de que las madres realizaban sus actividades cotidianas. Sin embargo todas estas mujeres, refieren que gradualmente se fueron segurizando al comprobar que sus temores muchas veces eran injustificados, además de destacar la labor de psicoeducación durante los controles canguro, como instancia para aclarar sus dudas y manifestar sus aprehensiones en torno al método. De esta forma fueron capaces de percibir que más allá de sus aprehensiones y miedos los beneficios del MMC, se materializaban en un desarrollo óptimo de sus hijos/as.

La totalidad de los padres refieren que desde que sus bebés se fueron a la casa todo cambió, ya que los cuidados y sacrificios se justifican en virtud del bienestar de sus bebés. En este sentido, los entrevistados valoran el hecho de no tener que experimentar la separación de sus bebés derivada de la hospitalización. Además es posible dar cuenta que la mayoría de los padres percibieron positivamente el uso del MMC, como instancia novedosa y favorecedora en el proceso de vinculación con sus hijos/as.

b) Percepción contacto piel a piel

Con respecto a su experiencia con el contacto piel a piel con sus bebés, las entrevistadas percibieron como agradable y cómoda la sensación de entrega mutua de calor. Además de lograr percibir la respiración y los latidos cardíacos de sus bebés. En este sentido la totalidad de las madres refieren haber experimentado sensaciones relacionadas a la entrega de seguridad, amor y protección a sus bebés.

Es importante mencionar que la mayoría de las madres entrevistadas asociaron el estímulo favorable de la lactancia con el contacto piel a piel con sus bebés. En este sentido, plantean que el bebé estando en posición canguro tiende a buscar con mayor facilidad el pecho materno y ejercitar más tempranamente el reflejo de succión. Por otro lado, las madres señalaron que sentir el calor y el contacto piel a piel con su hijos/as, se relajaron y su producción de leche materna se estimuló aumentando su producción. Este avance las madres lo asocian a una subida de peso más rápida en sus bebés, instancia que estimuló su esperanza en la pronta salida de la unidad.

Dos de las entrevistadas refirieron experimentar el contacto piel a piel con sus hijos/as, como estar nuevamente embarazada. Una de estas madres profundizó esta idea planteando que lo percibió como un embarazo externo en donde tenía la posibilidad de ver la evolución y crecimiento de su hija de forma extrauterina.

En cuanto a la experiencia de los padres con respecto a la percepción del contacto piel a piel con sus bebés, es posible dar cuenta que la totalidad de los entrevistados lo experimentaron como una experiencia emocionante y gratificante. En este sentido, los padres refieren haber sentido que su bebé se encontraba seguro, cómodo y protegido. La mayoría de los padres señalaron que el contacto piel a piel con sus hijos/as los hizo percibir a sus bebés como parte de ellos. En este contexto manifiestan la necesidad de entregarle todo el cariño y protección a sus niños/as. Además todos los padres hicieron mención sobre el haber percibido la respiración, los latidos cardíacos y el calor de la piel de sus bebés. Dos de los padres asocian el uso de incubadoras con la un obstáculo que les impidió al contactarse adecuadamente con sus bebés, ya que experimentaban aprehensiones de dañarlos. En este sentido, uno de los padres plantea es muy distinto tener a su bebé en contacto piel a piel, ya que esto le permitió adquirir confianza y seguridad.

La mayoría de los padres relacionaron el contacto temprano piel a piel, como una instancia que influiría en la relación de apego entre ellos y su bebé.

Además uno de los padres relata que él hizo canguro exclusivamente con una de sus hijas y la otra gemela hizo canguro con la madre. Relatando el proceso de evolución de su hija durante el período canguro, refiriendo que la bebé después de un tiempo comenzó a incomodarse en la posición canguro, situación que el padre atribuye a que su hija ya estaba más grande y le quedaba estrecho el espacio.

c) Recomendaciones y otras observaciones al MMC

En relación a posibilidad de recomendar el MMC, a otros padres de prematuros, la totalidad de las entrevistadas y los entrevistados plantearon que es totalmente recomendable. En este sentido, los padres y madres entrevistados hicieron comentarios relacionados con la percepción de que el MMC, se constituiría en una terapia de manejo de prematuros, en la cual los padres y madres adquieren confianza en su propia capacidad de entregar cuidados y protección a su bebé prematuro, visibilizando los avances físicos, afectivos y cognitivos de sus bebés. En este sentido, los padres y madres refieren experimentar sensaciones de competencia en su rol de parental, así como tranquilidad y bienestar. En este contexto, una de las madres entrevistadas manifiesta su interés de transmitir a los padres de prematuros,

que es posible salir adelante, a través de la constancia y la fe. En esta misma línea, esta entrevistada plantea la importancia de que padres y madres de bebés hospitalizados, estén abiertos a recibir consejos del personal de salud especializado, como un apoyo para avanzar en el proceso de recuperación de sus hijos prematuros.

En esta misma línea una madre y un padre, plantearon el gran valor de que los padres, sean capaces de vencer sus aprehensiones apoyados por el equipo de salud, para de esta forma fomentar el vínculo temprano con sus hijos, más allá de los obstáculos y limitaciones percibidas, al enfrentarse con incubadoras que físicamente los separan de sus hijos. En este sentido una de las madres entrevistadas plantea a su criterio el tiempo que los bebés están en tratamiento en incubadoras, es una pérdida en el vínculo que se puede compensar con el uso del MMC. Esta misma madre, sostiene que bajo su percepción el contacto piel a piel, permitiría sentir al bebé nuevamente como si estuviese en el vientre materno, pero con la posibilidad de ver cómo crece y evoluciona fuera del útero.

Por otro lado, una madre manifiesta que con la experiencia MMC, es posible gestar lazos aún mayores con sus bebés prematuros, más allá de que sea el padre o la madre quien entregue estos cuidados, ya que según su percepción personal los lazos cultivados entre sus hijas y ellos como padres, son de igual calidad e intensidad.

Además la totalidad de los entrevistados manifestaron comentarios referidos a considerar el contacto piel con sus bebés como una instancia que favorecería la relación vincular entre los padres y madres y su hijo/a. En este sentido, uno de los entrevistados profundiza el valor de los aportes del MMC ambulatorio, planteando que ayudaría a quitar la tensión que significa tener a su bebé lejos de los padres. Además, este padre reflexiona y asocia el valor de tener a su bebé cerca de ellos, como una instancia que podría evitar patologías derivadas de la separación entre los padres y sus bebés prematuros que generaría el uso de incubadoras.

Por otro lado la mayoría de las madres entrevistadas manifiesta su gratitud hacia el Equipo Canguro, refiriendo que les apoyaron el proceso de vincularse tempranamente a sus bebés. Además agradecen que este equipo se haya preocupado por el bienestar de sus bebés y de ellas.

Por otro lado la mayoría de los padres y madres, refieren que el MMC les resultó un tratamiento novedoso para el tratamiento de sus bebés prematuros. En este contexto algunas de las entrevistadas relatan sus experiencias sobre el impacto y la novedad del uso del método canguro, en la gente de la calle, quienes les hacían consultas y comentarios al sentir curiosidad al verlas con sus bebés tan pequeños sobre el pecho.

2.3 Capacidades Parentales

a) Capacidad de Mentalización

Se puede observar que la mayoría de las entrevistadas y los entrevistados presentan en distintos grados la capacidad mentalizar o función reflexiva. Esta capacidad fue evidenciada en la totalidad de los discursos de las madres entrevistadas, en los cuales fue posible detectar que se relacionaban con su bebé como un ser mentalizador (Fonagy), infiriendo en sus hijos e hijas estados mentales como creencias, deseos e intenciones.

Además fue posible dar cuenta en la mayoría de las entrevistadas, de elementos reflexivos, que denotan elaboraciones sobre la experiencia emocional vivida en torno a la prematurez de sus bebés, las cuales les permitieron cambiar de perspectiva, desde experimentar la situación de hospitalización de sus bebés como un acontecimiento adverso, para posteriormente resignificar su vivencia otorgándole un sentido de comienzo al proceso de recuperación de sus hijos/as.

Un elemento indicador de capacidad de mentalización presente en la mayoría de los entrevistados, se evidencia en la intención de estos padres de transmitir a sus bebés la sensación de protección, seguridad y amor. En este sentido, los padres inferirían que sus esfuerzos tendrán como fruto una incidencia positiva en las creencias de sus bebés. Además es posible dar cuenta, que la mayoría de los padres presentaría la capacidad de leer la mente de sus bebés, a través de la atribución de capacidades e intenciones a sus hijos/as.

Con respecto a la experiencia de dos padres, es posible evidenciar un alto grado de capacidad reflexiva en aquellos comentarios paternos que intentarían explicar los comportamientos y afectos que percibe en su esposa, a través de reflexiones orientadas a buscar explicaciones que le permitan comprender y apoyar a sus parejas, para de esta forma ayudarlas a salir adelante. Por otro lado, uno de los padres denota una alta capacidad reflexiva, al visibilizar la influencia del contacto afectivo y físico constante con su bebé, como un factor que influiría en la calidad de la vinculación con su hija y por extensión afectaría la calidad de los lazos que unirían a su familia en el futuro.

Uno de los padres entrevistados presentaría una limitada capacidad reflexiva, lo cual se expresa en su dificultad para reflexionar, es decir una baja capacidad de introspección sobre sus propios estados mentales y una baja regulación emocional. Además presentaría limitaciones para inferir estados mentales en los demás. En consecuencia, este padre, dio muestras de intentar regular sus estados mentales negativos tendientes a la agresividad, cuando está en contacto con su bebé, manifestando que su hija logra tranquilizarlo.

b) Capacidad Empática

Las investigadoras dieron cuenta que en la totalidad de los padres y madres, está presente en distintos grados la capacidad de percibir las vivencias internas de sus a través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada en sus bebés prematuros. En este sentido, tanto en el discurso materno como paterno está presente la sensación de que sus bebés son capaces de percibir el amor, la protección y la fortaleza que ellos como padres intentan entregarles.

En cuanto a la totalidad de los padres y madres fue posible visibilizar su capacidad empática, a través de sus experiencias de ponerse en el lugar de sus bebés e imaginar su dolor o satisfacción ante determinadas situaciones. En consecuencia la experiencia de contacto piel a piel entre los y las progenitores/as y sus bebés, es percibida por la totalidad de los sujetos entrevistados como una instancia que les permitiría entregar lo mejor de sí para potenciar la recuperación de sus hijos prematuros, visibilizando a sus bebés como más relajados y cómodos.

Por otro lado la capacidad empática presente en totalidad de las entrevistadas y la mayoría de los entrevistados, perciben una conexión o sintonía afectiva con sus bebés. En este contexto, la mayoría de las madres y los padres asociarían el contacto prolongado piel a piel con sus hijos/as como un factor que favorecería el vínculo afectivo entre madre y bebé.

En este mismo sentido, la capacidad empática de padres y madres entrevistados se evidenció en su capacidad para responder sensiblemente ante las señales elicitadas por su bebés.

En tres de los padres se manifestaría su capacidad empática, a partir de su capacidad de percibir e intentar comprender los cambios en el ánimo de sus parejas en el transcurso de la hospitalización de sus bebés. En consecuencia, es posible dar cuenta que la percepción y la empatía estos entrevistados con respecto a experiencia emocional de sus parejas y sus bebés, los llevó a intentar posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza en el proceso de recuperación de sus bebés.

c) Amor parental

La presencia de afectividad positiva dirigida por las madres y padres a sus bebés, fue posible de ser evidenciada, a través de manifestaciones parentales orientadas a la valoración de los lazos afectivos como instancia fundamental para el bienestar de sus hijos/as prematuros/as.

Frente a este panorama, las investigadoras dieron cuenta de que en todas y todos los entrevistados/as, fue posible vislumbrar expresiones inundadas por la vivencia de intensos sentimientos de comunión y afectos positivos dirigidos a sus bebés.

La totalidad de los sujetos entrevistados manifestaron que el nacimiento de sus bebés, más allá de haber acontecido prematuramente y traer consigo momentos difíciles, se ha constituido en una instancia de gran felicidad. Algunos entrevistados e entrevistadas manifiestan que la llegada al mundo de sus hijos/as les ha significado un milagro o bendición. Mientras otros/as manifiestan experimentar una profunda e inexplicable emoción, que los llevó a sentirse inspirados/as a entregarles todo a sus bebés.

En consecuencia la mayoría de los sujetos entrevistados se sintieron movilizados a fortalecerse para lograr enfrentar las dificultades derivadas de la condición de prematuridad niños/as, con el objetivo de entregarles bienestar y protección. Es importante mencionar que la mayoría de los sujetos entrevistados, asociaron la experiencia de prematuridad y la hospitalización de sus bebés, como una situación límite que los ayudó a unirse y apoyarse más en sus seres queridos y en Dios.

En este sentido los sujetos investigados refieren haber sentido una gran satisfacción al experimentar el contacto físico temprano con sus hijos. Valorando el poder haberse conectado íntimamente con su bebé, entregándoles la posibilidad de sentirse transmisores de protección y amor a sus hijos/as. En síntesis, la manifestación de amor parental, extraída de los fragmentos de discurso de los entrevistados y entrevistadas, se expresaría en frases plenas de contenidos relacionados con experiencias de alegría, cariño, entrega y protección, lo cual los padres y madres experimentan como fuertes lazos de amor que los unen a sus bebés prematuros/as. Unión afectiva que trascendería más allá de los avatares vividos, a partir de las complicaciones de salud presentadas por sus bebés prematuros. Frente a este contexto, los padres y madres investigados/as, expresaron su valoración en relación al contacto temprano piel a piel, como una instancia favorecedora del despliegue de afectividad positiva entre sus bebés y ellos. Por su parte, una de las madres entrevistadas refiere que el contacto temprano piel a piel con sus bebés le ayudó a cultivar cariño, amor, afecto y bienestar.

2.4 Recursos Personales

a) Fe y Fortaleza

La mayoría de los padres y madres entrevistados/as manifestaron su experiencia de percibir la presencia de un ser superior bondadoso y compasivo. En este sentido su **Fe en Dios** se manifestaría en la visualización de un ser como guía y orientación para sus vidas, que les otorgaría fortaleza, compañía y apoyo principalmente frente a situaciones de dificultad y problemas.

En este contexto, la mayoría de los sujetos entrevistados visualizarían la fe, como instancia que influiría en el proceso de recuperación y evolución positiva de sus hijos/as.

Además algunos de los padres y madres perciben la llegada de sus hijos e hijas al mundo como una *öbendiciónö* o *ömilagroö*, dada su condición de fetos de alto riesgo durante el período de gestación.

Otra fuente de **fortaleza** manifestada por la totalidad de las madres entrevistadas, se relaciona con el apoyo de parte de sus parejas, u otros seres queridos como los hijos/as mayores. Además la mayoría de las entrevistadas valora el apoyo del equipo de salud, como instancia que las ayudó a fortalecerse y adquirir confianza en su capacidad de entregar protección y cuidados a sus bebés prematuros.

Además es posible inferir la presencia de recursos personales en todos los entrevistados, que les permitieron fortalecerse y mantener la esperanza en el proceso de superación de las complejas vivencias experimentadas derivadas por la condición de prematuridad de sus bebés.

Otro factor que influyó como fuente de esperanza y fortalecimiento para la totalidad de las entrevistadas, fue la percepción materna de fortaleza y valentía atribuida a sus bebés prematuros. Capacidad del infante que trascendería a su condición inherente de vulnerabilidad asociada a la prematuridad. Concepción que las madres sostendrían en la experiencia de visibilizar que sus hijos/as, más allá de su condición de prematuros, tuvieron la fuerza necesaria para superar muchas adversidades desde antes de nacer, desafiando en algunos casos los desalentadores pronósticos médicos.

Además, fue posible visibilizar que algunos de los sujetos entrevistados los fortalecía su motivación a constituirse en un apoyo y protección para sus bebés prematuros. En esta misma línea, es posible evidenciar que la mayoría de los padres entrevistados experimentaron la necesidad de transmitir fortaleza y fe a sus parejas y sus bebés, durante las complejas situaciones vividas derivadas del nacimiento prematuro de sus hijos/as. Es así que estos

padres, refieren haberse sentido motivados a proteger y entregar bienestar a sus parejas y a sus hijos.

Por otro lado, la mitad de las madres entrevistadas manifiestan que les ayudó y las fortaleció, el hecho de mirar a su alrededor y ver a las demás madres de la Neo enfrentando valientemente problemáticas de mayor gravedad en la salud de sus bebés. En este sentido, las entrevistadas plantean que estas madres, más allá del pronóstico de sus bebés luchaban y tenían fe en su recuperación.

Finalmente la de las madres entrevistadas y la mayoría de los padres entrevistados expresan una gran gratitud y felicidad, al percibir que la experiencia de prematuridad de sus hijos/as, más allá del sufrimiento vivido les sirvió para fortalecerse y unirse aún más a sus seres queridos en quienes encontraban una palabra de aliento y consuelo.

2.5 Redes de Apoyo

a) Apoyo Pareja

Con respecto al apoyo recibido de parte de la pareja, la totalidad de las entrevistadas plantean que sus parejas les transmitían una gran fortaleza y contención, a través de su apoyo y compañía salir adelante en el proceso de recuperación de sus bebés prematuros. En esta misma línea, dos de las madres refieren haber percibido que la experiencia de hospitalización de sus hijas, se constituyó en una instancia que les permitió unirse aún más a sus parejas. En cuanto a los entrevistados dos de ellos manifiestan que su interés principal es ser capaces de constituirse en un apoyo para sacar adelante a su esposa y a sus hijos/as, entregándoles lo mejor de sí en virtud del bienestar de la familia.

b) Apoyo Familia

Se puede observar que casi en su totalidad las entrevistadas y entrevistados se reconocen como parte de familias unidas, que están apoyándose constantemente o en el momento que las circunstancias lo ameriten. En este sentido valoran la ayuda recibida por parte de sus familiares, quienes los han apoyado en el proceso de superación de la compleja situación derivada de la condición de prematuridad de sus hijos e hijas.

Es necesario mencionar que tres personas entrevistadas refieren que antes de que naciera su bebé prematuro no habían buscado ni necesitado la ayuda de sus familiares. Sin embargo, a

partir del nacimiento prematuro de sus bebés han percibido el apoyo, cariño y colaboración por parte de sus familiares, más cercanos.

En el caso de uno de los entrevistados, manifiesta mantenerse reticente al apoyo de la familia en extenso, ya que a su criterio su familia, sólo la constituye su esposa y sus dos hijos. Frente a este contexto, refiere que no le interesa tener mayor contacto, ya que a su criterio relacionarse con ellos sólo le ha significado problemas. Sin embargo reconoce el apoyo de una vecina, quien se ha constituido como la abuela de sus hijos, apoyándolos cada vez que lo requieren.

c) Apoyo de pares dentro de la Unidad de Neonatología

En las narraciones recogidas se muestra que en el caso de dos madres entrevistadas formaron lazos de amistad, apoyo y compañía con otras madres de bebés hospitalizados dentro de la Unidad de Neonatología. En este sentido, las dos entrevistadas refieren que el hecho de conocer las historias de las otras madres que se encontraban experimentando la difícil situación de hospitalización de sus hijos, les permitió percibir las distintas realidades de las demás madres, lo cual las ayudó a salir adelante y fortalecerse siguiendo el ejemplo de estas mujeres, que más allá del pronóstico de sus hijos eran capaces de tener fe y esperanza en la recuperación de sus bebés.

2.6 Experiencia con el Equipo de Salud

a) Apoyo, Contención Emocional y Comunicación

Si bien es cierto la mayoría de las madres entrevistadas y los padres entrevistados dan cuenta desde su experiencia subjetiva personal, de un buen trato, amabilidad, compromiso y disposición del Equipo de Salud para aclarar dudas e informar a los padres y madres del estado de salud de sus hijos e hijas. En consecuencia manifiestan sentirse más tranquilos/as y profundamente agradecidos/as. Destacando la labor de contención emocional y apoyo recibido de parte de la psicóloga de la unidad y las psicólogas del equipo canguro. Además de agradecer el apoyo y conocimiento recibido de parte de técnicos, matronas, kinesiólogas y médicos. Por otro lado algunas madres refieren los conocimientos recibidos de parte del Equipo de Chile Crece Contigo, las ayudaron a comprender el valor de transmitirle bienestar a su bebé, para de esta forma estimularlos a salir adelante. En este contexto general, refieren haberse sentido fortalecidas/os por medio de la confianza que le transmitía el equipo de salud, percibiéndolo como intermediario para facilitar su vinculación con sus hijas e hijos.

En esta misma línea, un padre refiere sentirse especialmente agradecido por el apoyo que recibió de parte del equipo de Salud, en momento muy complejo de su vida, ya que su esposa se encontraba en un delicado estado de salud que le impedía acompañar a su bebé prematuro hospitalizado. Por su parte, el padre refiere que el personal de la unidad lo apoyó, a partir de permitirle el ingreso libre a la unidad durante el día para permitir que pudiese entregarle los cuidados y apoyo a su hija prematura, con quien practicó el MMC de forma intrahospitalaria, hasta que su esposa se recuperó.

Por otro lado uno de los padres entrevistados manifestó que le resultó sorprendente el buen trato y amabilidad que experimentó de parte del equipo de la Unidad de Neonatología, refiriendo no estar acostumbrado e incluso sentirse incómodo con los buenos tratos que recibió durante la hospitalización de su hija, ya que según sus experiencias el personal de salud en su ciudad de origen (Talca) acostumbra a ser más brusco y despersonalizado.

Sin embargo, una de las debilidades detectadas por la mayoría de los entrevistados y entrevistadas, dice relación con la percepción de que existiría una escasez de personal en relación al número de niños y niñas hospitalizados en la Unidad de Neonatología.

2.7 Sugerencias

En cuanto a las sugerencias dirigidas al Equipo de Salud de la Unidad de Neonatología, una de las madres entrevistadas y un padre plantearon la necesidad de que se flexibilice y se otorgue mayor tiempo de visitas para los padres para que de esta forma participen activamente en el proceso de recuperación de sus hijos. Además algunos entrevistados/as refieren que consideran igualmente escaso el tiempo de acceso materno a la Unidad (12 horas diarias), ya que a su criterio más allá de el número de personal de salud encargado del cuidado de los bebés, la madre resultaría ser fundamental a la hora de entregar cuidados a su hijo/a.

2. Análisis Interpretativo Global

La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo integral del infante, actualmente se constituye en una instancia de abordaje de Salud Pública, tanto a nivel nacional como internacional.

En el contexto nacional, se han implementado programas, cuyo objetivo se centra en promover y fomentar el desarrollo integral de la primera infancia. Por lo tanto el MMC, se sumaría a estos esfuerzos buscando entregar bienestar a los niños y niñas prematuros de la Unidad de Neonatología del Hospital San José. En referencia a lo anteriormente expuesto, el MMC en sus dos modalidades, tanto intrahospitalaria como ambulatoria, además de entregar probados beneficios en el desarrollo biosomático de los bebés prematuros, se constituye en una de las intervenciones en apego más tempranas en la vida del sujeto. Por lo tanto se traduciría en una de las intervenciones más precoces en salud mental del infante. Es por ello, que el presente trabajo investigativo focalizó su atención sobre la condición de la prematuridad del niño, como una instancia, en la cual la intervención en apego, se constituiría en terreno fértil para la prevención de trastornos psicopatológicos en el futuro del infante. En esta lógica, los enfoques que transversalmente están presentes en este estudio son la Teoría de Apego, el enfoque de Resiliencia y el constructo teórico de Parentalidad. En este sentido, el desarrollo del vínculo de apego, entre el bebé y su madre y/o padre. Se constituye en un fenómeno, en donde se articulan indisociablemente el Apego, la Parentalidad y la Resiliencia. En este contexto, la labor de interpretación de la información producida por la presente investigación será visibilizada desde los aportes teóricos anteriormente mencionados.

En esta investigación, el primer objetivo general está diseñado para acceder al conocimiento del desarrollo del vínculo de apego entre la díada madre-bebé prematuro, participantes en el Proyecto Madre Canguro. En cuanto, a este objetivo, es necesario mencionar que durante la aplicación de la entrevista semi-estructurada, surgió la intervención del padre, quien se constituyó en un valioso aporte para conocer las aristas relacionadas al fenómeno estudiado. Frente a este contexto, la presente investigación, debió flexibilizar sus procedimientos investigativos a fin de integrar este valioso aporte complementario al objetivo primordial del presente estudio. La experiencia emocional y las percepciones de las madres de bebés prematuros. En relación a los objetivos específicos de esta investigación están orientados a conocer la experiencia emocional y las percepciones de las madres (y padres) con respecto a la prematuridad de su bebé. En cuanto al segundo se relaciona con conocer las percepciones y

sentimientos de las madres (y padre) en torno al uso del MMC. Con respecto al tercer objetivo específico se orienta a describir el desarrollo de la relación de apego entre la díada madre ó bebé prematuro. Con respecto al cuarto objetivo específico, está orientado Identificar las capacidades parentales presentes en las madres (y padres) con respecto a su bebé prematuro. En cuanto, al quinto y sexto objetivos, se relacionan con conocer las percepciones de las madres (y padres) con respecto a la labor del equipo de salud y en relación a las redes de apoyo.

Una sugerencia, para el lector, es explicitar que la comprensión del material producido por este estudio no se agota en esta investigación, sino que la interpretación aquí realizada, se constituye en una apreciación subjetiva de las investigadoras basada en la percepción subjetiva de las personas investigadas; por lo que sus alcances excederán sin dudas el propio límite de esta investigación; generando apertura a múltiples interpretaciones y nuevas investigaciones que serán de gran aporte para enriquecer la teoría y la práctica de la Teoría del Apego y el enfoque de Resiliencia .

En este contexto, desde la base epistemológica cualitativa el investigador se convierte en instrumento de la propia investigación, en el sentido de que la persona del investigador registra a través de sí elementos de la experiencia subjetiva del fenómeno investigado. Cuando se llevaron a cabo las técnicas de recolección de datos las investigadoras se vieron interpeladas en su emocionalidad, al escuchar, ver y hacerse partícipes de narraciones teñidas de alegría, temor, amor, ternura , angustia ,impotencia, tristeza y en algunos casos ansiedad, rabia, entre otras emociones manifestadas por los sujetos investigados. En este sentido, las investigadoras se hicieron parte de la realidad estudiada, empatizando con el sentir de madres, padres y sus bebés prematuros. De esta forma se comprueba que resulta compleja y utópica la escisión investigador-investigado; que tantas veces se propone y espera en algunas orientaciones o líneas de pensamiento de las ciencias sociales.

Por lo tanto, la interpretación es un proceso en el que el investigador integra, reconstruye y presenta en construcciones interpretativas diversos indicadores obtenidos durante la investigación, los cuales no tendrían ningún sentido si fueran tomados en forma aislada, como constataciones empíricas. La interpretación es un proceso diferenciado que da sentido a diferentes manifestaciones de lo estudiado y las convierte en momentos particulares del proceso general, orientado a la construcción teórica del sujeto. Integrando el trabajo teórico, metodológico y todo el quehacer práctico se puede corroborar que los conceptos de

resiliencia, apego y parentalidad se encuentran firmemente imbricados en la experiencia subjetiva de madres y padres de niños y niñas prematuros.

En consecuencia, la labor de cooperación de las investigadoras, dentro del Proyecto Madre Canguro, se constituyó en un espacio para entregar lo mejor de sí, en virtud de la contención afectiva necesaria para apoyar a aquellas madres y padres, que sufren el dolor de sus hijos e hijas. En este sentido, el estar al servicio de quienes sufren, se constituye en una motivación fundamental, para todos aquellos y aquellas que luchan por una sociedad más amable y cálida. En donde la solidaridad, el altruismo y la fe, se constituyan en principios vectores para la construcción de una sociedad más justa. La labor desarrollada en la Unidad de Neonatología, lejos de ser lo óptimo, se configuró en un pequeño aporte a la humanización de la salud en Chile, comprendiendo que la transición desde un Modelo Paternalista en Salud, hacia un Modelo de Alianza entre el equipo de salud y paciente, es un proceso gradual, en el cual se suman todos los esfuerzos por dignificar y valorar a todos aquellos que necesitan ser asistidos. En esta lógica, el esfuerzo humano y profesional desplegado dentro de la Unidad de Neonatología, responde a la motivación de ser capaz de reflejar esperanza, para aquellos padres y madres, que viven una difícil realidad afectiva derivada de la condición de prematuridad y hospitalización de sus hijos e hijas.

3.1 Experiencia Emocional en torno a la Prematuridad de su hijo/a

El bebé nacido antes de las 35 semanas de gestación es inmaduro, por lo que es frecuente que presente dificultades para respirar, regular temperatura y para comenzar a alimentarse. Los cuidados entregados a los bebés prematuros dentro de las unidades de neonatología, están orientados principalmente apoyar a los niños en estas tres funciones esenciales. Para ello a estos niños y niñas, se les introduce en una incubadora para regular su temperatura corporal. En algunos casos se hace necesario recurrir a un respirador o ventilador artificial para apoyar su oxigenación. En cuanto a la apariencia del bebé prematuro, estos niños y niñas, presentan un aspecto frágil, su piel puede denotar los vasos sanguíneos subyacentes y es extremadamente delicada. Además estos bebés poseen muy poca cantidad de grasa sobre sus huesos, por lo que su aspecto físico es extremadamente delgado y pequeño. En cuanto al tamaño de su cabeza, se presenta extremadamente desproporcionado en relación al resto del cuerpo, lo que lo hace diferenciarse de un bebé nacido de término, cuyo perímetro cefálico, se encontraría en mayor armonía con las dimensiones del resto de su cuerpo.

En cuanto al método de alimentación para prematuros, en primera instancia se realiza por medio de una sonda nasogástrica (desde la nariz hacia el estómago) u orogástrica (desde la boca hacia el estómago) y paralelamente se realiza un entrenamiento en el bebé para que gradualmente comience a estimular su reflejo de succión, para que de esta sonda sea capaz de alimentarse por sí mismo desde el pecho materno. En este sentido, la lactancia materna se constituye en la alimentación más adecuada para un bebé prematuro.

A través de lo anteriormente expuesto es posible dimensionar el grado de impacto que genera en las madres y padres visibilizar a sus hijos en esta condición de vulnerabilidad. Por lo tanto, el bebé prematuro se encuentra en situación de riesgo, dada su vulnerabilidad biosomática como psíquica.

Por lo tanto, el nacimiento prematuro de un bebé, trae consigo la vivencia de una compleja situación para sus madres y padres. Derivada de los tratamientos médicos y complicaciones inherentes a la inmadurez integral del niño/a. En este contexto es posible dar cuenta de la experiencia emocional y percepciones de las madres y padres entrevistados con respecto de la condición de prematurez de sus hijos/as. A partir de las narrativas recogidas en torno a esta compleja temática, las investigadoras lograron evidenciar que en el discurso de padres y madres de bebés prematuros, es posible reconocer etapas diferenciales, en las cuales las percepciones y sentimientos de los sujetos investigados van adquiriendo distintos matices que permiten comprender en toda su riqueza y profundidad su vivencia subjetiva en relación al nacimiento prematuro de sus hijos/as y sus consecuencias.

a) Experiencia Emocional Previa al Nacimiento

En referencia a la experiencia emocional y las percepciones de madres y padres durante la etapa previa al nacimiento prematuro de sus bebés, es posible inferir que la totalidad de las madres y algunos de los padres entrevistados experimentaban temores y aprehensiones en torno al período de gestación en donde el feto se encontraba en riesgo.

En este contexto, la mayoría de las madres entrevistadas presentaron embarazos de riesgo. Es así, como dos de ellas fueron hospitalizadas durante el período de gestación, mientras otras dos debieron guardar reposo, en el primer caso debido al riesgo de aborto espontáneo y en el otro debido a riesgo de parto extremadamente prematuro. En consecuencia, es posible dar cuenta que en la mayoría de los casos estudiados, las madres manifestaron haber experimentado temores y ansiedades durante la etapa de gestación, ya que sus embarazos fueron diagnosticados como riesgosos. En uno de los casos citados anteriormente, los pronósticos

médicos daban escasas posibilidades de sobrevivencia del bebé tras el parto. En esta lógica, es posible comprender la emergencia de temores anticipatorios e incertidumbre en las madres durante la etapa de gestación, la cual se vio teñida por la amenaza de pérdida y la expectación. Es necesario recalcar que en toda madre gestante están presentes de una u otra forma las Representaciones Fetales (Stern), en las cuales los deseos y anhelos maternos se despliegan en la representación de un bebé imaginado (Ammaniti, 1991), en el caso de algunas de las madres investigadas, estas creencias sobre el hijo por venir, se vieron teñidas por datos reales y objetivos, que daban cuenta de un bebé en condición de riesgo. No obstante, en la totalidad de las entrevistadas, fue posible visibilizar, que más allá de estas experiencias emocionales estresantes y ansiógenas, lograron trascender sentimientos de esperanza en que todo llegaría a buen término.

En relación a lo anteriormente expuesto, es posible dar cuenta de los aportes de Cyrulnik, los cuales proponen que todo bebé es imaginado antes de ser concebido. De tal forma que la propia historia de las madres y padres, influiría ya desde antes de nacer en el feto. En esta misma línea, el concepto de representaciones maternas propuesto por Stern, en su libro *Constelación Maternal*, son aportes que permitirían acceder a la comprensión de las dinámicas psicológicas, de la madre durante la etapa de gestación. Por lo tanto, las representaciones subjetivas maternas durante el período de embarazo, se constituirían en elementos fundantes en el futuro desarrollo vincular con su bebé. Al respecto la perspectiva integrativa de Lecannelier, permite dar cuenta que las representaciones maternas con respecto al feto en gestación, constituyen todos los procesos mentales que la madre comienza a elaborar durante el período de gestación. Es decir, estarían contempladas todas aquellas creencias, fantasías, deseos, expectativas y memorias de las madres que se dirigen a su bebé. Este fenómeno, ha sido visibilizado desde una perspectiva psicoanalítica por Ammaniti (1991), como el tránsito de un bebé imaginado hacia un bebé real. Este tránsito se hace manifiesto durante el transcurso del embarazo, en donde en un comienzo las representaciones fetales (Stern), son bastante escasas siguiendo un curso evolutivo en donde las representaciones van cobrando mayor riqueza y especificidad. Es así como hacia los 4 a 7 meses de embarazo, surgen en las madres, una serie de procesos mentales en donde la fantasía, las expectativas en torno a su hijo/a, se ven activadas conforme se acerca el momento del parto. En este sentido, es posible dar cuenta que las expectativas maternas elaboran contenidos relacionados con tener un bebé saludable y nacido de término, más allá de los pronósticos médicos, ya que en estas representaciones se encuentra el anhelo de completo bienestar y salud para el bebé.

Por otro lado, es importante mencionar que uno de los padres entrevistados, entregó su percepción sobre el período de gestación de su hija, etapa en la cual refiere no haberse hecho muchas ilusiones sobre la sobrevivencia de su bebé, ya que los pronósticos médicos eran desalentadores. En este caso, es posible inferir, un proceso de duelo anticipado, a través de las expresiones y percepciones paternas, tendientes a sostener, que ante no tener seguridad de que su hija sobreviviera tras el parto; él se sentía preparado para enfrentar lo que ocurriera. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que la despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dicha (Bowlby, 1988, p. 61). En consecuencia, es posible inferir que este padre, más allá de mantenerse neutral ante la posibilidad de fallecimiento de su bebé, utiliza la negación, como mecanismo defensivo que le permitiría disociarse de la angustia que le genera la constante amenaza de pérdida de su hija. Esta hipótesis se puede ver reafirmada, a través de las manifestaciones del padre, en donde expresa que mientras su hija se mantuviese hospitalizada aún no era su hija, en cambio sostuvo que la seguridad de tenerla en el hogar junto a él, lejos de todo riesgo, le ha permitido sentir que actualmente es su niña.

b) Primer momento

Nacimiento prematuro e inicio hospitalización del recién nacido.



En relación, a la condición de prematuridad de los bebés, en las madres entrevistadas fue posible dar cuenta del impacto emocional al momento del parto, instancia en donde las expectativas maternas de un bebé imaginado, se ven enfrentadas al nacimiento prematuro de su bebé real. Frente a este panorama, Bialoskurski y cols. plantean en base a sus

investigaciones en torno a las diadas madre-bebé prematuro, que las expectativas de estas madres estarían asociadas a un bebé nacido de término y saludable hábil para iniciar secuencias comportamentales recíprocas y entonces, la formación del vínculo puede

demorarse, por que el bebé (prematureo) no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego (Bialoskurski, Cox & Hayes, 1999 p. 72). Al respecto es posible inferir que la transición entre el bebé imaginado y el bebé real, en el particular caso de las madres y padres de bebés prematuros, las expectativas se verían fuertemente impactadas dada la discrepancia entre los deseos maternos y paternos con respecto a su bebé y las condiciones reales asociadas a la condición de prematurez de su hijo/a. En referencia a las madres y padres investigados, claramente se puede visibilizar el impacto de las representaciones previas sobre el bebé imaginado, al enfrentarse a un bebé que perciben tan vulnerable y frágil. En este contexto, la totalidad de las madres y padres entrevistados manifestaron que la prematurez de sus bebés les resultó un acontecimiento muy difícil, complejo y hasta en algunos casos terrible. Con respecto al nacimiento prematuro de sus hijos padres y madres refirieron haber experimentado afectos asociados al temor y la angustia. Sin embargo, los afectos positivos de felicidad y amor, también se presentaron en forma paralela a los sentimientos anteriormente expuestos. Al respecto, es posible inferir que dada la extrema vulnerabilidad que percibieron en sus hijos e hijas prematuros/as, la angustia, la inseguridad, la impotencia, los temores, la tristeza; fueron un acontecimiento profundamente esperado por las madres y /o padres entrevistados. En relación a lo anteriormente expuesto, la mayoría de los padres entrevistados manifestaron, que más allá de la condición de prematurez, el nacimiento de sus bebés, se constituyó en un motivo de alegría. Además fue posible evidenciar en estos mismos padres, que lograron percibir a sus bebés como sanos aunque fuesen niños/as prematuros/as. Ante esta percepción, los entrevistados manifestaron sentirse motivados a sacar adelante a sus hijos/as. En cuanto a la experiencia emocional materna, en torno al nacimiento de su bebé, la mitad de las madres, relató haber experimentado culpa, ya que refirieron sentirse responsables del nacimiento prematuro de sus bebés, por no haber mantenido por más tiempo el embarazo. Por otro lado la totalidad de los sujetos entrevistados, percibieron a sus bebés recién nacidos prematuros como frágiles, extremadamente pequeños e indefensos al momento de nacer. En relación, esta condición de sus bebés, los padres y madres manifestaron que en un comienzo experimentaron temor de dañar a sus bebés, con solo tocarlos o temores de contagiarles alguna infección. En cuanto, a la experiencia de contacto entre madre y bebé, en el momento inmediatamente posterior al parto, (bonding) la mitad de las madres dicen haber tenido contacto físico con sus bebés. La otra mitad de las entrevistadas, refiere no haber visto a sus bebés hasta los días siguientes dado que ellas se encontraban delicadas de salud. Estas madres manifiestan haber experimentado intensa angustia, tristeza y temor a que sus bebés pudiesen

fallecer o hubiesen fallecido y no se les había informado. En consecuencia es posible inferir que las madres, al encontrarse separadas de su bebés, sin ni siquiera haberlos conocido en el momento del parto, desplegaba toda suerte de fantasías maternas en torno a la amenaza de pérdida y temor a la muerte que afecta a aquellas madres y padres que tienen un hijo en condición de riesgo y extrema vulnerabilidad. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que ñ despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dichaö (Bowlby, 1988, p. 61). Es necesario mencionar que aquellas madres que se enfrentan a la difícil situación de tener un hijo en condición de prematuridad se presentan aprehensiones y temores asociados a la amenaza de pérdida, temor asociado a la fragilidad e inmadurez de sus bebés prematuros. En este sentido las madres y padres de bebés prematuros investigados, se verían afectados por una situación de estrés permanente derivado de la amenaza de pérdida de sus hijos prematuros y en algunos casos más extremos derivarse en duelos anticipados, como fue visibilizado en el caso de uno de los padres entrevistados. En este contexto general, es posible inferir que las madres y padres investigados, se vieron enfrentados a la difícil situación de lidiar con la condición de extrema vulnerabilidad de un bebé prematuro.

En consecuencia, las expectativas parentales se vieron afectadas por la irrupción implacable de la realidad, en donde sus hijos e hijas se encontraban en condición de riesgo y por ende, los padres y madres se enfrentaron a una crisis que necesariamente implica un cambio de conductas, para emprender el desafío de sacar adelante a sus bebés prematuros. Según las evidencias arrojadas por una investigación aplicada a madres de bebés prematuros en el Hospital San Borja Arriarán, el verdadero sufrimiento comenzaría en el momento posterior al parto, cuando las madres pierden las esperanzas de tener un hijo sano. Presentando evidencias cuantitativas que avalan que sobre un 75% de las madres estudiadas se sentirían culpables e impotentes frente a la prematuridad de su bebé, a quien percibirían como ñpequeño y deformeö. Al cotejar estas evidencias con los resultados cualitativos de la presente investigación, es posible dar cuenta que la experiencia de prematuridad de las madres y padres de bebés prematuros hospitalizados en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, resulta concordante en muchos aspectos con la investigación anteriormente citada, entregando luces sobre un fenómeno muy poco estudiado a nivel nacional. En referencia a la realidad de los padres y madres investigados es posible evidenciar que para los sujetos investigados, el nacimiento prematuro de su bebé, y su posterior hospitalización, significó la irrupción de

sentimientos de impotencia, miedo, angustia, tristeza y en algunos casos culpabilidad y rabia, aspectos que el inicio del período de hospitalización, obstaculizaron el acercamiento al bebé, ante la extrema vulnerabilidad y fragilidad percibida en sus recién nacidos.

Un fenómeno importante de destacar, son las aprehensiones y temores frente a los primeros contactos físicos con el recién nacido prematuro, es así como la totalidad de las madres entrevistadas manifestaron haber experimentado aprehensiones, de tocar a sus con sus bebés, ya que temían hacerles daño, dado que los percibían como frágiles e indefensos y por lo tanto muy delicados frente al contacto. En relación, a esta temática un estudio realizado en el Hospital San Borja Arriarán, evidencia que en la primera semana de hospitalización las madres de prematuros experimentarían la incapacidad de poder establecer apropiadamente un vínculo afectivo la primera semana de vida. En este sentido sostienen que 30% de las madres refiere estar incapacitada para tomar contacto inmediato con su bebé posterior al parto, sea por la prematurez y labilidad de este o por hospitalización materna. En el caso de la presente investigación, en base a la información obtenida, las madres presentarían en las primeras semanas de vida de su bebé, experimentarían en la mitad de los casos la imposibilidad de contactarse con sus hijos en sus primeros dos días de vida, situación, que en las madres investigadas generó temores a que sus bebés hubiesen fallecido o que se encontraran en muy precarias condiciones de salud. Frente a esta situación, estas madres refirieron haber experimentado una intensa angustia que las desestabilizaba emocionalmente.

Por otro lado, la otra mitad de las madres investigadas refirieron haber tenido contacto físico en el momento inmediatamente posterior al parto, lo cual les generó cierta tranquilidad que las hizo sentir que sus bebés, a pesar de su condición de prematurez se encontraban estables. Un padre y una madre entrevistados relataron que llanto de su hija al momento de nacer, les resultó un indicador de que su bebé presentaba una condición saludable dentro de su condición de prematurez.

Con respecto al primer contacto físico entre la madre y el bebé, Felipe Lecannelier, plantea que comentarios aclaratorios para comprender que el òbondigö o primer contacto temprano entre la díada madre-hijo, al momento del parto, como una intervención temprana, que si bien conserva cierta afinidad con el concepto de apego, se diferencia de éste, ya que el vínculo de apego implicaría un tipo muy específico y delimitado de vínculo afectivo, el cual se caracteriza por una relación asimétrica en que un niño o niña se apega a sus madres o padres, para buscar seguridad y confort. En cambio el òbondigö, muchas veces denominado equivocadamente apego, se constituye en una intervención en el vínculo afectivo madre-bebé,

que no necesariamente implica una búsqueda del bebé de protección y cuidado, sino se constituye en un evento en que se favorece el primer contacto piel a piel entre madre y bebé, con la finalidad que este contacto físico temprano se constituya en un aporte al establecimiento de un vínculo de apego saludable en el niño/a.

Posteriormente a estas aclaraciones, es posible evidenciar que las madres que experimentaron el contacto piel a piel, en el momento inmediatamente posterior al parto, relataron haber experimentado una agradable sensación frente al contacto físico con sus bebés, lo cual las tranquilizó; a pesar de visibilizar fragilidad y vulnerabilidad en sus bebés nacidos prematuramente. En relación al contacto temprano, ya en inicio del período de hospitalización las madres y padres refieren haber experimentado temor a dañar o a contagiar infecciones a sus bebés prematuros, al contemplarlos dentro de la incubadora, intervenidos por sondas, monitores, etc. Esta situación causó tal impacto en los sujetos entrevistados, que refirieron haber experimentado tristeza, temor y angustia. Logrando empatizar con el dolor y la incomodidad que percibieron en sus bebés tan intervenidos. En esta lógica la totalidad de las madres, manifestaron haber experimentado temor y aprehensiones ante los primeros contactos con sus hijos/as, ya que les resultaba perturbador el sólo pensar que con un simple contacto pudiesen dañarlos al percibirlos tan frágiles y pequeños. Esta percepción de vulnerabilidad del bebé, estuvo presente en todos los sujetos investigados y específicamente en las madres, fue posible dar cuenta de los temores frente al contacto físico hacia su bebé, principalmente se verían sostenidos por la percepción de extrema vulnerabilidad y fragilidad del bebé, lo que se traduce en que las madres evitaran los primeros contactos físicos hacia su bebé por el temor de causarles algún daño.

Se pudo evidenciar que los padres y madres investigados se vieron impactados ante las intervenciones médicas aplicadas a sus bebés prematuros. Es así, como incubadoras, sondas, monitores, etc. Se constituían en un obstáculo para el apego temprano entre el bebé y sus padres.

Las investigaciones de Bialoskurski y cols. (1999) evidencian que la separación materno - infantil, asociada a la hospitalización del recién nacido prematuro, podrían afectar el establecimiento de la relación de apego entre la diada madre bebé prematuro. Para los autores, las primeras interacciones madre-bebé, se verían alteradas y obstaculizadas por la presencia del personal de salud, trayendo consigo que el establecimiento de un apego temprano, que por definición debería ser una relación de regulación diádica (Bowlby, 1988) se vio obstaculizada por la irrupción de cuidadores alternativos rotativos, que alterarían e interferirían en las vinculaciones tempranas del infante. Demás está decir que los

procedimientos médicos y la aplicación de aparatología para el tratamiento de prematuros, se constituye en un obstáculo para el contacto temprano madre-bebé prematuro. En este mismo sentido, se ha evidenciado, que los bebés que son sometidos a procedimientos dolorosos, constantes ruidos ambientales y manipulación constante para efectos de tratamientos médicos. Presentarían cierto nivel estrés neonatal, que se traduciría en la segregación de neurotransmisores asociados al estrés y el dolor como el cortisol y la adrenalina. Contexto neurobiológico que obstaculizaría el establecimiento de relaciones de apego saludables.

Los aportes de Schore, avalan que el desarrollo temprano, se constituye en una conjugación entre mecanismos biológicos y experiencia. En relación a la etapa comprendida entre el período de embarazo hasta el segundo año de vida del niño, el autor plantea la existencia de un período sensible o crítico, en el cual los estímulos durante este período se constituirían en fundamentales para el desarrollo del bebé, en donde los factores biológicos de maduración acelerada del SNC (sistema nervioso central) y la experiencia se articulan indisociablemente, dando cuenta que el ambiente experimentado por el bebé, actuaría como un gatillador de selección neuronal y conexiones que mejor calcen con las necesidades ambientales. En referencia a este tema, Schore sostiene que el cerebro más que ser un órgano meramente biológico es mejor comprendido si se le considera como un órgano bio-psico-social. Es así que en la condición de inmadurez biopsicosocial del bebé prematuro, es posible dimensionar el impacto del ambiente sobre su desarrollo neuropsíquico durante un período extremadamente sensible de su desarrollo integral, en el cual las relaciones afectivas primarias continuadas se sitúan en aspecto fundante de la futura personalidad del infante. Por lo tanto, el establecimiento de relaciones de apego coherentes y persistentes, promueven un desarrollo biopsicosocial óptimo en el niño. De ahí que Schore, considere de importancia nuclear que exista un número limitado de cuidadores en la etapa sensible del desarrollo del niño. Por lo tanto, la emergencia de múltiples cuidadores rotativos para el bebé prematuro en su etapa de hospitalización obstaculizaría el establecimiento de una relación de apego coherente y persistente con los cuidadores principales del niño.

Con los aportes señalados en articulación con las evidencias obtenidas a partir de la presente investigación, es posible dar fe a los planteamientos de Lecannelier (2006), los cuales avalan que en la vinculación temprana madre-bebé, el apego y el cerebro se convierten en dos procesos absolutamente co-dependientes, no pudiendo el uno desarrollarse sin el otro. Ante lo anteriormente planteado, el cuidador principal, regularía la organización afectiva por medio de las conductas de cuidado hacia el bebé. En esta lógica Schore plantea que la teoría del apego, se constituiría en una teoría de la regulación, en donde la madre regularía las funciones

básicas de su bebé, en un período crítico de su desarrollo, en donde el surgimiento de competencias de enfrentamiento del bebé ante el estrés, se encontrarían estrechamente vinculadas a la regulación materna y a estructuras neuronales que posibilitarían la autoregulación en el bebé de respuesta frente el estrés, ante la irrupción de situaciones adversas como los procedimientos médicos dolorosos, manipulaciones, separación de la madre y manipulación por cuidadores alternativos no persistentes en el tiempo durante la hospitalización acontecida en un período sensible o crítico del desarrollo biopsicosocial en un bebé aún inmaduro para enfrentarse al mundo. En este contexto es posible inferir que la vivencia de hospitalización e los bebés prematuros investigados, se constituiría en un escenario adverso teñido por el estrés generado por el ambiente y los procedimientos intrahospitalarios indicados para su tratamiento. En donde la secreción de hormonas del estrés como el cortisol y la adrenalina influirían negativamente para el despliegue de sus habilidades innatas de apego. En relación a lo anteriormente expuesto es posible situar los aportes de Schore, para la comprensión impacto de las reacciones y experiencias emocionales maternas sobre el desarrollo cerebral temprano del bebé, ya que juicio de este autor las reacciones de ansiedad, depresión, estrés prolongado en la madre, pueden repercutir en el desarrollo cerebral del bebé, por lo tanto influiría directamente sobre las capacidades de éste para posteriormente desarrollar de forma efectiva y flexible sus capacidades de regulación del estrés. Paralelamente, los encuentros afectivos recíprocos entre la díada madre-bebé, implicarían un cambio bioquímico en el cerebro de la madre, el cual también se ve alterado en su dinámica, a través del aumento de la secreción de las beta endorfinas que se piensa estimulan la conducta lúdica, y de un mayor crecimiento dendrítico. (Lecannelier, 2006 p. 32)

Por lo anteriormente señalado, en relación al período crítico y sensible en el desarrollo del bebé, es posible dimensionar el valor intervenciones precoces destinadas al bienestar integral del bebé. En este sentido, cobra fundamental relevancia para el presente estudio, dar cuenta de alternativas terapéuticas integrales para recién nacidos prematuros, que favorezcan la vinculación temprana entre el bebé y su madre y/o padre, las cuales se constituirían en aportes nucleares para disminuir los efectos negativos relativos a los tratamientos convencionales para prematuros. En relación a este contexto, es posible dar cuenta del valor de la puesta en marcha de iniciativas que fomenten el apego saludable. Es así como el MMC, implementado en la Unidad de Neonatología del hospital San José, se constituiría en un aporte en tanto intervención en apego temprano, en donde se potencie la regulación emocional en el niño/a prematuro/a, a través de las interacciones afectivas tempranas con sus cuidadores, quienes

generarían mediante estas interacciones continuas y prolongadas en el tiempo una sincronización y una sensibilización frente a las señales elicitadas por sus bebés.

Felipe Lecannelier (2007), plantea desde una perspectiva integrativa el concepto de apego definiéndolo como un tipo de relación estable, duradera entre dos seres humanos, en donde el componente de protección y confort del estrés, es el elemento que determina el desarrollo de la salud mental posterior de la persona. Por lo tanto, un apego seguro proporciona al niño herramientas que fomentan la seguridad, la capacidad de exploración, la regulación del estrés y la resolución de problemas. Para Lecannelier, los bebés nacen con mente y esta mente se desarrolla como producto de la actividad conjunta de mecanismos temperamentales y vinculares. Por lo tanto, el ámbito de la salud mental neonatal se constituiría en un fértil terreno de intervención.

En consecuencia, las interacciones tempranas favorecidas por la práctica del MMC, comprendida como intervención temprana en apego, se constituiría en un aporte fundamental para un pleno desarrollo y flexibilización neuropsíquica del bebé para adaptarse a los diferentes contextos y situaciones estresantes de la vida.

Es así, como el desarrollo del apego que el bebé potenciaría sus capacidades de regulación del estrés. En relación a este contexto, Schore plantea un sugiero que la salud mental adaptativa del infante puede ser fundamentalmente definida como la expresión temprana de estrategias resilientes y eficientes para enfrentar la novedad y el estrés, y la salud mental desadaptativa del infante como un déficit en estas mismas capacidades. (Schore, 2001^a, p.p17).

Es así, como Lecannelier, plantea que una de las características de un buen cuidador, o un cuidador suficientemente bueno, no es aquel que sostenga con el bebé una coordinación y acoplamiento cien por ciento durante la interacción, sino que es aquel que posee la capacidad de reparar la descoordinación para retomar el flujo interaccional con su bebé. Frente a estos aportes es posible situar las experiencias de la totalidad de las madres y algunos de los padres entrevistados, quienes manifestaron su necesidad de contención emocional durante el período de nacimiento y hospitalización de sus hijos.

Si bien es cierto, la mayoría de las madres entrevistadas y los padres entrevistados dan cuenta desde su experiencia subjetiva personal, de un buen trato, amabilidad, compromiso y disposición del Equipo de Salud para aclarar dudas e informar sobre el estado de salud de sus hijos e hijas. Sin embargo, el impacto emocional que significó en ellos, el nacimiento prematuro y la hospitalización de sus bebés situaciones complejas que se tradujeron en reacciones adaptativas, a su nueva realidad, implicó que algunos padres y la mayoría de las

madres investigadas, hayan manifestado su necesidad de contención emocional y apoyo psicológico, durante el período de nacimiento y hospitalización de sus hijos. Si bien es cierto, la mayoría de las madres y los padres entrevistados, dan cuenta desde su experiencia subjetiva personal, de un buen trato, amabilidad, compromiso y disposición del equipo de salud para aclarar dudas e informarlos sobre el estado de salud de sus hijos e hijas. Sin embargo, las madres refieren que lo que más les ayudó a fortalecerse durante el período adverso vivido, fue la contención emocional, el apoyo y la confianza otorgada, tanto de algunos miembros del personal de salud, como el apoyo recibido por sus parejas y seres queridos más cercanos.

En este contexto, la vinculación temprana entre los sujetos investigados y sus bebés prematuros, más allá de los avatares propios de la situación de hospitalización de sus hijos/as y de la inmadurez integral de su bebés prematuros, han sabido enfrentar la adversidad, desarrollando gradualmente competencias, capacidades y habilidades parentales para responder adecuadamente a las necesidades afectivas y fisiológicas de su bebés.

c) Segundo momento

Cambio de perspectiva parental sobre la condición de prematuridad del bebé y empoderamiento en la práctica del MMC.

El presente estudio identificó un segundo momento, en relación a las experiencias emocionales de madres y padres con respecto a la hospitalización de su bebé prematuro. Este período coincidiría en todos los casos evaluados, con la mayor estabilidad clínica de sus hijos e hijas y la adaptación exitosa al contacto físico por medio de la práctica del MMC intrahospitalario. Al respecto, la totalidad de las madres manifiestan que gradualmente sus hijos/as fueron evolucionando favorablemente. Mientras la mitad de los padres manifestó percibir un cambio, en ellos y sus parejas en el momento en que sus bebés comenzaron a tener una evolución percibida como favorable, a través de subir de peso óptimamente y a avanzar el proceso de alimentarse por sí mismos, succionando el pecho materno o la mamadera sin necesidad de sondas.

En este momento la totalidad de las madres y algunos de los padres, manifestaron haber experimentado sentimientos de felicidad, tranquilidad, sensación de avance entre otros afectos positivos, los cuales les permitieron proyectarse con fe y esperanza en la recuperación de pronta de sus bebés.

Ante este contexto, los padres entrevistados manifiestan que intentaron posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza a sus parejas y a sus bebés

durante el período de hospitalización. Con respecto a su experiencia con el contacto piel a piel con sus bebés, fue posible evidenciar que en este segundo momento, todas las madres refieren haber experimentado sensaciones gratificantes al contactarse físicamente con sus hijos y lograr sintonizarse con las necesidades de sus hijos/as. En este sentido la totalidad de las madres refieren haber experimentado sensaciones relacionadas a la entrega de seguridad, amor y protección a sus bebés.

Barudy y Dantagnan, denominan òinstinto maternalö a la actitud de la madre, la cual se caracteriza por òla vivencia orgánica de una madre, que se predispone al reconocimiento de su cría, asociándose con ella para cuidarla y protegerla.ö (2005, p. 84)

Distintos investigadores señalan que lo que impulsa a las madres a priorizar el cuidado y el buen trato de sus crías tiene relación con la capacidad del organismo de producir una hormona llamada oxitocina (Nelson, Pankseep y otros autores citados por Taylor, S. E., 2002). Esta hormona conocida por su participación en el proceso de parto, también se asocia a la contribución de la lactancia materna. Por lo tanto, esta hormona sería la responsable de las sensaciones agradables y sedativas surgidas durante el momento posterior al parto, donde la madre, después de haber experimentado los dolores propios de este acontecimiento, presenta una sensación de agradable tranquilidad ante el alivio del sufrimiento. Con respecto a este contexto, Barudy y Dantagnan sostienen ò El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestar.ö (Barudy y Dantagnan, 2005, p.38).

En referencia a las bases bioquímicas del amor, se ha planteado por diversos autores que la segregación de oxitocina potenciada por la presencia de estrógenos, se constituiría en una hormona que explicaría en parte las capacidades femeninas para brindar cuidados y tratar bien a sus hijos e hijas. Por lo tanto, será la madre, quien a partir de sus cuidados y afectos positivos facilite en el bebé un òProceso de maduración a través del cual el cuidador principal de la infancia adquiere la calidad de un objeto de amor" (England, 1981; citado por Aizpuru, 1994) logrando que el bebé reconozca a su madre como su figura primordial de amor.

Es importante mencionar que la mayoría de las madres entrevistadas asociaron el estímulo favorable de la lactancia con el contacto piel a piel con sus bebés. En referencia, a la asociación entre lactancia y relación de apego, Pinto Laso (2004) señala que òun buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo, lo que se relaciona con una mayor relación y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño.ö (Pinto Laso, 2004).

En relación al contexto anteriormente expuesto, fue posible evidenciar que las madres y padres investigados, mostraron un cambio de perspectiva sobre la evolución de su hijos prematuros, ayudados por la práctica del MMC, intrahospitalario. Por lo tanto, los sujetos investigados manifestaron mayoritariamente, que al darse cuenta de sus capacidades para brindar cuidados y protección a sus bebés, comprendieron el importante papel que desempeñaban en el proceso de recuperación de sus hijos e hijas. Al respecto plantearon que los beneficios entregados, a través del contacto piel a piel, prolongado (MMC), lograrían entregar un aporte fuera de los alcances de la medicina en el proceso de recuperación y bienestar de sus bebés prematuros.

No obstante, la mayoría de las madres y padres investigados, perciben como fundamental la contención y el apoyo del equipo de salud para lograr empoderarse como los cuidadores primarios de sus hijos e hijas prematuros. Con respecto a la experiencia con el uso del MMC, la totalidad de las madres entrevistadas manifiestan haber experimentando una gran satisfacción, tranquilidad, sensación de confianza y seguridad al momento de tener contacto piel a piel con sus bebés. Al respecto destacan la labor de parte del personal de salud en el fomento del vínculo temprano. Además plantean que el practicar el MMC, les permitió adquirir confianza en sus capacidades de protección y cuidado de sus hijos/as, percibiéndose como partícipes en el proceso de recuperación de sus bebés. La mitad de las entrevistadas mencionó que la labor de los padres y madres como cuidadores en tanto de sus hijos, a través de la práctica de contacto piel a piel, se configuraría en una instancia de apoyo para el bebé fuera de los alcances profesionales.

Frente estos hallazgos es posible inferir la presencia de apegos múltiples, es decir que los bebés prematuros investigados en una etapa temprana de su desarrollo están estableciendo relaciones de apego tanto con su madre como con su padre, ya que los cuidados canguro por definición implican que la madre sea relevada y apoyada, dado que implican 24 horas ininterrumpidas de contacto piel a piel.

Diversas investigaciones avalan la existencia de los apegos múltiples en bebés, evidenciando que el hecho de que los niños pueden desarrollar apegos cercanos hacia más de una persona (Fox, Kimmerly y Schafer, 1991, Goossens y Van Ijzendoorn, 1991). La mayor parte de los estudios sobre el tema muestran que los niños pequeños pueden y a menudo lo hacen apegarse por igual a su madre y a su padre. (Dickstein y Parke, 1998; La Rossa, 1988, Ricks, 1985), lo que representa dos apegos significativos. El hecho de que el niño pueda desarrollar apegos múltiples, no significa que el cuidador/es puedan cambiar constantemente, sino que la

estabilidad del cuidado es uno de los elementos principales de una relación de apego. Por lo tanto la estabilidad es uno de los elementos fundantes para la seguridad emocional del infante. Para un niño que ha desarrollado un apego cercano, la separación de su figura de apego primaria resulta perturbadora.

B. Cyrulnik sostiene que las culturas que organizan en torno de un niño unos sistemas familiares de vínculos múltiples aumentan las protecciones afectivas y, en caso de desgracia, la posibilidad de resiliencia (Cyrulnik, 2005, pp. 126-127).

En referencia a los vínculos múltiples, el autor sostiene que deben caracterizarse por su estabilidad en el tiempo para ser efectivos, proporcionándoles seguridad a los niños/as, ya que el vínculo de apego se entretejería en por medio de la repetición de interacciones con los cuidadores para posteriormente dar paso a un determinado estilo relacional.

Frente a este contexto general, las investigaciones realizadas por el la Fundación Madre Canguro de Bogotá (2007), avalan los beneficios biosomáticos que presentan los niños tratados con esta terapia son: la regulación de la temperatura, los niveles de saturación de oxígeno y los signos vitales del bebé, se mantienen dentro de los rangos normales debido al calor del cuerpo materno y el sonido y ritmo de su corazón. Se ha evidenciado que incluso se regularizan los patrones respiratorios con disminución de episodios de respiración periódica, apnea y bradicardia.

En cuanto, a la percepción del contacto piel a piel con sus bebés, madres y padres manifestaron que experimentaron satisfacción al entregar calor a sus bebés, además de considerar la experiencia canguro, como emocionante y gratificante. De ahí, que las madres y padres, refieren haber sentido que su bebé se encontraba seguro, cómodo y protegido.

Tessier (1998) evidenció que la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hijo. Por lo tanto, el contacto piel a piel restablece la relación madre-hijo interrumpida por la separación neonatal o inicia una relación cuidador-niño, de una forma tal que tiene altas probabilidades de generar un apego seguro. En este sentido, el autor anteriormente citado, plantea que el contacto físico temprano piel a piel entre la madre y el bebé crea una disposición en el cuidador que le permite detectar y responder de mejor manera frente a las señales del bebé.

En coherencia a lo anteriormente expuesto, las madres y padres, relacionaron el contacto temprano piel a piel, como una instancia que influiría en la relación de apego entre ellos y sus bebés. Es así, como manifestaron su necesidad de entregarle todo el cariño y protección a sus

niños/as. Además todos los sujetos investigados, mencionaron el haber percibido la respiración, los latidos cardíacos y el calor de la piel de sus bebés. En relación a estos hallazgos es posible situar el aporte de Barudy, (2005), quien sostiene que las habilidades parentales son los recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres, que les permiten ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evolución. (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 83).

Con respecto a la realidad investigada, es posible dar cuenta que los padres y madres presentarían indicadores de flexibilidad para adaptar sus prácticas a las necesidades de sus bebés prematuros, en cuanto lograron empoderarse como cuidadores principales, para entregar los cuidados canguro, entregándoles a sus bebés proximidad física, nutrición adecuada y manifestaciones afectivas de ternura y amor. Todo esto se fue desplegando en un tránsito entre una experiencia emocional parental que en un inicio estaba teñida por la angustia, la incertidumbre y temor, para posteriormente dar paso paulatinamente a sentimientos de sincronización y afectividad positiva dirigida hacia sus bebés prematuros.

La mayoría de las madres investigadas destacaron el apoyo recibido de parte de sus parejas en las labores de relevo del MMC. Sin embargo, es posible dar cuenta que paralelamente a las experiencias anteriormente expuestas las entrevistadas manifestaron experimentar aprehensiones y temores durante su adaptación al MMC ambulatorio. Posteriormente todas estas mujeres, se fueron gradualmente securizando al comprobar que sus temores muchas veces eran injustificados, además de destacar la labor de psicoeducación durante los controles canguro, como instancia para aclarar sus dudas y manifestar sus aprehensiones en torno al método. De esta forma fueron capaces de percibir que más allá de sus aprehensiones y miedos los beneficios del MMC, se materializaban en un desarrollo óptimo de sus hijos/as.

La totalidad de las madres y padres refieren que desde que sus bebés se fueron a la casa todo cambió, ya que los cuidados y sacrificios se justifican en virtud del bienestar de sus bebés. En este contexto, los entrevistados/as valoran el hecho de no tener que experimentar la separación de sus bebés derivada de la hospitalización.

La mayoría de las madres y padres percibieron positivamente el uso del MMC, como instancia novedosa y favorecedora en el proceso de vinculación con sus hijos/as. En referencia a estas evidencias es posible dar cuenta que en los padres y madres investigados existiría la capacidad de apearse (Barudy, 2005) a sus bebés, esta capacidad incluye los recursos emotivos, cognitivos y hereditarios, que presentan madres y padres como factores que les permitirían apearse y vincularse afectivamente a sus hijos e hijas. Respondiendo de esta forma a la necesidad de vinculación de sus bebés, y si estos lazos se forman sanos y

seguros, el niño no tendrá mayores problemas para vincularse con otras personas, redes y en general adaptarse bien en la sociedad (Barudy y Dantagnan, 2005).

En este contexto general, fue posible dar cuenta de un gradual empoderamiento de las madres y padres investigados, para constituirse en el cuidador/es principal/es del bebé, desplazando gradualmente al equipo de salud y a la aparatología médica (incubadoras, sondas, monitores, etc). Logrando de esta forma desmedicalizar (Charpak, 2007) en parte el tratamiento de manejo de sus bebés prematuros.

En consecuencia, resulta provechoso para la presente investigación cotejar las evidencias arrojadas por el trabajo investigativo realizado a madres de prematuros Hospitalizados en la Unidad de Neonatología del Hospital San Borja Arriarán en relación a la información y hallazgos obtenidos de la presente investigación. Las evidencias arrojadas por la investigación aplicada a madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en el hospital San Borja, dan cuenta de la experiencia emocional de madres de bebés prematuros hospitalizados, los cuales no recibieron la intervención MMC. Esta investigación, da cuenta que a medida que la hospitalización avanza, las madres experimentan un cambio de emociones. Si bien el recuerdo del embarazo y parto siempre evoca incertidumbre, tristeza e impotencia, el fuerte sentimiento de culpabilidad sobresaliente en la primera semana de vida (75%) se reduce a 12%, más allá de la tercera semana; sin embargo, cabe destacar que no se extingue. Se percibe una postura ante la vida más optimista, el 80% de las madres se muestra agradecida, alegre y satisfecha de cuidar y sobre todo de poder amamantar a su bebé. Estos hallazgos resultan congruentes con los aportes evidenciados en el presente estudio. No obstante, la intervención temprana método madre canguro se constituye en la variable interviniente, la cual a juicio de las investigadoras, permitiría comprender que más allá del cambio de emociones hacia una postura más optimista por el hecho de cuidar a sus hijos prematuros y de amamantar su bebé. Las madres investigadas en el presente estudio, dieron cuenta de un paso más allá, al configurarse en la cuidadora principal adquiriendo la competencias necesarias para configurarse en una base segura para entregar los cuidados canguros a su bebé prematuro de forma ambulatoria. En este sentido Nataly Charpak, una de las pediatras fundadoras del MMC en Colombia, sostiene que a través de la práctica del MMC, tanto en sus formas intrahospitalaria, como en su modalidad ambulatoria, es posible devolverle el derecho a los padres de constituirse en sus cuidadores principales entregándoles todo lo necesario para su recuperación hasta alcanzar la madurez y peso necesario para ser dado de alta del MMC.

Las investigadoras del presente estudio, plantean en base a las evidencias esta investigación, que la aplicación del MMC, en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, se constituiría en el fomento de prácticas tendientes a la gradual transición desde un Modelo Paternalista en salud, hacia un modelo de alianza entre el equipo de salud los padres y madres de los bebés prematuros hospitalizados. Este proceso de gradual empoderamiento y autonomía de los padres y madres, se podría configurar como un factor protector para el establecimiento de vinculaciones tempranas oportunas y sanas.

Con respecto al campo de la psicología este tratamiento se configuraría en una de las intervenciones más precoces en salud mental, ya que se ha evidenciado que el contacto temprano piel a piel entre la díada madre-hijo, favorecería una la serie de transacciones reguladas psíquica y biológicamente entre el niño y el cuidador primario (madre y /o padre), que incorporadas en la relación de vínculo parecen ser de gran importancia en el desarrollo óptimo de las funciones de auto-regulación y la organización de una personalidad resiliente y con capacidades adecuadas de manejo de estrés. Los obstáculos en el establecimiento de un vínculo oportuno y saludable, pueden llevar a trastornos futuros del desarrollo psicomotor, social, afectivos y de lenguaje. (Tessier y cols.1998).

En relación al concepto de resiliencia, es posible dar cuenta que "í nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados" (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12). Se puede concluir, que ningún sujeto puede alcanzar la resiliencia en aislamiento. Para desarrollar los recursos internos, debe en su niñez encontrar en su entorno un clima afectivo que le permita dejar en su psiquis un proceso de equilibrio interno. Posteriormente, estos recursos internos quedarán teñidos por el equilibrio del entorno. Cyrulnik, dirá que el bebé se transformará gracias a la palabra, dejará atrás el mundo biológico para ingresar al mundo de las narraciones y de las palabras, por lo tanto al mundo socio-cultural. Los factores de resiliencia en opinión de las investigadoras no nacen por sí solos, sino que se construyen en el espacio familiar a partir de las relaciones o interacciones que el sujeto tiene con su entorno más inmediato, e incluso desde antes del nacimiento del niño, a esto último Cyrulnik denomina "aprendizajes precoces".

A partir de las historias personales de los padres que se imbrican en la unión que nace en el contexto de la pareja, surge una nueva historia con características personales que se construye a partir de los relatos y creencias de los padres sobre el niño, por lo tanto "La resiliencia del niño se construye en la relación con el otro, mediante una "labor de punto" que teje el vínculo.

La comunicación intrauterina, la seguridad afectiva desde los primeros meses de la vida y, más tarde, la interpretación que da el niño a los acontecimientos son otros tantos elementos que favorecen la resiliencia (Cyrulnik, 2004, p. 17).

c) Tercer momento: Experiencia emocional y percepciones parentales sobre el período post hospitalización y consideraciones sobre el MMC ambulatorio.

Nietzsche sostiene

*"quien tiene un porqué para vivir,
tiene las formas para enfrentar los cómo"*

(en Frank, V. 1996).

En relación al período posterior a la hospitalización, la totalidad de las madres entrevistadas manifiestan que han experimentado intensa felicidad, tranquilidad, la gratitud, y orgullo por los avances de sus bebés y gratitud frente al apoyo recibido.

La mayoría de estas madres y algunos padres consideran la evolución favorable de sus hijos/as como una bendición y/o un milagro.

Se evidenció que en la totalidad de los discursos de las madres y padres, hay un esfuerzo por realizar una mirada retrospectiva logrando percibir las etapas críticas de la hospitalización de sus bebés, como un recuerdo de una situación que los ayudó a fortalecerse y a salir adelante, a partir de la fe, la constancia, el apoyo de sus seres queridos y de la ayuda y contención recibida de parte del equipo de salud. Los hallazgos de la presente investigación evidencian que en la etapa posterior a la hospitalización y después de finalizados los cuidados canguro, los padres y madres en su mayoría se experimentaron a sí mismos como competentes en el cuidado y protección de sus hijos, en este contexto es posible hipotetizar que la experiencia canguro, les resultó una instancia favorecedora para afrontar las situaciones médicas difíciles que les tocó vivir con sus bebés. En este contexto, es posible sostener que el grado de sensibilidad materna (parental) frente a las señales de apego elicitadas por el bebé prematuro, se vieron incrementadas gradualmente conforme aumentaba la seguridad, tranquilidad y la percepción de competencia parental en los sujetos investigados.

El constructo de sensibilidad materna propuesto por Ainsworth, entrega luces para la comprensión de las respuestas parentales frente a las señales elicitadas por el bebé, este

criterio posee cuatro componentes fundamentales, los cuales son la conciencia de la madre con respecto a las señales del bebé, una interpretación adecuada a ellas y una respuesta pronta ante las señales. Con relación a este criterio es posible evidenciar en base a la entrevista semi-estructurada aplicada a los padres y madres; y en base principalmente a las observaciones de la interacción madre óbebé prematuro, que en el transcurso del tiempo desplegado entre una y otra observación de la díadas, fue posible dar cuenta de saltos evolutivos relacionados con la capacidad de responder adecuadamente a las señales y conductas de apego de los bebés, configurando patrones vinculares de mayor complejidad conforme la madre fue adaptándose flexiblemente a las necesidades de sus bebés en distintos momentos de su desarrollo. Es así, como en un primer momento la relación de apego se vio interferida por la separación materno óinfantil derivada de los tratamientos médicos para sus bebés prematuros y posteriormente conforme la madre adquirió mayores competencias en el cuidado y logró estabilizarse a nivel emocional, fue posible una gradual sincronización entre ella y su bebé, lo cual dio cuenta de una evolución y enriquecimiento de la relación de apego.

Las madres y padres investigados hace mención de que a partir de tener sus bebés en casa han notado una mayor conexión y sintonía con las necesidades y afectos de sus hijos/as. En este sentido, Barudy y Dantagnan sostienen que «La experiencia emocional que permite nutrir y cuidar a los hijos está dada por el apego seguro y la capacidad de empatía que nace de este proceso (í) apego y empatía, pues ambos son componentes fundamentales de la parentalidad y, por ende, de los buenos tratos infantiles» (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 85)

Es importante mencionar que conforme al objetivo primordial de la presente investigación, las observaciones de indicadores de apego, se realizaron preferentemente a las díadas madre óbebé prematuro, sólo en algunos de los casos la observación de la díada padre óbebé prematuro.

Principalmente en aquellos y aquellas que conjuntamente o en forma individual se constituyeron en cuidadores principales de sus hijos e hijas prematuros/as. De ahí, es posible inferir que en los casos estudiados, la relación de apego temprano, la cual se define por ser esencialmente diádica (Bowlby, 1988), en los casos investigados, se pudo apreciar tríadas madre-padre- bebé prematuro, en una interacción conjunta de apego temprano, a partir de la experiencia madre canguro en sus modalidades intrahospitalaria y en su forma ambulatoria, la cual se define por la participación de una tercera persona como relevo para entregar los cuidados canguro ininterrumpidos por 24 horas diarias hasta la subida de peso óptimo para que el bebé regule por sí mismo su temperatura corporal. Es así como el hallazgo principal de esta investigación se sitúa en la activa participación del padre en la configuración y

establecimiento del apego en el infante neonato. De ahí que es posible evidenciar que los roles y funciones habitualmente asociados a las madres como la crianza y los cuidados de los hijos, a través de la aplicación del MMC, se van configurando novedosas dinámicas de género, que permiten replantear la relación temprana diádica madre hijo, para dar paso a una tríada padre-madre-bebé, a cargo de los cuidados y protección del bebé prematuro. Cambio de perspectiva que permite una entrada del padre a la esfera de los cuidados tempranos del infante, derivándose en responsabilidades compartidas en los cuidados de los hijos.

3.2 Desarrollo Vínculo de Apego

Apegado a mí.

*•Velloncito de mi carne,
que en mi entraña yo tejí,
velloncito friolento,
¡duérmete apegado a mí!*

*La perdiz duerme en el trébol
escuchándole latir:
no te turben mis alientos,
¡duérmete apegado a mí!*

*Hierbecita temblorosa
asombrada de vivir,
no te sueltes de mi pecho:
¡duérmete apegado a mí!*

(Gabriela Mistral)

Bowlby (1944) visibilizó la necesidad del bebé de vincularse a su madre como una motivación innata por excelencia. En esta misma línea plantea que de acuerdo a la evidencia empírica, el desarrollo normal de un niño requiere de una relación cálida, íntima y continua con la madre (o una madre sustituta estable y permanente). (Lecannelier, 2009.p. 19).

•Aunque es especialmente evidente en la infancia, la conducta de apego caracteriza a los seres humanos desde la cuna hasta la tumba (Bowlby, 1979)

Respecto a los bebés prematuros, diversos estudios muestran que existe mayor estrés en la relaciones padre/madre-bebé prematuro, puesto que son considerados por los padres como niños/as más difíciles, que muestran mayor afecto negativo y dificultad para regular sus emociones, y no son responsivos a las intervenciones de los padres para calmarlos, lograr su atención o interpretar con facilidad sus señales sociales. Esto exige que los padres inviertan mayores esfuerzos y tiempo, comparados con los bebés a término (Brachfeld, Goldberg & Sloman, 1980; Moran, Pederson, Pettit & Krupka, 1992; Pederson, Bento, Chance, Evans & Fox, 1987; Spiker, Fergurson & Brooks-Gunn, 1993).

En esta línea, las investigaciones de Bialoskurski, Cox y Haves (1999) entregan evidencias para la identificación de las variables que estarían involucradas en establecimiento de la relación de apego en la díada madre-hijo prematuro durante el contexto de hospitalización. Según estos autores, las primeras interacciones madre-bebé se verían obstaculizadas por la presencia del personal de salud y los tratamientos muchas veces invasivos para el manejo de estos bebés. Por otro lado, en la experiencia de vinculación temprana madre-hijo prematuro, influirían factores como el estado de salud materna, las redes de apoyo social, los soportes técnico-médicos que requiere el bebé para su tratamiento, el estado de salud del bebé, entre otros. Aspectos que se constituirían en variables que podrían influir en el establecimiento de la relación de apego. Estos investigadores sostienen, a través de investigaciones sobre díadas madre-bebé prematuro, que las expectativas maternas influirían en la vinculación entre la díada madre-hijo prematuro. En este sentido sostienen que: òlas expectativas asociadas a un bebé nacido de término y saludable (í) hábil para iniciar secuencias comportamentales recíprocas (í) y entonces, la formación del vínculo puede demorarse por que el bebé no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apegoö (Bialoskurski, Cox & Hayes, 1999, pp.72). Estos investigadores sostienen, a través de investigaciones sobre díadas madre-bebé prematuro, que las expectativas maternas influirían en la vinculación entre la díada madre-hijo prematuro. Por lo tanto sostienen que: òlas expectativas asociadas a un bebé nacido de término y saludable (í) hábil para iniciar secuencias comportamentales recíprocas (í) y entonces, la formación del vínculo puede demorarse por que el bebé no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apegoö (Bialoskurski, Cox & Hayes, 1999, p.72).

En coherencia a lo anterior, se considerará el desarrollo del vínculo de apego, como un proceso dinámico en el cual confluyen íntimamente los factores derivados de la fase normativa de desarrollo cursada por el bebé imbricados con la historia de vida de los

progenitores, sus experiencias emocionales, sus recursos personales, tanto como los factores de riesgo que pudiesen configurarse como un obstáculo en el apego temprano con sus hijos/as. Además de considerar influirían los factores derivados de un entorno percibido como acogedor u hostil, por las madres y /o padres, en tanto escenarios que favorecerían o crearían barreras para el despliegue de las capacidades parentales de los sujetos investigados. Es así como el desarrollo de vínculo de Apego en un período sensible (Schoore, 1991) del desarrollo humano, permitiría sentar las bases de la salud mental biopsicosocial del infante. Comprendiendo la prematurez del bebé como una condición, en la cual resulta de vital importancia evaluar los indicadores de apego en base a su edad corregida, dada la inmadurez integral que presentan estos bebés, ya desde el momento de nacer. Es así como la edad corregida, permitirá visualizar y cotejar las conductas de apego observadas en el bebé a la luz de el grado de madurez esperable en el según su etapa desarrollo. Frente a este contexto general es posible dar cuenta de los hallazgos producidos por el presente trabajo investigativo, por medio del cual se evidenciaron los siguientes hallazgos:

- Presencia de Cambios emocionales de las madre y/o padres durante el período de hospitalización de sus bebés
 - Miedo frente a lo desconocido
 - Culpa por creer que algo hicieron mal
 - Pérdida de su bebé imaginario e ideal al transitar al encuentro con su bebé real (Ammaniti).
 - Impotencia por no poder satisfacer las necesidades reales o imaginarias de su bebe, frente a una incubadora u otros procedimientos médicos
 - Tristeza frente a la fragilidad percibida en sus bebés prematuros.

Experiencia emocional, en donde las madres y padres investigados presentaron distintos estados emocionales a lo largo de la hospitalización. Inicialmente se encuentran en estado de *shock*, aterrorizados, confundidos e incapaces de concentrarse y de recibir mucha información.

Luego aparece el miedo, en la mayoría de las madres y padres investigados, frente a la vulnerabilidad extrema percibida en su bebé. En algunos casos se evidenció temor a la muerte de sus bebés, a los cuales en un primer momento de la hospitalización percibieron como débiles, frágiles e indefensos. Luego aparece la *tristeza*, en la mayoría de las madres y padres investigados se tornan tristes, apesadumbrados, desesperanzados, con constante temor a la muerte.

En la totalidad de los padres y madres, se observó que al no poder modificar la condición en que se encuentra su bebé, aparecieron sentimientos de impotencia, de temor, de rabia e incertidumbre ante la percepción de vulnerabilidad extrema de sus bebés.

La mitad de las madres se sintieron culpables frente al nacimiento prematuro de sus bebés, percibiendo que eran responsables de la condición de prematuridad de su hijo/a.

En un primer momento la mayoría de las madres y padres, presentaron una incapacidad de poder establecer apropiadamente un vínculo afectivo por el temor a dañar a su bebé.

En uno de los padres investigados fue posible dar cuenta de elementos asociados a la experiencia de Duelo anticipado. Finalmente, y en forma solapada, apareció en algunos casos el celo y la rivalidad, en cuanto los padres y madres percibieron que el personal de salud y las reglas de la unidad con respecto a los horarios de visitas de padres y madres, les impidió el tener un mayor contacto con sus bebés, sintiéndose en algunas ocasiones meros espectadores del proceso de recuperación de sus hijos/as, los cuales estaban intervenidos en un primer momento de la hospitalización por incubadoras, sondas, vías, etc. En este sentido, la mayoría de los padres y madres expresaron su necesidad de proteger y cuidar a sus bebés, quienes percibían que dada su fragilidad necesitaban aún más de sus cuidados que un bebé nacido de término. Posteriormente conforme al proceso de adaptación y empoderamiento en el uso del MMC, fueron capaces de percibirse como competentes en la labor de entregar los cuidados y protección necesarios para que sus bebés evolucionaran satisfactoriamente, compartiendo con el personal de salud el rol de cuidadores de los bebés. Posteriormente con la salida del hospital temprana permitida por la práctica del MMC ambulatorio, los padres y madres investigados lograron percibirse como los cuidadores principales de sus bebés prematuros, sintiéndose totalmente responsables del cuidado y protección de sus bebés prematuros en el hogar. En la totalidad de los casos la experiencia MMC ambulatoria fue compartida por ambos padres, quienes en su totalidad vivenciaron la experiencia de contacto piel a piel como una instancia en donde el apego con sus bebés se vio fortalecido y a partir de la cual pudieron acceder a la posibilidad de revertir en gran parte las secuelas derivadas de la condición de prematuridad de sus hijos e hijas. Experiencia que les permitió sentir un alivio y satisfacción al visibilizar los avances de sus hijos e hijas. Otro hallazgo fundamental a criterio de las investigadoras, relacionado con la MMC, es la experiencia de las madres de **öolver a sentirse embarazadasö**, a partir de del contacto piel a piel prolongado con sus bebés prematuros, instancia que podría comprenderse como la vivencia de un embarazo simbólico, en donde la madre, potencialmente podría elaborar su experiencia afectiva en torno al nacimiento prematuro de su bebé, evento del cual muchas veces se sienten

responsables y culpables. Lo que resultaría terapéutico de la intervención MMC, es la prolongación imaginaria del embarazo que permitiría a la madre sentirse competente por entregar los cuidados y protección necesarios para que bebé alcance la madurez, a través de la entrega de calor, alimentación, cuidados y amor, que favorecen el crecimiento y bienestar de su hijo o hija, hasta el momento que el bebé adquiere la madurez suficiente para ser dado de alta del MMC, instancia por medio de la cual la madre, experimentaría simbólicamente el término del embarazo.

• **Recursos Resilientes asociados a Parentalidad como Base Segura de Apego.**

a) Recursos personales:

- Fe en Dios
- Fortaleza
- Amor Parental
- Capacidad Empática
- Capacidad de Mentalización

b) Recursos colectivos:

- Capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios (Barudy y Dantagnan, 2005), capacidad parental de recepcionar apoyo de parte de la familia, de los grupos de pares y de parte del Equipo de Salud de la Unidad.

• **Obstáculos en el Apego, identificados en todos los casos investigados:**

-**Ambiente Intrahospitalario:** Incubadora, excesivas luces, ruidos de monitores, vías, sondas, procedimientos médicos, manipulaciones a los bebés por parte del personal de salud, etc.

-Problemas emocionales maternos en el inicio del período de hospitalización, principalmente caracterizados por angustia de separación. (Caso I, Caso IV, Caso III, Caso II, Caso V)

-**Separación temprana** durante la hospitalización, derivada de las normas internas de la Unidad de Neonatología, presencia materna limitada al horario diurno y horario de visitas

paternas de tan sólo 1 hora y ½ al día.

- **Impacto** frente a la **percepción de vulnerabilidad del bebé** y el consiguiente temor a dañarlos debido a su fragilidad. (En todos los casos)

•**Obstáculos en el Apego, identificados en algunos de los casos investigados:**

- Experiencia emocional de **duelo anticipado** (Caso V, en el padre)
- Experiencia de **amenaza de pérdida** (Caso V, en padre y madre y Caso I, en la madre)
- Madres que vivieron la experiencia de "**bondig**" con sus hijos e hijas (Caso II, Caso III, Caso V)
- Estado de salud complejo en la madre, las cuales no conocieron a sus bebés hasta días después de nacidos. (Caso II, Caso III, Caso V)
- Historia de maltrato infantil de los padres. (Caso V, en la infancia del padre y Caso I, en la niñez de la madre)
- Pérdidas de embarazos anteriores (Caso IV)
- Maternidad adolescente (Caso III)
- Enfermedad grave y crónica materna. (Caso V)

En relación al estudio longitudinal, a partir de dos momentos diferenciales de observación de la interacción en la díada madre bebé prematuro. Además de la única instancia de observación de la interacción de la díada padre óbebé prematuro, identificando elementos de apego presentes en esta interrelación.

En relación a las relaciones diádicas madre-bebé prematuro observadas en dos momentos diferenciales del desarrollo del bebé prematuro, arrojan en la mayoría (5 de 6) de los casos una coherencia entre la primera observación y la el segundo momento de observación de indicadores de apego, a partir de la aplicación de la escala de Massieu Campbell. Las díadas madre-bebé prematuro, que han presentado una evolución hacia el establecimiento de un apego seguro, darían cuenta de elementos de apego, ya presentes en la primera observación de la interacción madre hijo/a, los cuales se han ido complejizando, de tal forma que la madre ha sido capaz de flexibilizar sus conductas en relación a los avances normativos de su bebé, los cuales a su bebés denotan la estructuración de patrones vinculares tendientes al estilo de Apego seguro. En este contexto ha sido posible visibilizar una sincronía entre la díada madre hijo/a prematuro/a. A partir de una agudización de la capacidad de sensibilidad materna, (Ainsworth), ante Las señales y mensajes del bebé, logrando identificarlas e interpretarlas,

con mayor destreza en relación a la primera observación. Es importante mencionar que ya desde el primer momento de observación de las díadas madre-bebé de entre 1 mes y 3 meses de edad cronológica, fue posible visibilizar una sensibilidad materna adecuada y al percibir y dar respuesta a las señales de sus hijos/as, en donde las madres se mostraban accesibles, sensibles las señales elicítadas por sus bebés. Además en la totalidad de las díadas en donde el bebé tenía más de dos meses de edad cronológica, fue posible visibilizar una interacción rítmica y acompañada con la madre, que daba cuenta de una sincronización importante entre la sensibilidad materna y las conductas de apego elicítadas por los bebés investigados. Por lo tanto, la interacción desplegada por la totalidad de las madres en un primer momento de observación, permitieron dar cuenta de interacciones tendientes hacia el apego seguro. En un segundo momento observacional de indicadores de apego, a partir de la aplicación de la escala de Massie Campbell, es importante mencionar que esta escala no posee validez matemática, en el sentido de que puntajes determinados correspondan a estilos de apego o dificultades en el apego específicas. Por lo tanto, la escala de observación se constituye en una guía para ordenar y sistematizar las categorías de observación, las cuales pueden ser normales o problemáticas (lo que no implica que un puntaje numérico se corresponda a una categoría determinada). Luego de estas aclaraciones se presentan los resultados arrojados por la aplicación de dicha escala de observación, la cual arrojó los siguientes resultados: la mayoría de los bebés presentaron una tendencia al establecimiento de un apego seguro con sus madres. Frente a estos hallazgos, es posible dar cuenta de que en la mayoría de los casos esa tendencia se verificaba con la evaluación de una calidad de apego conformada por un patrón relacional de estilo seguro, en una armonía entre conductas maternas plenas de sensibilidad frente a las conductas de apego y afectividad del bebé. Desde el punto de vista de la escala Massie Campbell, los indicadores de un estilo de apego seguro observados, dieron cuenta de una interacción madre- bebé, donde la sincronización estuvo presente en las miradas continuas, el contacto físico acoplado, afectividad y vocalizaciones entre el bebé y su madre. En este sentido fue posible dar cuenta de manifestaciones afectivas de cariño mutuo entre ambos miembros de la díada, en donde la expresión emocional de madres se mostró observó flexible y modulada orientándose a las manifestaciones de ternura y de amor hacia sus bebés. Interrelaciones en donde fue posible observar preferentemente la elicitación de conductas de búsqueda y proximidad de los bebés hacia sus figuras de apego, las cuales se mostraron capaces de regular el estrés de sus bebés entregándoles respuestas adecuadas y prontas a las necesidades afectivas y fisiológicas de sus hijos e hijas. En donde los bebés respondieron

satisfechos dando cuenta de percibir en la madre una base segura de apego, a quien recurrir en momentos de estrés.

En este contexto de satisfacción de necesidades y confort, los bebés desplegaron diversas conductas de apertura hacia sus madres, quienes las receptionaron con adecuada sensibilidad emergiendo situaciones en donde fue posible observar la sincronía afectiva entre la díada madre-bebé prematuro, en dos momentos diferenciales del desarrollo normativo del apego.

Un caso particular, en el cual la primera instancia de observación (2 meses 18 días de edad cronológica y 1 mes de edad corregida) evidenció una tendencia hacia el apego seguro, en donde estaba presente un importante aporte de sensibilidad materna y capacidad de contención en los momentos de estrés del bebé, respondiendo de forma accesible y adecuada a las señales elicítadas de la niña. Sin embargo en la aplicación de la escala de Massie Campbell a la edad de 1 año dos meses de edad corregida y 1 año 3 meses 18 días de edad cronológica), en el contexto del control pediátrico, fue posible evidenciar cierto nivel de disarmonía en la interacción de la díada madre-bebé. En donde la madre daría cuenta de un despliegue de conductas asociadas con un estilo de apego seguro y la bebé presentaría algunas conductas tendientes a la ambivalencia. En donde la niña se muestra en instantes irritable, conductas que la madre no logra regular del todo, a pesar que se desenvuelve con sensibilidad y accesibilidad e frente a las señales de su hija. En este sentido, resultaría pertinente clasificar el estilo vincular de la bebé, en el subtipo B4, en el cual los niños presentan conductas de aferramiento a la madre, un poco de resistencia, activos en buscar contacto, celosos, un poco irritables y aparecen ansiosos y preocupados, ya que les cuesta regular la separación de sus figuras de apego. Son niños y niñas que pueden llorar mucho en situaciones estresantes, pero al final son capaces de calmarse ante la presencia materna.

En este caso en particular las investigadoras hipotetizan, la presencia de un factor estresante a nivel familiar, es decir la separación reciente de los padres y el consiguiente alejamiento de su padre. En este sentido la bebé está viviendo la una situación vulnerabilidad al experimentar la separación de una de sus figuras principales de apego, en la lógica de que este padre vivenció la experiencia canguro con su bebé, alcanzando una importante vínculo afectivo. Según Bowlby (1988), si un niño pequeño que ha tenido oportunidad de desarrollar un vínculo de afecto hacia una figura materna (paterna) y se ve separado de ella contra su voluntad, da muestras de *ōzozobraō* y si además se le coloca en una ambiente rodeado de figuras extrañas, (contexto del examen médico) esa sensación de tristeza e inquietud se puede intensificar. En relación a estos postulados es posible inferir que la bebé, estaría experimentando las consecuencias de la separación paternal, lo cual se traduciría en la

elicitación de conductas fluctuantes entre la ambivalencia y la zozobra, ante una madre que en un principio se mostraba ansiosa en entregar excesivos cuidados a su bebé debido a su compleja historia prenatal y su condición de prematuridad y que ha evidenciado desde el primer momento de observación una tendencia a constituirse en una base segura para su bebé. Además resulta de fundamental importancia considerar que esta bebé se encuentra en una etapa de su desarrollo normativo, en la cual el temor a los extraños forma parte del desarrollo normal del apego.

Frente a este contexto, las investigadoras postulan resultaría pertinente realizar un seguimiento de la relación vincular y posterior evaluación de la calidad del vínculo establecido en la díada madre-bebé, teniendo en consideración los factores estresantes que podrían obstaculizar el establecimiento de una relación de apego segura.

En cuanto a la observación de la interacción padre-bebé prematuro, fue posible consignar 4 casos, ya que en uno de los casos investigados el padre no estaba presente al momento de la observación y en otro caso el padre no tuvo interacción con su bebé, ya que la niña se encontraba en estrecho contacto piel a piel con su madre al momento de la observación. En cuanto a la observación de la relación de apego en la díada padre-bebé prematuro, fue posible observar la presencia de los elementos fundamentales de el apego, es decir se evidenció contacto físico, afectividad positiva, sensibilidad del padre frente a las señales elicitadas por sus bebés. Capacidad de regulación del estrés del bebé. Situaciones que dieron cuenta de conductas de apertura de parte de la bebé hacia su padre, las cuales eran recepcionadas favorablemente, por el cuidador quien respondió de forma accesible, sensible y empática ante los requerimientos de sus bebés. En la mayoría de las díadas padre bebé observadas fue posible dar cuenta de la presencia de sincronización afectiva padre-bebé, la cual se observó en la presencia de sintonías de estados afectivos compartidos, vocalizaciones recíprocas, contacto físico acoplado, conductas de apertura del bebé hacia la figura paterna, capacidad de mentalización del padre al atribuir estados mentales a sus bebés.

En síntesis es posible evidenciar un patrón relacional orientado hacia la seguridad del apego en la relación diádica padre-bebé prematuro.

A nivel global, es posible hipotetizar la presencia de una tríada padre-madre-bebé, en el establecimiento del estilo de apego en los bebés prematuros investigados, en donde los aportes, tanto de la madre como del padre se han constituido en fundantes para la actual organización psicoafectiva de sus hijos e hija.

Frente a este panorama fue posible dar cuenta de una alta flexibilidad de las madres y padres para adecuar sus prácticas a las necesidades de sus bebés. Se observa que en el tiempo han

mantenido es mismo estilo de interacción de apego con sus hijos/as, los cuales se han ido ajustando a los cambios evolutivos de los bebés, según su nivel de desarrollo. El repertorio de conductas parentales, principalmente cuando implica el ámbito de las manifestaciones afectivas hacia sus bebés prematuros, se han ido complejizando y enriqueciendo conforme el niño/a, ha ido desarrollándose. En cuanto a la capacidad de empatía con el bebé, ha sido posible vislumbrar que se ha refinado a partir de una mayor sincronización entre las díadas.

En este sentido, es posible dar cuenta que las observaciones de bebés, que mientras menor es su edad, menor es el despliegue de conductas de búsqueda y protección, más que nada el infante se vuelve un receptor de los cuidados y protección maternos y paternos, que gradualmente se fueron complejizando, a partir de la construcción de patrones vinculares más persistentes en el tiempo. Cabe considerar que dada la condición de prematuridad de los bebés observados, sus funciones sensoriomotrices y sus habilidades para desplegar conductas de apego dirigidas hacia sus cuidadores principales, claramente da cuenta de un curso evolutivo en donde se ven imbricados conjuntamente el mundo afectivo de los padres y el mundo emocional del bebé. Es así como al ir alcanzando mayores niveles de madurez, el bebé se vuelve más activo en la búsqueda de contacto e interacción con sus progenitores.

Resulta de fundamental importancia visibilizar que las dificultades derivadas de la condición de prematuridad del bebé, como la hospitalización y la consiguiente separación madre-bebé en una etapa tan sensible del desarrollo humano, se constituye en un espacio de intervención fructífero para favorecer relaciones de apego saludables.

3.3 Parentalidad y Resiliencia

En relación al camino investigativo recorrido por el presente estudio, es posible dar cuenta que la temática de los vínculos de apego tempranos, abarcan necesariamente la articulación de tres constructos teóricos que han dado vida al presente trabajo investigativo: Parentalidad, Apego y Resiliencia, estos enfoques se constituirán en aporte para la comprensión de la información producida por la presente investigación.

En este sentido, se profundizará en el estudio de las competencias, capacidades y habilidades de las madres para desplegarse como una base segura, para sus hijos/as prematuros, más allá de los avatares propios derivados de condición de prematuridad de sus bebés.

En consecuencia, es posible situar las evidencias y hallazgos recogidos en la presente investigación. Es así como la parentalidad, su ejercicio e implicancias sobre el desarrollo biopsicosocial del niño/a prematuro/a, se constituye en un elemento nuclear para el análisis y comprensión de la incidencia del MMC, sobre la relación de apego madre-hijo prematuro y en y de la relación de apego entre padre y bebé prematuro (en los casos en que el padre estuvo presente).

La experiencia y percepciones de padres y madres en referencia a la experiencia de prematuridad de sus bebés, se constituyó en valioso material para dilucidar las capacidades parentales, recursos personales y la capacidad de recibir apoyo, como factores que entregan luces para la comprensión del desarrollo del vínculo de apego entre el bebé prematuro y sus progenitores. Comprendiendo que ser padres y madres implica un desafío, más aún frente a circunstancias adversas y estresantes como el nacimiento prematuro de un hijo, sus consecuencias y su hospitalización.

Con respecto a la inmadurez del bebé recién nacido y la importancia de la protección y cuidados parentales, Barudy plantea que los nueve meses de gestación en el útero no alcanzan para asegurar la madurez de la cría humana. Los niños necesitan de aportes materiales, sociales, afectivos, éticos y culturales brindados por los cuidadores adultos para terminar sus procesos de maduración biológica, psicológica y social (Barudy, Dantagnan, 2005, p.84).

Los niños nacidos prematuramente, presentan una inmadurez que los sitúa en un nivel mucho mayor de vulnerabilidad biopsicosocial, que un niño nacido de término, por lo tanto es posible

inferir que el desafío es mucho mayor para los padres y madres para constituirse en un cuidadores competentes. De ahí, que se pone en juego la habilidad de los padres y madres para adaptarse flexiblemente a la condición de prematuridad de sus hijos/as, entregando respuestas acordes a las necesidades de un bebé vulnerable e inmaduro.

En este contexto, resulta pertinente y provechoso para los fines de esta investigación dar cuenta de temáticas que se constituyeron en ejes directrices para el presente estudio. Por lo tanto, se procederá a realizar una interpretación de la información recopilada en la presente investigación.

Finalmente es posible dar cuenta que las capacidades parentales presentes en el discurso y en las conductas de las madres y padres investigados, dicen relación con las capacidades de mentalización, capacidad empática y un tópico emergente denominado "amor parental". En cuanto a los recursos personales detectados en el discurso de los sujetos entrevistados, está la espiritualidad y la fortaleza como recursos internos evidenciados en la mayoría de los padres y madres investigados. En este sentido se presentan a continuación los hallazgos interpretados a la luz de la Teoría de Apego y el enfoque de Resiliencia.

a) Mentalización

Se pudo observar que la totalidad de las entrevistadas y los entrevistados presentaron distintos grados de mentalización o función reflexiva, se evidenció que padres y madres fueron capaces de inferir estados mentales, creencias, deseos e intenciones a sus bebés prematuros en distintos contextos. En referencia a esta capacidad, y su influencia sobre el futuro autoconcepto del niño, Barudy y Dantagnan plantean "Lo que una madre o padre siente o piensa o hace por sus hijos y la forma en que lo comunica tendrá un impacto significativo en la manera en que una niña o niño se concibe a sí mismo." (Barudy y Dantagnan, 2005, p.87)

Por su parte Peter Fonagy, sostiene que la calidad de las representaciones que los padres desarrollan sobre el hijo (y sobre sí mismo) puede constituirse en un factor resiliente de relevancia. De ahí que este autor plantea que "los niños resilientes son niños con un apego seguro, y que este tipo de apego es parte del proceso mediador donde la resiliencia es observada." (Fonagy.1994, pp.235).

Felipe Lecannelier (2007) plantea que en base a las evidencias de diversos estudios de corte longitudinal, se ha evidenciado que la seguridad vincular temprana predice el desarrollo posterior de capacidades positivas como la autoestima, la regulación emocional y el

utilización de recursos personales y sociales para enfrentar la adversidad.

A partir de los hallazgos de la presente investigación, es posible inferir que en los padres y madres estudiados, está presente en distintos niveles **la mentalización**, es decir la capacidad de los padres para relacionarse con su hijo como un ser mentalizador (Fonagy, 1994), esta función permitiría a los padres visualizar los estados mentales en sí mismo y en los otros, atribuyéndoles un significado. De ahí, que las madres y padres, intentaron comprender las conductas de sus hijos atribuyéndoles e infiriendo estados mentales (creencias, deseos, emociones, planes, etc.).

Es posible evidenciar que la mayoría de las madres y algunos de los padres, presentaron una alta capacidad reflexiva, la cual se constituiría en factor resiliente a nivel personal que daría cuenta de la capacidad de algunos de las madres y /o padres investigados, para resignificar la experiencia adversa de hospitalización de sus hijos/as, logrando en distintas medidas regular sus estados emocionales, a partir de la elaboración de la experiencia vivida, fortaleciéndose a la luz del sentido vector de sacar adelante a sus hijos/as prematuros.

Es importante mencionar que gran parte de la elaboración de estos procesos reflexivos se asocia íntimamente en un mayor contacto y sincronía con sus bebés prematuros, con el apoyo recibido de parte de la pareja, la familia extensa y la contención emocional del equipo de salud mental de la unidad de Neonatología.

Estos hallazgos pueden ser comprendidos a la luz de los aportes de Reconté y Cyrulnik (2003), quienes plantean que: «La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida a veces difíciles y de traumas a veces graves.» (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 56).

Al extrapolar esta definición a la realidad estudiada, es posible dar cuenta que la mayoría de las madres y padres entrevistados, presentó la capacidad de introspección, recurso recipiente que implica el ejercicio de relacionarse con su mundo interno, lo que se manifiesta en una continua reflexión sobre sus procesos y experiencias personales ocurridas en esta nueva realidad tomando en cuenta también aspectos positivos como negativos de la experiencia derivada de la prematurez de sus hijos, permitiéndoles proyectarse con esperanza en el futuro. Se puede observar en consecuencia, la importancia que reviste el relato para Cyrulnik y coincidentemente para las investigadoras; tendría relación con la capacidad de objetivación de

la experiencia adversa, a partir del relato, instancia que facilitaría la elaboración y resignificación de situaciones conflictivas, estresantes, ansiógenas. Para esto es necesario que el entorno familiar y cultural sea capaz de reconocer y legitimar el daño, dicho en pocas palabras, es un acto reparador y de sanación para el implicado.

Frente a este contexto general, es posible dar cuenta de la articulación entre capacidad de mentalización y resiliencia, en las narraciones de madres y padres. No obstante, fue posible dar cuenta de diferencias significativas en el grado de función reflexiva entre uno y otro de los sujetos entrevistados, las cuales tendrían relación con su singularidad e historia de vida.

Los resultados muestran que los padres y madres, en general presentan una alta capacidad reflexiva, mientras uno de los padres presentaría una baja capacidad reflexiva, asociada posiblemente a la vivencia de maltrato que experimentó en su infancia, sin embargo este padre intentaba regular con mucho esfuerzo sus estados emocionales negativos a fin de no alterar la tranquilidad de su bebé.

b) Capacidad Empática

Según Jorge Barudy (2005) **la empatía**, es la capacidad de los padres y madres para percibir las vivencias internas de sus hijos/as, a partir de la comprensión de las manifestaciones gestuales, emocionales, que sus niños/as despliegan para expresar sus necesidades. Además, la empatía permitiría que los padres por medio de gestos y actitudes logren comunicar a sus hijos su apoyo y protección. Los padres con esta capacidad pueden sintonizar con el mundo interno de sus hijos/as y responder adecuadamente a sus necesidades los trastornos de la empatía están en estrecha relación con los trastornos del apego, y son una consecuencia en la mayoría de los casos.

En cuanto a la realidad investigada, en los padres y madres entrevistados se percibió una vivencia de aceptación incondicional de sus bebés como sujetos con necesidades singulares y con una forma particular de expresarlas debido a su condición de prematurez.

Las investigadoras dieron cuenta que en la totalidad de los padres y madres, está presente en distintos grados la capacidad de percibir las vivencias internas de sus a través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad visibilizada en sus bebés prematuros. Con respecto a la capacidad empática desplegada por las madres investigadas hacia el dolor de sus hijos/as, es posible dar cuenta que oí para sufrir por la idea que nos hacemos del sufrimiento

de aquellos a quienes amamos es preciso ponerse excesivamente en su lugar. (Cyrułnick, 2005, p.112).

Tanto en el discurso materno como paterno está presente la sensación de que sus bebés son capaces de percibir el amor, la protección y la fortaleza que ellos como padres intentan entregarles. «La parentalidad resiliente es la que ejerce la madre o el padre como apoyo afectivo a sus hijos en los sucesos de la vida, que son parte de un proceso continuo donde existen perturbaciones y consolidaciones. En el desafío de existir, las dificultades pueden ser fuentes de crecimiento, siempre y cuando el niño encuentre en una madre o en un padre el apoyo necesario para enfrentarlas y darles un sentido». (Barudy, Dantagnan, 2005, p. 46)

En la totalidad de los padres y madres fue posible visibilizar su capacidad empática, a través de sus experiencias de ponerse en el lugar de su bebé e imaginar la satisfacción y bienestar ante determinadas situaciones. En este sentido la experiencia de contacto piel a piel entre los y las progenitores/as y sus bebés, es percibida por la totalidad de los sujetos entrevistados como una instancia que les permitiría entregar lo mejor de sí para potenciar la recuperación de sus hijos prematuros, visibilizando a sus bebés como más relajados y cómodos.

La capacidad empática está presente en totalidad de las entrevistadas y la mayoría de los entrevistados, quienes perciben una conexión o sintonía afectiva con sus bebés. La mayoría de las madres y los padres asociarían el contacto prolongado piel a piel con sus hijos/as como un factor que favorecería el vínculo afectivo entre madre y bebé. Por lo tanto, en los padres y madres investigados se presenta la capacidad de empatía, que ha permitido que hayan logrado alcanzar sintonía con sus bebés prematuros, siendo capaces de reconocer sus necesidades y dándoles una adecuada solución.

Al respecto, Barudy plantea que «La experiencia emocional que permite nutrir y cuidar a los hijos está dada por el apego seguro y la capacidad de empatía que nace de este proceso» apego y empatía, pues ambos son componentes fundamentales de la parentalidad, por ende, de los buenos tratos infantiles» (Barudy, Dantagnan, 2005, p.85).

En tres de los padres se manifestaría su capacidad empática, a partir de su capacidad de percibir e intentar comprender los cambios en el ánimo de sus parejas en el transcurso de la hospitalización de sus bebés. Es posible dar cuenta que la empatía de los entrevistados con respecto a experiencia emocional de sus parejas y la condición de prematurez de sus bebés; los llevó a intentar posicionarse como un sostén de protección y seguridad, capaz de transmitir fortaleza en el proceso de recuperación de sus bebés. Es posible dar cuenta que la mayoría de los padres entrevistados, intentarían situarse como tutores de resiliencia para sus parejas

entregándoles fortaleza y apoyo para superar las circunstancias adversas vividas y lograr entregarles lo mejor a sus bebés prematuros.

En este contexto, "La resiliencia nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados" (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12).

c) Amor parental

La presencia de afectividad positiva dirigida por las madres y padres a sus bebés, fue posible de ser evidenciada, a través de manifestaciones parentales orientadas a la valoración de los lazos afectivos como instancia fundamental para el bienestar de sus hijos/as prematuros/as.

El psicólogo social Carlos Yela (2000) plantea que el amor cumpliría funciones psicológicas básicas, como la filiación, protección, entrega, estabilidad, seguridad, intimidad, apoyo emocional, entrega, compañía, visión optimista del mundo, entre otras.

Las investigadoras dieron cuenta de que en todas y todos los entrevistados/as, fue posible vislumbrar aspectos relacionados con el apoyo incondicional, seguridad, confianza, contención emocional, entrega y protección tanto para sus bebés prematuros como para sus parejas. Los relatos y las manifestaciones de afecto, dieron cuenta que en la totalidad de los casos el amor estaba presente, expresándose en expresiones inundadas de cariño y sentimientos de comunión con la experiencia de su bebé prematuro.

En las manifestaciones de cariño y el relato de la totalidad de los padres y madres entrevistados fue posible evidenciar el despliegue de la capacidad de apegarse a sus hijos (Barudy, 2005), destacándose en la muestra investigada la presencia de los recursos afectivos, resilientes, reflexivos y empáticos, que favorecen la vinculación afectiva con sus hijos e hijas. En este sentido, el autor sostiene que para responder a las necesidades afectivas de los niños y niñas, es necesario que los padres, que se creen espacios afectivos que entreguen mensajes gestuales de, contactos corporales y caricias verbales, que le permitan al niño /a experimentar que son sujetos amables y suficientemente válidos para ser cuidados protegidos y estimulados en su desarrollo, es decir "Estos espacios afectivos donde se ritualiza la afectividad, permitirán que el niño sea capaz de responder con comportamientos de reciprocidad afectiva, lo que reforzará la existencia de de estos espacios como momentos deseados y gratificantes para todos" (Barudy, Dantagnan, 2005, p.85).

Barudy sostiene que una parentalidad bien planteada se caracteriza entre otras cosas, por disfrutar el contacto físico con sus hijos/as, manteniendo proximidad física y entregando

manifestaciones afectivas y demostraciones de ternura. Además son padres a quienes les emociona constatar los avances en el desarrollo de sus hijos, los protegen en situaciones de peligro, sufren frente a su dolor y principalmente son padres y madres, para quienes sus hijos e hijas tienen una importancia trascendental en sus vidas, acompañándolos en sus procesos de avance y regresión. La presente investigación postula en base a las evidencias obtenidas, que todas estas características están presente de una u otra forma en los padres y madres investigados, quienes sin ser perfectos han luchado por vencer su temores en virtud del bienestar y el amor que los une incondicionalmente a sus hijos e hijas.

Los sujetos investigados refieren haber sentido una gran satisfacción al experimentar el contacto físico temprano con sus hijos. De ahí que padres y madres valoran la práctica del MMC como instancia favorecedora de los lazos afectivos con sus hijos e hijas, ya que el empoderarse como cuidadores principales de sus hijos les permitió enriquecer la vinculación afectiva que en un primer momento se vio obstaculizada por la separación durante la hospitalización.

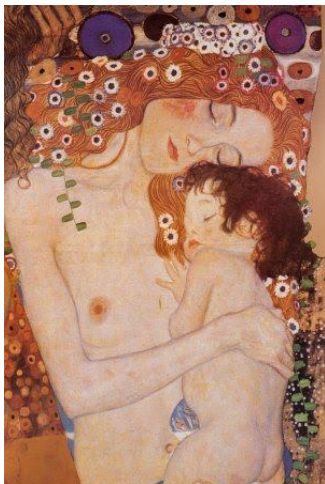
En consecuencia, la experiencia canguro ayudó a dejar atrás las angustias y pesares, dando paso a la expresión de afectos positivos en un contexto de mayor seguridad y protección para sus hijos. No es casualidad que el Método Madre Canguro, ha sido catalogado como un articulador entre "Ciencia y Ternura" (Fundación Canguro, 2006), y también los hallazgos de esta investigación así lo validan. En este sentido, el MMC, se constituiría en un espacio de intimidad entre el bebé prematuro y sus cuidadores, que permitiría el despliegue del amor, dejando atrás gradualmente las aprehensiones y temores, logrando de esta forma una potenciación de la sensibilidad materna y una sincronización con las necesidades afectivas y fisiológicas del bebé. Entregando a madres y padres, la sensación de constituirse en transmisores de protección, salud y amor a sus hijos /as. Percibiéndose capaces de entregarle "todo" a sus hijos utilizando como vehículo el contacto prolongado piel a piel, apoyo que para los padres y madres se constituye en un beneficio "fuera de los alcances profesionales".

En síntesis, la manifestación de amor parental, evidenciadas en los padres y madres entrevistados, se expresaría en frases plenas de contenidos relacionados con experiencias de alegría, cariño, entrega y protección, lo cual los padres y madres experimentan como fuertes lazos de amor que los unen a sus bebés prematuros/as. Unión afectiva que trascendería más allá de los avatares vividos, a partir de las complicaciones de salud presentadas por sus bebés prematuros. Al respecto una de las madres entrevistadas refiere que el contacto temprano piel a piel con sus bebés le ayudó a cultivar "cariño, amor, afecto y bienestar". En coherencia a lo

anterior, Barudy y Dantagnan sostienen ò El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestarö. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.38).

En la realidad investigada, fue posible dar cuenta que los padres y madres presentarían indicadores de flexibilidad para adaptar sus prácticas a las necesidades de su bebés prematuros, en cuanto lograron empoderarse como cuidadores principales , para entregar los cuidados canguro, entregándoles a sus bebés proximidad física, nutrición adecuada y manifestaciones afectivas de ternura y amor. Todo esto se fue desplegando en un tránsito entre una experiencia emocional parental que en un inicio estaba teñida por la angustia, la incertidumbre y temor, para posteriormente dar paso paulatinamente a sentimientos de sincronización y afectividad positiva dirigida hacia sus bebés prematuros.

3.4 Recursos Personales



òEl recuerdo resiliente no consiste en hacer regresar el sufrimiento pasado, sino, al contrario, en transformarlo, en hacer algo con él: una novela, un ensayo o un acto solidario. Esta labor de representación que metamorfosea el pasado y nos hace dueño de nuestros sentimientos (...) hay que integrar esta labor de rememoración en un proyecto, en una intención, en una ensoñaciónö (Cyrulnik, 2005, p. 159).

Según Pietro Magliozzi (2010), docente de la Facultad de Medicina de la UC, todas las crisis presentarían la misma secuencia: conflicto, desorden, adaptación o desadaptación. En este sentido, el cambio que radica la crisis, obliga a elegir, crea un conflicto interno sobre las maneras de enfrentarlo; en la primera fase la persona vive un desorden impregnado de ansiedad, angustia, de vivencia de los propios límites y de sufrimiento; toda esa experiencia sería necesaria para llegar un tercer paso que es la adaptación si la persona ha sabido dar respuestas creativas y humanas al conflicto, en cambio si el conflicto no ha sido vivido como una oportunidad: sino como quiebre y ruptura con el pasado, se vive la desadaptación. El resultado de una crisis no dependería de la crisis en sí, sino principalmente de la reacción ante ella, y la actitud de la persona para enfrentarla.

Extrapolando estos planteamientos a la realidad de las madres y padres de bebés prematuros investigados, es posible dar cuenta de la similitud de la experiencia emocional vivenciada por

padres y madres, a partir del nacimiento prematuro y posterior hospitalización de sus hijos e hijas prematuros/as.

En este contexto fue posible evidenciar dos hallazgos emergentes en la experiencia de los sujetos estudiados, es así como emergió la Fe y la Fortaleza, como recursos personales de los padres y madres que les han permitido salir adelante en el proceso de recuperación de sus bebés. Es a partir del discurso, en donde se pudo acceder a la profundidad de la experiencia subjetiva, permitiendo entregar luces para la comprensión del complejo fenómeno estudiado.

a) Fe en Dios

La mayoría de los padres y madres entrevistados/as manifestaron su experiencia de percibir la presencia de un ser superior bondadoso y compasivo. En este sentido, su fe en Dios se manifestaría en la visualización de un ser como guía y orientación para sus vidas, que les otorgaría fortaleza, compañía y apoyo principalmente frente a situaciones de dificultad y problemas.

La mayoría de los sujetos entrevistados visualizarían la fe, como instancia que influiría en el proceso de recuperación y evolución positiva de sus hijos/as.

Además algunos de los padres y madres perciben la llegada de sus hijos e hijas al mundo como una bendición o milagro, dada su condición de fetos de alto riesgo durante el período de gestación.

Los presentes hallazgos, pueden ser comprendidos a la luz de la Resiliencia, en tanto muchos autores coinciden que la espiritualidad y la fe religiosa profunda, se constituirían en una de las principales características de las personas resilientes. En este contexto, Muchos psicólogos han analizado la relación entre la creencia en Dios y el equilibrio psicológico (Vanistendael y Lecomte, 2002, p. 84). Rebello y Larson también coinciden con los otros autores y correlacionan fe religiosa y resiliencia; precisando que la relación es generalmente positiva.

Con respecto a la espiritualidad, Max Scheler, fundador de la Antropología Filosófica moderna, realiza un profundo análisis del ser humano, planteando, que el espíritu de la persona se definiría por Y llamaremos persona al centro activo en que el espíritu se manifiesta dentro de las esferas del ser infinito, a rigurosa diferencia de todos los centros funcionales de vida í El espíritu hace al hombre abierto, posee este acto de amor del núcleo esencial de la persona en el Sujeto Absoluto (Dios) í él que hace que las personas se dirijan a la esencia de las cosas por el amor de participación en lo esencial de todas las cosas posibles.ö (Ángel Rodríguez, 2008, p. 50)

Según Ángel Rodríguez, profesor de humanización de la salud en la Facultad de Medicina de la UC (2008), la espiritualidad significa algo distinto para cada persona, pero en forma común a todos, permitiría acceder a un sentido ante el sufrimiento vivenciado. El autor plantea que todas las personas aunque no pertenezcan a una organización religiosa formal, experimentan formas de espiritualidad, tanto centradas en lo divino como en los principios y valores fundamentales antropológicos.

Realizando una diferenciación entre la religiosidad y la espiritualidad. En primera instancia define la espiritualidad en términos generales, como la capacidad de trascendencia del ser humano. En donde, la persona se percibe en una conexión con Dios o Energía Universal, con el prójimo, con sí mismo y con la naturaleza.

En este sentido, la espiritualidad puede ofrecer a la persona el encontrar lo que es permanente en un mundo cambiante, a ser capaz de perdonar, a ser capaz de expresar ansiedad acerca de los temores a la muerte y al sufrimiento, a encontrar alegría en las relaciones con los seres queridos, a experimentar satisfacción por lo conseguido y a tener esperanza en lo Absoluto. En cuanto a la religiosidad, como partícipe es un sistema particular de fe y adoración, con el reconocimiento de un poder sobrenatural y especialmente de un Dios personalizado o dioses a los que se debe obedecer y adorar; esto cambiaría la conducta y la actitud mental.

En relación a la diferenciación entre religiosidad y espiritualidad, el médico y religioso camiliano Pietro Magliozzi, plantea que existiría una espiritualidad antropocéntrica, la cual define como una búsqueda de sentido de la vida, una búsqueda mística del propio maestro interior y una búsqueda seria y personal de la liberación personal. Asumiendo conocimiento como un camino de crecimiento interior.

Finalmente realiza una definición de persona espiritual, planteando, que una espiritualidad humana, implica que la persona vive constantemente en presencia de su verdadero ser, buscando la iluminación, liberándose de esclavitudes humanas y en ese centro encontraría una inspiración profunda, de donde se nutriría su existencia, dentro de estas espiritualidades humanas se encontraría el budismo.

En cambio, la religiosidad la define como la fuerza con que el ser humano se hace preguntas existenciales buscando el sentido de la vida en una dimensión más allá de sí mismo. En donde, no se reduce a la persona a sus dimensiones física y psíquica, sino que se la integra en una totalidad, a partir de considerar el orden divino como esencia constitutiva de la persona humana. En donde existe el motor existencial de salir de sí mismo y abrirse a la comunión con el amor universal de Dios y encontrando la sanación integral en el horizonte de la salvación.

En relación a la realidad de las madres y padres investigados es posible, dar cuenta de la espiritualidad presente en sus manifestaciones responde a la fe puesta en un Dios, es decir en la espiritualidad religiosa, en donde es posible inferir de sus manifestaciones de fe y relato que el amor por sus hijos es capaz de curarlo todo, más allá de los alcances de la medicina. A partir de esta fe, visibilizan un horizonte de sentido a su sufrimiento, el cual se encuentra en absoluta comunión al dolor percibido en sus bebés prematuros, aunque en momentos puedan revelarse y preguntarse ¿por qué a mi?, experimentando sentimientos de angustia, incertidumbre, dolor, temor y frustración frente al nacimiento prematuro de sus hijos y sus consecuencias, gradualmente los sentimientos de fe, esperanza predominaron a partir de la dedicación y entrega a sus hijos. De esta forma el amor se posicionó como motor para enfrentar las circunstancias adversas vividas, con el apoyo de sus seres queridos, y de todos aquellos que les entregaron contención y ayuda durante estos difíciles momentos.

En consecuencia es posible situar la capacidad de resiliencia de la mayoría de los padres y madres entrevistados como un hallazgo fundamental que permite comprender la fuerza que les ha permitido salir adelante más allá de la adversidad. Lecomte y Cyrulnik (2003), plantean que: «La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida a veces difíciles y de traumas a veces graves.» (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 56).

b) Fortaleza

En la presente investigación fue posible evidenciar, que la totalidad de las madres y algunos de los padres de bebés prematuros, presentaron la capacidad de hacerse cargo de los problemas derivados de la situación de prematuridad de sus hijos/as, logrando de esta forma una confianza y seguridad de que todo iría por buen camino, siempre y cuando se mantuvieran fuertes ante las adversidades. No obstante los temores, las angustias, la incertidumbre y tristezas no desaparecieron por completo durante el proceso de hospitalización de sus hijos, e incluso siguen de alguna manera presentes en su día, en el período posterior al alta. Sin embargo, las estrategias evidenciadas en aquellas madres, que más allá del dolor y la angustia, fueron capaces de enfrentar el cambio radical en sus vidas, en virtud de luchar por el bienestar de sus hijos e hijas. En este sentido la crisis experimentada por las consecuencias derivadas de la situación de prematuridad de sus bebés, permitieron en la totalidad de las madres resignificar la experiencia vivida adaptándose, en miras del beneficio mayor de llevarse a casa a sus hijos e

hijas. En cuanto a algunos de los padres fue posible visibilizar su intención de constituirse en una contención afectiva y otorgar protección a sus parejas y a sus hijos/as. A partir de la experiencia adversa vivida fue posible dar cuenta que emergieron en madre y padres recursos resilientes, como la religiosidad, la capacidad autorreflexiva, la empatía y el amor, como motores para enfrentar la adversidad. Superación y fortaleza que en gran parte se vio nutrida por el apoyo y contención de la pareja, la familia, las demás madres de la unidad y parte del personal de salud. Emprendiendo el desafío de ser padres y madres más allá de las circunstancias, lo cual fue evidenciado en gran parte por medio del empoderamiento en el MMC, lo cual generó en padres y madres, sensación de competencia y autoeficacia para constituirse en los cuidadores principales de su hijos e hijas percibiendo día a día los avances de los que ellos con su protección, amor y cuidados eran artífices.

La mitad de las madres entrevistadas manifiestan que les ayudó y las fortaleció, el hecho de mirar a su alrededor y ver a las demás madres de la Neo enfrentando valientemente problemáticas de mayor gravedad en la salud de sus bebés. Es así, como las entrevistadas plantean que estas madres, más allá del pronóstico de sus bebés luchaban y tenían fe en su recuperación.

Frente a estos hallazgos es posible articular los aportes del concepto de *comparación social ascendente* (Hyman 1942) el cual se refiere a la tendencia del sujeto a compararse con otros a quienes perciben como con mayores problemas y quienes se adaptan enfrentando las situaciones adversas, a partir de la esperanza y el optimismo, aspectos que en la realidad estudiada fueron posibles de evidenciar tras dar cuenta de la inspiración para fortalecerse de aquellas madres que en un principio tenían su experiencia principalmente por la angustia, las amenazas de pérdida y la tristeza.

Finalmente la totalidad de las madres y la mayoría de los padres expresaron gratitud y felicidad, al percibir que la experiencia de prematuridad de sus hijos/as, más allá del sufrimiento vivido les sirvió para fortalecerse y unirse aún más a sus seres queridos en quienes encontraban una palabra de aliento y consuelo. "El sentido se construye en nosotros con lo que nos precede y lo que nos sigue, con la historia y con los sueños, con el origen y con la descendencia. Pero, si nuestra cultura o las circunstancias no disponen a nuestro alrededor algunos lazos afectivos que nos emocionen y nos permitan componer recuerdos, entonces la privación de afectos y la pérdida de sentido nos transformarán en individuos-instante. Sabremos disfrutar rápidamente, pero en caso de desgracia, nos veremos privados de resiliencia". (Cyrulnik, 2005, pp. 33 -34).

Para las investigadoras, entonces, el sentido reviste una gran importancia en situaciones traumáticas y/o estresantes, que le permitirán al sujeto elaborar, construir y transformar esta experiencia de sufrimiento, otorgándole crecimiento y porque no decirlo una cuota de sabiduría al implicado; así mismo, se constituye en una fuerza que le da rumbo, orientación, un norte, para luchar, para seguir viviendo, para elaborar un proyecto de vida.

3.5 Recepción y búsqueda de Apoyo.

Barudy y Dantagnan (2005), sostienen que una de las capacidades de los **padres bienentran** es **participar en redes sociales y utilizar los recursos comunitarios**, esta capacidad resulta fundamental y necesaria para el despliegue del ejercicio de la parentalidad sana. Por lo tanto un padre o una madre, que presenta la facultad de pedir, aportar y recibir apoyo de las redes sociales y comunitarias, con la finalidad de promover el bienestar y la salud de sus hijos/as. En relación a esta temática Barudy (2005) sostiene que la sociedad tendría el deber de ofrecer a los padres y madres, todos los recursos necesarios para que se capaciten parentalmente. Es así como este autor , plantea la necesidad que los profesionales: psicólogos, educadores, trabajadores sociales, apoyen la parentalidad, a través de intervenciones que a promover el funcionamiento de redes de apoyo naturales (familia extensa, barrio, iglesia, etc.) que se conformen como apoyo nutritivo, seguro y protector para los padres y madres. Neuroquímicamente hablando Barudy, plantea basándose en distintos investigadores, que señalan que la base bioquímica que impulsa a las madres a buscar y entregar apoyo, es la presencia de altos niveles de oxitocina, llamada también **hormona social** de la mujer, que le entregaría la facultad de asociarse con otras personas en dinámicas de ayuda y entregar cuidados y amor a sus bebés. (Taylor, S.E.,2002).

La inclinación de las mujeres a recurrir al grupo social para solicitar y aportar ayuda en situaciones de estrés, figura junto con la posibilidad de embarazarse y parir, entre las diferencias de sexo más fiables que existen. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.37)

En cuanto a los hombres, la liberación de oxitocina, sería mucho menos dada la predominancia de testosterona hormona antagonista de la oxitocina. En este contexto, las funciones masculinas, en relación a sus bases bioquímicas, se relacionarían con las capacidades de protección y defensa de su progenie. (Taylor, S.E., et al. 2000) Vanistenda el dirá que las redes de contacto informales se constituyen como los cimientos de la resiliencia, donde cobran importancia la familia en primer lugar, los amigos, los vecinos, los compañeros

de escuela o los colegas del trabajo. En el centro de estas redes informales es donde se ubica según el mismo teórico, la aceptación profunda de la persona, que no se debe confundir con la aceptación de todo tipo de comportamiento.

La resiliencia puede ser una capacidad latente, y dependerá de la historia vital si ella se convierte en un proceso activo frente a las dificultades. Por ello, la resiliencia no puede ser pensada como una característica personal, ni como una cualidad inherente al desarrollo, al contrario es una capacidad que se desarrolla a través de un conjunto de procesos sociales que tienen lugar en el tiempo. Es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Vanistendael 1994 en Melillo, Estamatti y Cuestas, 2000). Resulta muy interesante en el mismo sentido, destacar la observación de la psicóloga peruana Silva Páñez porque muestra que la resiliencia no depende solamente del individuo, sino también de las características específicas de la familia y por lo tanto del grupo, que tienen evidentemente una repercusión sobre el sujeto. Estableciendo una articulación entre la resiliencia individual y la resiliencia colectiva.

En este sentido es posible situar los aportes de Cyrulnik (2005), autor que sostiene que es posible que una persona que se encuentre vivenciando una experiencia adversa, puede encontrar en su entorno, lo que el autor denomina como "tutores implícitos de resiliencia", los cuales son personas que resultan significativas para el sujeto, pudiendo ser una pareja, un familiar, un amigo o cualquier otra persona que le ayude a confiar en el entorno, a darle sentido y construir un nuevo proyecto de vida, potenciando las capacidades de resiliencia de las personas, y en el caso específico de los padres y madres investigados apuntando a propiciar el despliegue de competencias parentales tendientes a establecer o conformar un vínculo seguro y de calidad con sus bebés prematuros. En relación a lo anterior, Cyrulnik, sostiene, que existen dos tipos de tutores de resiliencia: el tutor de resiliencia implícito, que en los casos investigados es posible reconocer en el apoyo brindado por la pareja, la familia, los lazos de amistad entre padres y madres de la Unidad de Neonatología. Y por otro lado, existe el tutor explícito, si hay una cultura que les dé un lugar y la palabra; en este caso por ejemplo se puede situar el apoyo percibido por las madres y padres de parte de algunos miembros del equipo de salud, por ejemplo la contención y apoyo emocional recibido de parte de psicólogas, instrucción y confianza desplegada de parte de algunas matronas, médicos y técnicos paramédicos.

a) Apoyo de otras madres en la Unidad de Neonatología

A partir de los hallazgos de la presente investigación fue posible observar que la totalidad de las madres, que permanecieron un tiempo prolongado dentro la unidad, debido a la hospitalización de sus hijos manifestaron haber establecido lazos de amistad y cooperación con otras madres. Esta situación se expresó en la realización de actividades conjuntas como compartir un almuerzo, salir a caminar algunos lapsos fuera del hospital cuando sus bebés estaban durmiendo, conversan en la sala destinada para padres y familiares, entre otras situaciones en donde podría ponerse en juego la resiliencia socio comunitaria.

En este sentido la solidaridad, la cooperación, la empatía con las otras madres, les que permitió fortalecerse durante la difícil situación de hospitalización de sus bebés prematuros. En referencia a esto Vanistendael dirá que las redes de contacto informales se constituyen como los cimientos de la resiliencia "La resiliencia nos incita a considerar no solamente a la persona, sino también a su red de relaciones sociales: ante todo su familia, luego sus amigos, sus vecinos, sus compañeros de clase o sus colegas de trabajo" (Vanistendael, y Lecomte, 2002, p. 151).

En las narraciones recogidas se muestra que las madres entrevistadas que permanecieron en la unidad de neonatología, formaron lazos de amistad, apoyo y compañía con otras madres de bebés hospitalizados, a partir de estos contactos con otras madres, las entrevistadas manifestaron que el hecho de conocer las historias de las otras madres que se encontraban experimentando la difícil situación de hospitalización de sus hijos, les permitió percibir las distintas realidades, lo cual las ayudó a salir adelante y fortalecerse siguiendo el ejemplo de estas mujeres, que más allá del pronóstico de sus hijos eran capaces de tener fe y esperanza en la recuperación de sus bebés. "La resiliencia nos invita a dar un valor positivo a nuestras formas de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, tal vez a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o a quienes nos han sido confiados" (Poilpot, M. en Cyrulnik, 2004, p. 12). En consecuencia, para que un sujeto adquiera atributos resilientes, es necesario operar sobre la adquisición de los recursos internos como el **optimismo**, el cual es la capacidad de rescatar los aspectos favorables y positivos de las distintas situaciones que se experimentan en la vida. Por lo tanto el apoyo de los iguales

otorga beneficios en el control del estrés y en la elaboración del sufrimiento, constituyéndose en protección psicológica para las madres y padres de bebés hospitalizados.

b) Apoyo Pareja y Familia

Cuando un sujeto sufre un trauma, su personalidad se hace añicos, para ello es necesaria la presencia de un otro significativo que le brinde la oportunidad de transformar aquello duro, difícil, adverso en algo constructivo, positivo y enriquecedor para su persona. (Cyrulnik, 2005). Se puede observar en consecuencia, la importancia que reviste el apoyo para Cyrulnik y coincidentemente para las investigadoras; ya que cuando un sujeto enfrenta situaciones conflictivas, estresantes, ansiógenas; la cooperación, la contención y el apoyo de las seres queridos y del entorno en general revisten mucha importancia para fortalecerse y recuperarse ante condiciones adversas. En este sentido, la calidad del apoyo afectivo e instrumental (Cyrulnik, 2005) aportan y compensan las carencias y permiten la elaboración de sufrimientos. El papel de este tipo de apoyo en el control del estrés y en la elaboración del sufrimiento es importante en poblaciones de riesgo.

Resulta interesante, destacar la observación de la psicóloga peruana Silvia Páñez porque muestra que la resiliencia no depende solo del individuo, sino también de las características específicas de la familia. Se puede hablar aquí de interacción entre la resiliencia individual y la resiliencia colectiva. En consecuencia, para que un sujeto adquiera atributos resilientes, es necesario operar sobre la adquisición de los recursos internos como del discurso familiar y social.

Con respecto a la realidad investigada, la totalidad de las entrevistadas plantean que sus parejas les transmitían una gran fortaleza y contención, a través de su apoyo y compañía para salir adelante en el proceso de recuperación de sus bebés prematuros. En este contexto, dos de las madres refieren haber percibido que la experiencia de hospitalización de sus hijas, se constituyó en una instancia que les permitió unirse aún más a sus parejas. En cuanto a los entrevistados dos de ellos manifiestan que su interés principal es ser capaces de constituirse en un apoyo para sacar adelante a su esposa y a sus hijos/as, entregándoles lo mejor de sí en virtud del bienestar de la familia.

Otro hallazgo de importancia, fue el apoyo prestado por los padres en cuanto al relevo de cuidados canguro, desde de las perspectivas de la totalidad de las entrevistadas valoraron esta colaboración como fundamental para llevar a cabo óptimamente el MMC ambulatorio y en dos de los casos, el cuidador principal fue el padre, en circunstancias como la hospitalización

postparto de una de las madre y en otro caso el parto gemelar, que implicó que madre y padre, se hicieran cargo de cada una de las niñas.

Frente a estos hallazgos es posible plantear, que más allá de los roles asignados socialmente a cada uno de los géneros, fue posible dar cuenta claramente de un fenómeno que hace algunas décadas está aconteciendo, es decir la entrada del padre en la esfera doméstica y en el cuidado y crianza de los hijos, en la perspectiva de complementariedad entre los géneros.

Además el apoyo del padre en las labores de crianza, cuidado y protección durante la etapa sensible del bebé, tiene una relevancia fundamental, en relación al establecimiento de apegos múltiples en el bebé, lo cual se constituye en un apoyo importante en la salud mental temprana del bebé prematuro. En este panorama, Cyrulnik plantea que õlas culturas que organizan en torno de un niño unos sistemas familiares de vínculos múltiples aumentan las protecciones afectivas y, en caso de desgracia, la posibilidad de resilienciaõ (Cyrulnik, 2005, pp. 126-127).

c) Apoyo y colaboración de la familia, se pudo observar que la totalidad las entrevistadas y entrevistados, se reconocen como parte de familias nucleares unidas, que están apoyándose constantemente o en el momento que las circunstancias lo ameriten. En cuanto a la familia en extenso, la mayoría de las madres valora la ayuda recibida de parte de sus familiares, manifestando que las han apoyado en el proceso de superación de la compleja situación derivada de la condición de prematurez de sus hijos e hijas. Por su parte la mitad de los padres entrevistados, dan cuenta de valorar la colaboración de la familia en extenso. Sin embargo, todos valoran el apoyo presente dentro de sus familias nucleares (ellos, junto a sus parejas e hijos/as).

En coherencia con lo anteriormente expuesto, María Cristina Ravazzola Psiquiatra y terapeuta familiar argentina de la Universidad de Buenos Aires, señala que õun conjunto de creencias y narrativas compartidas que fomenten sentimientos de coherencia, colaboración, eficacia y confianza, son esenciales para la superación y el dominio de los problemas (...) se expone el concepto de ñresiliencia familiarñ considerándolo un marco de referencia útil para orientar investigaciones, intervenciones e intentos de prevenciónñ. (Ravazzola en Melillo, Suárez Ojeda, y colaboradores 2001, pp. 108 ó 109).

En este sentido, la cohesión y colaboración familiar, resulta fundamental, para que las madre y padres que experimentan las consecuencias de la prematurez de sus hijos, tengan la posibilidad y la capacidad de mantener lazos de unión entre los distintos integrantes de la familia, con la finalidad de constituir un sostén afectivo que permita sentirse apoyado y

contenido en las en las distintas situaciones de la vida y especialmente en los momentos de crisis.

d) Equipo de Salud Unidad de Neonatología

En el escenario de la Unidad de Neonatología del Hospital San José, lugar en donde las investigadoras participaron en el Proyecto Madre Canguro ambulatorio, durante un tiempo considerable (1 año y medio), espacio de tiempo que permitió visibilizar las dinámicas relacionales que se gestan dentro de la unidad, tanto entre los funcionarios, como la relación entre personal de salud con los pacientes y sus familias. En este escenario, una de las investigadoras en conjunto al equipo del Programa Chile Crece Contigo implementado en la unidad, realizaron un diagnóstico que permitió detectar problemas en el manejo emocional que se traducían en conflictos relacionales e incomunicación. Para conocer esta realidad, se realizó una entrevista en la cual se abordaban las formas para enfrentamiento con situaciones difíciles como la entrega de información compleja como situaciones de bebés en condición de gravedad y los modos de enfrentamiento de las situaciones difíciles como la muerte de un bebé y el apoyo de los padres en el duelo. A partir de la construcción conjunta y la discusión sobre las temáticas antes descritas, los distintos estamentos de unidad, comentaron sus percepciones y sentimientos en torno a la realidad de estrés cotidiano dentro de la unidad, derivado de las complejas exigencias clínicas de los niños, como el lidiar muchas veces con el duelo por el fallecimiento de pacientes, así como la eventual posibilidad de padres conflictivos y no abiertos al diálogo. En este contexto fue posible evidenciar que los distintos estamentos del personal de salud de la unidad, presentaban distintas necesidades, sin embargo un elemento común fue la detección de escaso manejo de las situaciones de estrés y duelo. A partir de las evidencias recogidas se construyó un listado de necesidades y mecanismos defensivos utilizados por el personal ante las situaciones de estrés y duelo, observándose que los mecanismos mayoritariamente presentes frente al sufrimiento de los bebés hospitalizados y sus padres, fueron la represión, la idealización, represiones, y en algunos casos aislados presencia de disociaciones frente a las situaciones complejas como el duelo por la muerte de un paciente. La presente investigación considera de relevancia dar a conocer algunos fragmentos de relatos de matronas, médicos y técnicos frente a las situaciones de dolor experimentadas en relación a los bebés hospitalizados.

•Represión

õMe he contenido para ser el apoyo de los padresõ

õSigo haciendo mi trabajo calladamenteõ

õÍ me sentí sobrepasada, pero me contuveõ

õSu mirada, su dolor y mi sentimiento hacia ella, que tenía que inhibir porque me ahogabaõ

õNo recuerdo ningunoí Guardarme la emociónõ

•Idealización

*õNo aumentar la sensación de pérdida de los padres y ser fuerte ante la situacióní õ
(Omnipotencia)*

•Identificación

õYo también soy madre y me pongo en lugar de la madre cuando tiene un hijoí õ

•Disociación

õGeneralmente no expreso emociones frente a los padresí Trato de no involucrarmeõ.

õNo me causa ninguna emoción, lo uso como protección.õ

En cuanto, a las **fortalezas** detectadas en el equipo de salud de la unidad, fue posible dar cuenta de los recursos resilientes para apoyar a los padres en el duelo y empatizar con el dolor de los pacientes y sus familias Entre estas fortalezas es posible destacar:

•Esperanza

õVino para un día de la matrona un niño de 3 años junto a su madre se abalanzo hacia mí se reía y no se despegaba fue mi primer paciente grave fue hermosoõ.

•Contención

õÍ la felicidad de la familia es gratificante.õ

õDando mucho apoyo a los padres, consolándolos y orientándolosõ.

• Yo apoyo con un abrazo.

• Respeto frente al dolor del duelo

• Tratar de consolar a los padres, compartir con ellos y dejarlos más tranquilos.

• En silencio, en general, tener un espacio físico para que pueda atender a la familia.

• Guardando silencio y sintiendo un profundo respeto, facilitando privacidad.

• Amor

• Una prematura muy pequeña con muchas patologías, era PEG, con mirada que parecía comprender lo que pasaba, muchas veces disimule el dolor de verla sufrir. Se fue de alta y hoy está mejor.

• Al recibir un bebé con malformaciones darle un mejor pasar en esta vida, dándole confort y atenciones hasta que Dios se lo lleve.

• Solidaridad

• Les compraba colación. Los iba a visitar al Roberto del Río.

• Realizar acciones gratificantes para los padres.

• Afecto y cercanía.

• Le tomé cariño a una niña demasiado bella, la tomaba y la paseaba.

• Espiritualidad y fe

• Guardo mis emociones y pido ayuda a Dios.

• Converso conmigo mismo y con Dios.

• El nacimiento de un niño es día a día muy significativo.

• Empatía

• A través del contacto físico, como: coger la mano, un abrazo o una mirada.

• Expresar los sentimientos, verbal y no verbalmente.

• Compromiso

õComprender que el compromiso con el dolor del enfermo gratifica el corazón, apacigua la pena, la rabia y la impotencia de no poder sanarõ.

• **Espontaneidad**

õCada uno debe ser espontáneo en cada manifestación de emociones, si tengo ganas de llorar lo haré o si tengo ganas de quedar en silencio acompañando a los padres.õ

Frente a estas evidencias el personal de salud dialogó en torno a las soluciones que conjuntamente podrían elaborar para el mejoramiento de sus estrategias de regulación emocional y buscando modos para apoyarse mutuamente para la superación de estas falencias. Destacando las siguientes necesidades:

- Necesidad de espacio y momento de recogimiento.
- Necesidad de delegar.
- Necesidades Espirituales, de contención.
- Necesidad de privacidad para la vivencia del duelo.
- Necesidad de hablar, expresarnos y liberar la angustia y la tristeza dentro del Equipo.
- Necesidad de un espacio físico para los padres en el dolor.
- Necesidad de espacio para contención de funcionarios.
- Necesidad de Mutuocuidado

d) Apoyo, contención y comunicación con el Equipo de Salud

Los hallazgos anteriormente presentados, permiten entregar una contextualización del clima relacional y emocional que se despliega en la Unidad de Neonatología. Lugar en el cual, lejos de constituirse en lugar ideal, es posible visibilizar, la diversidad de modos de acercarse al dolor del paciente y a sus padres. En este contexto, es posible inferir que no hay un espíritu único de equipo que sirva de directriz para el trato y consideraciones con el paciente y sus familias. Por lo tanto hay quienes se sensibilizan y empatizan con la vivencia del paciente y sus padre, hay otros que se disocian tratando ineficazmente de anular la angustia que surge al ver el dolor de otro. Hay quienes, ante la experiencia de comprometerse afectivamente y profundamente con los niños y niñas hospitalizados, viven junto a ellos y sus padres, las

evoluciones y los retrocesos con profundo compromiso. Mientras otros ven en los pacientes y sus padres, meros usuarios de los servicios de salud que ellos imparten. Resultan ser múltiples las perspectivas ante un contexto tan complejo como la enfermedad de un niño, tan vulnerable y tan expuesto tanto al amor, como a la indiferencia. Niños y niñas recién nacidos en un período sensible y crítico de su existencia, abiertos al mundo, al afecto, al contacto para poder mantenerse con vida, en una condición de vulnerabilidad extrema en donde la vida y la muerte, están siempre presentes, en donde los milagros son posibles, con el compromiso, la fe, la constancia y la perseverancia de los padres y personal de salud comprometido. Así como una muerte digna, de un niño o niña, que vino a este mundo a dejar su huella en los corazones de sus padres y muchas veces de quienes los atendieron. En un contexto como este, es posible comprender que para una madre o un padre, angustiado y dolorido por el sufrimiento de su bebé, una palabra de aliento, una caricia, una sonrisa, un abrazo, se constituyen en huellas imborrables, en los momentos de desesperación e incertidumbre. Más allá de todos los conocimientos y técnicas, la calidad humana resulta fundamental para asistir a quienes sufren. Ante este panorama es posible situar las percepciones y sentimientos de padres y madres con respecto al apoyo, la contención y la comunicación con recibidos de parte del personal de salud de la Unidad de Neonatología del Hospital San José.

Si bien es cierto, la mayoría de las madres entrevistadas y los padres entrevistados dan cuenta desde su experiencia subjetiva, de un buen trato, amabilidad, compromiso y disposición del Equipo de Salud para aclarar dudas e informar a los padres y madres del estado de salud de sus hijos e hijas. Fue evidenciar que durante el período de hospitalización pasaron por períodos altos y bajos, en donde muchas se sintieron meros espectadores de el proceso de hospitalización de sus hijos e hijas, ellos frente a una incubadora, que mantenía secuestrados a sus hijos, muchas veces existieron casos en que por falta de personal o excesivo trabajo, el personal evadió la misión de promover el contacto entre las madres y /o padres y sus bebés prematuros hospitalizados, o el tiempo excesivamente corto de visitas paternas impedía una mayor vinculación entre el bebé y su figura paterna, además muchas veces también fue posible evidenciar aprehensiones sobre la aplicación del método madre canguro, debido a que es una experiencia novedosa en Chile para el manejo de prematuros, por lo tanto los médicos, matronas y técnicos, muchas veces manifestaron conductas o frases de temor de que un bebé de tan bajo peso fuese dado de alta o contagiado de alguna infección al tener contacto con su padre o sus madre. Estas desinformaciones, aprehensiones y falta de disposición, muchas veces se constituyeron en un obstáculo y resistencias a la hora de favorecer el contacto temprano piel a piel entre madres y /o padres y sus bebés. Sin embargo gradualmente la

práctica de la experiencia canguro en sus dos modalidades ha logrado ser naturalizada y valorada como una alternativa efectiva para el tratamiento de los bebés prematuros de la unidad. Faltando mucho que avanzar aún, pero los primeros pasos están dados, las madres y padres han sido capaces de vencer sus aprehensiones y empoderarse en el rol de cuidadores primarios de sus hijos con el canguro ambulatorio, con respecto al MMC intrahospitalario aún existen muchas limitaciones como la falta de recursos y escaso espacio físico que no permite que los padres puedan permanecer por más tiempo dentro de la unidad, así como la imposibilidad de que las madres pasen las noches acompañando a sus bebés hospitalizados, temas que fueron abordados por los padres y madres investigados, quienes claman por un mayor tiempo para compartir con sus hijos, percibiendo intuitivamente el daño que la separación generaría en sus bebés como en ellos.

No obstante, los avatares que pueden surgir en un clima de alto estrés, como lo es una unidad de alta complejidad para el tratamiento de recién nacidos, los padres y madres investigados focalizaron preferentemente sus comentarios a experiencias relacionadas con la tranquilidad y seguridad que les brindó cada una de esas personas que los contuvieron emocionalmente, los instruyeron para aprender a alimentar y cuidar a su bebé prematuro, así como aquellas personas que les entregaron una palabra de aliento en un momento de desesperación o dolor, o la compañía y apoyo frente los avances de sus hijos e hijas.

En consecuencia, la totalidad de las personas entrevistadas manifestaron experimentar agradecimiento por la confianza que adquirieron a partir de aprender a cercarse ya cuidar a sus hijos e hijas prematuros y prematuras, tarea nada de fácil, en un contexto desconocido y hostil, tanto para el bebé como para sus padres. En donde la amenaza de pérdida, el temor a la muerte, ideas que rondan por las mentes de los padres y madres con un hijo/a en condición de riesgo y extrema vulnerabilidad. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que "despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dicha" (Bowlby, 1988, p.61).

Las investigadoras plantean la hipótesis, que tanto madres como padres, que experimentan la situación límite de hospitalización y riesgo de un hijo o hija, viven tal nivel de estrés que activarían sus conductas de apego, en busca de una figura que les otorgue protección, cuidado y contención para regular sus desorganizaciones afectivas, producto de la situación adversa vivida. Tomando los aportes de Bowlby (1944), los cuales postulan la "necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos" y que esta necesidad acompañaría al ser

humano desde òla cuna hasta la tumbaö. Es así, como una relación íntima y continua, favorecería el que estos padres y madres lograsen experimentar tranquilidad, seguridad, para poder constituirse en una base segura para sus hijos, más allá del pronóstico medico sobre la salud de sus niños y niñas. En este sentido, una pareja, un familiar, una amistad, un profesional del equipo de salud y en gran parte la fe en Dios permite a estos padres y madres encontrar el sostén afectivo para emprender el desafío de ser padres y madres más allá de los obstáculos.

Padres y madres, manifestaron sentirse agradecidos/as profundamente, por la contención emocional, apoyo recibido, visualizando pequeños detalles como un motor para sentir que sus hijos y ellos son importantes y valiosos. Agradeciendo a otras madres de la unidad, a técnicos paramédicos, a psicólogas, a matronas, a kinesiólogas, a médicos, a todos aquellos que los acogieron y los contuvieron. Además de verse fortalecidos por el amor por sus hijos, por sus parejas, sus otros hijos e hijas, por una madre, por un hermano/a, por todos aquellos que los acompañaron y siguiendo de cerca la evolución de sus bebés.

Manifestando que este apoyo les favoreció para adquirir la confianza para sentirse que eran capaces de entregarles òtodoö lo necesario para el bienestar de sus hijos e hijas, y si en algún momento necesitasen ayuda nuevamente ahí estaría la posibilidad de pedir nuevamente ayuda. En este adquiere importancia labor del equipo de salud mental al interior de la unidad de neonatología, ya que lo fundamental es apoyar a las madres y padres, durante el proceso de hospitalización de sus hijos e hijas recién nacidos/as, ya que esta vivencia constituye una crisis emocional para ellos, quienes experimentan sentimientos contradictorios, en donde en muchos casos la llegada de un hijo al mundo despierta felicidad. Sin embargo al verlo vulnerable y frágil, devienen toda suerte de sentimientos de tristeza, incertidumbre y frustración, así como esperanza y fe en la recuperación. Estas emociones necesitan ser expresadas para evitar que devengan en traumas, para evitarlo es necesario un espacio terapéutico que apoye en la elaboración de dicho proceso.

Frente estos hallazgos es posible inferir que las madres verían potenciados sus recursos internos, a través del apoyo externo, ya sea de la pareja, de la familia extendida y/o la contención emocional y apoyo del equipo de salud (durante el período de hospitalización y seguimiento canguro ambulatorio). Instancias que las madres y padres, percibirían como fundamentales para la superación de la situación adversa de hospitalización derivada de la condición de prematurez de sus hijos/as.

Ana María Arón, plantea òí La responsabilidad social que deriva de percibirnos no como individuos aislados sino como parte de una red humana más amplia en que cada uno es

responsable por las y los otros miembros del tejido social, es justamente lo que ha permitido que sobrevivamos como especie. La pérdida de este sentido de responsabilidad social está poniendo en riesgo la supervivencia de la especie humana, la única especie depredadora de sí misma. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.17)

En resumen se puede concluir, que ningún sujeto puede alcanzar la resiliencia en aislamiento. Para desarrollar los recursos internos, debe desde su niñez encontrar en su entorno un clima afectivo que le permita dejar en su psiquis un proceso de equilibrio interno. Posteriormente, estos recursos internos quedarán teñidos por el equilibrio del entorno. En este sentido se reafirma que la resiliencia no depende solamente del individuo, sino también de las características específicas de la familia, la comunidad y las instituciones, las cuales podrían constituirse en una base segura para el despliegue de sus potencialidades para enfrentar los avatares de la vida. Estableciendo una articulación entre la resiliencia individual y la resiliencia colectiva.

1.5 Conclusiones

La **Fundación Madre Canguro** fundada en el año 1986, conformada por un grupo de profesionales de la salud, quienes elaboraron las reglas del MMC, que se aplican en los Programas "Madre Canguro", a nivel mundial. En este contexto, la Fundación Canguro fue muy activa en la elaboración de las "reglas prácticas del MMC", publicadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el año 2003. (Fundación Canguro, 2006). El espíritu del **Método Madre Canguro**, (1978) fundado hace más de tres décadas en Colombia por el pediatra Edgar Rey Sanabria, tiene como objetivo central promover la **Humanización de la Neonatología**, iniciativa que se ha convertido en una herramienta en el abordaje de los cuidados neonatales, que específicamente en el caso de los bebés prematuros ha promovido cambios como la lactancia materna como alimentación fundamental para el bebé prematuro, la práctica del Método Madre Canguro (contacto piel a piel prolongado) y la apertura a los padres en de las unidades neonatales sin restricción de horario. Estas iniciativas se encuentran sustentadas sobre diversas declaraciones universales en torno a los derechos de los neonatos. Destacando la declaración Mundial de los derechos del niño Hospitalizado (1998), la Declaración de Barcelona, la cual fue ratificada en el V Congreso Mundial de Medicina Perinatal (2001) y la iniciativa de Humanización de los Cuidados Neonatales promovida por ADI Kevin (1999), uno de los mayores promotores de los derechos de los recién nacidos prematuros. Iniciativas que a nivel global promueven cambios en las prácticas neonatales, que permitan evitar la separación entre el niño y sus padres.

Según Ángel Rodríguez, Prof. de Salud Humanizada de la Facultad de Medicina de la UC, el modelo en salud que se acerca más a la relación de equilibrio entre personal de salud y paciente, es el Modelo de Alianza, el cual se caracteriza por la relación de confianza desinteresada entre paciente y el profesional de la salud, luego de gestarse una relación basada en el diálogo y en el respeto mutuo. En donde la integralidad del paciente debe ser visibilizada. Sin embargo, en condiciones ordinarias el médico toma las decisiones por el paciente. Esta nueva perspectiva sobre los cuidados neonatales, ha permitido visibilizar la transición desde, un **Modelo Paternalista** en salud hacia un **Modelo de Alianza** (Ángel Rodríguez, 2008), en donde la colaboración entre equipo de salud y los padres del paciente,

permitiría promover una atención integral para el neonato. Mientras que en el tradicional Modelo Paternalista imperante en salud, se prescinde del paciente, es decir sin que este intervenga en las decisiones sobre su salud, y si es en el caso de un bebé, que los padres terminen constituyéndose en meros espectadores del tratamiento de sus hijos e hijas. En cuanto a la realidad de países desarrollados, padres y madres tienen acceso libre a las unidades neonatales para brindar cuidados, protección y amor a sus recién nacidos hospitalizados.

En referencia a la humanización de los cuidados para bebés, se han implementado en más de 40 países proyectos Madre Canguro intrahospitalarios y sólo en escasos países se practica este método en forma ambulatoria, hoy uno de ellos es Chile. A nivel nacional **la Prematurez y los bebés bajo peso para su edad gestacional (PEG)** al nacer se constituyen en una problemática de **Salud Pública**.

En Chile se implementado el **MMC**, en la **Unidad de Neonatología del Hospital San José**, desde mediados del año 2009. Con respecto a la revisión de datos de la Unidad de Neonatología del Hospital San José, se evidencia que el rango de partos fluctuó entre 8.300 y 9.000 partos/año. La cifra de niños con menos de 35 semanas al nacer corresponde a un 8 a 10%. De ellos el 50% ha requerido hospitalización por presentar un peso menor a 2.250 gramos al nacer y necesidad de estabilización de sus funciones básicas. El número absoluto de egresos de la Unidad Neonatal del Hospital San José por prematurez varía entre 280 y 320 niños al año. (base de datos, Unidad de Neonatología Hospital San José, 2011). En este escenario, se lleva a cabo la aplicación del **MMC Ambulatorio** para pacientes de la **Unidad de Neonatología del Hospital San José**, experiencia sin precedentes en Chile, que ha sido puesta en marcha desde mediados del año 2009, a partir de la implementación del **Proyecto Madre Canguro**, siendo financiado y patrocinado por Fondo Nacional de Investigación en Salud (Fonis).

Aún hay mucho por hacer, pero los primeros pasos ya están dados, las madres y padres de la Unidad de Neonatología han sido capaces de vencer sus temores y aprehensiones en virtud del bienestar de sus hijos. Frente a este contexto, la intervención **Método Madre Canguro**, sienta precedentes para la masificación de prácticas tendientes a la **Humanización de la Salud en Chile**. Es así como la emergencia de prácticas innovadoras tendientes a la incorporación de los pacientes y sus seres queridos que abren nuevas oportunidades de establecer **relaciones de alianza en Salud Neonatal**. En este sentido, Nathalie Charpak (2006), una de las gestoras de la Fundación Madre Canguro en Colombia, plantea la necesidad de que los médicos entreguen

del poder a los padres para constituirse en los cuidadores primarios de sus hijos prematuros ya estables, a partir de la práctica del MMC, tanto en sus forma intrahospitalaria y fundamentalmente ambulatoria, **desmedicalizando** en parte la Salud Neonatal.

En base a las evidencias de la presente investigación se articulan dos ámbitos indisolubles a criterio de las investigadoras, el empoderamiento y percepción de autoeficacia parental que se traduce en un aporte a la construcción psíquica temprana en la etapa más **sensible y crítica** (Schorre) en el desarrollo niño/a. Por lo tanto la tarea de potenciar y masificar el MMC, comprendida como intervención que favorecería la vinculación temprana y la

potenciación de los padres y madres, en tanto **base segura** para sus hijos.



Ante el desafío de promover y difundir la salud mental infantil temprana, Javiera Navarro, docente de la Universidad Alberto Hurtado sostiene que para ello se hace necesario un cambio cultural, en el que se tienda a pensar en los bebés en tanto seres humanos, es decir **humanizar** al bebé, instancia la cual articula sobre los postulados de Peter Fonagy, quien plantea al bebé en tanto **ser mentalizador**. Es decir, **humanizar** al Bebé desde el ámbito de la Psicología Neonatal, implicaría visibilizarlo como un **ser mentalizador**, atribuyéndole estados mentales como deseos, derechos,

intenciones y sentimientos. Sujeto del cual hay mucho que aprender y difundir para aportar a la promoción y desarrollo de la **Salud Mental Infantil**. En este contexto **humanizar** al bebé, implicaría también visibilizar su **Necesidad afectiva de vínculo** (Barudy, 2005) como un derecho inherente a su condición humana. Sujeto en construcción, sobre el cual los psicólogos tienen mucho que aprender y difundir, para entregar una adecuada atención a los bebés en una **etapa crítica o sensible** (Schorre). En conclusión la presente investigación se configuró un intento de **humanizar** al bebé, ya que si los bebés **nacen con mente** se deduce que los bebés poseen salud mental, por lo tanto se pueden enfermar psicológicamente

y por este motivo ellos tienen derecho a un tipo de intervención psicológica específica. (Osofsky y cols; 2000) En esta misma línea, Felipe Lecannelier sostiene que mucho se ha investigado y reflexionado en torno a que es lo que hace a los padres ser capaces de constituirse en una base segura para sus hijos, resumiendo que las principales características presentadas por los padres seguros se relacionarían con **la Sensibilidad Materna** (Ainsworth), concepto que supone la capacidad de la madre (padre) de interpretar, responder adecuadamente y tener conciencia de las señales de su bebé. Dando cuenta de accesibilidad, disponibilidad frente a las señales elicitadas por el bebé, este criterio posee cuatro componentes fundamentales, los cuales son la **conciencia** del cuidador/a con respecto a las señales del bebé, una **interpretación adecuada** a ellas y una **respuesta pronta** ante las señales. Por lo tanto una adecuada sensibilidad, permitirá que sea capaz de entender el estrés del bebé, logrando responder adecuada y oportunamente a las necesidades emocionales y fisiológicas de su bebé, el cual experimentará calma y gratificación al recibir las conductas parentales.

En relación a las **relaciones diádicas madre-bebé prematuro** observadas en dos momentos diferenciales del desarrollo del bebé prematuro, arrojan en la mayoría (5 de 6) de los casos una coherencia entre **la primera observación** y el **segundo momento de observación** de indicadores de apego (Massie Campbell). Es importante mencionar que ya desde el primer momento de observación de las diadas madre-bebé de entre 1 mes y 3 meses de edad cronológica, fue posible visibilizar una sensibilidad materna adecuada y al percibir y dar respuesta a las señales de sus hijos/as, en donde las madres se mostraban accesibles, sensibles a las señales elicitadas por sus bebés. Además en la totalidad de las diadas en donde el bebé tenía más de dos meses de edad cronológica, fue posible visibilizar una interacción rítmica y acompañada con la madre, que daba cuenta de una sincronización importante entre la sensibilidad materna y las conductas de apego elicitadas por los bebés investigados. Por lo tanto, la interacción desplegada por la totalidad de las madres en un primer momento de observación, permitieron dar cuenta de interacciones tendientes hacia el apego seguro.

En un segundo momento observacional de indicadores de apego, a partir de la aplicación de la escala de Massie Campbell, los resultados arrojados por esta observación de indicadores de apego dieron cuenta que la mayoría de las **diadas madre-bebé prematuro**, que han presentado una evolución hacia el establecimiento de un **apego seguro**, darían cuenta de elementos de apego, ya presentes en la primera observación de la interacción madre hijo/a, los cuales se han ido complejizando, de tal forma que la madre ha sido capaz de flexibilizar sus

conductas en relación a los avances normativos de su bebé, los cuales a su vez denotan la estructuración de patrones vinculares tendientes al estilo de Apego seguro. En un caso particular, se evidenció una interrelación tendiente a la disarmonía entre la díada madre-bebé, la cual se hipotetiza que pudiese tener relación con el separación reciente de la figura paterna.

Frente a estos hallazgos, es posible dar cuenta de que en la mayoría de los casos la tendencia presentada en la primera instancia de observación se vio confirmada con la evaluación de una calidad de apego orientada hacia el establecimiento de estilo de apego seguro.

En cuanto a la observación de la relación de apego en la **díada padre-bebé prematuro**, fue posible observar la presencia de los elementos fundamentales de el apego, es decir se evidencio contacto físico, afectividad positiva, sensibilidad del padre frente a las señales elicítadas por sus bebés y capacidad de regulación del estrés del bebé. En la mayoría de las díadas padre-bebé observadas fue posible dar cuenta de la presencia de sincronización afectiva, la cual se observó en la presencia de sintonías de estados afectivos compartidos, vocalizaciones recíprocas, contacto físico acoplado, conductas de apertura del bebé hacia la figura paterna y capacidad de mentalización del padre al atribuir estados mentales a su bebé.

En síntesis fue posible evidenciar un patrón relacional orientado hacia la **seguridad del apego** en la relación diádica padre óbebé prematuro.

Otro aspecto fundamental evidenciado en la presente investigación, es la presencia de la **capacidad de mentalización en la totalidad de las madres y padres investigados**, es decir la capacidad de los padres para relacionarse con su hijo como un òser mentalizadorò (Fonagy, 1994), esta función permitiría a los padres visualizar los estados mentales en sí mismo y en los otros, atribuyéndoles un significado. De ahí, que las madres y padres, intentaron comprender las conductas de sus hijos infiriendo estados mentales (creencias, deseos, emociones, planes, etc.).

Es posible evidenciar que la mayoría de las madres y algunos de los padres, presentaron una alta función reflexiva (Fonagy), la cual se constituiría en factor resiliente a nivel personal que daría cuenta de la capacidad de algunos de las madres y /o padres investigados, para resignificar la experiencia adversa de hospitalización de sus hijos/as, logrando en distintas medidas regular sus estados emocionales, a partir de la elaboración de la experiencia vivida, fortaleciéndose a la luz del sentido vector de sacar adelante a sus hijos/as prematuros. Es importante mencionar que gran parte de la elaboración de estos procesos reflexivos se asoció íntimamente en un mayor contacto y sincronía afectiva con sus bebés prematuros, por medio

de la ñexperiencia canguroñ, el apoyo recibido de parte de la pareja, la familia extensa y la contención emocional del equipo de salud mental de la Unidad de Neonatología.

Con respecto al contexto de despliegue las capacidades y habilidades parentales evidenciadas en las madres y padres investigados, es posible inferir en base a los hallazgos que se vieron potenciadas desde el momento en que el contacto físico fue favorecido, de esta forma la ñexperiencia canguroñ, se constituyó en una intervención temprana en apego, que más allá de los beneficios biosómicos evidenciados en los bebés, fue posible dar cuenta de un salto cualitativo importante en un apego que en un inicio se veía obstaculizado por la separación derivada del contexto de hospitalización temprana. En consecuencia, en los casos investigados es posible plantear que la experiencia MMC en sus dos modalidades, favoreció el establecimiento de una relación de apego más segura y confiada, en donde tanto el padre, como madre fueron capaces de desplegar óptimamente capacidades parentales como la de apegarse a sus hijos (Barudy) capacidad incluye los recursos emotivos, cognitivos y hereditarios, que presentan madres y padres como factores que les permitirían apegarse y vincularse afectivamente a sus hijos e hijas, respondiendo a sus necesidades. A partir de estos hallazgos es posible dar cuenta del tránsito desde una relación apego, que en un inicio se configuraba con temores y aprehensiones, ante la vulnerabilidad y fragilidad visibilizada en sus bebés. Situación que gradualmente fue transitando hacia el establecimiento de condiciones de mayor contacto físico y emocional entre los padres y sus bebés, a partir del contacto temprano con su bebé, lograron el despliegue de sus conductas parentales de sensibilidad (Ainworth), frente a las necesidades afectivas y fisiológicas de sus hijos e hijas (Barudy), permitiendo la emergencia de elementos fundamentales para el establecimiento de una relación de apego saludable, en donde estos padres empoderados en rol de cuidadores principales de sus bebés, lograron sacar a la luz sus capacidades resilientes, a partir de el apoyo mutuo.

En relación a estos hallazgos es posible situar el aporte de Barudy, (2005), quien sostiene que las habilidades parentales son ñlos recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres, que les permiten ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evoluciónñ. (Barudy, Dantagnan, 2005, p.83). Habilidades parentales, que a juicio de las investigadoras se han desarrollado óptima y flexiblemente adecuándose a las necesidades evolutivas de los bebés prematuros investigados. Es así como Barudy y Dantagnan, sostienen: ñEl niño o la niña entran en la vida sana por la puerta del apego seguro.ñ (Barudy y Dantagnan, 2005, p.85).

Frente a este contexto, fue posible evidenciar que **Apego, Parentalidad y Resiliencia**, se constituyen en aportes fundamentales para visibilizar las implicancias de los vínculos afectivos tempranos entre las madres, padres y bebés investigados. En este sentido cobraron protagonismo los recursos personales como la empatía, la Fortaleza, la Fe en Dios, la capacidad de Mentalizar y el amor por sus hijos. Instancias que en conjunto a la capacidad de recepcionar apoyo y contención desde el entorno, resultaron favorecedoras de una **Parentalidad bienentrante** (Barudy, 2005), que les permitiría entregar una **base segura** a sus hijos más allá de las adversidades vividas.

Estos hallazgos pueden ser comprendidos a la luz de los aportes de Lecomte y Cyrulnik (2003), quienes plantean que: *“La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida a veces difíciles y de traumas a veces graves.”* (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 56). A partir de estos recursos resilientes personales y colectivos, la totalidad de las madres y algunos de los padres investigados fueron capaces de resignificar la experiencia derivada de la condición de prematurez de sus hijos, permitiéndoles proyectarse con esperanza en el futuro.

En este contexto general, es posible dar cuenta que el MMC, en tanto intervención en apego temprano entre el bebé prematuro y sus padres, favoreció la emergencia de las capacidades de **Mentalización** (Fonagy), **Sensibilidad Parental** (Ainswoth) y **Resiliencia** (Cyrulnik, Barudy, Dantagnan, entre otros) en las madres y padres investigados. Instancias comprendidas como precursoras en el establecimiento de una **Base Segura de Apego** para sus hijos e hijas.

En base a estos hallazgos es posible hipotetizar, que más allá de la inmadurez del bebé a nivel biopsicosocial, la venida prematura al mundo generaría una apertura a la intersubjetividad con sus cuidadores principales, en la cual el bebé se vería estimulado a desarrollar precozmente sus capacidades psicosociales, a partir del despliegue prematuro de sus conductas de apego innatas esenciales para su sobrevivencia. (Bowlby) Comprendiendo que el desarrollo del apego en los bebés prematuros investigados, se encontraría profundamente imbricado a las representaciones maternas y paternas (fantasías y necesidades psicológicas de las madre y /o padres) junto con la capacidad de los cuidadores/as, de comprender los comportamientos de demanda y respuesta del niño, de lo cual emerge una interacción compleja. Es decir un proceso de mutuo ajuste, dando cuenta de un desarrollo de la relación de apego en proceso,

en el cual emergerían evidencias de las tendencias vinculares que se estarían gestando en la interacción de la díada madre- bebé prematuro y en algunos casos en la díada padre -bebé prematuro. En consecuencia, es posible evidenciar la presencia de capacidades y habilidades parentales, que entregarían luces para visibilizar a estos padres y madres como una potencial base segura para sus bebés, en donde se desplegarían recursos resilientes en virtud del bienestar y confort de sus bebés prematuros.

En este mismo sentido, fue posible dar cuenta que la díada madre óbebé prematuro, se vio potenciada por la presencia del padre como figura de apego alternativa para el bebé y en algunos de los casos investigados, el padre se constituyó por períodos en la figura principal de apego para sus bebés prematuros, a partir de la experiencia ópadre -canguroö. En este sentido es posible hipotetizar la presencia de una ótríadaö, en el establecimiento del estilo del apego en la totalidad de los bebés investigados, en donde los aportes, tanto de la madre como del padre se han constituido en fundantes para la actual organización psicoafectiva del bebé.

5. Sugerencias

Después de haber concluido este estudio con relación al desarrollo del vínculo de apego en la díada madre-hijo prematuro y la inclusión del padre, compartiendo el rol de cuidador principal del bebé junto a la madre. Se evidenció la presencia de recursos personales, familiares y sociales en constante interacción, los cuales fortalecerían a estas madres y padres para sobreponerse ante las situaciones adversas derivadas de la condición de prematuridad de sus bebés. En este contexto es posible comprender el posterior empoderamiento y toma de responsabilidad asumida por las madres y padres, al decidir a pesar de sus temores y aprehensiones frente a un método desconocido en Chile, utilizar una alternativa novedosa de cuidados para sus bebés prematuros con el objetivo de entregarles lo mejor de ellos, en virtud de aportar en el proceso de recuperación del bebé prematuro.

Por este motivo se sostiene como pertinente y necesario la inclusión de la psicología en la planeación y ejecución de programas que contemplen la habilitación, desarrollo y potenciación de las capacidades parentales y resilientes de las madres y /o padres para apoyar el establecimiento de vínculos seguros en niños en riesgo, como lo son los bebés prematuros, a través de intervenciones tempranas como el Método Madre Canguro.

Por este motivo se piensa, que desde el aporte de la Psicología en el ámbito neonatal, sí se puede marcar la diferencia proceso de naturalización y adaptación de las madres y /o padres de prematuros al MMC, a partir de la intervenir tempranamente en el favorecimiento de la vinculación de apego madre-padre-hijo prematuro, desde estrategias de psicoeducación en torno al MMC, como estrategia preventiva, ya desde el período ñsensible o críticoö, o sea desde la gestación, en madres con embarazos de riesgo de prematuridad. A partir del momento inmediatamente posterior al parto, resultaría óptimo apoyar en contención de la experiencia emocional traumática de la madre y del padre. En donde la intervención temprana MMC, permitiría recanalizar la energía hacia una conducta más proactiva que reactiva, donde los padres toman acciones más instrumentales en el cuidado de su bebé, acogiéndolo con esta técnica específica que es el MMC.

En este sentido el acompañamiento psicológico en crisis resulta fundamental para la contención emocional y la elaboración de la experiencia adversa, a través del apoyo

psicoterapéutico entregado a padres y madres, durante el proceso de hospitalización de sus hijos e hijas. Por lo tanto la psicología, tiene mucho que aportar en el proceso de empoderamiento y naturalización del MMC, así como también se sitúa como un tutor de resiliencia explícito (Cyrulnik), que podría favorecer en la potenciación y despliegue de una parentalidad bienentrante (Barudy), capaz de constituirse en una base de apego seguro para sus hijos e hijas.

En este mismo sentido el presente estudio sostiene la necesidad de mayor difusión y validación de las intervenciones tempranas en vínculo de apego en casos de niños nacidos prematuramente con la finalidad de aportar en una mejoría en la calidad de vida de los bebés prematuros. En donde la disciplina psicológica tiene mucho que aportar desde el campo de la clínica infantil en el establecimiento y potenciación del vínculo de apego seguro como base fundante de la salud mental del sujeto. La sociedad tiene que aceptar e internalizar, que la preservación de la salud mental infantil, es la llave para la prevención de los trastornos mentales a lo largo de toda la vida. (Peter Fonagy, 2001)

En relación a esta temática Schore plantea que Las intervenciones tempranas poseen efectos a largo plazo en las capacidades adaptativas del sí-mismo en desarrollo (í) Un compromiso social y político profundo hacia la intervención temprana y los programas de prevención debería ser una importante contribución a los problemas que nuestra sociedad enfrenta. (Schore, 2001, p. 42) Por lo tanto, la psicoterapia vincular para padres y bebés, favorecería la promoción del bienestar emocional de niños entre 0 y 2 años (período crítico del desarrollo del bebé, Schore). Especialmente en aquellas familias donde el vínculo temprano madre-bebé o padre-bebé se ha visto afectado por distintas razones: por ejemplo en el caso investigado la prematuridad del bebé, por la historia de los padres (embarazo adolescente, enfermedad crónica materna, separación de los padres, entre otros temas.) por las circunstancias ambientales específicas de la familia o por las características propias de la gestación, nacimiento y desarrollo temprano del niño. En consecuencia, los problemas severos y tempranos en los vínculos entre padres y bebés tienen consecuencias graves a largo plazo pero son prevenibles si son detectados a tiempo y tratados psicoterapéuticamente.

Frente este contexto la promoción de intervenciones tempranas como el MMC, se constituirían en instancias que favorecerían el establecimiento de una base segura de apego para el desarrollo del niño prematuro. Por lo tanto el implementar medidas de apertura para la facilitación de la participación activa de los padres en el período de hospitalización del bebé y en el tratamiento de la prematuridad, potenciarían el desarrollo integral del niño prematuro.

En esta misma línea los hallazgos de la presente investigación dan cuenta que la presencia de un padre comprometido con el cuidado de su bebé prematuro aporta sinérgicamente en la construcción de un vínculo de apego saludable para el bebé. Además de configurarse en un aporte importante, en la salud mental de la madre, en tanto figura de contención y apoyo.

Frente a este contexto, es posible inferir que en base a las evidencias, que la Díada Madre-Bebé prematuro, se configuraría en una "Tríada", a partir de la figura del padre, compartiendo el rol de cuidador principal, el cual potenciaría la configuración de un estilo de apego seguro en la construcción psíquica temprana del infante. En este sentido la prematuridad del niño y la práctica del MMC, implicarían necesariamente la figura de un cuidador alternativo para brindar los cuidados necesarios para el desarrollo óptimo del bebé prematuro.

En consecuencia, las investigadoras de este estudio tienen conciencia de que en Salud Pública los recursos son escasos y las demandas son múltiples. Sin embargo, comenzar a materializar en pequeños cambios de prácticas, como el aumentar gradualmente el tiempo de visitas paternales a las Unidades de Neonatología, podría favorecer considerablemente los pronósticos en salud mental, tanto en el caso de las madres como en el establecimiento del vínculo de apego seguro para el bebé. Por lo tanto, desde la disciplina psicológica es posible direccionar nuevas intervenciones en la práctica clínica, tendientes a la focalización de la prevención y promoción de la salud mental neonatal, desde una postura prospectiva centrada en las intervenciones en Apego temprano desde un enfoque centrado en la "Parentalidad Resiliente" (Barudy, 2005) como modalidad de tratamiento y prevención de patologías de origen vincular.

Si bien dentro de esta problemática interviene tradicionalmente el área de la medicina, es importante que la psicología tenga una propuesta de acción que articule la percepción y experiencias emocionales de los propios sujetos que han vivido la condición de prematuridad de sus hijos, con proyectos de intervención capaces de empoderar a las madres y/o padres, como cuidadores principales de sus bebés. De este modo tales proyectos, junto a las potencialidades y recursos de estos sujetos, apoyarían en ellos la generación de capacidades parentales, para que puedan constituirse en una "base segura" para sus hijos.

Del presente estudio realizado, se considera que se desprenderían diferentes líneas de investigación, sobre las cuales se podrían hacer importantes descubrimientos y por ende aportes, para la Salud integral del niño, especialmente desde la psicología con relación al

legado de los vínculos tempranos en la estructuración de la personalidad del sujeto. A continuación se detallan las posibles líneas de investigación:

- Investigar los efectos a largo plazo en los estilos de apego de los niños /as prematuros intervenidos con el MMC.
- Profundizar en el desarrollo del vínculo de apego afectivo entre la díada padre- hijo prematuro.
- Realizar investigaciones o intervenciones que promuevan las competencias y habilidades parentales de las madres y /o padres para constituirse en una òbase seguraö para sus bebés prematuros.
- Propiciar trabajo teórico y práctico en la temática de Apego, Parentalidad y Resiliencia con el objetivo de promover el vínculo de apego temprano.
- Investigar con relación al desarrollo del vínculo de apego en bebés prematuros intervenidos con el MMC, practicado por padres y madres, en otras unidades de neonatología.
- Realizar investigaciones con relación al impacto que provocaría la intervención MMC en el vínculo temprano en las díadas madre-hijo prematuro; en otras unidades neonatales y/o maternidades a lo largo de Chile, tanto en su modalidad intrahospitalaria como en forma ambulatoria.
- Implementar el MMC intrahospitalario y ambulatorio, en otras unidades neonatales y maternidades del país.
- Indagar el grado de aceptación del método madre canguro en otras unidades neonatales y /o maternidades.
- Promover los beneficios del apego temprano y la potenciación competencias parentales en todas las unidades en todas las unidades neonatales y maternidades del país.
- Detectar factores de riesgo psicosociales que interfieren el desarrollo del vínculo de apego seguro.
- Apoyo psicosocial a padres y madres de bebés hospitalizados.
- Promoción de estrategias de modulación de emocional y manejo del estrés en funcionarios de las unidades de neonatología.
- Masificación y promover los principios de la òHumanización de la Neonatologíaö y el òModelo de Alianzaö entre equipo de salud y padres de pacientes neonatos.

- Realizar intervenciones psicoterapéuticas en los padres y madres de niños hospitalizados, orientadas a potenciar la "Parentalidad Resiliente", a partir de la intervención del psicólogo, en tanto "tutor explícito de resiliencia" (Cyrulnik, 2005).
- La realización de talleres, en donde madres y padres resilientes, que hayan vivido la hospitalización de sus bebés, se constituyan en "tutores de resiliencia", para aquellas madres y padres que vivencian situaciones similares dentro de las unidades de neonatología.
- Investigar el impacto del contacto temprano prolongado piel a piel, en el vínculo afectivo y en el apego, entre padres y madres de recién nacidos de riesgo, como bebés que presentan genopatías, malformaciones y discapacidad. Con respecto a esta sugerencia, es necesario mencionar que existen investigaciones que validan que los cuidados canguro intrahospitalarios, no sólo se reducirían a bebés prematuros y /o bebés de bajo peso al nacer, sino que se ha evidenciando sus beneficios en aportes biosomáticos y en la calidad de apego entre madres, padres y sus bebés en condiciones críticas de salud. (Fundación Canguro, 2006)



Bibliografía

- Avalos B. *Apuntes sobre investigación cualitativa*. (1998). Apuntes sin publicar preparados para seminario internacional de entrenamiento y metodologías cualitativas.
- Barudy, J.; Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J.; Marquebreucq, A. (2006). *Hijos e hijas de madres resilientes*. Barcelona: Gedisa.
- Blanchet, A.; Ghiglione, R.; Massonnat, J.; Trognon, A. (1989). *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Narcea.
- Bowlby, J. (1973), *La separación afectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
- Bowlby, J. (1979), *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Madrid,

Ediciones Morata, 1986.

- Bowlby, J. (1988), *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bradford, N. (2003). *Tu hijo prematuro: Sus primeros años de vida*. Barcelona: Grupo Editorial Ceac.
- Cfr. "Aborto y Angustia" en ACIPRENSA, 139/92, Madrid, España, 28-10-92, en "Mitos y Realidades del Aborto", op. cit., Mito N° 1.
- Charpak, N. (2007). Fundación Canguro y departamento de epidemiología clínica y Bioestadística Facultad de Medicina ó Pontificia universidad Javeriana Bogotá, 2005 ó 2007. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. (http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D102.pdf)
- Concepto de Neonatología. Extraído el 25 de Junio de 2010 desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Neonatolog%C3%ADa>
- Concepto de Prematuro. Extraído el 25 de Junio de 2010 desde <http://www.prematuros.info/Prematuro.asp>
- Concepto de Psicología Perinatal. Extraído el 25 de Junio de 2010 desde http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_perinatal
- *Dinerstein A, González MA, Brundi M: Humanización en la atención neonatal. Rev Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2000; 19: 173-6.*
- Echeverría, G. Técnicas de investigación cualitativa. Series en Apuntes docentes. Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, [2004].
- Navarro, P.; Díaz, C. (1995) Análisis de Contenido. En Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (comp.) Métodos y técnicas de investigación social. Madrid: Ed. Síntesis.
- Echeverría, G. Análisis cualitativo por categorías. Series en Apuntes docentes. Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2005.
- Echeverría, G. Técnicas de investigación cualitativa. Series en Apuntes docentes. Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, [2004].
- Navarro, P.; Díaz, C. (1995) Análisis de Contenido. En Delgado, J. y Gutiérrez, J. (comp.) Métodos y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis.

- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires: Paidós.
- Concepto de Prematurez. Extraído el 25 de Junio de 2010 desde <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnpremat.html>
- Escala Massi- Campbell. <http://idemsalud.com/documentos/adjunto-0-12122007071438MANUAL%20MASSIE-CAMPBELL-2007%5B1%5D.pdf>
- Flick, U. (2002). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fonagy, P. "Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría", *Revista de Psicoanálisis. Aperturas Psicoanalíticas*, nº 3, 1999.
- Fonagy, P. (2001), *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona: SPAXS.
- Gil, J. (1994). Aproximación Interpretativa al Contenido de la Información Textual, en *Análisis de Datos Cualitativos*, Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A. (Rodríguez, Gil Flores, García, 1999, pp. 154).
- Goetz, J.P. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Guerrero, G.; Leiva, P.; Vásquez, V. (2001) *¿Trabajo social y proceso que vivenciaron los adultos medios que estuvieron vinculados al Hogar de Cristo y que han logrado emerger del contexto de la calle, integrándose a la sociedad?*. Tesis para optar al título de Trabajador Social. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
<http://idemsalud.com/documentos/adjunto-0->
- Ibáñez, Plaza. Manual para padres de niños prematuros 1999 Madrid. Impreso en España. <http://inpaula.com/articulos/LibroPrematuros.pdf>
- Lecannelier Acevedo, F. (2007). *Unidad de Intervención Temprana de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2008, de Manual de Administración, Codificación y Guías de Conductas.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y salud mental*. Chile: LOM.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad: Segunda parte, la teoría del apego ó Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y salud mental*. Chile: LOM.

- Main, M. "Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: Atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego", *Revista de Psicoanálisis. Aperturas Psicoanalíticas*, nº 8, 2001. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Mediterráneo.
- Mejia, J. (2002). *Problemas Metodológicos de las Ciencias Sociales en el Perú*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Oliva, A. *Estado actual de la teoría del apego*. Universidad de Sevilla.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2000). *Manual de investigación en ciencias sociales*. México: Limusa.
- Ruiz, J.I.: *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao, 1996. Ainsworth, M.D.S. (1974), "The Development of Infant-Mother attachment", *Reviews of Child Development*, Chicago, University of Chicago Press.
- Slade, A. "Representación, simbolización y regulación afectiva en el tratamiento concomitante de una madre y su niño: teoría del apego y psicoterapia infantil", *Revista de Psicoanálisis. Aperturas Psicoanalíticas*, nº 5, 2000.
- Sotello, D. J., Kotliarenco, P. M., Lecannelier, P. F., & al, e. (2007). *"Apoyo y seguimiento del Desarrollo Psicosocial de Niños y Niñas*. Atenas Ltda.
- Stern, D. (1985), *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, S.; Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. España: Paidós.
- Vasilachis de Gialdano, I. (1992). *Métodos cualitativos de investigación: Los problemas teóricos-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina S.A.
- Vieira, M. Rev. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. chil. *Pediatr.* v. 74 n. 2. Santiago mar. 2003.

8. ANEXOS

Descripción de Observaciones:

CASO I:	Descripción Observación Interacción díaada Madre ó Bebé GI	í í	357
	Descripción Observación Interacción díaada Madre ó Bebé GII	í í ..	357
	Descripción Observación Interacción Padre ó Bebé GI	í í ..í í .	358
	Descripción Observación Interacción Padre ó GII	í í í í í í ...	359
CASO II:	Descripción Observación Interacción díaada Madre ó Bebé	í í í .	360
	Descripción Observación Interacción díaada Padre ó Bebé	í í í ..	360
CASO III:	Descripción Observación Interacción díaada Madre ó Bebé	í í í .	361
CASO IV:	Descripción Observación Interacción díaada Madre ó Bebé	í í í .	361
CASO V:	Descripción Observación díaada Madre ó Bebé	í í í í í í í	363
	Descripción Observación Interacción díaada Padre ó Bebé	í í í ..	365

Mientras la madre tiene en brazos a la bebé GII, al hablar con la entrevistadora sobre los cuidados que tenía que darle la bebé GI, esta (la bebé GI) mirando a su madre comienza a balbucear en el mismo momento en que se referían a ella.

La bebé que se encontraba en los brazos del padre, comienza a llorar fuerte, a lo que el padre le pasa a la madre la bebé (GI), y ella a su vez le pasa a la otra bebé (GII). La madre acomoda a la GI en su pecho y le dice: òyaí shhhí ò, para luego acomodarla sobre su falda, la bebé se queja y se mueve, la madre se la pone al pecho y esta (la bebé) se tranquiliza y relaja, mientras la madre la arrulla.

Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé GII

La bebé se encontraba en los brazos del padre, comienza a llorar, se la pasa a la madre, la cual se la pone al pecho, y esta (la bebé) se tranquiliza y relaja. La madre deja de darle pecho a la bebé, la cual se queda dormida y relajada. La madre la mira detenidamente a la bebé y pone una mano sobre su pecho mientras duerme. La bebé se comienza a despertar, mueve sus brazos, sus piernas, se queja, la madre le acaricia el pecho, le toma la mano, luego la pone sobre su pecho y le da pequeñas palmaditas sobre la espalda, la bebé se relaja y se duerme. La madre le pasa la bebé al padre, para tomar a la otra bebé (GI).

Descripción Observación Interacción Padre ó Bebé GI

El padre que se encuentra sentado en una silla, toma a la bebé (que se la pasa la madre) la cual se encuentra durmiendo, y la sienta sobre sus piernas. La bebé queda mirando hacia el lado derecho, o sea hacia donde se encuentra su madre. El padre tiene afirmada a la bebé con una mano, mientras con la otra acaricia un pie de la bebé.

La bebé comienza a despertar y mueve las manos. El padre la acomoda sobre sus piernas y esta se queja y frunce el ceño, el padre la mira, y la bebé mira a su hermana a quien la madre le está dando pecho. El padre comienza a mover las piernas y arrullar a la bebé, esta comienza a relajarse, cierra los ojos, y se duerme. La bebé se despierta, bosteza y el padre le da un beso en la cabeza, la bebé mueve las manos y mira hacia delante. Luego el padre la vuelve

acomodar, y la para sobre sus piernas mirando hacia delante, la bebé frunce el ceño y mira detenidamente hacia delante moviendo sus manos, el padre le da un beso en la cabeza, la bebé se lleva una mano a la boca. La bebé comienza a quejarse, el padre comienza a mover la pierna. La bebé frunce el ceño y mira hacia el lado opuesto donde se encuentra la madre. El padre la acomoda, la recuesta en su brazo, le toca una manito, esta emite sonidos. La bebé aleja la mano de la mano de su padre, este intenta volver a tomársela pero la bebé vuelve a alejarla. Mientras esta (la bebé) mira hacia delante con el ceño fruncido. La bebé se toca la cara, y deja que el padre le tome la manito.

La bebé comienza a moverse, mueve sus manos, se queja, a lo que el padre comienza a arrullarla y mueve a un ritmo más rápido su pierna. El padre vuelve acomodarla, la cambia de posición, la bebé queda mirando hacia delante, esta se queja más fuerte, el padre comienza arrullarla y esta baja la intensidad de los quejidos.

Luego la bebé se queda mirando a su madre mientras esta habla, sube las cejas y no deja de mirarla, mueve la boca. Luego vuelve a mirar hacia delante, nuevamente sube las cejas y mueve la boca. El padre la mira y sonrío. La bebé comienza a inquietarse, mueve los brazos, se queja, el padre comienza arrullarla, le da un beso en la frente, y mueve a un ritmo más rápido la pierna. El padre vuelve acomodarla sobre sus piernas, esta mira hacia adelante, se queja y frunce el ceño, mientras el padre acaricia su pie y no deja de mover la pierna.

La bebé comienza a balbucear, el padre toma su manito y la mira detenidamente, esta (la bebé) también mira la mano del padre. La bebé comienza a meterse las manos en la boca.

La bebé comienza a quejarse, el padre la acomoda, la arrulla, la bebé comienza a llorar el padre la mira y continua arrullándola, le da besos en la cabeza. La bebé comienza a llorar con más intensidad, el padre la alza y la balancea en el aire arrullándola, la mira, y la bebé se calma. Luego el padre se inclina levemente hacia delante, afirma a la bebé con ambas manos del cuerpo y la cabeza y queda mirándola frente a frente, la bebé mira hacia el otro lado, el padre busca su mirada y esta sigue mirando hacia otro lado. A lo que el padre luego mira a la madre que está hablando.

El padre la acomoda de un lado hacia otro lado, la bebé se queja, él la sienta en sus piernas frente a él, la mira, pero la bebé dirige su mirada hacia otro lado. El padre vuelve acomodar a la bebé, la cual sigue quejándose pero en menos intensidad, sobre sus piernas y esta queda

mirando hacia delante, la bebé al rato después comienza a quejarse con más intensidad y a fruncir el ceño.

Luego la bebé dirige su mirada hacia su madre y su hermana, comienza a inquietarse, mueve sus brazos, sus piernas, comienza a quejarse con mayor intensidad, no quita la mirada de su madre y hermana. La bebé se tranquiliza y sigue mirando a su madre y hermana, a ratos se queja con gran intensidad, balbucea mirando a su madre y hermana, comienza nuevamente a inquietarse, mueve los brazos, las piernas, se queja constantemente, su padre la arrulla, le da un beso en la cabeza, la bebé mira hacia delante y se queja intensamente.

Luego vuelve a dirigir su mirada a su madre y hermana, se calma por algunos segundos, vuelve a quejarse, se irrita. El padre la mira, le habla con un tono de voz muy bajo, le da un besito en la cabeza, la bebé sigue mirando a su madre y hermana, y al momento en que la madre se refiere a de ella, esta comienza a balbucear y sonreírle a la madre. La bebé deja de quejarse, y mira detenidamente a su madre y hermana. La bebé se sonríe (al momento en que su madre la describe a ella y a su hermana).

La bebé comienza a llorar intensamente, el padre la acomoda sobre sus piernas, y luego se la pasa a la madre (quien la pone al pecho) la que a su vez le pasa a la bebé GII (Alejandra) al padre, la cual se encuentra relajada y durmiendo.

Descripción Observación Interacción Padre ó GII

El padre se encuentra sentado en una silla junto con la bebé, la cual tiene sentada sobre sus piernas, mirando hacia adelante. El padre toma la mano de la bebé, y acaricia su brazo, mientras que la bebé a su vez toca la otra mano de su padre. Luego el padre deja de acariciar la mano de la bebé y solo la afirma con una mano, mientras esta (la bebé) mira hacia delante y mueve la cabeza, junto con su mano derecha. Luego comienza a mecer ambas manos, el padre la mira y le acaricia rápidamente un pie. Esta se relaja por unos segundos, y realiza gestos con la cara, específicamente con la boca y la lengua, moviéndose y quejándose, a lo que el padre comienza a mover la pierna y esta deja de quejarse. El padre la mira por algunos segundos y le acaricia rápidamente pero muy suave la cabeza. El padre deja de mover la pierna y la bebé comienza a mover las manos y a tomárselas entre sí. Luego el padre con una mano comienza a acariciar a la bebé por el lado derecho de esta. Luego deja de acariciarla, la bebé comienza

nuevamente a jugar con sus manos y a tomárselas entre sí, el padre comienza a mover la pierna. La bebé durante todo este tiempo se encuentra mirando hacia adelante. El padre acaricia el pie de la bebé. La bebé comienza a relajarse y cerrar los ojos. Luego despierta, mira hacia delante y sube y baja las cejas. Mueve las manos y toca la mano de su padre. Mientras el acaricia el pie y pierna de la bebé. La bebé comienza a mover los brazos, a quejarse y el padre la acomoda sobre sus piernas, la bebé comienza a llorar y el padre vuelve a acomodarla, y luego se la pasa a la madre, y él toma a su vez a la bebé GI (Emilia).

CASO II

Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé

La madre se encuentra sentada en un sofá con la bebé sobre sus piernas mirando hacia delante, mueve sus brazos, sus piernas, su cabeza, balbucea. La madre le toca la mano a la bebé y la mira constantemente mientras habla con la entrevistadora. La bebé mira la mano de su mamá que la está acariciando y tomando a la vez su mano, de vez en cuando mira a su padre cuando este habla.

La bebé mira hacia delante, levanta las cejas, abre la boca, saca la lengua en algunas ocasiones, se mueve constantemente, mira al padre ocasionalmente. Balbucea, sonrío, mueve los brazos las piernas, la madre le da un beso en la cabeza.

La bebé mira hacia delante, sube las cejas, abre la boca, balbucea. Tose, a lo que la madre la acomoda sobre sus piernas y le da pequeñas palmaditas en la espalda. La madre constantemente le acaricia una manito a la bebé, a lo que esta le agarra los dedos y balbucea. La bebé comienza a quejarse intensamente y la madre se la pasa al padre que se encuentra sentada al lado de ella.

Descripción Observación Interacción díada Padre ó Bebé

El padre se encuentra sentado en una silla, la bebé está sentada sobre una pierna de este, en dirección a la madre que está al lado del padre. El padre la mira y afirma con sus dos manos. El padre la acomoda sobre sus piernas y deja a la bebé mirando hacia delante, le toma las manitos y se las acaricia. La bebé mueve la cabeza y mira hacia ambos lados.

El padre la mira constantemente, le mueve las manitos. La bebé comienza a quejarse, el padre la toma, la acomoda sobre sus piernas y comienza a mover a un ritmo rápido las piernas calmando así a la bebé. El padre la mira constantemente y le da besos en la cabeza.

La bebé mira hacia delante, abre la boca, saca la lengua, sube las cejas. El padre nuevamente la acomoda sobre sus piernas y acaricia una de sus manitos. El bebé después de un rato comienza a quejarse, mover los brazos, piernas, a lo que el padre la toma y la empieza a mecer en sus brazos mientras la observa detenidamente, la bebé lo mira, balbucea, y mira a su alrededor. Luego el padre la sienta sobre sus piernas, le toma una manito, la observa. La bebé toca las manos del padre, toma sus dedos.

CASO III

Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé

La madre se encuentra sentada en un sofá con la bebé en brazos apoyada sobre su pecho, dándole pequeñas palmaditas en la espalda. Se inclina hacia delante con la bebé, la acomoda. La bebé se queja, mueve la cabeza, la madre la pone sobre su falda, quedando frente a frente con la bebé, afirmándole la cabeza con su mano, la mira y le limpia la boca con un pañito. Toma a la bebé y la lleva a su pecho, la acomoda, la bebé se queja, ella (la madre) le da nuevamente pequeñas palmaditas en la espalda.

La madre la toma y pone sobre su falda, afirmándola con las manos de su cabeza, la mira, le sonrío, la bebé mueve los brazos, la vuelve a poner sobre su pecho. La bebé comienza a quejarse, mueve sus brazos, sus piernas. La madre le habla con una voz suave: òya mi vida, yaí ö, vuelve a ponerla sobre su falda, afirmándola de la cabeza, la madre mira a la bebé constantemente durante pequeños lapsos de tiempo. La acomoda sobre su falda, poniendo a la bebé de lado, dándole pequeñas y suaves palmaditas en las nalgas, mientras le habla con voz suave: òya mi vidaí ö. La bebé la mira, hace ruidos y mueve un brazo. La madre, a su vez le devuelve las miradas a su bebé constantemente. Además, fue posible evidenciar que cuando la madre mira a la entrevistadora, la bebé hace ruidos más fuertes, lo que hace llama la atención de la madre, vocalizando con voz cariñosa y suave le dice: õqueí mi niña!ö. La bebé estira los brazos tocando el pecho de la madre, mueve sus piernas, la madre la mira y acomoda constantemente. Le acaricia la cabeza, la toma la acomoda sobre su pecho, la bebé comienza a llorar, la madre la pone sobre su falda de lado, le pone un pañito (tipo babero) y comienza a

alimentarla desde su pecho, así la bebé se relaja, moviendo rítmicamente a ratos sus brazos y piernas, hace ruidos, en estos momentos la madre la vuelve acomodar al pecho hasta que la bebé vuelve a relajarse. Luego la madre la toma, la pone sobre su pecho y comienza a darle pequeños palmaditas en la espalda, dándole un beso en su cabeza.

La bebé comienza a quejarse, mueve la cabeza contra el pecho de la mamá, mueve sus piernas, sus brazos. La madre sonrío, la acomoda sobre su pecho acariciándole la espalda. La bebé comienza a llorar, la madre sonrío, la acomoda sobre su falta, afirmándole su cabeza con ambas manos, la mira frente a frente y le habla: òya mi vida que paso, que pasoí ò, ella (la madre) sonrío, nuevamente le habla: òya mi vidaí ò, la acomoda y la pone de lado sobre su falda, la mira, le acaricia el pecho, la bebé se tranquiliza y mantiene la mirada fija en su madre.

La bebé se pone inquieta, mueve sus brazos, sus piernas, se queja, la madre la acomoda, le habla: òya, ya, yaí ò La bebé se queja, la madre la acomoda nuevamente, la mira y le dice con un tono agudo: òyaí mi niña!... que está haciendo, está rabiando hace ratoí ò. La madre se acomoda en reiteradas veces, buscando la postura adecuada para que su bebé se relaje, la cual continúa quejándose, moviendo constantemente sus brazos y piernas, sin dejar de mirar a su madre. La madre se acerca, la mira, y le dice con una voz suave: òquéí que mi niñaí ò, la bebé deja de quejarse, estira los labios y mira hacia otro punto.

La bebé se queja, la madre la acomoda y le dice: òvenga, vengaí se mueve tantoí ò, la pone sobre su pecho y le da palmaditas en la espalda. La bebé sube el tono de su quejido, y la madre la acomoda sobre su falda, dejándola frente a frente, la mira, le acaricia la cabeza, la bebé se tranquiliza. La madre la arrulla, le acaricia la cabeza, la mira constantemente mientras habla con la entrevistadora, cambia de posición a la bebé, poniéndola sobre su falda de lado. La arrulla y mirándola le dice en un tono de voz suave: òya mi niñaí ya mi niñaí tranquilaí ò.

La bebé sigue quejándose, mueve los brazos, las piernas, la madre le pone un pañito (tipo babero) sobre el pecho de la bebé, y le da pecho. La bebé se tranquiliza y relaja, mientras la bebé toma pecho, su madre la mira constantemente y le da pequeños palmaditas en las nalgas. La madre se queda mirando a la bebé por varios minutos, y luego le dice con una voz suave y despacio: òmi niñaí yaí no te quedas dormidaí ò. La madre le saca el pecho a la bebé por

algunos segundos, y esta comienza a mover los brazos, las piernas, a quejarse, luego la madre vuelve a ponerle el pecho a la bebé y esta se tranquiliza y relaja. La madre mira a la bebé y le dice: òmi chanchaí ò, le saca el pecho y la bebé se queda tranquila y relajada mirando a su madre.

CASO IV

Descripción Observación Interacción díada Madre ó Bebé

La madre está sentada en un sofá con la bebé sobre su pecho, la cual duerme y está cubierta por una manta. Ella (la madre), la mira constantemente por pequeños lapsos de tiempo, mientras habla con la entrevistadora, levantando suavemente la manta. Luego al dejar de hablar con la entrevistadora sólo mira a la bebé detenidamente, la acomoda y acaricia por debajo de la manta por varios minutos.

La madre destapa un poco a la bebé, la cual se encuentra dentro de la faja, en posición canguro, sobre el pecho de esta (la madre), en contacto piel a piel. La mira constantemente por varios minutos mientras le acaricia el rostro a su bebé.

La bebé comienza a levantar suavemente su cabeza mientras la madre habla. La bebé comienza a moverse, saca un brazo de la faja, su madre la va acomodando abriendo suavemente la faja.

La bebé comienza a quejarse, a lo que la madre comienza a hablarle en voz suave y baja: òyaí yaí ò, la bebé se pone a llorar y ella la saca medio cuerpo de la faja, la toma suavemente y se inclina hacia delante con ella, quedando frente a frente con la bebé, afirmándola de la espalda y cabeza, arrullándola suavemente mientras la mira y habla con voz suave: òya, ya, yaí ò. La bebé comienza a llorar más fuerte. Su madre le sigue hablando: òno, no, noí ò, le acomoda la pierna izquierda abriendo la faja, se vuelve a recostar sobre el sofá, la acaricia suavemente sobre la espalda, mientras le dice en voz suave: òya, ya, ya chiquita, yaí ò. La bebé sigue quejándose y llorando, la madre sonrío y sigue acariciándole la espalda un poco más rápido diciéndole: òya, ya, ya paso, pasoí ò. La bebé no deja de llorar, la madre la saca por completo de la faja, la acomoda sobre su falda y la manta. Mientras la bebé llora, mira a la madre, sube los brazos. La madre la envuelve y abriga con la manta. La pone sobre

su pecho mientras le acaricia la espalda sobre la manta mientras la mira y habla con voz suave: òya, ya, yaí ö. La bebé deja de llorar.

La bebé comienza a quejarse, la madre la arrulla, le acaricia la espalda con un ritmo más rápido, le habla con voz baja y suave: õque quiereí ö. La bebé comienza a llorar, le da besos en la cabeza, nuevamente se inclina hacia delante con la bebé, la mira, la acomoda, la toca, la arrulla, le vuelve hablar: òya, ya, yaí ö. Luego la pone al pecho y esta deja de llorar.

La madre la vuelve a acomodar sobre su pecho envuelta en la manta, mientras la bebé está dormida. La mira constantemente, le da un beso en la cabeza. La bebé hace ruidos, su madre la acomoda, la separa del pecho, esta (la bebé) abre y estira los brazos, la madre la vuelve a poner sobre su pecho tapada por la manta.

La bebé se queja, la madre la arrulla, luego la pone sobre su falda, la vuelve acomodar, la envuelve con la manta, la mira, la toma suavemente y se la pone sobre el pecho nuevamente, le acaricia la espalda a un ritmo rápido mientras la observa detenidamente. Le da un beso en la cabeza.

CASO V

Descripción Observación díada Madre ó Bebé

La madre se encuentra sentada en un sofá, tiene a su bebé en los brazos durmiendo mientras ella habla con la entrevistadora. La bebé se despierta, mueve sus brazos, mira a la madre. Ella (la madre) la mira en reiteradas ocasiones, la bebé vomita y la madre la limpia inmediatamente, la bebé balbucea y mira a la madre, ante lo cual la madre responde en tono suave: õque mamitaí ö.

La madre acomoda a la bebé sobre sus piernas y le da pequeñas palmaditas en la espalda. La bebé mueve su cabeza y mira detenidamente a la madre mientras esta habla, saca la lengua, sube las cejas, la madre la mira constantemente mientras habla con la entrevistadora, le hace gestos a la bebé.

Descripción Observación Interacción díada Padre ó Bebé

El padre se encuentra sentado en una silla, toma a la bebé, la pone sobre su pecho, la mira y le hace gestos con la cara, luego la acomoda sobre su brazo y la mece suavemente, dándole palmaditas sobre las nalgas. La bebé mueve los brazos a lo que el padre la comienza a mecer a un ritmo más rápido. El padre la mira, le da besos. La bebé comienza a quejarse, el padre comienza a darle palmaditas en la espalda, la acomoda, sigue meciéndola en sus brazos. El padre toma un pañito (tipo babero) limpia la boca de la bebé. El sigue mirándola detenidamente mientras le da palmaditas en la espalda. El padre le hace gestos a la bebé, le habla muy despacio, le da un beso en la cara. La bebé sigue relajada sin quejarse.

GLOSARIO

A término: niño nacido entre 37 y 42 semanas de gestación.

Alimentación parenteral: alimentación por vía intravenosa, es decir, se administran los nutrientes directamente a sangre.

Alimentación por sonda gástrica: ver sonda nasogástrica.

Alimentación trófica: al niño prematuro se le proporcionan sólo unas pocas gotas de leche materna al día hasta que está lo suficientemente estable para recibir una lactancia materna completa. Esto favorece la maduración del tracto gastrointestinal y la producción de enzimas que facilitarán la alimentación posterior.

Alvéolo: parte del pulmón donde la sangre recibe oxígeno. Tienen forma de saco y se sitúan en la terminación de las ramificaciones bronquiales.

Analgésicos: son los medicamentos que tienen capacidad de disminuir o eliminar el dolor.

Anemia: concentraciones anormalmente bajas de hematíes o de hemoglobina en la sangre.

Antibióticos: son los medicamentos capaces de matar las bacterias o capaces de disminuir su tasa de crecimiento; se utilizan para tratar las infecciones causadas por bacterias.

Antibióticos ototóxicos: fármacos utilizados para combatir las infecciones que pueden causar problemas auditivos.

Anticuerpos: sustancias proteicas en la sangre que atacan a cualquier sustancia extraña, tales como las bacterias, los virus o los órganos trasplantados.

Aorta: arteria principal que sale del corazón.

Apgar: puntuación que se da los recién nacidos cuando tienen un minuto y cuando tienen cinco minutos de vida. Informa a los médicos sobre la respiración, el ritmo cardíaco, el nivel de actividad, el tono muscular y el color de la piel del bebé. La puntuación máxima que un niño puede obtener es de 10 y la mínima de 0. Las puntuaciones por encima de 6 implican que el niño está bien.

Apnea: pausa en la respiración que dura 15-20 segundos o más, a veces induciendo cambios de color (azul o pálido) en el niño.

Arteria pulmonar: la arteria que lleva sangre del corazón a los pulmones.

Asesor en lactancia: profesional sanitario experto en la lactancia materna y los consejos prácticos sobre ella.

Asfixia: descenso del nivel de oxígeno en el cuerpo, acompañado de un aumento en el nivel de dióxido de carbono. Si no se corrige con rapidez, este trastorno puede provocar lesiones graves en los sistemas orgánicos e incluso la muerte.

Audiólogo: profesional sanitario especializado en el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de audición.

Azúcar en sangre: concentración de glucosa en la sangre.

Bacteria: es un germen capaz de causar enfermedades graves y que se tratan con antibióticos.

Bajo peso para la edad gestacional: el de los bebés nacidos prematuramente o después de un período de gestación normal pero que al nacer pesan menos de lo que les correspondería para su edad gestacional. Son pequeños debido a crecimiento lento antes del nacimiento y suelen estar por debajo del percentil 10 en la curva de crecimiento estándar de su edad.

Bilirrubina: producto de degradación de los hematíes. El exceso de esta sustancia puede causar una coloración amarillenta de la piel o ictericia.

Bomba de infusión: dispositivo conectado a una vía intravenosa que regula la cantidad exacta de líquido que entra en el torrente sanguíneo del niño.

Bradycardia: frecuencia cardíaca anormalmente lenta para ese individuo.

Bronquiolitis: inflamación de las pequeñas vías aéreas de los pulmones.

Calostro: líquido seroso y amarillento segregado por las mamas antes del inicio de la lactancia. Este líquido es rico en anticuerpos que protegen al recién nacido contra las infecciones.

Canalizar: es introducir un catéter en una arteria o en una vena.

Cánula nasal: tubo estrecho y flexible para administrar a través de los orificios nasales del bebé.

Cardiólogo: médico que se especializa en el tratamiento de los problemas del corazón.

Catéter umbilical: tubo estrecho y flexible que se introduce en el cordón umbilical del niño a través de un vaso sanguíneo.

Catéter: tubo estrecho y flexible que se introduce en el cuerpo para extraer o introducir líquidos.

Catéteres percutáneos de silastic: ver óvía percutánea.

Cianosis: coloración azul violácea de la piel y las mucosas. Se observa sobre todo en los labios, alrededor de la boca y en las extremidades. La causa es una baja cantidad de oxígeno en la sangre.

Colostomía: abertura en la pared abdominal (creada quirúrgicamente) que permite que el colon (porción inferior del intestino grueso) se vacíe directamente en una bolsa de recogida.

Contagioso: capaz de transmitir una infección de una persona a otra.

Convulsión: actividad eléctrica anormal del cerebro que produce movimientos involuntarios de los músculos y espasmos.

Corticoide: medicamento que se pone a las madres con amenaza de parto prematuro. Son capaces de madurar el pulmón, el cerebro y el intestino.

CPAP: Presión Positiva Continua de las Vías Respiratorias: (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP). Uso de cánulas nasales pequeñas en la nariz del bebé para mantener una pequeña cantidad de aire en los pulmones al final de cada respiración. Esto evita el colapso de los alvéolos pulmonares.

Cultivo: prueba de laboratorio para detectar una infección. Se pueden hacer cultivos de la piel, del líquido raquídeo, de la sangre, de la orina o de las secreciones. De este modo se puede observar si crecen las bacterias para identificarlas y poder tratarlas mejor.

Cuna térmica: es una cuna con una fuente de calor, generalmente por encima del niño, que ayuda a éste a mantener la temperatura.

DBP: ver ódisplasia broncopulmonar.

De alto riesgo: término empleado para describir a las personas o las situaciones que requieren una asistencia o intervención especial para impedir que el problema se agrave.

Derivación: vía de paso creada mediante cirugía entre dos zonas del cuerpo, como la derivación ventrículo-peritoneal en el niño con hidrocefalia para el drenaje de líquido de los ventrículos cerebrales hacia la cavidad abdominal.

Diabetes: trastorno del metabolismo de la glucosa.

Displasia broncopulmonar (DBP): trastorno respiratorio crónico que se produce como consecuencia de las lesiones pulmonares provocadas por la ventilación mecánica, oxígeno, etc. A los niños que precisan oxígeno suplementario hasta las 4 semanas antes de la fecha probable del parto se les diagnostica este trastorno. Se denomina también enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad (EPC).

Diurético: medicamento que sirve para orinar más y eliminar el exceso de líquido.

Doppler: forma de ultrasonido que se puede usar para oír los latidos del corazón del feto. Esta prueba puede determinar la cantidad de flujo sanguíneo a través de los vasos sanguíneos.

Drenaje: procedimiento que permite la salida de aire o líquido de una cavidad o herida. Eso se consigue colocando un catéter en aquel lugar donde haga falta que salga el líquido o el aire.

Ecocardiograma: utilización de ultrasonido para valorar la estructura y el funcionamiento del corazón y los grandes vasos.

Ecografía: ver òultrasonidoö.

Edad corregida: la edad que el niño prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente.

Edad gestacional: número de semanas entre el primer día de la última menstruación y la fecha de nacimiento.

Electrocardiograma (ECG): registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

Electroencefalograma (EEG): registro gráfico de la actividad eléctrica el cerebro.

Enfermedad de la membrana hialina: ver òsíndrome de distrés respiratorioö.

Enfermedad por el virus respiratorio sincitial (VRS): infección respiratoria causada por un virus muy común que puede tener consecuencias en los niños prematuros, con o sin DBP, y en los niños con enfermedades cardíacas congénitas.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): flujo retrógrado del contenido del estómago hacia el esófago que a veces puede causar vómitos.

Enfermedad pulmonar crónica (EPC): ver displasia broncopulmonar.

Enterocolitis necrosante (ECN): enfermedad del tracto intestinal causada por la inflamación o disminución del flujo sanguíneo al intestino. Esta complicación que afecta a los niños prematuros suele mejorar con el tratamiento, pero puede agravarse y causar perforación del intestino, sepsis o la muerte del paciente.

Esfínter inferior del esófago: músculo situado en la unión del esófago con el estómago.

Normalmente mantiene cerrada la abertura al estómago, salvo en el momento de tragar, vomitar o eructar.

Estenosis: estrechamiento de alguna vía; la estenosis puede darse por ejemplo en una arteria o puede darse en el intestino. Generalmente provoca una obstrucción.

Fiebre: elevación de la temperatura corporal.

Fisioterapeuta: profesional sanitario que trabaja con los niños prematuros para ayudarles en su desarrollo neuromuscular. Es frecuente que participen también durante el tratamiento de seguimiento.

Fondo de ojo: prueba que se realiza para visualizar los vasos sanguíneos de la retina. Sirve para diagnosticar tempranamente la retinopatía de la prematuridad.

Fontanelas: zonas blandas localizadas entre los huesos del cráneo del recién nacido.

Formación del vínculo entre padres e hijos: proceso por el cual los padres y el niño forman lazos emocionales entre ellos.

Fototerapia: tratamiento especial con luz para recién nacidos con ictericia en el que se coloca el recién nacido afectado bajo luces fluorescentes especiales que descomponen la bilirrubina para que pueda ser eliminada del cuerpo.

Frecuencia Cardíaca: número de latidos cardíacos en un minuto.

Frecuencia Respiratoria: número de veces que se respira en un minuto.

Fuente de calor radiante: fuente de calor utilizada con una cuna abierta que permite acceder al niño y al mismo tiempo calentarlo.

Gases en sangre arterial: análisis de la sangre para determinar las concentraciones de oxígeno y de dióxido de carbono, así como la acidez de la sangre.

Gastrostomía: orificio artificial que se realiza en el estómago mediante procedimiento quirúrgico que sirve para poder administrar alimento a pacientes que no pueden ingerirlos por la boca durante tiempo prolongado.

Gestación: período de tiempo comprendido entre la fertilización del óvulo y el nacimiento. La duración media de la gestación en humanos es de 39 semanas.

Glucosa: azúcar simple que aporta energía al cuerpo.

Hematíes: las células sanguíneas que transportan el oxígeno.

Hemiplejía: tipo de parálisis cerebral en el que hay afectada una pierna y un brazo del mismo lado.

Hemorragia intracraneal: ver òhemorragia intra-ventricularò.

Hemorragia intraventricular (hemorragia intracraneal o sangrado cerebral): sangrado anormal en el interior de los ventrículos cerebrales que pueden extenderse a los tejidos adyacentes.

Hemorragia subaracnoidea: hemorragia en el espacio que rodea la superficie del cerebro.

Hidrocefalia: acumulación anormal de líquido en las cavidades del cerebro, caracterizada por un aumento anormal del tamaño de la cabeza y la pérdida progresiva de tejido cerebral.

Hiperbilirrubinemia: ver *õictericiaö*.

Hipertensión: aumento de la presión sanguínea.

Hipertonía: aumento anormal del tono muscular.

Hipoacusia: disminución de la audición relativamente frecuente en el niño. Es necesario diagnosticarla precozmente para evitar problemas posteriores.

Hipotonía: disminución anormal del tono muscular.

Hipoxia: nivel insuficiente de oxígeno en el cuerpo.

Hitos del desarrollo: puntos importantes en el desarrollo del niño como puede ser el gatear, andar o hablar.

Ictericia: coloración amarillenta de la piel producida por una cantidad de bilirrubina en sangre superior a la normal.

Ileostomía: creación quirúrgica de una abertura en la pared abdominal, a través de la cual se vacían las materias fecales del intestino a una bolsa de recogida. Esta intervención puede ser necesaria cuando existen problemas como obstrucción intestinal o enterocolitis necrosante.

Incubadora: cuna para mantener a los niños prematuros en un ambiente controlado y para protegerles de las infecciones.

Indometacina: medicación que se administra a niños pretérmino para cerrar ductus.

Infección por estreptococo del grupo B (EGB): infección bacteriana que puede ser transmitida al bebé por la madre, aunque ella no tenga síntomas, durante el proceso del parto.

Infecciones nosocomiales: enfermedades infecciosas adquiridas en el hospital.

Inflamación: respuesta del cuerpo ante una lesión, cuyos signos pueden ser dolor, calor, enrojecimiento e hinchazón.

Inmunización: administración de una vacuna para inducir la producción de anticuerpos que protegen contra una enfermedad infecciosa.

Intervención temprana: programas y servicios para niños con retrasos del desarrollo.

Intravenoso (IV): administración de líquidos, sustancias nutritivas o medicamentos directamente en una vena.

Intubación: inserción de un tubo en la tráquea a través de la nariz o la boca para asistir la respiración.

Lanugo: vello fino, suave y de color claro, que cubre el cuerpo del feto y de algunos prematuros.

Leucocito: células de la sangre también llamadas glóbulos blancos cuya misión es proteger y defender al organismo de las infecciones.

Líquido cefalorraquídeo: es el líquido que se encuentra dentro del cerebro y en la columna vertebral. Se puede realizar una extracción de este líquido para descartar meningitis.

Líquido pulmonar fetal: líquido segregado por los pulmones fetales antes del nacimiento.

Meconio: material fecal de color verdoso a negro que constituye las primeras heces del recién nacido y que se excreta durante o poco después del parto.

Meningitis: inflamación de las meninges, la membrana que cubre y protege el cerebro y la médula espinal, ocasionada por un virus o por una bacteria.

Método canguro: método por el que se coloca al niño contra el pecho de los padres, con el fin de establecer el contacto piel a piel.

Microorganismos gramnegativos: tipo de bacterias que pueden causar infección después de entrar en el cuerpo del niño a través de vías, tubos, lesiones de la piel o durante el parto.

Monitor: aparato que registra información acerca de una determinada función, como la frecuencia cardíaca, temperatura corporal, frecuencia respiratoria o presión sanguínea.

Nebulizador: método de administración de humedad o medicamentos por el cual son convertidos en una fina pulverización para ser inhalados.

Neonatólogo: médico que se especializa en el cuidado y el desarrollo de los niños prematuros y recién nacidos.

Neumonía: infección de los pulmones que produce dificultad respiratoria, tos, dolor torácico y fiebre.

Neumotórax: afección en la cual el aire pasa de los pulmones a la cavidad torácica y comprime los pulmones y el corazón. Normalmente hay que extraer ese aire que ha salido del pulmón.

Neurólogo: médico que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.

No invasivo: describe un procedimiento que no requiere atravesar la piel con una inyección o incisión ni penetrar en una cavidad u órgano del cuerpo.

Nutrición parenteral: administración de los alimentos directamente al torrente sanguíneo del niño, suministrándole los nutrientes necesarios como los hidratos de carbono, electrolitos, proteínas, minerales, vitaminas y grasas, sin utilizar el tubo digestivo.

Oftalmólogo: médico especialista en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones o defectos oculares, incluida la prescripción de gafas y medicamentos y la realización de cirugía.

Óxido nítrico: gas que se administra en los pulmones para mejorar la oxigenación en los bebés muy enfermos.

Oxigenoterapia: cualquier procedimiento en el que se administra oxígeno suplementario a un bebé.

Parálisis cerebral: es un trastorno fundamentalmente motor, responsable de las alteraciones de la alimentación, el habla y el lenguaje en los niños que la padecen.

Perforación intestinal: orificio en el intestino.

Período neonatal: intervalo de tiempo entre el nacimiento y los 28 días de edad.

Período perinatal: período que se extiende, aproximadamente, desde la semana 28 de gestación hasta los 7 días después del nacimiento.

Persistencia del conducto arterioso (PCA): trastorno en el que el conducto vascular que comunica la aorta (la arteria principal del cuerpo) con la arteria pulmonar (la arteria que lleva la sangre a los pulmones) no se cierra debidamente poco después del nacimiento.

Plaquetas: células de la sangre cuya misión es la coagulación de la sangre.

Prematuro: niño nacido antes de completar la semana 37 de gestación.

Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): método de asistencia respiratoria que suministra un flujo constante de oxígeno a los pulmones del niño para mantener abiertos los alvéolos durante la respiración.

Presión sanguínea: la presión que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Esta presión permite que la sangre fluya por los vasos.

Problemas de desarrollo: incapacidad para adquirir las habilidades esperadas correspondientes a una edad determinada. Puede incluir los problemas de coordinación motriz gruesa y fina (como girar sobre sí mismo, sentarse o recoger objetos oponiendo el pulgar y dedos), sociales, de lenguaje y los trastornos del aprendizaje.

Pronóstico: predicción del curso probable de una enfermedad y su resultado final.

Pulsioxímetro: aparato capaz de medir la cantidad de oxígeno en sangre.

Punción lumbar: técnica diagnóstica en la que se extrae el líquido cefalorraquídeo mediante la introducción de una aguja a través del espacio entre dos vértebras lumbares hasta la zona que contiene el líquido cefalorraquídeo.

Puntuación de Apgar: valoración del estado físico de un recién nacido en los primeros minutos de vida. Se basa en cinco criterios: frecuencia cardíaca, trabajo respiratorio, tono muscular, respuesta a la estimulación y color de la piel. Cada criterio recibe una puntuación entre 0 y 2, por lo que la máxima puntuación posible es de 10.

Rayos X: técnica diagnóstica que emplea la radiación para visualizar las estructuras internas del cuerpo.

RCP: ver reanimación cardiopulmonar.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): método para reanimar a una persona cuya respiración y latidos cardíacos han cesado o son anormalmente lentos.

Respirador: aparato empleado para asistir la respiración del niño que regula el flujo de aire, de oxígeno, así como la presión del aire suministrado a través de un tubo insertado en la nariz o la boca y avanzado por la garganta hasta la tráquea.

Retinopatía de la prematuridad (RDP): enfermedad de la retina del ojo que afecta principalmente a los niños prematuros.

Rigidez muscular: estado producido por una excesiva tensión de los músculos.

Sangrado cerebral: ver hemorragia intraventricular.

Sepsis: la presencia de agentes infecciosos (bacterias, hongos, etc.) o sus toxinas en el torrente sanguíneo.

Shock séptico: descenso de las constantes vitales debido a una infección que se ha diseminado por todo el cuerpo, de lo que resulta una disminución de la función del corazón y de otros órganos principales.

Síndrome de distrés respiratorio (SDR): trastorno respiratorio de los pulmones inmaduros producido por la deficiencia de surfactante.

Sonda orogástrica (sonda SNO): tubo estrecho y flexible que se introduce en el estómago a través de la boca y el esófago, empleado para administrar nutrientes o para extraer aire o líquidos del estómago.

Sonda nasogástrica (sonda SNG): tubo estrecho y flexible que se introduce en el estómago a través de la nariz y el esófago, empleado para administrar nutrientes o para extraer aire o líquidos del estómago.

Soplo: sonido suave, parecido al que se hace al soplar por la boca, que se percibe en ocasiones al auscultar el corazón. Existen soplos sin importancia que son llamados soplos funcionales.

Surfactante: sustancia que ayuda a mantener distendidos los pequeños alvéolos, evitando su colapso. Normalmente sintetizado en los pulmones. Se puede administrar surfactante exógeno en niños con SDR.

Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN): respiración rápida que mejora progresivamente en las primeras horas o días después del nacimiento.

Tensión arterial: presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias.

Terapeuta ocupacional: profesional sanitario especialista en ayudar con las actividades de desarrollo relacionadas con los brazos, manos, boca y lengua.

Terapeuta respiratorio: profesional sanitario entrenado en la utilización de equipos respiratorios.

Tienda de oxígeno: campana de plástico que se coloca sobre la cabeza para permitir el control exacto del oxígeno.

Transfusión: administración de sangre o de productos sanguíneos de un donante a un receptor.

Transfusión sanguínea: administración de sangre de un donante sano a un paciente.

Traqueostomía: orificio artificial en la tráquea que se realiza para poder conectar un respirador sin necesidad de intubación.

Tubo de traqueotomía: tubo flexible que se inserta quirúrgicamente en la tráquea para ayudar al niño a respirar.

Tubo endotraqueal: pequeño tubo que se introduce en la tráquea a través de la boca o nariz para administrar aire u oxígeno en los pulmones.

Ultrasonido (ecografía): técnica diagnóstica no invasiva que permite obtener imágenes de los órganos mediante el empleo de ondas sonoras de alta frecuencia.

Unidad de cuidados intermedios (UTI): sala de neonatología donde ingresan los niños cuando salen de la UCI, o para estudio y control de niños recién nacidos con problemas que impiden continuar con su madre.

Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCI): unidad especial de un hospital, que proporciona cuidados intensivos a los recién nacidos prematuros y/o a término con problemas potencialmente graves.

Ventilación con bolsa: tipo de asistencia respiratoria en la que se utiliza una bolsa conectada a una mascarilla colocada sobre la boca y la nariz del bebé o a un tubo endotraqueal, para enviar aire u oxígeno a sus pulmones.

Ventilador: aparato empleado para mantener un flujo normal de aire en los pulmones.

Vernix: capa de grasa clara que cubre la piel del feto. Está segregada por las glándulas sebáceas en el interior del útero; tiene un papel protector de la piel del feto.

Vía central percutánea: los catéteres percutáneos de silastic se utilizan para administrar la nutrición parenteral al bebé.

Vitaminas: sustancias que existen en pequeñas cantidades en los alimentos naturales, esenciales para que el organismo pueda cumplir las diversas funciones relacionadas con el metabolismo celular, el crecimiento y la salud.

VRS: virus común y fácilmente transmisible que causa enfermedad respiratoria. La infección puede estar limitada a las vías respiratorias superiores (nariz, garganta y senos nasales) o puede extenderse a las vías respiratorias inferiores (pulmones y bronquiolos), produciendo neumonía o bronquiolitis.



**QUINTO CONCURSO NACIONAL DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
FONIS 2008**

**COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA
MINISTERIO DE SALUD**

**"Cuidados con Método Canguro Ambulatorio para prematuros con menos de 35 semanas y/o < de 2250
gramos en una zona urbana."**



Fonis
FONDO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN
Y DESARROLLO EN SALUD

Teléfono: (56-2) 365 46 78 Fax (56-2) 655 1394
BERNARDA MORIN 495, PROVIDENCIA
SANTIAGO - CHILE
e-mail: fonis@conicyt.cl
<http://www.conicyt.cl>

**QUINTO CONCURSO NACIONAL DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
FONIS 2008**

1. ASPECTOS GENERALES

TÍTULO:

"Cuidados con Método Canguro Ambulatorio para prematuros con menos de 35 semanas y/o < de 2250 g. al nacer en una zona urbana."

DESCRIPTORES

Escriba 3 palabras claves que identifiquen el proyecto

HUMANIZACIÓN	CALIDAD	EFICACIA
---------------------	----------------	-----------------

1.1. DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración del proyecto debe ser igual a la presentada en el pre-proyecto. Aquellos proyectos que consideraron una duración mayor a 18 meses deberán justificarlo, de acuerdo a las necesidades del proyecto.

1	8
MESES	

1.2. CLASIFICACIÓN EN ÁREAS

Señale con una X en el casillero gris.

Salud Pública	
Clínicos	X
Psicosocial	

1.3. LINEAMIENTOS GENERALES DEL CONCURSO

Señale con una X en el casillero gris a qué lineamiento se ajusta primordialmente su proyecto.

Propuestas que permitan evaluar la eficacia, efectividad o eficiencia de tecnologías sanitarias.	
Propuestas que den respuesta a interrogantes sobre salud ambiental y ocupacional de los habitantes de nuestro territorio.	
Propuestas que contribuyan a disminuir las brechas de equidad en salud, tanto de situación de salud como acceso a la atención.	
Propuestas que permitan sustentar con evidencia científica las intervenciones de promoción de la salud y de los factores de riesgo de la población chilena	
Propuestas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en salud y el conocimiento sobre la percepción de la población usuaria del sistema de salud nacional.	X
Propuestas que permitan medir el impacto en salud de políticas públicas emanadas de otros sectores del Estado	

1.5. INSTITUCION(ES) BENEFICIARIA(S)¹**A) Complejo Hospitalario Norte ó Hospital San José**

Recuerde que es indispensable la firma del representante Legal.

Complejo Hospitalario Norte- Hospital San José
INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

Publica	61.608.002-4
TIPO	RUT

San José 1196 , Independencia	Santiago	Metropolitana
DIRECCIÓN	CIUDAD	REGIÓN

CASILLA	3832600	3832933	ecanales@hospitalsanjose.cl
	TELÉFONO(S)	FAX	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Jaime Acuña DøAvino	9.976.984-k	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	RUT	
Director del Complejo Hospitalario Norte		
CARGO EN LA INSTITUCIÓN		FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

1.5. INSTITUCION(ES) BENEFICIARIA(S)²**B) Universidad de Chile. Facultad de Medicina Campus Norte. Cátedra de Pediatría. Hospital Roberto del Río.**

Recuerde que es indispensable la firma del representante Legal.

Universidad de Chile. Facultad de medicina, Norte. Departamento de Pediatría Hospital Roberto del Río
INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

TIPO	060.910.000-1
	RUT

Independencia	Santiago	Metropolitana
DIRECCIÓN	CIUDAD	REGIÓN

CASILLA	TELÉFONO(S)	FAX	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
----------------	--------------------	------------	--

¹ No es necesario presentar en esta etapa la documentación legal que avala la constitución de instituciones y su representante legal.

² No es necesario presentar en esta etapa la documentación legal que avala la constitución de instituciones y su representante legal.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	RUT	
Decano de la Facultad de Medicina		
CARGO EN LA INSTITUCIÓN		

1.6. INVESTIGADORES

Investigador(a) Responsable

El proyecto debe contar con un Investigador Responsable y un Investigador Alterno, cuyos datos deben consignarse aquí.

MORGUES	NUDMAN	MONICA ISABEL	6591110-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

MALAGA 89 OFICINA 11			
DIRECCIÓN PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA* (CALLE, N°, DEPTO., COMUNA)			

SANTIAGO		2178994	2353148
CIUDAD	CASILLA	TELÉFONO	FAX

mimorgues@mi.cl	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
Universidad De Chile	
INSTITUCIÓN (SI CORRESPONDE)	FIRMA INVESTIGADOR(A) RESPONSABLE

Investigador(a) Alterno(a)

VERNAL	SILVA	PATRICIA	4233625-4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

Av 11 de Septiembre 1363 Oficina 701 , Providencia			
DIRECCIÓN PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA* (CALLE, N°, DEPTO., COMUNA)			

Santiago		2361835	2361841
CIUDAD	CASILLA	TELÉFONO	FAX

lavermed@vtr.net	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
Hospital San José	
INSTITUCIÓN (SI CORRESPONDE)	FIRMA INVESTIGADOR(A) ALTERNO(A)

1.7. COINVESTIGADORES.

APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	R.U.T	FIRMA
MORGUES	NUDMAN	MONICA	6.591.110-8	
INSTITUCIÓN	Universidad De Chile y Complejo Hospitalario Norte			
VERNAL	SILVA	PATRICIA	4.233.625-4	
INSTITUCIÓN	Complejo Hospitalario Norte- Hospital San José			
MUHLHAUSEN	MUÑOZ	GERMAN	6.081.781-2	
INSTITUCIÓN	Complejo Hospitalario Norte- Hospital San José			
GVIRTZMAN	KWEITEL	CAROLINA	22.600.502-1	
INSTITUCIÓN	Se contratará para el estudio FONIS			
VASQUEZ	TORRES	MACARENA	13.466.997-7	
INSTITUCIÓN	Hospital Roberto del Río. PSICÓLOGA			
MONTES	FRANCESCHINI	SOLEDAD	13.198.766-8	
INSTITUCIÓN	Universidad de Chile			
INSTITUCIÓN				

1.8. INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

En caso de existir instituciones que estén participando del proyecto - no beneficiarias - indíquelas a continuación.

Adjunte en el Anexo 1 la(s) carta(s) de participación correspondiente(s), donde se señale expresamente los compromisos asumidos por la institución (financiamiento, infraestructura, campo clínico, etc.)

	NOMBRE INSTITUCION(ES) PARTICIPANTE(S)
1	Servicio de Salud Metropolitano Norte- Hospital San José
2	Universidad de Chile. Medicina- Pediatría Campus Norte
3	
4	
5	

1.9. FINANCIAMIENTO COMPROMETIDO POR OTRAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL PROYECTO.

Considere, si los hay, aportes comprometidos por las instituciones beneficiarias y/o participantes interesadas en los resultados y que cofinanciarían el proyecto. Recuerde que el compromiso de cofinanciamiento debe quedar explícito en la(s) carta(s) de participación.

INSTITUCIÓN(ES)	TOTAL OTROS APORTES (\$)
TOTAL	

RESUMEN:

La atención neonatal es de alto costo y los métodos convencionales actualmente en práctica (incubadora) condicionan la separación del niño de sus padres por tiempo prolongado, sobre todo en el caso de los prematuros con el consecuente problema emocional y familiar asociado. Con el objetivo de minimizar la separación durante la atención neonatal sin poner en riesgo la salud del niño y por otro lado optimizar los recursos en salud que siempre son escasos, es que surge la importancia del método madre canguro como una excelente alternativa terapéutica y sobre todo deseable. Es necesario para ello demostrar sus ventajas y aceptación por parte de los padres en medios con acceso a terapias convencionales como el nuestro. El método madre canguro MMC se basa en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre/padre buscando empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirles gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser los cuidadores primarios de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

Hipótesis: *El cuidado del prematuro < de 35 semanas y/o menor de 2250 gramos puede ser realizado en método madre canguro ambulatorio hasta que alcance las 40 semanas, aumentando el contacto padres e hijo, beneficiando el desarrollo del niño y con buena aceptación de los padres chilenos. Se optimizarían los recursos en salud neonatal.*

Objetivo general (principal): Aplicar el MMC ambulatorio para optimizar la atención neonatal en prematuros < 35 semanas y/o < de 2250 g., lo que permite acortar la hospitalización y disminuir la angustia de los padres por el tiempo de separación.

Objetivos específicos: **Disminuir** el tiempo promedio de estadía hospitalaria y por ende de separación con los padres en 5 días. (30%). **Disminuir** los costos hospitalarios con el uso del MMC en un 30%. **Mejorar** el crecimiento somático evidenciado en el perímetro craneano (PC) que se correlaciona con rendimiento intelectual a los 12 meses. **Mejorar** el neurodesarrollo del niño al favorecer el vínculo temprano. **Disminuir** la intensidad de los sentimientos de angustia en los padres por la separación con el hijo. **Mejorar** la percepción de los padres de la calidad de atención recibida al usar el MMC.

Método: Se realizará un **ensayo clínico randomizado**. La población objetivo serán todos los prematuros nacidos vivos < de 35 semanas y/o < de 2250 g. que requieran hospitalización para su cuidado inicial. Los niños se randomizarán en 2 grupos: **grupo en estudio** que seguirán el método madre canguro (MMC) en el cuidado de su hijo, luego de ser entrenados por un equipo de salud experto y se atenderán ambulatoriamente según un calendario de controles. **Grupo control** que serán niños atendidos bajo las normas habituales o de manejo tradicional en incubadora y en la unidad neonatal del Hospital San José. Se asignarán en forma aleatoria los niños a cada grupo. Los padres deberán firmar un consentimiento informado sobre la terapia que recibirá su niño en particular, aceptando su participación y comprometiéndose al seguimiento. Se medirá: control térmico; incremento de perímetro craneano; desarrollo neurológico y emocional mediante Bayley II a los 6 y 12 meses. Se realizará un **estudio cualitativo** de la percepción y sentimientos de los padres en cada grupo sobre los 2 modos de terapias usadas (MMC vs atención tradicional). Para ello se utilizará el método de **Entrevista a profundidad** y previamente diseñada en base a un guión.

Además el estudio considera un **análisis de minimización de costos**, para lo cual se consignarán los gastos intra y extra hospitalarios hasta las 40 semanas de edad post-concepción. Las variables discretas serán analizadas mediante chi² o test exacto de Fisher y las variables continuas serán analizadas por teste T de Student o pruebas no paramétricas según corresponda. Se realizará un análisis de regresión logística, para el estudio de las variables que modifican y se relacionan con el éxito o fracaso del método.

Plazos: Disponemos de 280 niños al año que deberán repartirse en 2 grupos de tamaño muestral a lo menos 51 casos por grupo para la variable principal y 103 para el crecimiento somático, considerando un nivel de confianza de 0,05 y una seguridad de 0.95. Esto nos lleva a recolectar pacientes durante 9

meses ya que algunos tendrán criterios de exclusión. Ya desde los 6 meses de reclutamiento podremos comenzar a analizar los datos recolectados para conocer los resultados tanto del ahorro en tiempo de hospitalización, sentimientos y percepción de los padres y también de costo- efectividad. Queda pendiente el análisis de los datos de neurodesarrollo y somático que debe cumplir plazos de seguimiento de 6 y 12 meses. El primer informe casi completo en resultados sería a los 12 a 14 meses de iniciado el estudio.

Resultados esperados: Demostrar que el MMC ambulatorio puede ser exitoso en nuestro medio y es una alternativa beneficiosa para el prematuro y sus padres hasta las 40 semanas. Demostrar que se ha **mejorado el nivel de salud** en los prematuros (somático, neurodesarrollo) sometidos a esta terapia. Demostrar que es un **método que favorece los sentimientos positivos** de los padres de prematuros, disminuyendo la angustia de separación. Demostrar que económicamente se produce un importante **ahorro, habiendo a la vez mejorado y humanizado** la calidad de atención.

3. INVESTIGACIÓN PROPUESTA.

3.1. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE

La demanda de servicios de salud es siempre mayor que los recursos disponibles, aún en las sociedades económicamente más pujantes. Los recursos no solo son finitos, sino que su utilización en un problema determinado va en desmedro de financiar otros problemas. En general, el uso inapropiado de los recursos reduce la posibilidad de cuidado más amplio y de mejor calidad.

Los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso representan un 10 a 12% de los nacidos vivos en Chile. Los niños que demandan hospitalización y deben ser alejados de sus madres son aquellos más pequeños, menores de 35 semanas y/o < de 2250 g. y representan un 8 % del total de nacidos. Actualmente la alternativa terapéutica disponible en Chile para los pacientes prematuros en las unidades neonatales se limita a la hospitalización para manejo en ambiente térmico neutro en incubadora, hasta alcanzar niveles de madurez y/o de peso pre-establecidos (2000g.) para el alta. Esta terapia ocasiona una inevitable separación entre el niño y sus padres, alterando el vínculo. Debido a que la demanda de servicios de salud requerida para su atención, es siempre mayor que los recursos disponibles limitando además la posibilidad de brindar un cuidado más personalizado y de mejor calidad, es que surge la importancia de considerar la inclusión de **otras alternativas terapéuticas para estos pacientes, como es el método madre canguro (MMC).**

Este método se inició en 1978, como un programa en el Instituto Materno Infantil de Bogotá y consiste en brindar atención a los niños prematuros en forma estandarizada y protocolizada. (21) Se basa en el **contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre/padre buscando empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirles gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser los cuidadores primarios de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.** Debido a que se inicia en el hospital y continúa en el hogar; permite que los bebés pequeños puedan ser dados de alta en un menor plazo, mejorando el vínculo. Esto evita la hospitalización larga en el hospital, mejorando la calidad de atención y optimiza el uso de los recursos. (42. 45.)

Casi dos décadas de aplicación e investigación han demostrado que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. (1, 4, 12, 13) Se ha establecido que en relación a la mortalidad, es equivalente a la atención convencional (en incubadora) en lo que respecta a la seguridad y la protección térmica. (46, 47) Al fomentar y facilitar la lactancia materna, el MMC ofrece ventajas considerables en cuanto a la prevención de morbilidad grave, contribuyendo también a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre los padres y el hijo, favoreciendo la salud mental de la familia. El sello distintivo del MMC es la llamada posición canguro. Caracterizan a la misma el contacto piel a piel las 24 h. del día entre la madre y el niño, la estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. (16, 17) El bebé puede ser

alimentado en cualquier momento, sin salir de la posición canguro. Cualquier otra persona (el padre por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en posición canguro. Para dormir deben hacerlo en posición semi-sentada. (2, 3, 6, 7) La posición canguro se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no soporta la posición porque suda, araña y grita o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo pone en posición canguro).

Adaptación canguro: periodo de adaptación a los diferentes componentes del MMC durante el cual se transfieren gradualmente las responsabilidades a la persona proveedora de la posición canguro (generalmente los padres) para el logro de los objetivos antes descritos del MMC. (14, 15)

Egreso en posición canguro: Salida hospitalaria sin tener como limitación una meta mínima de peso o edad gestacional, con el niño en posición canguro para regular su temperatura y después de una adaptación canguro exitosa. (18. 19. 24. 25) **Este egreso temprano, acompañado de un programa de seguimiento ambulatorio cercano y estricto, es una alternativa segura y eficiente a la permanencia en la Unidad Neonatal durante la fase de ðcrecimiento estableð.**

En prematuros ya estables la influencia de la posición canguro sobre los signos vitales y la estabilidad fisiológica (saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria) son cuando menos, similares a las observadas en posición control e incluso se regularizan los patrones respiratorios con disminución de episodios de respiración periódica, apnea y bradicardia.(28,44) No existe diferencia significativa entre la capacidad de la posición en el método madre canguro (MMC) y la de la incubadora para mantener una temperatura adecuada en el prematuro y/o recién nacido de bajo peso al nacer. La posición canguro puede usarse de manera segura y efectiva hasta que el prematuro pueda regular la temperatura por sí solo. (22, 23, 38, 39, 40)

El método madre canguro parece favorecer un adecuado desarrollo neurológico y psicomotor de los prematuros.(26.27.29) La organización de sus conductas, ciclos de sueño y vigilia, y calidad del sueño son adecuados y se alcanzan más tempranamente que en niños similares no expuestos a posición canguro Esta relación cercana adiciona una dimensión placentera a los cuidadores y los empodera con sentimientos de responsabilidad y competencia.(30.34.36.37) Existe un efecto positivo de esta posición sobre los sentimientos de la madre hacia su hijo.(9.10)

Las evidencias empíricas son consistentes con la hipótesis de que la serie de transacciones reguladas psíquica y biológicamente entre el niño y el cuidador primario (madre), incorporadas en la relación de vínculo parecen ser de gran importancia en el desarrollo óptimo de las funciones de auto-regulación y la organización de una personalidad ðresiliente » (ðresilientö) y con capacidades adecuadas de manejo de estrés. (5.8) El no establecimiento de un vínculo oportuno y saludable puede llevar a trastornos futuros del desarrollo psicomotor, social, emocional y de lenguaje. Por otro lado la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hijo. (31. 32) El contacto piel a piel restablece la relación madre-hijo interrumpida por la separación neonatal o inicia una relación cuidador-niño, de una forma tal que tiene altas probabilidades de generar un vínculo (bonding) apropiado y una relación (attachment) segura. (20. 21. 33. 35)

Se han identificado tres usos para este método: como una alternativa al uso de la incubadora en aquellos medios en que la misma no se le puede ofrecer como alternativa terapéutica, en aquella población que tiene accesibilidad a todos los niveles de cuidados neonatales pero que el contacto piel a piel puede favorecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna (41, 43) y por último en aquellos medios en que los recursos humanos y tecnológicos son adecuados pero la demanda supera la capacidad de atención. Es en este último donde debe estudiarse más a fondo la aplicación del MMC como alternativa a la atención convencional.

A pesar de todo lo estudiado, esta práctica no ha sido implementada aun en Chile. Las parejas chilenas que deben enfrentar un hijo prematuro, están acostumbrados a que la medicina actual, que es de tipo paternalista, asuma la terapia. Una vez superados los problemas de salud, se les devuelva al niño para

ser llevado al hogar y es en esta instancia donde retoman el vínculo interrumpido. (48) No sabemos cuál será la aceptación de los padres a una terapia en la que ellos serán los actores principales. En éste sentido existen aún muchas dudas en relación no solo a la aceptación por parte de los mismos a ingresar a esta modalidad de tratamiento y seguimiento, sino también a la angustia que esta decisión pueda provocarles. Por otro lado los padres han debido vivir un período de angustia de separación y miedo a la muerte de su pequeño hijo antes de recibirlo de nuevo y es posible que esta sensación de pérdida desaparezca al poder tener al niño en posición canguro permanente. La importancia del presente estudio radica en investigar no solo la efectividad de este método como práctica clínica, sino también el grado de aceptación y percepción de los padres chilenos a esta nueva terapia para sus hijos prematuros.

El problema que se abordará, sus características y su relevancia para la toma de decisiones en salud pública se centran principalmente en que es necesario demostrar la aplicabilidad y evidenciar el impacto tanto en el área clínica como en el aspecto económico del uso del MMC en nuestro medio.

Si a través de esta experiencia clínica se logra demostrar ventajas sobre el manejo actual, se estará dando las bases científicas para su recomendación en la práctica clínica Chilena. Dado que el complejo hospitalario norte es un centro de referencia esta experiencia puede difundirse a otros centros del país, y el impacto de esta práctica podría multiplicar los beneficios generados a nivel nacional.

3.2. HIPÓTESIS O SUPUESTOS DEL PROYECTO

El cuidado del prematuro < de 35 semanas y/o < de 2250 gramos puede ser realizado en método madre canguro ambulatorio, disminuyendo los días de hospitalización y separación con los padres, beneficiando el desarrollo del niño. Se optimizarían los recursos en salud neonatal.

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA

4.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

Aplicar el MMC ambulatorio para optimizar la atención neonatal en prematuros < 35 semanas y/o < 2250 gramos lo que permite acortar la hospitalización y disminuir la angustia de los padres por el tiempo de separación.

Objetivos específicos:

1. **Disminuir** el tiempo promedio de estadía hospitalaria y por ende de separación con los padres en 5 días. (corresponde a un 30%)
2. **Disminuir** la intensidad de los sentimientos de angustia en los padres por la separación con su hijo.
3. **Mejorar** el crecimiento somático evidenciado en el perímetro craneano (PC) a los 12 meses, que se correlaciona con rendimiento intelectual.
4. **Mejorar** el neurodesarrollo del niño al favorecer el vínculo temprano.
5. **Mejorar** la percepción de los padres en relación a la calidad de atención recibida al usar el MMC lo que conduce a aceptación del método.
6. **Disminuir** los costos hospitalarios con el uso del MMC en un 30%.

METODOLOGÍA

Primera etapa: capacitación del equipo de salud del estudio. Para llevar a cabo este proyecto se contará con una matrona formada en cuidados neonatales, una enfermera pediátrica y un pediatra para el seguimiento de los niños, además de los pediatras neonatólogos que entrenarán a los padres y que son los investigadores del estudio. Se realizará un taller para aprender a enseñar a los padres el MMC. Se acondicionará una sala canguro para hospitalización conjunta (sillones; mudador, etc.) en el puerperio de la maternidad del Hospital San José.

Segunda etapa: La Intervención Método Madre Canguro (MMC) se ofrecerá a los prematuros y sus padres, tan pronto como sea posible, prudente y el niño tenga la capacidad de tolerarlo. Debe tener estabilización de los signos vitales, no presentar bradicardia ni hipoxemia cuando se le manipula, tampoco apneas centrales. La intervención canguro no reemplazará los cuidados especiales neonatales cuando se necesiten, sino que será la alternativa terapéutica que será analizada en éste ensayo clínico en el recién nacido prematuro estable.

En esta etapa se debe adquirir destreza en el MMC, especialmente en la llamada posición canguro como se ha descrito previamente. El propósito de esta posición es que el niño encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación cinética y táctil, manteniendo la vía aérea permeable. La posición estimula y favorece la lactancia materna. Además, el contacto íntimo y prolongado entre la madre y el hijo busca establecer o reforzar el vínculo biológico y afectivo sano que debe existir entre todo recién nacido y sus padres, y cuyo establecimiento se interrumpió por la separación física madre-hijo, al ser hospitalizado. Para cumplir estos propósitos los profesionales encargados deberán educar en la correcta posición y que debe ser: a) continua, es decir con el mínimo posible de interrupciones, b) prolongada es decir por el mayor tiempo posible y c) duradera, por tantos días o semanas como el niño la necesite. Se seguirá según las recomendaciones internacionales de entrenamiento:

- *Momento de iniciación:* Se dará inicio a la posición tan pronto como se establezca el prematuro. Una vez ingresado el paciente en el método canguro se le proveerá a los padres ócamiseta nido òdiseñada para colocar al niño en la posición canguro. El equipo de salud entrenado le dará las indicaciones, responderá las dudas de la madre y supervisará la correcta utilización del método.
- *Continuidad de la posición:* Se buscará que la posición se mantenga durante las 24 horas del día colocando al niño sobre el pecho de la madre inicialmente de forma intermitente (alternando con la incubadora), por períodos de minutos a pocas horas. Esta modalidad intermitente se emplea sobre todo en los niños más frágiles pero estables, buscando fortalecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna hasta que se pueda mantener durante varias horas o el día completo. El criterio de salida para el **alojamiento conjunto madre-hijo** canguro (intrahospitalario) será tan pronto como se consiga que la madre y el niño alcancen una adaptación canguro intermitente exitosa dentro de la unidad neonatal. El alojamiento conjunto se realizará en un espacio adjunto a la maternidad, en el puerperio y con vigilancia del personal de salud durante 48 a 96 horas hasta que se pueda dar el alta conjunta.

Duración de la intervención: Se instruirá a los padres o tutores, que el método canguro debe mantenerse hasta que el niño no requiera más el método. Esto es claramente percibido por los padres, ya que el niño llora y está incómodo en el canguro ya que ha crecido lo suficiente y sufre calor. Esto generalmente coincide con los 2500 gramos y/o las 40 semanas.

Tercera etapa Egreso y seguimiento ambulatorio:

Crterios de salida para el manejo canguro en casa: Los niños en MMC pueden irse a casa tan pronto como tengan:

ÉUna adaptación canguro exitosa (a la posición canguro y a la nutrición por vía oral).

ÉEl niño debe ser capaz de succionar, deglutir y respirar coordinadamente.

ÉUna familia dispuesta y en capacidad de seguir estrictamente los protocolos y recomendaciones del programa y las políticas de seguimiento.

ÉLos padres deberán haber sido evaluados por el psicólogo con entrevista estructurada antes del alta (primera parte).

É Tener acceso a un programa sistemático, riguroso y bien establecido de manejo ambulatorio y seguimiento canguro. Alta con hora de seguimiento entregada.

Los niños salen del hospital dependiendo de su estabilidad. Una vez en casa los niños se mantendrán en posición canguro las 24 horas hasta cuando la rechacen. Durante las noches los padres se alternarán y deberán dormir semisentados.

Seguimiento: Después de la salida al hogar los niños serán controlados en un espacio asignado y equipado previamente en el hospital pediátrico para tal efecto (centro ambulatorio de cuidados canguro). Se realizarán los controles 2 veces por semana hasta alcanzar los 14 días del egreso y luego 1 vez por semana hasta que completen el término (40 semanas de edad post-concepcional y/o 2500g). Esto será el equivalente ambulatorio de los cuidados mínimos intrahospitalarios y se le podría denominar como el *o*cuidado neonatal ambulatorio. En el momento en que se realiza la salida del niño del canguro será citado, al igual que los pacientes del grupo que no recibieron la intervención, cada tres meses hasta los 12 meses para evaluar su desarrollo. Se realizarán evaluaciones de neurodesarrollo a los 6 y 12 meses, usando Bayley II en el niño.(49) Se tomara como normal una media en el puntaje de 100 +/- 15. Este test será aplicado a cada paciente por separado, por una sicóloga infantil del equipo del Hospital Roberto del Río asignada para tal efecto y con amplia experiencia en la aplicación del método.

La escala Bayley II, mide el nivel de desarrollo psicomotor del niño. Se han distinguido cuatro áreas de desarrollo psicomotor en este test:

- **MOTORA:** La conducta motora comprende la motilidad gruesa. Coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.

- **LENGUAJE:** Abarca el lenguaje verbal, como el no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emociones verbales.

- **SOCIAL:** El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a otras personas y para aprender por medio de la imitación.

- **COORDINACIÓN:** Se miden las reacciones de los niños que requieren coordinación de funciones. Un coeficiente de desarrollo desde 85 en adelante corresponde a normalidad. Entre 84 y 70 es riesgo y 69 o menos es retraso del desarrollo. **La media de la prueba es de 100 puntos con un desvío estándar de 15**

Para evaluar los sentimientos se realizará la segunda parte de la Entrevista a profundidad a los padres en ambos grupos a las 40 semanas de EGC o salida del MMC. Estas entrevistas serán aplicadas por una sicóloga asignada al proyecto y se realizará en forma individual a la pareja de padres o cuidadores de cada niño. Para tal efecto se confeccionará un guión de entrevista, para los dos momentos de entrevista. (Al alta del hospital y a la salida del canguro).

La sicóloga es una profesional calificada del Hospital Roberto del Río. Trabajará con su equipo y será la coordinadora del mismo.

4.2.1. AUTOCLASIFICACIÓN: Clasifique el diseño de la investigación y los métodos que planea utilizar para abordar los objetivos del proyecto. Para ello, marque sólo lo que corresponda a la propuesta y justifique a continuación.

CUALITATIVA , definir tipo:	Entrevista estructurada	X
------------------------------------	--------------------------------	----------

CUANTITATIVA	
Caso-control	
Estudio cohorte	
Estudio de corte transversal	
Ensayo clínico randomizado	X
Ensayo clínico no randomizado	
Revisión Sistemática	
Estudio retrospectivo con datos existentes (meta-análisis)	
Estudio de pruebas diagnósticas	
Otra, especificar:	
EVALUACIÓN DE RESULTADOS E IMPACTO (OUTCOMES RESEARCH)	
Costo-beneficio	
Costo-efectividad	X
Costo-utilidad	
Otras evaluaciones de resultados e impacto (especificar)	

a) **4.2.2. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO:**

Diseño:

Se realizará un **ensayo clínico randomizado** con pacientes prematuros de menos de 35 semanas y/o < 2250 g. al nacer, utilizando el MMC ambulatorio para el cuidado del niño y se comparará con otro grupo de iguales características pero que seguirá el modo habitual de terapia con incubadora en el servicio de neonatología del Hospital San José. El estudio se llevará a cabo en el complejo hospitalario norte. Los pacientes serán recién nacidos en la maternidad del hospital San José y el seguimiento posterior se realizará en forma conjunta con el Hospital Roberto del Río.

Se estudiarán junto al ensayo experimental del MMC, los sentimientos asociados de los padres a cada método de atención mediante **Entrevista en Profundidad de tipo estructurada** con el fin de conseguir información lo más fidedigna posible. Se ha elegido éste método cualitativo porque no existen antecedentes previos sobre este tema en población chilena y se requiere conseguir información muy compleja que además es confidencial o delicada. Permite estudiar un número relativamente grande de personas en un lapso breve. Se confeccionará para ello **un guión de entrevista** estructurada es decir, de respuesta corta, concisa y de naturaleza exploratoria, que abarca los distintos aspectos a investigar de la experiencia humana en análisis. El entrevistador será un **encuestador entrenado** en este tipo de entrevistas y que deberá mantener una posición de **empatía o õrapportõ** con los padres a entrevistar antes de aplicar el guión en los dos momentos diseñados de entrevista. Al alta de la maternidad y al salir del método madre canguro a las 40 semanas.

Para evaluar el impacto económico se realizará un estudio **costo efectividad** consignando costos de hospitalización en cada grupo hasta cuando el niño sale del cuidado canguro ambulatorio. A partir de ése momento ambos grupos son por definición iguales en la atención a recibir.

En la siguiente tabla se ha realizado un cálculo estimativo del impacto económico en salud en base a la población de niños susceptibles a tratar con este nuevo método terapéutico en el Hospital San José. (300 niños / año aproximadamente)

Modalidad de atención	Días promedio de hospitalización	Costo/día (\$)	Costo total por internación /niño (\$)	Costo anual esperado por 300 pacientes (\$)

Hospitalizado tratamiento convencional	16	122.000	1.952.000	585.600.000
Hospitalizado método canguro	11	122.000	1.342.000	402.600.000

En la siguiente tabla se resumen los distintos aspectos que contempla el estudio:

Estudio	Medida/evaluación	Identificación de consecuencias	Medida/valoración de consecuencias
Ensayo clínico randomizado	1. Días de hospitalización. 2. PC a los 6 y 12 meses. 3. Bayley a los 6 y 12 meses	1. Constatar días de estada 2. Medir PC con cinta métrica. 3. Constatar puntaje Bayley obtenido.	1. Disminución en días cama de hospitalización en un 30%. 2. Aumento en PC de 0.5 cm. (μ) 3. Mejor puntaje Bayley (un 10% o 10 puntos)
Entrevista en profundidad	1. Sentimientos negativos y positivos dentro del guión de la entrevista a profundidad. 2. Puntaje sobre la atención recibida.	1. Consignar los sentimientos relatados. 2. Consignar el puntaje obtenido en calidad de atención	1. Menor proporción de sentimientos negativos y mayor de positivos 2. Mejor evaluación de la atención recibida.
Análisis de Costo-Efectividad	Costo Monetario	Consignar días cama de hospitalización.	1. Disminución en el costo de hospitalización.

a) Población y tamaño muestral:

Criterios de inclusión:

La población de estudio consistirá en todos los recién nacidos vivos menores de 35 semanas de gestación y/o peso menor a 2250 gr., nacidos en la Maternidad del hospital San José, que requieran hospitalización para observación en incubadora dentro del servicio de neonatología y cuya madre o tutor sea capaz de comprender y aceptar las instrucciones generales del estudio y se comprometa con el seguimiento hasta el año.

Criterios de exclusión:

Malformaciones congénitas, patología respiratoria con requerimientos de oxígeno en domicilio, crisis de apneas centrales, encefalopatía hipóxico isquémica, hipertensión pulmonar, TORCH, derivación a otra institución y no al hogar, planes de dejar la ciudad de Santiago en breve, no consentimiento del estudio por los padres. En caso de problemas sociales o mentales de los padres. Hacinamiento o pobreza extrema en el hogar.

Cálculo de Tamaño muestral:

Para el análisis del tamaño muestral se realizó una revisión de los casos en el último trienio y se vio que el rango de partos fluctuó entre 8300 y 9000 partos/año. La cifra de niños con menos de 35 semanas al nacer corresponde a un 8 a 10%. De ellos el 50% ha requerido hospitalización por presentar un peso menor a 2250 gramos al nacer y necesidad de estabilización de sus funciones básicas. El número absoluto de egresos de la unidad neonatal del Hospital San José por esta causa varía entre 280 y 320 niños. La estadía hospitalaria en promedio ha resultado de 16 días en el trienio 2005 a 2007 con una varianza de 7 días. En base a estos datos se realizará el cálculo del tamaño muestral y considerando como variable principal la disminución en los días promedio de hospitalización en un 30%, es decir 5 días.

N= sujetos necesarios en cada grupo

Za= Valor Z correspondiente al riesgo alfa deseado (0.05) (1.645)

Zb= Valor Z para el riesgo beta deseado (0.95)

S² = Varianza del grupo control sobre la variable (7 días)

d² = Valor mínimo de la diferencia que se desea detectar (5 días)

$$N = \frac{2(Za + Zb)^2 \times S^2}{d^2}$$

$$N = \frac{2(1.645 + 1.645)^2 \times 7^2}{5^2} = \frac{22 \times 49}{25} = 43 \text{ pacientes por grupo}$$

Pero considerando que probablemente tendremos pérdida o abandono se aplicó **un factor de ajuste para pérdidas de un 15%**

$43/(1-0.15) = 43 * (1.176) = 50.7$ es decir **51 pacientes por grupo** para la variable principal que es **días de hospitalización**.

Considerando los otros objetivos:

Neurodesarrollo: el tamaño muestral varía levemente para el objetivo de neurodesarrollo a los 12 meses:

En este caso se tomará como importante una diferencia de 10 puntos en el puntaje promedio obtenido en el test de neurodesarrollo usado. Se ha seleccionado para ello la escala de Bayley II (puntaje normal 100 ± 15)

$$N = \frac{2(1.645 + 1.645)^2 \times 15^2}{10^2} = \frac{22 \times 225}{100} = 49.5 \text{ pacientes por grupo (50 pacientes)}$$

Se aplicó nuevamente un *factor de ajuste para pérdidas* de un 15%

$50/(1-0.15) = 50 * (1.176) = 59$ es decir **59 pacientes por grupo** para el objetivo de neurodesarrollo medido por la variable puntaje Bayley II.

Crecimiento somático: es la variable que requiere mayor número de pacientes como tamaño muestral. Se considerará como PC normal 46 ± 1 cm al año y se esperará una variación del promedio en 0,5 cm.

$$N = \frac{2(1.645 + 1.645)^2 \times 1^2}{0.5^2} = \frac{22 \times 1}{0.25} = 88 \text{ pacientes por grupo}$$

Se aplicó nuevamente un *factor de ajuste para pérdidas* de un 15%

$88/(1-0.15) = 88 * (1.176) = 103$ es decir **103 pacientes por grupo** para el objetivo de desarrollo somático medido por la variable puntaje perímetro craneano en cm.

Reclutamiento y randomización:

Los pacientes serán reclutados entre los recién nacidos vivos menores de 35 semanas de gestación y/o peso menor o igual a 2250 gr., nacidos en la maternidad San José durante los primeros 9 meses del estudio. Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión cuyos padres hayan aceptado y firmado el consentimiento informado serán randomizados mediante tabla de randomización.

Recolección de datos:

Se llevará un registro computacional sobre los datos de cada caso en un software de registro File Maker 8.1, el cual es muy amigable y permite una fácil extracción a planilla Excel para ser analizada en un programa estadístico como el STATA 7.0

Los datos serán entregados por los investigadores directamente a la secretaria encargada de la digitación y mantención de la calidad del registro.

Análisis de datos y evaluación de resultados:

Las variables discretas serán analizadas mediante chi² o test exacto de Fisher y las variables continuas serán analizadas por test T de Student o pruebas no paramétricas según corresponda.

Se realizará regresión logística, para el estudio de las variables que modifican y se relacionan con el éxito o fracaso del método. Se fijará un valor de p de 0.05 como estadísticamente significativo.

4.3. PLAN DE TRABAJO (Máximo 2 páginas)

Complete el siguiente cuadro o adjunte una **carta Gantt** con las etapas y actividades planificadas para la ejecución del proyecto en relación con los objetivos específicos.

Objetivos	Etapa y/o actividades	Meses																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Capacitación del equipo / acondicionamiento físico	■																	
	Reclutamiento de pacientes		■	■	■	■	■	■	■	■									
Reduccion de Hospitalizacion	recoleccion de datos		■	■	■	■	■	■	■										
	Analisis de datos							■	■										
Neurodesarrollo	recoleccion de datos							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Analisis de datos														■	■	■	■	■
Crecimiento somatico	recoleccion de datos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Analisis de datos														■	■	■	■	■
Entrevista estructurada	Entrevistas al alta de Neo		■	■	■	■	■	■	■	■	■								
	Entrevistas al salir del MMC		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
	Analisis de datos												■	■					
Informes parciales																			
Informe de resultados																		■	■

Procedimientos:

- 1 En primer lugar se realizará una capacitación de 5 días y marcha blanca por 3 semanas para conocer las dificultades frecuentes y subsanarlas antes de iniciar la investigación. Confección de tríptico educativo para los padres.
- 2 Se ocupará ese tiempo de 3 semanas en el acondicionamiento y mobiliario de la sala de hospitalización conjunta aportada por la Maternidad de hospital San José.
- 3 Desde el segundo y hasta el 8º mes se reclutarán pacientes y se recolectarán los datos de los pacientes.
- 4 Realización y recolección de datos de las Entrevistas estructuradas desde el 2º mes y hasta 2 meses después de haber reclutado todos los pacientes y éstos hayan salido del MMC. Informe luego del análisis a los 10 a 12 meses de iniciado el estudio.
- 5 A partir del 8º mes se podrán analizar los datos correspondientes al tiempo de la hospitalización y el análisis de Costo- efectividad. Entrega de un primer informe con estos datos analizados a los 10 a 12 meses.
- 6 A partir del 7º mes se iniciará la recolección de datos de crecimiento somático y neurodesarrollo con Bayley hasta que todos cumplan 6 y 12 meses. Se podrá realizar un informe preliminar a los 12 a 14 meses del proyecto con los datos somáticos y de neurodesarrollo al 6º mes de los niños.
- 7 El informe final que incluirá los datos somáticos y de neurodesarrollo será luego de cumplir 12 meses todos los niños.

4.4. PRODUCTOS ESPERADOS

1. *Bases científicas para la aplicación del Método madre canguro ambulatorio como una alternativa real y recomendable de tratamiento para el niño prematuro en la práctica clínica chilena. Talleres y cursos de educación sobre MMC a los profesionales de las maternidades*

en Chile.

- 2. Estrategia de ahorro en salud mejorando la calidad de la atención neonatal. Base científica para reformular las guías de tratamiento del niño prematuro en fase de crecimiento incorporando el MMC.*
- 3. Presentación y publicación de esta experiencia en congresos y revistas nacionales e internacionales.*
- 4. Capacitar otros centros nacionales e internacionales en la aplicación del MMC. Formar parte del δ Internacional Network in Kangaroo Mother Care δ*

4.5. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Como ya se ha planteado en otros ítems de este documento, lo central es demostrar que se puede aplicar en la población chilena como una alternativa terapéutica recomendable y deseable dada sus ventajas humanas y económicas. De ser así, es muy posible que logremos la incorporación de ésta técnica como alternativa terapéutica habitual en las unidades neonatales de Chile. Disminuir los costos en salud por atención del prematuro. Favorecer la salud mental de los padres de niños prematuros.

4.6. FORMAS DE PROTECCIÓN DE LOS RESULTADOS

En este caso, la propiedad intelectual está claramente establecida en los autores de Colombia a través de la Fundación Canguro. Está reconocida por la OMS y con guías clínicas publicadas y consensuadas.

Los resultados obtenidos serán publicados en revistas científicas de la especialidad. Nacionales e internacionales.

5. IMPLICANCIAS ÉTICAS, BIOSEGURIDAD, Y OTROS

El proyecto fue evaluado y autorizado para su ejecución por el Comité de ética del SSMN. En él se salvaguardan todos los principios de ética en investigación como son la confidencialidad de los datos y los principios de beneficencia y no maleficencia.

Se adjunta carta de aprobación del comité y copia del **formato de consentimiento informado** para los padres.

6. RECURSOS DISPONIBLES Y/O VENTAJAS POTENCIALES

El equipo de salud que realizará el ensayo clínico tiene vasta experiencia en el seguimiento de niños prematuros. El policlínico de seguimiento data desde 1980 con el equipo de salud que trabajará en este proyecto. Además este grupo de expertos ha participado dictando normas y guías clínicas para el tratamiento de niños prematuros en Chile, a través del MINSAL. Es centro formador de especialistas en Neonatología en lo que se refiere al seguimiento del RN de alto riesgo. Esto se demuestra en las múltiples publicaciones que han derivado del trabajo en equipo y de ser grupo creador de recomendaciones para el resto del país.

Contamos con:

1. Sala intrahospitalaria en la maternidad del Hospital San José del complejo hospitalario norte, para la hospitalización conjunta previo al alta. La acondicionaremos con los fondos FONIS asignados para ello.
2. Una oficina de atención para los prematuros en seguimiento completamente equipada y con disponibilidad de uso mañanas y tardes en el Hospital Roberto del Río del complejo hospitalario norte. Cuenta con 22 horas de médico y enfermera expertos en seguimiento asignados. En éste policlínico se realizará el seguimiento de los niños reclutados en éste ensayo clínico.
3. El policlínico de seguimiento cuenta también con la participación de las 3 sicólogas del Hospital Roberto del Río, las cuales poseen experticia en la aplicación de Bayley II y entrenamiento en entrevistas a profundidad. Este trabajo se realizará en oficinas de las psicólogas en el hospital.
4. El investigador principal y el investigador alterno son médicos que participan habitualmente en el seguimiento de los prematuros del SSMN en el Hospital Roberto del Río.
5. El médico tesista es un profesional en formación en especialidad de Neumología pediátrica en el Hospital Roberto del Río. Cátedra de Pediatría. Trabaja integradamente con el policlínico de seguimiento para realizar las mediciones de Oximetría continua de pulso en los niños en método canguro.
6. El médico que se contrate para el ensayo clínico se incorporará al trabajo del policlínico de seguimiento especialmente para atender y coordinar el trabajo con los niños en método canguro. Se asegura así una atención especialmente programada para éstos niños con citas diurnas.

7. TRABAJO ADELANTADO POR LOS AUTORES EN EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

Específicamente esta experiencia de MMC ambulatorio **no tiene precedente en Chile**. El grupo de investigadores tiene larga trayectoria en el estudio y seguimiento de prematuros en Chile, como se ha señalado en los antecedentes de cada investigador.

La investigadora principal se ha familiarizado personalmente con el MMC en la Fundación Canguro de Bogotá, Colombia. Contamos con el apoyo docente de los expertos de esta fundación en esta terapia y que vendrían a enseñarnos como aplicarlo en la práctica. Está contemplada una capacitación por los médicos de ésta fundación en Chile.

8. OTROS ANTECEDENTES

Existen guías de aplicación del método madre canguro aprobadas por OMS desde el año 2004.
(48) Creemos que existe gran posibilidad de éxito en su aplicación en población chilena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE ANTECEDENTES DEL PROYECTO

AUTOR(ES)	AÑO	TÍTULO
Gunn TR TJJ	2000	1 <i>Does early hospital discharge with home support of families with preterm infants affect breastfeeding success? A randomized trial.</i>
Charpak N,	1997	2 <i>Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants <math>\leq 2000</math> grams: a randomized, controlled trial</i>
Charpak N,	2001	3 <i>A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age.</i>
Charpak N,	2005	4 <i>Influence of Feeding Patterns and Other Factors on Early Somatic Growth of Healthy, Preterm Infants in Home-Based Kangaroo Mother Care: A Cohort Study.</i>
Tessier R,	1998	5 <i>Kangaroo mother care and the bonding hypothesis.</i>
Brooten D,	1986	6 <i>A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants.</i>
Shapiro C.	1995	7 <i>Shortened hospital stay for low-birth-weight infants: nuts and bolts of a nursing intervention project.</i>
Hughes M,	1994	8 <i>How parents cope with the experience of neonatal intensive care.</i>
Spear ML	2002	9 <i>Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit.</i>
Pederson DR	1987	10 <i>Maternal emotional responses to preterm birth.</i>
Ortenstrand A,	2001	11 <i>Early discharge of preterm infants followed by domiciliary nursing care: parents' anxiety, assessment of infant health and breastfeeding.</i>
Llanos M.	2004	12 <i>Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro</i>
Rigo J	2006	13 <i>Nutritional needs of premature infants: Current Issues.</i>
Ruiz JG,	2002	14 <i>Predictional need for supplementing breastfeeding in preterm infants under Kangaroo Mother Care</i>
Hay WW	2005	15 <i>Nutritional requirements of the very preterm infant.</i>
Anderson GC	2003	16 <i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database</i>
Rojas MA,	2003	17 <i>Somatic growth of preterm infants during skin-to-skin care versus traditional holding: a randomized, controlled trial.</i>
Ramanathan K.	2001	18 <i>Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants</i>
Sloan NL	1994	19 <i>Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants.</i>
Hughes P,	2002	20 <i>Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study.</i>
Ludington-Hoe SM,	1992	21 <i>Selected physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants.</i>
Ludington-Hoe SM,	2000	22 <i>Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants.</i>
Ludington-Hoe SM	2005	23 <i>Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick.</i>
Ludington-Hoe SM,	2006	24 <i>Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized controlled trial of skin contact with preterm infants.</i>
Johnston CC,	2003	25 <i>Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates.</i>
Symington A,	2006	26 <i>Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. Cochrane Database</i>
Schrod L,	2002	27 <i>Effect of head-up body tilt position on autonomic function and</i>

		<i>cerebral oxygenation in preterm infants.</i>
Worku B,	2005	28 <i>Kangaroo mother care: a randomized controlled trial on effectiveness of early kangaroo mother care for the low birthweight infants in Addis Ababa, Ethiopia.</i>
Feldman R,	2002	29 <i>Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development.</i>
Feldman R,	2002	30 <i>Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration.</i>
Feldman R,	2003	31 <i>Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch.</i>
Feldman R,	2003	32 <i>Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants.</i>
Tessier R,	1998	33 <i>Kangaroo mother care and the bonding hypothesis.</i>
Tessier R,	2003	34 <i>Kangaroo Mother Care: a method for protecting high-risk low-birth-weight and premature infants against development delay.</i>
Cristo M,	2001	35 <i>El Bonding: Un debate a terminar.</i>
Acosta R,	2005	36 <i>The skin-to-skin method (kangaroo care) : age adjusted evaluation of neuro-behavior at one year.</i>
Ohgi S	2002	37 <i>Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through one year.</i>
Bauer K,	1998	38 <i>Effects of gestational and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25-30-week gestation and their mothers.</i>
Fohe K,	2000	39 <i>Skin-to-skin contact improves gas exchange in premature infants.</i>
Chwo MJ	2002	40 <i>A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity</i>
Blaymore Bier J,	1996	41 <i>Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low-birth-weight infants who are breast-fed.</i>
de Leeuw R.,	1991	42 <i>Physiological effects of kangaroo care in very small preterm infants.</i>
Acolet D	1989	43 <i>Oxygenation, heart rate and temperature in very low birthweight infants during skin-to-skin contact with their mothers.</i>
Kadam S	2005	44 <i>Feasibility of kangaroo mother care in Mumbai.</i>
Bergman NJ,	2004	45 <i>Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns.</i>
Bosque EM,	1995	46 <i>Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary-level nursery.</i>
Ibe OE,	2004	47 <i>A comparison of kangaroo mother care and conventional incubator care for thermal regulation of infants < 2000 g in Nigeria using continuous ambulatory temperature monitoring.</i>
Ruiz J.G.,	2007	48 «Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer» Fundación Canguro. (www.kangaroo.org)
Bayley N.	1993	49 <i>Manual of the Bayley Scales of Infant Development. 2nd Ed. The psychological Corporation. San Antonio TX: Harcourt Brace & Co., 1993.</i>

ENTREVISTAS

- Entrevista Caso I

Voz 1: Entrevistadora

Voz 2: Madre

Voz 3: Padre

Voz 1: ¿Buenas tardes. Para nosotras es muy importante conocer la experiencia emocional, con respecto a la prematuridad de Emilia y Alejandra. ¿Nos podría contar cómo fue el periodo de hospitalización en adelante?ö

Voz 2: ¿Bueno, en un principio fue muy difícil.ö

Voz 1: ¿Por qué?ö

Voz 2: ¿Bueno, yo cuando llegué acá el proceso fue como tan rápidoí no sé igual, viví un embarazoí y eran dos, entre comillas asustada, como que no me pude relajar durante el embarazo. Quería siempre, pensaba cómo los iba a tener y quería que estuvieran en buenas manos y siempre preocupada de eso. Pero llegaron las 33 semanas, se rompió la bolsa y llegué al San José y un poco asustada pero a la vez contenta porque ya iban a nacer. Pero yo sabía que eran chiquititas, pero nunca me imaginé eran tan chiquititas. Entonces, me hicieron la cesárea y Juan Pablo me vino a ver, yo le pregunté ¿cómo estaban las niñas? Pero yo pensé como me los mostraron envueltitasí ö

Voz 1: ¿Tú las viste inmediatamente después de nacer?ö

Voz 2: ¿Sí, le di un besito y todo.ö

Voz 1: ¿Y qué sentiste en ese momento cuando la viste?ö

Voz 2: ¿Me afectó que eran chiquititas, pero como las vi cubiertas, como sólo la carita igual la encontré chiquititas, pero estaba contenta. Dije pucha, por fin voy a poder a tener a mis hijas, estaba muy feliz. Cuando Juan Pa subió al cuarto y le pregunté por una de las niñas, me dijo ¿bienö, pero llegó con una cara algo triste, entonces yo decía ¿por qué triste, si ya nacieronö. Y ya cuando me pude levantar a ir a verlas.ö

Voz 1: ¿La primera vez en la incubadora, ¿cómo fue?ö

Voz 2: ¿Fue algo muy duro porque la Emilia era muy chiquitita, ella pesó 1 kilo 350, y era muy flaquita. Y estaba dentro de la incubadora y yo lloré mucho, mucho, mucho... tuve mucho miedo, mucho miedo y me sentí culpable.ö

Voz 1: ¿Por qué?ö

Voz 2: òMe sentí culpable, dije por qué no pude esperar más, qué falló, trataba de buscar la responsabilidad de que se haya roto la bolsa, por qué, por qué, por qué nos pasó eso, por qué es tan prematura. Porque yo decía ya con 33 semanas no son tan chiquititas. Pero la Emilia venía con un poco de menos de crecimiento que la Alejandra, intrauterino. Entonces, emmmí fue muy triste verla así.ö

Voz 1: ò¿A Emilia?

Voz 2: òBueno, a las dos.ö

Voz 1: òYa, ¿pero con las dos fue la misma sensación? ö

Voz 2: òCon la Emilia fue más trágico porque era más chiquitita. La Emilia era comoí pura cabecita así, y su cuerpo muy flaquito, como de gomita, no sé, transparente no sé, casi. Me afectó mucho, mucho., mucho, mucho. ö

Voz 1: ò¿En ese momento estabas sola o estaban juntos?ö

Voz 3: òEntró sola.ö

Voz 2: òSí.ö

Voz 3: òPorque todavía no era el horario de los papás.ö

Voz 1: ò¿Y a ti qué te pasó cuando las viste por primera vez en incubadora?ö

Voz 3: òBueno, cuando vi a la Emilia fue como más impactante, por el hecho de verla como tan invadida de tanta cosa, de cableí no sé, que esté con vía, con suero, como una cosa más impresionante. Pero de la Alejandra igual fue, pero yo creo en menor grado, porque la Alejandra se veía un poquito más fuerte. Y la Mili nopo, en ese entonces, estaba hasta con los ojitos tapados entonces era como bien fuerte.ö

Voz 1: ò¿Y había como una emoción que hubieras sentido tu en ese momento, cuando viste a la Emilia en la incubadora?ö

Voz 3: òYo creo que miedo un poquito así pero.... es que cuando uno está en esa situación uno piensa tantas cosas, pero es el proceso normal de ello. O sea, por el hecho de haber nacido como tan prematuro, entre paréntesis lo que le está pasando es como relativamente normal dentro de la incubadora, porque gracias a Dios ellas estaban bien. O sea, ni siquiera necesitaron oxígeno, nada, o sea, pero para uno es fuerte como es algo nuevo, es fuerte.ö

Voz 1: ò¿Tú lo pensabas así, sabías que era el curso normal que estaba pasando?ö

Voz 3: òSí, yo siempre supe que era parte de lo normal, que nosotros lo único que teníamos que hacer era esperar, que subieran de peso que tuvieran los 2 kilos y llevárnoslas para la casa. Pero fue como un pocoí bueno, con la Emilia fue como más lento porque había tenido mucho menos peso, había nacido con 1 kilo 300 y después había bajado a 1 kilo 200 y algo. Entonces, fue como más lento con la Emilia, lo único que queríamos que la dieran de alta

luego, pero por el bienestar de ella, igual nosotros tampoco podíamos apurar las cosas. O sea teníamos que esperar que todo se diera de a poco.ö

Voz 1: ö¿Qué pasó contigo cuando tú empezasteí tuviste como hartas facilidades en el trabajo? ¿Qué te movilizó a darte cuentaí ? porque hay padres que están poco tiempo con las niñas, con sus hijos, pero no hicieron lo que tú hiciste, tú moviste todo tu mundo, tu sistema de trabajo para poder acompañar más a tu señora y todo eso. ¿Cómo fue ese período para ti? ¿Qué pasó ahí contigo para que decidieras hacer todo eso?ö

Voz 3: öBueno ahí, en ese entonces necesitábamos mucha ayuda los dos porque era difícil, un poco complicado porque teníamos otro hijo también, teníamos que cuidarlo.ö

(Alejandra llora y su padre se la entrega a la madre. Él recibe a Emilia en sus brazos).ö

Voz 3: öTeníamos que cuidar al Pablo también, haciendo tiempo para él. Llegábamos tarde a la casa porque la idea era estar mucho más tiempo igual con las niñas porque necesitaban mucho más cuidado, porque el Pablo ya estaba mucho más grande, independiente, estaba en la casa de nuestros papás, estaba bien cuidado también. Así que fue como fuerte, pero yo creo que tuvimos que cambiar así porque teníamos que hacerlo. O sea, yo creo que la Alejandra tenía que irse para la casa y tenía que quedarse con uno de los dos yo creo, que era lo más adecuado. Para mí, independiente que la hubiese cuidado la mamá de la Ceci o mi mamá, yo creo que no es lo mismo. Entonces decidimos, o sea, yo tomé la decisión de faltar al trabajo, pedir permiso, trabajar desde mi casa y estudiar también. Porque yo también estudio. Entonces, fue como bien complicado, estábamos pendientes de todo, de muchas cosas, o sea, de nuestro hijo, de las dos niñas, de mi trabajo, de todo.ö

Voz 1: ö¿Qué pasó con ese apoyo, qué sentiste tú?ö

Voz 2: öBueno, para mí igual fue más difícil, porque yo no lo veía como un proceso normal. Como en qué fallé?... por qué nacieron así? Eso era una angustia de dejarlas ahí.ö

Voz 1: öPero ¿tú habías hablado con tu médico? ¿Qué te decía él?ö

Voz 2: öQue iban a nacer antes. Cuando íbamos al control a la clínica, pasábamos y veíamos la Neo, y yo sabía que iba estar en la Neo. Miraba yí no sé, dos, tres días como algo. Pero como que lo aceptaba en ese momento, pero después cuando vi la situación ahí como que me afectó mucho, mucho, mucho.ö

Voz 1: ö¿Qué cosa te parecieron distintas de la que tú pensabas antes de que nacieran?ö

Voz 2: öQue estuvieron más tiempo, que eran muy chiquititas. Que la sondita para alimentarlas, que todos los días la pesaban, si subió o no subió, cuidado por ejemplo. Todo eso, me sentíí no sentí que enganché rápido. Como él decía que, biení no tienen oxígeno,

sólo les falta peso. Y yoí para mí era atroz. Y yo decía, òpero cuánto másö. Yo lo veía, así como 3, 4 meses, hasta fin de año, lo veía como lejano.ö

Voz 1: ö¿Y qué sentíasí ?ö

Voz 2: öAngustia, mucha angustia, lloraba, lloraba mucho. Era la única mamá de Neo que lloraba, lloraba, trataba de esconderme pero todo el mundo veía que lloraba.ö

Voz 1: ö¿Eso durante todo el periodo de hospitalización o fue en un principio?ö

Voz 2: öDe la Alejandrita que estuvo 15 días, todos los días. De la Emilia estuvo 39 días y sí hubieron muchas, muchas veces. Pero ya al final era como la angustia de llevármela pronto, pero igualí si todos los días me iba llorando. Pero sin el apoyo de Juan Pablo no hubiese podido, porque él me decía que era algo normal. Además, después conocí otras experiencias de mamás que decían òno, mi hijo tiene problemas al corazón, pero está bien va a salir adelanteö, òno mi hijo tiene malformaciónö, òno mi hijoí ö. Entonces yo decía, lo mío es una taza de leche con lo que están pasando las otras mamás, y son fuertes, yo tengo que entregarle esa fuerza a mi hija.ö

Voz 1: ö¿Y te hiciste amistades dentro de la Neo?ö

Voz 2: öSí, muy buenas amistades.ö

Voz 1: ö¿Y te sirvió para el proceso que tuviste que enfrentar acá?ö

Voz 2: öSí, sí, mucho, mucho. Por eso yo digo que fue un conjunto de cosas, el apoyo de mi esposo, el apoyo de otras mamás que estaban en la Neo, que cuando me veían llorar me apoyaban mucho, íbamos a almorzar juntas, íbamos al lactario. Nos dábamos ese tiempo de òvamos al lactario, a relajarnos, a tomar un jugo a entrarö. Porque estábamos todo el día con nuestros hijos. Y el apoyo de los médicos, de los técnicos, las matronas. Había una señorita que siempre me ayudaba con la Emilia, cuando yo recién la conocí, que fue muy fuerte para mí, ella me contuvo, entonces me ayudó mucho me dio mucha confianza. Entonces, cuando la veía que ella iba a estar del turno de noche yo me iba tranquiláí lloraba pero menos y me iba tranquila.ö

Voz 1: ö¿Te sentías segura?ö

Voz 2: öClaro. Los profesionales, todas las personas que me ayudaron salir adelante. Porque yo iba a los talleres que hacía la kinesióloga, la matrona y yoí con toda mi experiencia lloraba al tiro, lloraba. Entonces, fue aprendiendo muchas cosas y ahí fui dándome cuenta que hay mamás que sufren, que sus hijos están más mal, que a las mías les falta peso no más.ö

Voz 1: ö¿Qué pasó contigo cuando tuviste el primer contacto con tus bebés? En ese momento, el contacto físico.ö

Voz 2: ¿Yo no sabía si podía tocarla. A parte que yo quería decir como ¿ésta es mi hija ¿qué puedo hacer por ella?ö Pero trataba de hablar y lloraba, entonces tenía que calmarme, cuando iba a buscar a alguiení lloraba. Entonces, trataba, trataba, y decía ¿tengo que estar bien, tengo que darle fuerza a mi hija, ella está sintiendo esto, y tengo que estar bien, estar bien.ö Me hacía la fuerte ahí en ese momento. Y de repente entraba una matrona del Chile Crece y me dice ¿tómelaö y yo ¿cómo, qué?ö. Y me dice ¿sí, tómelaö.

Voz 1: ¿Estaba en incubadora?ö

Voz 2: ¿Sí, la Alejandrita, fue el primer contacto. Y me dice ¿tómelaö. Y yo no lo podía creer, pero cómo si está sin ropa, y me dio la confianza y me ayudó a sacarla y me dijoí emmí bueno, juntas la sacamos y yo le dije ¿no le tengo chal ni nada, pañal no másö porque como estaban dentro de la incubadora, yo decía cómo, está desabrigada y me dice ¿no, si vamos a tenerla contacto piel a pielö. Y ahí me la puso en canguroí y yo no lo podía creer y ahíí emm se me quitó ese llanto, ese dolor aquí, ese temblor en mi cuerpo, se me quitó.ö

Voz 1: ¿Y qué sentiste cuando la tuvisteí alguna emoción especial?ö

Voz 2: ¿Sí, sentí así comoí (hablando entre sollozos) que de nuevo la tenía dentro de mi guatita, pero me faltaba una, entonces igual fue como a la vez un poco triste. Porque tenía a la Alejandrita y la Emilia estaba en la UCI y me dio pena, sentí que el corazón se me aceleraba. Pero después dije este momento tengo que disfrutarlo con la Alejandra. Porque así, si puedo estar con la Alejandra, voy a estar con la Emilia. Y ella me calmó y me dijo que ¿sí, que era muy bueno lo que pensaba.ö Y disfruté ese momento mucho. Y entonces después llegaba con muchas ganas deí la tenía todo el momento ahí en canguro, y la sacaba solamente para alimentarla y hacerle la atención.ö

Voz 1: ¿Y después ibas a ver a Emilia?ö

Voz 2: ¿Claro.ö

Voz 1: ¿Y cómo te sentías con Emilia, cuando sabías cómo se sentía estar con la Alejandra?ö

Voz 2: ¿Quería tomarla, quería tomarla, pero era tan chiquitita yo no sabía si se iba a poder o no. Y de ahí después otra matrona me dijo que sí, que la podía tomar. Y también hice el canguro.ö

Voz 1: ¿Y qué pasó ahí, cuando hiciste canguro con la Emilia?ö

Voz 2: ¿Uyyí no quería moverme, la sentía tan chiquitita. Pero la Emilia fue como que altiro se apegó a mí.ö

Voz 1: ¿Y cuánto pesó en ese momento la Emilia?ö

Voz 2: ¿Como 1 kilo 200í Súper chiquitita.ö

Voz 1: ¿Fue parecida la sensación con Alejandra o fue diferente?ö

Voz 2: òFue diferente.ò

Voz 1: ò¿Por qué?ò

Voz 2: òPorque sentí que la Emilia, al verla tan indefensa, tan chiquitita ahí, dentro de la incubadora, sentí como òmamá, estoy bienò, eso, eso sentí, porque me la pusieron acá y yo veía que la Emilia o sea la Alejandra estaba más grandecita y que ya estaba bien. Pero yo decía a la Emilia le duele, algo le duele porque yo lo veía en su cara, era su cara triste. Se movía muyí con muchoí como con dolor. Entonces, eso era lo que a mí me angustiaba, yo la veía así yí y era horrible lo que yo sentía. Pero cuando me la pusieron acá en canguro, yo ahí sentí que la Emilia me decía òmamá, estoy bien, yo puedo, yo soy chiquitita pero grande,ò no sé, como fuerte. Y ahí me dejó tranquila. Yí yo estaba preocupaba porque no me salía mucha leche, o sea el suerito era muy poco en el lactario. Entonces, recuerdo que cuando me pusieron acá a la Emilia, yo ya había hecho canguro con la Alejandra, emmí estaba toda esta parte mojada, toda mojada, y yo òse hizo pipí, no está con pañal, ¿qué pasa?ò. Y era puro suero, pura leche, y fue el contactoí eso fue, lo que me ayudó mucho, me relajé, no sé cómo explicarlo. Y ahí la Emilia empezó a (gesticula imitando el mamar) y era tan chiquitita y me buscaba así. Y yo no lo podía creer, tan chiquititaí sintiera no sé si el olor, no sé pero queríaí me buscaba. Uyy yo estaba tan feliz, y ahí me fui a sacar leche, tenía más y ahí me empezaron a decir que podríamos ya de a poco, para que ella succionara.ò

Voz 1: ò¿Y cuál sería la emoción que tú podrías decirme, que empezaste a experimentar en esa época? Porque era diferente a la de un principio.ò

Voz 2: òEmmí òvamos a salir pronto de acá, eso, esa fue la perspectiva. Falta poquito tiempo. Ellas saben que soy su mamá y ellas están bien. Eso sentía así comoí esto se puede.ò

Voz 1: ò¿Y tú Juan Pablo sentiste ese cambio también?ò

Voz 3: òSí, así la Ceci mientras pasaban los días, la Ceci se veía mejor, o sea, se sentía ella queí las niñas estaban bien, que iban a salir pronto, y que estaban creciendo, que estaban subiendo de peso, que todo estaba saliendo bien.ò

Voz 1: ò¿Y tú estabas cerca, estabas acá con ella siempre?ò

Voz 3: òSí, sí.ò

Voz 1: ò¿Y qué pasó cuando tuviste el primer contacto con las niñas, contacto físico?ò

Voz 3: òFue comoí no sé eran como flaquitasí uno las toma. No sé nuestro primer hijo pesó arriba de 3 kilos. Entonces, no sé tomar una guagüita de 1 kilo y tantoí era como no sé, tan chiquito, tan frágil. Y no se los pañales recién nacidos le quedaban gigantes, era súper lindo igual.ò

Voz 1: ¿Pero cuando tú tuviste el primer contacto físico con ella? ¿tú tuviste contacto piel a piel?

Voz 3: Emm acá no, dentro de la Neo no.

Voz 1: ¿Cuándo tuviste contacto?

Voz 3: Emm en la casa, ¿Cuándo salió de acá? (dirigiendo la mirada hacia Cecilia, buscando confirmar la información) Sí, a unos 15 días con la Alejandra.

Voz 1: ¿Y cómo fue?

Voz 3: Bueno, fue ya un día que ya la Ceci tenía que irse para acá a la Neo, y ella me la dejó puesta como canguro. Yí fue bien, como especial porque, sentir supuestamente a la Ale que estaba adentro de la guatita, supuestamente así, era como medio raro. Sentía que se movía, que me pegaba sus pataditas, era como biení bien bueno. A parte que ella estaba taní cómoda, calentita, solamente con su pañal adentro, y estaba como bien cómoda, dormía mucho más que cuando a veces la vestíamos para tenerla encimita a veces, pero no, a ella le gustaba más el canguro. Ella siempre prefirió, no sé, le gustaba más el canguro, la Ceci como llegaba en la noche media cansada igual ella dormía conmigo de canguro.

Voz 1: ¿Durante cuánto tiempo estuviste haciendo de canguro así?

Voz 3: ¿Cómo cuánto? (dirigiendo la mirada hacia Cecilia, buscando confirmar la información) Como unas 2 a 3 semanas.

Voz 1: ¿Con Alejandra?

Voz 3: Sí con la Alejandra, y ya después la Alejandra, empezó a estar como más incómoda. Como que parece que le molestaba el calor.

Voz 1: ¿La mayor parte del tiempo estaba contigo?

Voz 3: Sí. Ya un momento como que el canguro ya leí ya cuando estaba más grande, ya como que le molestaba un poquito, estaba como más incómoda, como que el espacio era más reducido para ella yo creo.

Voz 1: ¿Qué sentías tú que le podías entregar a la niña cuando estabas en canguro?

Voz 3: Mmmí bueno, ahí en esos momentos era como especial porque era como, no sé, sentirla tanto y como que uno le puede entregar todo. O sea ponérsela aquí encima se sienten bien. Entoncesí fue emocionante. (Ambos se emocionan hasta las lagrimas y se miran entre si.)

Voz 2: Sí fue muy emocionante, los lazos que se... que uno piensa que una incubadora puede limitar los lazos. Pero esto del apego, y del canguro de que esto le diga a la persona ótómala, la confianza que a uno le entregan, que ómúdela, ótómele la temperatura, que la doctora le diga óuy, esta niña va súper bien, queda poco, que a una la van alentando, la

misma ayuda de la psicóloga, la matrona, todo el mundo hace las cosas para que una se sienta bien. Ya después era como, venirme prontoí para hacerle canguro a la Emilia porque yo sabía que a la Alejandra quedaba en súper buenas manos. Porque el bienestar que le entregaba mi esposo en el canguro, era algoí no séí fuera de los alcances profesionales se puede decir. Porque una incubadora, quizás los papás piensaní ño, no voy a meter la mano, no lo voy a molestar, no lo voy a tocar para no molestarlo.ö Pero yo sentía que mi hija se sentía feliz al estar en canguro, al tocarla. Entonces, eso que los papás no piensen que la incubadora a uno lo limita porque los lazos pueden ser aún mayores, aun mayores. Porque que el papá haga canguro, es comoí obviamente los lazos soní fuerte lo del papá, pero con la mamá siempre los lazos son aun mayor con los niños. Y en este caso aquí se puede decir que nosotros tenemos los mismos lazos. Yo me doy cuenta de eso porque las niñas presienten a su papá, emmí sobre todo la Alejandra porque ella estuvo en canguro con él. Y fue algo que nos hizoí tener confianza y saber queí no se perdió tiempo, sino que se ganó. Se ganó tiempo, se gana experiencia, se ganó cariño, amor, afecto, bienestar.ö

Voz 1: ö¿Y a ustedes como familia, cómo les influyó esta experiencia?ö

Voz 2: öBueno, tener un hijo prematuro es muy difícil, muy difícil, muy terrible. Pero es la forma en que uno lo sobrelleva nos unió, nos unió a todos. Hasta el Pablito hizo canguro también y eso a él le encantó, se sintió partícipe, emmí lo encontraba maravilloso, fue una bendicióní una gran bendición. (Ambos se emocionan nuevamente.)ö

Voz 1: ö¿Ustedes tuvieron apoyo de la familia en general?ö

Voz 2: öSí.ö

Voz 1: ö¿Quien los apoyó, y en qué sentido?ö

Voz 2: öDe ambas familias. Emmí nuestros papás y hermanos muy presentes y en las evoluciones de las niñas, en el cuidado de nuestro hijo. Emmí sí, muy presentes. Peroí el apoyo de mi esposo fue fundamental, de mi hijo y esposo. Porque yo no quería hablar con nadie, no quería que nadie me llamara por teléfono. Yo solamente quería llegar y los que me controlaban eran mi esposo y mi hijoö

Voz 1: ö¿Por qué no querías hablar con nadie?ö

Voz 2: öNo lo séí nunca lo he entendido bien pero no queríaí por ejemplo yoí yo llamaba el colectivo a la casa y no quería que nadie me preguntara por las niñas. No queríaí sentía como que había fallado porque sentía que todas las mamás vuelven con sus hijos. Entonces, no quería que nadie me viera sin guata en la calle y que me preguntara ñoh, ya tuviste tu guagüitaö, no, no sé, no quería eso. Quería salir de la casa y que me preguntaran cuando estuviera con ellasí no decirle están en la Neo, no.ö

Voz 1: ¿Y cuando la Alejandra se fue de alta, qué pasó contigo, qué sensación?ö

Voz 2: öBueno, cuando me fui primero yo de alta fue terrible. Porque me iba sin mis hijasí Y yo veía arriba a las mamás que les daban luego a sus hijas, me provocaba una angustia muy grande. Ese díaí mi esposo y mi hijo me ayudaron mucho, mucho, porque me hicieron sentir que iban a estar bien cuidadas acá. Yo sabía que iban a estar bien, pero no estaban conmigoí Entonces, ahí me explicaban todo el camino ömamá miraní ö, entonces yo me di cuenta que estaba siendo un poco egoísta porque el Pablito que vivió el proceso súper difícil, porque si yo la estaba pasando mal con una hija en la Neo, el estaba sin su mamá, sin su papá, y sin sus hermanas. Entonces era más difícil, y ahí sentí puchaí ömis hijas van a estar bien, me voy pero mañana regreso y tengo que regresar bien para ellas y tengo que estar bien para mi hijo.ö Entonces, traté de calmarme y al otro día muy temprano me vine a cuidarlas. Y ahí andaba entre una y la otra, una y la otraí Incluso, entre atención y atención, me esperaban para que le diera pecho y todo. Más de alguna vez tuve que priorizar a quién le daba primero, porque la Emilia como era más chiquitita, ella no succionaba todavía, entonces la Ale tomaba directo del pecho. Entonces, tuve que darle más a la Alejandra y a la Emilia le daban por sonda. Y después trabajar con la Emilia. Y la Kinesióloga me ayudó mucho mucho, porque ella le hizo todo el proceso deí para que ella succionara, trabajaba en todas las atenciones, yo las pesaba antes y después del pecho, emmí lo único queí quería era que comiera bien, que se alimentara. Entonces, para mí el tema de la leche, todo eso, tratar de que succionaran era muy importante, cuando ya vi que ellas tomaban bien, me sentía feliz. Porque de darles pecho, en la noche mi esposo me ayudaba a sacarme la leche, la guardábamos esa leche, me sirvió cuando veníamos a ver a la Emilia y la Alejandra se quedaba allá. En el lactario también me ayudaba mucho. Ya después la experiencia de ser traumante y difícil pasó a ser uní comienzo.ö

Voz 1: ö¿En qué momento comenzó a ser un cambio, que te hizo sentir como un comienzo como dices tú?ö

Voz 2: öCuando las niñas empezaron a alimentarse, cuando empezaron a succionar.

Entrevistadora: ¿Y para ti también lo viviste así o tu de antes lo vivías así? (Dirigiéndose al Padre)ö

Voz 3: öNo, una vez que empezaron a mamar ya era como yaí ya de aquí para adelante era más fácil, porque decía, que le den solamente relleno o solamente mamera o por sonda iba a ser como más difícil que subieran de peso. Entonces si iba ser así de forma natural, que mamara por ellas, por sí mismas era como no sé, que ya las cosas estaban mejor.ö

Voz 2: òClaro, o muchas veces me decían òpero quédate en la casa, relájate si ahí igual le dan rellenoö, yo decía no, mi leche, tengo que ir al lactario, tengo que ir cada vez que puedo al lactario para dejarles leche, para la nocheí no, tengo que ir. Trataba de ir lo más temprano posible, yo sabía que eso eraí tiempo que les jugaba en contra a mis hijas, que tenía que alimentarlas, que tenía que dejarle leche. Entonces me venía tranquila sií vuelvo a repetir: para mí Juan Pablo fue muy valiente y me ayudó mucho, mucho, mucho porque me venía tranquila. Porque o si no, cómo me hubiese venido dejando a una de mis hijas allá y la otra acáí entonces, como que ya, nos dividimos y nos resultó muy bien.ö

Voz 1: ò¿Cuándo estabas sola con Emilia acá en la Neo ¿cómo te sentías en ese tiempo hasta el alta?ö

Voz 2: òMe sentía contenta porque estaba con ella todo el tiempo. Y después llegaba a ver a la Alejandra, entonces me sentía contenta. Le entregaba todos los cuidados a la Emilia, iba de dejarle lechecita sólo para ella, hacíamos canguro, era muy maravillosoí (Ambos se emocionan hasta las lágrimas ante el balbuceo de Emilia, quién dirige la mirada hacia a su madre) ¿Cierto, Emilia? (mira a Emilia en brazos de su padre). A parte que veía que todo el mundo las conocía, las cuidaba, yo digo queí el hospital y cada profesional que nos ayudóí nos contuvo, nos cuidó a las niñas. Súper agradecidos, súper agradecidos. Yo creo queí nunca, vamos a poder pagarí lo que hicieron en la Neo por nosotros. Por eso yo decía como que, de algo tan traumante pasó a ser algo comoí que ahí nos entregaron comoí la mayor felicidad que podemos tener en estos momento que son nuestras hijas, con en conjunto con nuestro hijo.ö

Voz 1: òUna familia maravillosa, súper valiente.

Voz 2: òSí. Y agradecida, muy agradecida de Diosí y de todas las personas que nos ayudaron acá.ö

Voz 1: ò¿Qué sienten de que ahora están tan grandes?ö

Voz 2: òOrgullosos nos sentimos de ellas, a parte que son tan chiquititas, ahora son conversadoras, juguetonas, buenas para comer. Creo que nunca voy aí voy a poder olvidar lo que nosotros vivimos acá.ö

Voz 1: òPero al verlas ahora bien ¿qué recuerdo te queda? La visión general con respecto a las neo, cuando las niñas estaban hospitalizadas.ö

Voz 2: òQueí bueno, que las cosas tienen que pasar para ser más fuerte. Como un lindo recuerdoí por eso al principio fue traumante, pero después un lindo recuerdo, es un lindo recuerdoí porque yo puedo decirle a cualquier mamá òse puede, se puede salir adelante, hay

que tener fe, hay que ser constante con la leche, que eso ayuda mucho a los bebés yí y que oigan todos los consejos que le dan las personas de la Neoí ö

Voz 1: õ¿Ustedes les recomendarían el método canguro a otros padres?

Voz 2: Sí, cien por ciento. Tanto intrahospitalario emmí como fuera del hospital. No, súper bien, súper bien. (Ambas bebés comienzan a llorar) A parte que el estímulo que los bebés reciben es mucho mejor que la incubadora, no se... A parte que para uno como padreí la confianza que se adquiere en el canguroí (Los padres se intercambian a las bebés, y estas cesan de llorar.) Así uno tiene más confianza, le entrega mayor bienestar para sus hijos, y esa la tranquilidad que uno tiene ellos la perciben. Sí, es muy bueno, muy bueno, ojalá que eso siempre existiera.ö

Voz 1: õGracias a ustedes también por todo lo fuerte que han entregado, y por contarnos su experiencia que realmente da un ejemplo de perseverancia y esfuerzo y unión como familia, para demostrar que juntos se puede. Y para demostrar que el apoyo de un marido que esté tan afiatado a la crianza de los bebés no es común, es difícil, es difícil encontrar ese nivel de compenetración con los bebés. Y en realidad con el canguro se ha visto que los padres se unen mucho más con los hijos, y que los vínculos son mucho más seguros. Yo creo que eso tiene que ver con el grado de amor que entregan los padres y la capacidad que tienen de entrega. Y la verdad que ahí uno se da cuenta que para entregar amor no hay que ser no hombre ni mujer, sino que simplemente hay que estar con los hijos y entregar lo mejor de cada uno. Ustedes lo han demostrado. Realmente felicitaciones por eso.ö

Voz 2: õMuchas gracias a ustedes, porqueí porque nosotros quizá hubiésemos estado acá con nuestros hijos, mirándolos desde fuera de la incubadora, porque uno piensa para no molestarlo, para no incomodarí pero se gana mucho más tocándolo, haciéndole canguroí pero uno esas cosas no las sabe. Entonces, gracias a ustedes por darnos la oportunidad de seguir atando lazos con nuestras hijasí porque no por ser prematuro y que ya salga de la guatita ya se acabó eso, sino que uno genera, al tenernos como canguro, genera, quizá, yo creo que la misma sensación, de bienestar y tranquilidad. Así es que muchas gracias, gracias a ustedes.ö

- **Entrevista Caso II**

Voz 1: *Entrevistadora*

Voz 2: *Madre*

Voz 3: *Padre*

Voz 1: Buenos días.

Voz 2: Buenos días.

Voz 1: Para nosotras es muy importante, conocer su vivencia con respecto a la prematuridad de Isidora, es fundamental para mejorar nuestra práctica en el hospital. En ese sentido necesitamos que nos cuenten como ha sido el período desde que nació Isidora a la actualidad. ¿Cómo ha sido la experiencia emocional que han tenido que vivir durante este periodo?

Voz 2: En un comienzo igual fue difícil, emmmí porque uno nunca está preparado para enfrentar la prematuridad y los problemas que puedan venir debido a eso, pero después tú, uno mismo vaí

Voz 3: Va viendo cómo se desarrolla el bebé y uno cree nunca fue prematuro usted lo ve como vaí

Voz 2: Y ahora no tiene ningún problema, está súper bien, esta sanita, esta creciendo. Esta dentro de su talla, esta normal, su pesoí todo, entoncesí
(Risas)

Voz 3: Nadie piensa que fue prematuro, yo tengo un tío que ni sabía que era prematuro, nació de 7 u 8 meses también y no sabía.

Voz 1: No se le nota que fue prematuro.

Voz 1: ¿Cuándo Isidora estuvo acá en la Neo, cómo fue cuando nació, el primer contacto, si tú la viste, como fué?

Voz 2: Si yo la vi.

Voz 3: A todo esto, yo fui a buscarla y yo me había ido recién de aquí, era horario de visita. Me fui y me tuve que devolver al tiro y llegué y entre y todavía no la bajaban y me fui a parto y la veo ahí entrando y me dijeron ño si se va a demorar hartoo, tuve que ir para afuera y me llaman de nuevo adentro y no alcanzo ni a vestirme, yo me *meto así no más* y veo cuando nació, si nació en la camilla, si ni siquiera alcanzó a entrar a pabellón. En eso sale y la veo llorando y preguntan ¿Dónde está el papá de la guagua? Y yo salto y digo ñAquí estoyö y salto yí

Voz 1: ¿Qué sentiste cuando la viste por primera vez?

Voz 3: Alegría, no sabíamos que era tampoco.

Voz 2: No, no sabíamos era una sorpresa.

Voz 3: Nos llevamos una sorpresa al momento de verla y me dijo: ò¿viste? Fue niñita.

Voz 2: Y yo le digo; òfue niñitaö, le dije, ò¿Qué es?ö, y me muestra su *potito* y yo digo; òes niñitaö. Me la ponen en el pecho y me la sacan al tiro.

Voz 3: De hecho la llevaron para pesarla.

Voz 1: ¿Que sentiste cuando te la pusieron en el pecho?

Voz 2: Eso esí es algo inexplicable, yo creo que solamente una mamá lo puede entender yí es algo muy lindoí muy lindo. Y aparte que haya tanto tiempo aquí tanto tiempo aquí, hospitalizada esperándola.

Voz 1: ¿Cuánto tiempo estuviste acá?

Voz 2: Como, dos meses hospitalizada esperándola, esperando ese momento, y ver que ella había nacido y ver que, aparte de su prematurez no tuvo ningún problema más , eso fue lo mejor.

Voz 3: Eso fue lo mejor, y ver después que ella había nacido, le entró infección, menos mal que le paso después que había nacido la bebé o si no hubiese sido peor.

Voz 2: Hubiese sido peor mientras, si ella hubiese estado dentro de la guatita.

Voz 3: Cómo que ella misma hubiese querido salir antes.

Voz 2: Eso me explicaban que también después, quizás la infección hizo que ellaí apurara el parto, porque tenía para, por lo menos, una 4 o 3 semanas más para haber nacido.

Voz 2: Ella nació súper bien, ella está mucho mejor, yo siempre dije; òella está mejor que yoö.

Voz 1: ¿Cómo fue cuando la vieron por primera vez en la incubadora?

Voz 3: Yo la primera vez no estuve ení ¿esa *cuadrada* también es la incubadora o la con tapa también es?

Voz 1: No, la *tapadita*.

Voz 3: Si porque primero entro en esa *cuadrada* y ahí estuvo un día y verla así no se podía ni sacarle fotos, yo le sacaba fotos por todos lados.

Voz 1: ¿Igual le sacaron fotos?

Voz 2: Todos lo hacen.

(Risas)

Voz 3: Para verla, para mostrarla, porque uno no puede ni grabarla, no se puede hacer nada adentro, como salí en el momento.

Voz 2: Igual encuentro yo, eso es fome verla así, porque uno siempre se imagina tener una guagüita, entre comillas, normal, o sea tener un parto normal, que te entreguen a tu guagüita, que te la pasen y tu puedas alimentarla, vestirlaí es como complicado en cierto modo, verla y

prácticamente no te dejan tocarla, tener que pedir permiso para ver si la puedes tocar o no. Y verla con cables, con respirador.

Voz 3: Como que no estuvo mucho tiempo, estuvo como una semana.

Voz 2: Pero eso es complicado, porque tú siempre te imaginas, como un parto es lindo, es todo es lindo, que la misma guagüita al tiro.

Voz 1: Algunas emociones que puedes reconocer en ese momento cuando la vieron con los cables.

Voz 2: A mí me dio penaí me dio pena, porqueí alegría en cierto modo porque la ves e igual está ahí, ya nació y está ahí, pena porque la ves conectada tan *chiquitita* y con catéter y cosas por el estilo. Que yo también los tuve y duelen, yo sé que duelen tenerlo y al momento que uno se mueve más te duele. Entonces ver que ella tan chiquitita, tener que estar tan conectada, eso me daba pena.

Voz 1: ¿Y a ti que te pasó como padre?

Voz 3: Yo quería llevármela, quería que saliera luego de ahí. Yo vi que fue todo rápido, no pensé que iba a estar tan poco.

Voz 1: Te imaginaste más tiempo allí?

Voz 3: Si pues.

Voz 1: ¿Estuviste hartoo tiempo con ella?

Voz 3: Si, todo el día.

Voz 1: Si, estaba muy cerca.

Voz 3: De las 2 tenía que estar.

Voz 1: ¿De las 2?

Voz 3: Yo llegaba a las 12 y me iba a las 8 de la noche, a las 9 para poder llegar a la última visita.

Voz 1: ¿Cómo te sentías tú en ese período?

Voz 3: Bien, yo venía apoyar a las 2 para que estuvieran bien. Si ellas estaban bien yo estaba bien. En un momento a mi señora la vi mal un poco, pero después salió adelante y resulto todo bien.

Voz 1: Siempre tuviste mucha fe en todo, ¿no?

Voz 3: Si, siempre decía no, sinoí

Voz 4: El nunca flaqueo.

Voz 2: El era el que realmente me daba fuerzas, porque a mí ya en un momento, no me sentía bien, en todo aspecto. Emocional, físico, él me dio fuerza para seguir, aparte no me dejaban ver a mi hija, por la infección, por todo los raspajes que tuve, por todas las complicaciones

que presente postparto, si no hubiese estado él ahí yo noí hubiese sido todo muy diferente. Es como un bastón que siempre está ahí, que siempre te va a apoyar y siempre te va a dar una palabra de aliento. Ella lo lindo que tenemos. (Dirigiéndose a su hija)

(Tos del bebé)

Voz 1: ¿Y cuándo tuviste el primer contacto con ella, cómo fue? Luego del contacto que fue en el parto.

Voz 2: Yo ahí pedí si la podía sacar. Yo la sacabaí estaba con ella, incluso ese día yo bajé sola y me quedé dormida con ella (risas), en los brazos, me quede dormida con ella, porque ella dormía, entonces yo la mirabaí yo solamente la contemplaba.

Voz 1: ¿Qué sentías cuando la contemplabas?

Voz 2: Es que yo la veía bien, yo la veía biení cuando yo la podía tomar, ya es un avance si te dicen si la puedes tomar o no, para mi eso era genial, entonces yo la tomé, la miraba y era tan linda, estaba ahí y era tan pequeñita, que te daba *cosa* a veces tocarle algo y pensar que le podías hacer daño, entoncesí era súper contenta ella.

Voz 3: Ella estuvo como 2 semanas en la incubadora, una semana y media más o menos y después pasó a cuna y de ahí la tomábamos a cada rato.

Voz 1: ¿Si?

Voz 2: Si.

Voz 3: Estaba todo el rato en brazos cuando nosotros llegábamos.

Voz 1: ¿Cuándo tú tuviste el primer contacto con ella, como fue, cuando la tomaste por primera vez?

Voz 3: Cuando empecé a mudarla yo la mudaba, pero dejaba que la tomara laí .

Voz 1: ¿Pero cuando María estuvo hospitalizada?

Voz 3: Era bonito, porque yo la veía chiquitita , era bonito estar con ella, tenia que darles más fuerza también, porque tenia que salir adelante y no le pasara nada, la llenaba de besitos para que no le pasara nada a ninguna de las 2, todo el día, hasta que la entregaron.

Voz 1: ¿Y cuando tú la tomabas que sentías, la sentías a ella, como? ¿Qué sentías que se sentía ella cuando estaba en tus brazos, cuando estabas en contacto contigo?

Voz 3: La sentía míaí Joséí que era fruto de nuestro amor que todo estaba bonito y que ella estaba bien.

Voz 1: ¿Y tuviste el contacto piel a piel contigo?

Voz 3: Si, cuando hicimos canguro

Voz 1: Y ¿como fue eso?

Voz 3: Ahí estaba súper apegada a uno, como si fuese un *cangurito*, apegadita, como que quedaba ñasí, y ni se movía, era bonito estar con ella así, sentí todo, su respiración, todo.

Voz: ¿Si? Y a ti María cuando lo tuviste en el canguro ¿Que sentiste, como lo viviste eso?

Voz 2: Ní Es como volver a sentirla, dentro de tu guatita, en cierto modo, porque es como casi la misma sensación que a veces se mueve, porque ella nace y es chiquitita y ella no se me mueve, una guagüita recién nacida, entonces se movía bien poco y ella a veces se movía, pero siempre estabas *quietita*, sentía ese calor, que ella me daba y yo le entregaba. í es lindo. Bueno para mi ella es especial.

(Risa)

Porque pasamos muchas cosasí muchas cosas.

Voz 1: ¿Y ustedes sienten que por esta prematurez de la niña ustedes se unieron más con la pareja?

Voz 3: Siempre hemos sido unidos.

Voz 2: Siempre hemos sido unidos, pero yo siento que él me ha dado mucha fuerzaí él me ha dado mucha fuerzaí mucha fuerza, porque en todo caso igual seguimos pasando cosas que han sidoí que no se esperaban con respecto a la enfermedad y él nunca me ha dejado y él se queda con la niña, él le da leche a la niña, entonces él nunca ha dejado de lado la niña y ni a mi hija, no sé, él siempre ha estado ahí, yo no sé cómo agradecerle todo lo que ha hecho por mí

(La bebé balbucea y la madre le dice ñcierto que sí, se la pasa a el papá, dice que con él se queda más tranquila, ríeí con él se queda dormida)

í Ciertamente que sí.

Voz 3: ¿Esta media inquieta?

Voz 1: Parece que quiere estar con él. Que *chiquitita*.

Voz 2: Bueno, ahí se queda más tranquila.

(Risitas)

Con él se queda dormida, sí, eso es verdad

Voz 1: ¿Se sintieron apoyadas por la familia o alguien en especial?

Voz 2: Sí, siempre, de hecho en ese momento fue que realmente sentí que realmente estaba apoyada, aunque en algún momento por mi familiaí sentí no un rechazo por mi familia, pero como que no eraí ahí realmente sentí que me apoyaban, que ellos estaban al lado mío.5

Voz 1: Y si tú pudieses hacer como una mirada retrospectiva, hacia atrás, mirar, ¿Cómo han cambiado hasta hoy? ¿Tú podrías decir, más o menos cual sería las emociones que hubieron

en un principio y las que existen hoy día con respecto a la vivencia de todo el proceso de crecimiento de la niña?

(Risas)

Voz 3: Es bonito que está bien, sana, como verla crecer todos los días, va creciendo de a poquito, que siente bonito verla crecer rápido y verla así tan hermosa, preciosa.

Voz 2: Yo digo también lo mismo, que es como lo más importante. Gracias a Dios ella no ha tenido ninguna complicación que ha estado sanita, que ha estado bien y que todos en la casa, es como un centro de distracción. A donde vamos todos nos dicen; òla guagüita que lindaö. (risas) De hecho no ha cambiado mucho lo que siento, porqueí porque todavía esta lo lindo que uno vive y aparte que ahora yo estoy bien, ella está creciendo, está bien, no séí es que no sabría ni siquiera como explicarte bien lo que siento.

Voz 1: ¿Pero es una inmensa satisfacción?

Voz 2: Si, una satisfacción total, feliz, contentaí verla así tan bien.

Voz 1: Con respecto a la NEO, ¿Cómo sintieron ustedes que fue la atención en la NEO?

Voz 2: ahí Súper, yo ahí no tengo nada que decir y en todo aspecto aquí siempre me atendieron súper bien, siempre, siempreí yoí mi hija siempreí nunca algún problema, la matrona, laí la pediatraí

Voz 1: ¿Tendrías alguna sugerencia para el servicio, para la unidad, algo que te quedo dando vueltas, que no te haya parecido o algo que te haya gustado mucho?

Voz 2: Es que a ver, a mi no todos me hablan bien del San José, por ejemplo. Y yo digo están errados yo tuve otra hija aquí, y nunca he tenido ningún problema, siempre me han atendido súper bien, ninguna queja, ni por los auxiliares de servicios, ni por las enfermeras, ni por las matronas, nadie, de hecho, y siempre un apoyo, o seaí siempre, estuvieron ustedes, que una vez yo tampoco me comporte muy bien, me pillaron en un mal momento, estaba mal y no les respondí como debería haber sido, o sea sentía rabia, sentía pena y tenía dolor, emmmí y a mí nunca me trataron mal, nunca, nuncaí a pesar de todo el tiempo que estuve, (risas) me aguantaron. Yo no tengo nada que decir en la atención. Bueno pongámosle una nota, si es del 1 al 10, yo le pongo el 10 de verdad, yo no tengo nada que decir, yo en todo momento estuve bien. Me ofrecieron sala sola, y estuve sola por mis complicaciones, por todo y nadie me puso ningún pero y nada, yo no tengo nada que decir.

Voz 1: Y tú Osvaldo, ¿había algo como que pudiera aportar, con respectoí porque tu eres papá, es otra historia como es con las mamás en la NEO?

Voz 3: No igual, incluso me dieroní permiso para verla más, porque estaba así, de estar mas con ella, para apoyarla mas.

Voz 2: Si pues, podía estar todo el día.

Voz 1: A diferencia de otros papás que pueden estar solo un rato.

Voz 3: Sí no, estuvo bien, todo bien.

Voz 1: Que bueno. Con respecto al método canguro en si, les quiero preguntar, si ustedes ¿le recomendarían el método a otros papás, si sienten queí que sienten con respecto si les sirvió en realidad para poder vivir la prematurez de distinta forma?

Voz 2: Es recomendable porqueí es otra forma deí

Voz 3: Ellos se sienten más apegados a uno.

Voz 2: Si, les entregas más calor, uno lo siente másí cerquita.

Voz 3: Es un vinculo másí

Voz 2: Es otro vínculo que se va formandoí lo sentí como que uno le da más apoyo al bebé en si.

Voz 3: Es bueno.

Voz 2: Es recomendable total para todos los papás que están en la misma.

Voz 1: ¿Encuentras algún pero o algún contra, algo que te haya provocado alguna emoción contradictoria, temores o algo?

Voz 2: Naí tuve un temor pero quizá que se me podía caer, pero cosas así no más, pero cosas así nomas, yo pensé como uy ¿si la dejo solita y si no la estoy afirmando, se me caerá la niña? Pero cosas así no más, pero no porque ahí tu sientes a tu guagüita, la sientes respirar, la sientes cerquita, estas tu entregándole tu calor y ella entregándote el suyo, entonces es como un apoyo que uno le da a la niña, en mi caso.

Voz 1: ¿Y en la casa tú le hacías el canguro también?

Voz 3: Si pues cuando llegaba de la *pega*, del trabajo.

Voz 1: ¿Y dormía contigo?

Voz 3: Si, siempre dormía en el pecho de uno.

Voz 2: Y sigue durmiendo en el pecho, eso quedó, si sigue durmiendo en el pecho.

(Risas)

Voz 1: Regalona. Y se te hizo complicado dormir los primeros meses con ella, ¿o no?

Voz 3: No.

Voz 1: ¿No?

Voz 3: De repente si, porque quedaba incómodo se me dormía el brazo de un lado.

Voz 2: Es que tenia ese miedo de, ¿Ay y si la aplasto? Típico que los primeros días la pones en la cama, no la vay a poner en la cuna, la queris lo mas cerca posible que no le vaya a pasar nada. Entonces uno dormía en una esquina y el otro dormía en la otra esquina, la niña al

medio, entonces; òya, nadie se mueve, de aquí nadie se mueve. ¿Y si la aplastamos? No te movai, cuidado con la niña, la niña lloróí ay la niña lloro en la nocheí era revolución en la noche (risas)ö.

Voz 1: ¿Tienen algo más que agregar, algo más que rescatar de todo este tiempo vivido, desde que nació la niña?

Voz 2: Noí yoí trataría de mostrar mi felicidad no mas, que estamos muy contentos, que estamos súper bien y que la niña, eso es lo más importante para nosotros, que está sanita, que no ha tenido ninguna complicación como te he dicho en todo momento yí no seí yo me siento bien y todos nos han ayudado, o sea todosí en parte ustedes, psicológicaí el canguro, mientras estuvimos acá en la NEO. Todo, todo ha sido en parte paraí para la fuerza que nosotros necesitábamos, para poder aprender aí tratarla a ella, porque igual tiene ciertos cuidadosí especiales en su momento, en su momento, porque fue cuando salió. Pero no ahora estamos súper bien, súper contentos, estamos felices, estamos radiantes.

Voz 1: Bueno, muchas gracias por todo, le queremos agradecer, en realidad por todo lo que nos han entregado y también por lo admirados de la evolución de la niña, se nota que hay un amor inmenso en todo esto, que ver el milagro que ella está bien, que también tiene que ver con ustedes, lo que ustedes han hecho, con todo el amor que le han puesto, felicitaciones.

Voz 2 y 3: Gracias.

- **Entrevista Caso III**

Voz 1: Entrevistadora

Voz 2: Madre

Voz 1: Buenas tardes.

Voz 2: Buenas tardes.

Voz 1: A nosotros nos gustaría mucho saber como ha sido el proceso desde que nació Alicia, como ha sido desde que nació ella hasta la fecha emocionalmente hablando.

Voz 2: Al principio igual me dioí la primera vez que la vií me dio penaí verla en la incubadora y todo eso, además igual se demoroí me demoré, no la vi el primer díaí y después venia y no me quería ir. 1a

Voz 1: ¿Después de cuantos días la viste?

Voz 2: Al segundo díaí y ahí después ya no me quería ir, despuésí cuando me dijeron lo del Canguroí yo igual pensé, o sea obvio que sí, pero no pensé que me la iba a llevar tan luego. Y me recuerdo que ese día la doctora fue, y me dijo; ñno, si ya se vaö.

Voz 1: ¿Y cuando saliste de pabellón, la viste de inmediatamente?

Voz 2: No si ahí yo la conocí al segundo día.

Voz 1: ¿No la escuchaste tampoco?

Voz 2: No tampoco lloro.

Voz 1: ¿Y que pensabas mientras tanto que no habías sabido nada de ella?

Voz 2: Lo que pasa igual allá en Neonatología no se puede sacar fotosí pero mi pololo sacó, entonces élí me llevó dos fotos y ahí yo la vi, pero no me imagine que era tan chiquititaí y después la vi y era súper chiquitita.

Voz 1: ¿Y que sentiste esa primera vez que la viste?

Voz 2: Me dio comoí me dioí yo quería verlaí y como se llamaí y después pregunté por ella y me dijeron; ñno ella estáí ö. La fui a ver e igual me dio pena, porque tenia esa maquina sonando y todo eso. Como que quería tenerla, abrazarla, porque se veía tan frágil. 1a

Voz 1: ¿Estaba en incubadora?

Voz 2: Si.

Voz 1: ¿En cuantos días tuviste contacto con ella, en cálculos generales?

Voz 2: Ese mismo día me dijeron; õ¿Te lavaste las manos?.. õSi se puede tocarö, me dijeron; õmira mete las manitos por aquíö, igual me daba como miedo tocarla, porque era tan chiquitita

y además igual tenia ahí una aguja laí entoncesí ya mi niñaí (dirige su comentario a la bebé, la cual balbucea y se encuentra inquieta)

Voz 1: ¿Y que sentiste cuando la tocaste por primera vez?

Voz 2: Yoí me dioí lo que sentí, igual nuncaí nunca antes lo había sentido y no se me dio miedo igual donde era tan chiquitita, pero después quería solo tenerla.

Voz 1: ¿Cuándo la tuviste encimita tuyo, contacto piel a piel, como fue?

Voz 2: Ese día me dijeron; õ¿Va hacer Canguro *mami*? Y yo le dije õ¿Qué era eso?, yo no tenia idea que era eso, õno, te la pones aquí en la polera y eso es todoö. Y me dio como õcosaö, porque era tan chiquitita y pensaba que se podía ahogar y después se quedó ahí *tranquilita*, todo no seí le gustaría, que se yo.

Voz 1: ¿Y como te sentiste tú?

Voz 2: Me gustó, me sentí súper feliz, porque ya la tenía í õya mi vidaö (comentario hacia la bebé quién llora levemente, la madre le pone el pecho la bebé se tranquiliza)í pero después de eso a ella le dio hambre, también me hicieroní

(Llantos del bebé)

í también me hicieron darle pecho por primera vez ese día y yoí yo le di y todo y justo ese día se hinchó por eso por el pecho.. y fue como al rato después me recuerdo que le di pecho y se quedó durmiendo, quedo bien y todo, y me fui a sacar leche, volví y ya estaba *hinchadita*. Y mas encima le había bajado la temperatura, entonces igual me preocupe, me dio pena, ese día me recuerdo que llegue a la casa y puro llorando.

Voz 1: ¿Y le contaste a alguien lo que te pasaba?

Voz 2: Si, mi pololo sabía, mi amiga.

Voz 1: ¿Y como te sentías, apoyada?

Voz 2: Si, sí ese día igual yo llegué y estaba justo mi pololo en la casa, por que esa vez tenia licencia y justo estaba ahí y él me apoyo y todo. 3a

Voz 1: ¿Y él también venia a verla acá?

Voz 2: Si.

Voz 1: ¿El hizo Canguro con ella?

Voz 2: Si también hizo, pero en la casa, él venia en las tardes eso si.

Voz 1: ¿Y cuantos días estuvo en la incubadora Alicia?

Voz 2: 11 días.

Voz 1: ¿11 días?

Voz 2: 11 días, pero igual después costó más sacarla a la cuna, por la temperatura, pero después ya tenia todo bien, tomaba pecho y todo.

Voz 1: ¿Sentiste tú que la incubadora era un obstáculo para poder contactarte con la niña?

Voz 2: Claro, si pues, pero igual sentía que ahí estaba como segura.

Voz 1: ¿Y contigo como la sentías?

Voz 2: Ahí también la sentí, como súper cerca de mí.

Voz 1: ¿Pero no te daba la misma sensación de seguridad de que ella estuviera bien contigo?

Voz 2: Si obvio, donde pasaba todo el día y estaba pendiente de ella que todo el día. 2a

Voz 1: ¿Crees que hubiera sido distinto tú relación con la Alicia en un principio, si no hubiera estado tanto tiempo en la incubadora?

Voz 2: Bueno, no creo, es que no sé siempre he sentido, que lo que siento por ella es comoí no sé, no podría explicarlo, es como felicidad, no sé Es súper grande lo que siento por ella, o sea todo lo que siento, todo lo que tengo lo hago por ella. No se si hubiese sido diferente.

Voz 1: ¿Si tu pudieses mirar para atrás y decir; yo sentía antes esto y ahora sentía esto de cosas, que podría contarme, que sentiste al principio, si tus sentimientos iban cambiando de a poquito?

Voz 2: Claro, igual al principio igual sentía miedo, temerí

Voz 1: ¿Miedo de qué?

Voz 2: Porque podía estar un día bien en la incubadora, pero otro día podía no estar tan bien, entonces igual me da miedo eso y además yo le preguntaba al doctor, cuando me la podía llevar, porque yo quería tenerla conmigo,1a entonces me dijo; ões relativo, solo Dios sabe, puede pasar meses estando aquíõ. Y yo quería tenerla conmigo, obvioí y por eso sentía miedo y después ya me fui acostumbrando a estar aquí y lo único que después quería era estar con ella, con ella, con ellaí y después ya me dijeron; õte la puedes llevarõ, fue como, uhhhí ya esta bien, la voy a cuidar yo.

Voz 1: ¿Ahí no sentías más miedo?

Voz 2: No, ahí no, porque ahí yaí la iba a cuidar yo, iba a estar pendiente las 24 horas de ella.

Voz 1: ¿Tú la sentías segura contigo?

Voz 2: Si, sí entoncesí por eso más que nada, sentíí felicidad cuando me dijeron que me la podía llevar.

Voz 1: ¿Y como te sentiste esos primeros días en Canguro?

Voz 2: Igual me daba miedo que se fuera a caer, andaba con la mano, peroí después yo me fui acostumbrando y era normal para mí. Pasaba casi todo el día con ella y en la noche el papá dormía con ella.

Voz 1: ¿Y él se adaptó bien al canguro o le costó igual?

Voz 2: Yo creo, lo que pasa es que estaba sentado no más con ella, no tenía que movilizarse, yo creo que se adaptó bien porque nunca me dijo; õesto me molestaõ, no, al contrario sentía que la niña estaba súper cómoda y hasta ahora todavía yo duermo con ella y tengo que estar con ella aquí en el pecho, en la cama a veces no le gusta dormir.

Voz 1: ¿Y la familia te apoyó en el proceso?

Voz 2: Claro, o sea, cuando yo le dije que me la dieron de alta, pero con la condición del canguro, pero me decían; õ¿Que es eso?õ. Yo les expliqué, en realidad la gente no tiene idea, de hecho, acá afuera le digo; õvengo al control del canguroõ y me dicen õ¿Qué es eso?õ Y ahí uno tiene que explicarle yí después me decían que estaba bien después que tenía que cuidarme y todo eso, además igual ellos me ayudaban hartito, por ejemplo, igual a veces se me hacía difícil estar con ella, ordenar hacer las cosas y ellos me ayudaban.

Voz 1: ¿Y quienes son ellos?

Voz 2: yo vivo con los papás de mi pololo.

Voz 3: Ah ya.

Voz 2: Con ellos vivo, pero la mamá no más, estaba en la casaí como lo demás trabajaban.

Voz 1: ¿Tú le recomendarías en el método a otras personas?

Voz 2: Si, obvio, obvio. De por si la niña, yo me la llevé con 1 kilo 700 y algoí yí 2 días después, yo la traje a control y pesaba 1 kilo 900. 1B recomendar

Voz 1: Harto entonces.

Voz 2: Harto, subió mucho, mucho.

Voz 1: ¿Y a que crees que se debe eso?

Voz 2: Yo creo, por lo que me dijiste tú yo creo, es donde está conmigo, entonces está más segura, a parte uno le da pecho, la cantidad que ellos toman, no tienen que calentar la ropita y nada, están ahí calentitos, tan así como en incubadora. Por eso yo creo.

Voz 1: ¿Katherine y como fue tu experiencia en relación con el equipo de salud de la Neo?

Voz 2: Ah nada que decir, ellos fueron como súper simpáticos y amables conmigoí

Voz 1: ¿Con las matronas, los técnicos, los doctores?

Voz 2: í cualquier duda que yo tenía o siempre yo les preguntaba como estaba ella y nunca me dijeron; õno espérate, estoy ocupadaõ, no, no. õYa mi vida que pasoõ (Katherine calma y le habla a su bebé)

Voz 1: ¿Sientes tú que pudiste ser parte de la recuperación de la Alicia?

Voz 2: Si, porque sobre todo subió de peso, en eso más que nada, porque subió de peso súper rápido igual llegó a los 2 kilos en una semana, en una semana llego a los 2 kilosí entoncesí

igual por eso mismo, por eso mismo siento que yo la ayude igual donde la tuve conmigo, cerquita y todo.

Voz 1: Y con respecto a los médicos, ¿te sentiste informada, apoyada por el equipo?

Voz 2: Si, sí obvio, o sea yo no tengo ningún reclamo con nada, porque siempre me atendieron bien y todo eso y sobre todo, las 2 doctoras que me atendieron aquí ellas me han atendido súper biení y son súper preocupadas y cualquier duda que yo tengo ahí la responden súper biení entonces no tengo nada que decir de ellas.

Voz 1: ¿Y como era la reacción de la gente que te veía en la calle en canguro?

Voz 2: Lo que pasa es que cuando yo estuve en canguro yo salía súper poco, porque me daba miedo sacarla al aireí ya ya ya (mirando a la bebé) í y cuando venia para acá, como que no se notaba porque cuando venia en la mañana yo venia aquí y con una manta arriba, entonces como que no se notaba. Como que se notaba en esos òcososò que venían aquí, eso no más e igual la miraban así como; òoh la niñitaö.

Voz 1: ¿Qué es lo que más te gusta del canguro?

Voz 2: Me gustó que ella se veía tan tierna, tan linda, tan protegida, como que yo la protegía, la cuidaba, entonces eso fue lo que más me gusto. (Llanto de bebé) ¿Qué esta haciendo, esta rabiando hace rato? (mirando a la bebé)

Voz 1: ¿Qué consejos le darías tú a otros padres que quisieran también la experiencia que viviste tú?

Voz 2: Un consejo, bueno, un consejo la verdad no podría decir, pero si dar la opinión de lo que me pasó a mí. Yo por lo menos con ella, la sentí que estaba más segura conmigo, mas que yo la protegía más, además que subió súper rápido de peso, que eso es lo que importa y si ¿alguno otro papá tendría que usarlo?, yo confío en eso porque conmigo resultó y ahora está súper grande. Eso yo creo que les diría.

Voz 1: Y ahora al verla grande y recordar cuando era chiquitita ¿Qué se siente?

Voz 2: Me da, como no sé, comoí oh que está grande, yo veo la ropa. A mí me regalaron ropa para prematuros y aun así me recuerdo que le quedaba grandeí aun asíí y ahora la veo y esta súper grande, no seí me da como orgullo, porque creció súper rápido. òya mi vidaí ö (mirando a la bebé)

Voz 1: ¿Te sientes bien conectada con la Alicia?

Voz 2: Si, sí claro que a veces es súper inquieta, demasiado, asíí como que con los brazos no para nunca y las manos. òque mi vidaí queí (mirando a la bebé en brazos)

Voz 1: ¿Te gustaría dar una recomendación alguna opinión?...¿Algo que se pudiese mejorar, cambiar?

Voz 1: ¿Tanto como en la Neo, como en el método canguro?

Voz 2: En la Neo, bueno, yo creo que más para los papás, deberían mas horario de visita para los papás, porque en la noche se hacia súper corto ese ratito y en el día hay papas que no pueden venir porque trabajan, yo creo que debería dar mas horas en la noche, un poco más de tiempo. Porque igual los papás siempre quieren estar con sus hijos, y pensar que por lo menos a mí y a mi pololo nos da mucha pena ir y dejarla aquí y pensar, ¿Cuándo va a estar con nosotros? Entonces como que uno quería estar más rato, es media hora no más en la noche.

Voz 1: ¿Te sentiste apoyada por tú pareja en el proceso de hospitalización y el canguro?

Voz 2: Si, si, sí en el parto cuando estuvo conmigo y vino todos los días, todos los días vino, todos los días que estuvo ella, ñayí venga venga se mueve tantoí ò (cambiando de posición a la bebé acomodándola sobre su pecho) venia todos los díasí el cualquier cosa para la niña, ya altiro, esto le falta, ya listo ahí estáí entonces súperí yo me sentí súper apoyada, las veces queí lloreí yo por ella, también el estaba conmigo, me decía que ya iba a estar con nosotrosí si ya iba a estar mejor, entoncesí me sentí súper apoyada con él. 3A òya?... yaí ò (mirado a su bebé)

Voz 1: ¿algo más que te gustaría apoyar o recomendar para el canguro o algo que le faltaría?

í ¿O algo que te gustaría recordar del proceso desde el tiempo que la niña estuvo hospitalizada?

Voz 2: No sé, es que siempre me acuerdo cuando venia en la noche a verla, siempreí y yo igual venia en el díaí y siempre me acuerdo cuando venia en la noche.

Voz 1: ¿Y que recuerdas cuando venias en la noche?

Voz 2: No se, a lo mejor porque venia con mi pololo no sé, o a lo mejor porque sabia que pasaba toda la noche y tenía que esperar hasta el otro día para verla, por lo menos si yo venia en la mañana, después había que iba venir en la tardeí peroí yo no sabia lo que podía pasar durante la noche. Menos mal que la Alicia, nuncaí nuncaí fue esa pura recaída que tuvo, cuando le bajó la temperatura, y esoí pero nunca tuvo otras complicaciones más, aparte de eso. Peroí de eso es lo que más me acuerdoí o me acuerdo de la primera vez queí la vi despierta tambiéní

Voz 1: ¿Y cómo fue eso?

Voz 2: Abrió sus ojitos asíí y como que miraba asíí uhhhí fue tan lindo, fueí no seí fue lindoí o la primera vez que la vestí, porque yo no la vestí al tiro me daba miedo porque era tan chiquitita, como no la mudé tampoco al tiroí y fue no seí fue sus patitasí todo chiquititoí no seí fue lindoí fue súper lindo, incluso ahora paso por Neonatología y me da nostalgia, pero todo bien.

Voz 1: ¿Y formaste vínculos con algunos papás ahí en la Neo?

Voz 2: Si me acuerdo de una señora, de hecho no me acuerdoí nunca le pregunte siquiera el nombre, pero me acuerdo que estaba ahí todo el día ahí y ella pasaba todo el díaí y ella se fue un día antes que yo y con ella nos llevamos súper biení hablamosí y como se llamaí también me acuerdo del niñito que estaba al lado, se llamaba *Jorgito*, él era súper inquieto, así de él me acuerdo también, y al frente había un niño que se llamaba Martín. òya mi vidaí ya mi vidaí yaí esta inquietací ò (mirando al bebé)

Voz 1: ¿Y que crees tú que fue lo que más te ayudo para poder pasar bien el proceso de la Alicia y llevarlo bien, porque no es cualquier cosa tampoco?

Voz 2: No, claro no, no es cualquier cosa peroí bueno yo creosí que uno tenía una ilusión súper grande de verla todos los días y esoí y eso a mí me daba fuerza igual, o sea saber que yo tenía queí verla a ella y todo esoí me sentía súperí eso me daba harta fuerzaí òtomeí ò (la bebé se queja y Katherine la pone al pecho, sonriéndole) ò(sonríe) es que no tomas masí ò y eso yo creo que eso me ayudó así hartosí es que es un hijo poí es un hijo, uno obvio que va, no se, todoí todo por un hijoí y eso me dio harta fuerza y yo creo que la Alicia, igual los otros me apoyaron hartosí igualí igual, mi tía cualquier cosa todo para ella. El primer día así me acuerdo que llegué delí hospital yí a mí me habían regalado una cuna antes, no la del ajuar sí, otra cunaí y era una rosa, y yo dije ah la voy armar, justo la iba a armar ese fin de semanaí y dije òahh la voy armarö, después que la armé la voy a pintar rosada, porque era blancaí y justo me vine po, y después yo llegué y la cuna ya estaba armada, estaba pintadita rosada, así súper lindo, estaba con su frazadita rosa, todo lindoí y me dio pena, porque ahí me acordé queí la tenía acá poí eso me recuerdo tambiéní me dio pena.

Voz 1: ¿Y que más pena te daba, que estuviera solita?

Voz 2: Síí que estuviera solita, donde era tan chiquititaí es que igual yo pensaba es que son tantos niños y no seí unoí no le van a dar la atención que le da uno, el cariño que le da uno así, la protección, así todo esoí porque ellos tienen que ver por todos también po, no por, no por uno soloí entonces eso me daba pena que estuviera aquí solita. (le da pecho a la bebe. òyaí no te quedis dormidaö)

Voz 1: ¿Algo más que nos quieras contar?

Voz 2: Eso más que nadaí cosas que me pasaroní noí esoí también me daba pena cuando yo estaba hospitalizada.

Voz 1: ¿Cuántos días estaba hospitalizada?

Voz 2: Tresí y habían mamás para allá y para allá y yo estaba solái y yo quería puro tener a la Alicia.

Voz 1: ¿Y las mamás tenían a sus guagüitas a su lado?

Voz 2: yo miraba la foto de ellaí y me daba pena. Peroí nunca lloré en el hospital si, la única vez que lloré fue cuando llegué allá y vi la cuna, esa vez lloréí y una vez queí yo me fui de acá, me fui con mi pololo y ahí me dio harta penaí porque yaí ya que llevaba, llevaba comoí 7 díasí 8 días, una cosa así entonces igual me daba pena porque se quedaba solita, y a lo mejor también era el hecho de que andaba sensible algo así.

Voz 1: ¿Y ahora es distinto?

Voz 2: Claro, ahora no, o seaí puro feliz no mas, le hablo, porqueí no séí siento que me entendeí siento que me entiende y que me conoce, porque cuando se la paso a otra persona me queda mirando así y yo me corro y me sigue por la vista y como que me dice todo.

Voz 1: ¿Y esa relación de saber qué estaba sintiendo tú la sentías de la Neo o lo sentías de antes?

Voz 2: No, noí cuando estaba en la Neo, no lo sentía. Sentíaí como que yo tenía que cuidarla, pero no sentía como lo que siento ahora, como queí como que ella me dice õtenme tú, cuídameõ, pero cuando estaba en la Neo no.õ

Voz 1: ¿Y a qué crees tú que se debe eso?

Voz 2: No sé, yo creo que ahora hemos hecho un vínculoí un vínculo que no teníamos cuando ella estaba ahí en la incubadora, estabaí yo la tenía que ver así pero no la podía sacar por tanto rato.

Voz 1: ¿Y crees que el canguro te ayudo en eso?

Voz 2: Si, yo creo que sí.

Voz 1: ¿En que sentido?

Voz 2: Es que cuando estaba aquí, cerquita míaí y estaba comoí comoí incubando así ahí. Entoncesí estabaí yo creo que eso me ayudo haí como a vincularme con ella, que sintiéramos lo mismoí . que ella supiera, por ejemplo no seí cuando yo la estaba mirando, no seí que supiera todo eso.

Voz 1: ¿Y tu pololo también lo sintió así o fue distinto el proceso de él?

Voz 2: No es que élí él estaba en la pura noche con ella, yo creo que debió haber sido distinto, porqueí igual ahora, él la quiere y todo eso, bueno es lo que yo siento, quizás él siente otra cosa, yo siento que no tiene ese vinculo que tengo yo con ellaí pero a lo mejor elí el también siente que tiene ese vinculo con ellaí pero la Alicia son la luz de sus ojos, está súper *chocho* con la Alicia. (mira a su bebe diciéndole õmi chanchaí õ)

Voz 1: Bueno Kathy, nosotros te queremos felicitar, porque has sido una de las mejores mamás canguros y claro como tú dices, el que la Alicia este bien, no es solamente merito de la matronas y de los doctores, también. Y no solamente tuyo, sino de tú pareja, que de tú familia. De todos los que te apoyaron el proceso.

Voz 2: Gracias.

Voz 1: Muchas felicitaciones y te agradecemos mucho, que hayas venido a esta entrevista, ya que es muy importante.

- **Entrevista Caso IV**

Voz 1: Entrevistadora

Voz 2: Madre

Voz 3: Padre

Voz 1: Buenos días.

Voz 2: Hola.

Voz 1: Queremos agradecerle su disponibilidad, por estar acá con nosotras. Y para nosotras acá como equipo Canguro, es muy importante conocer su experiencia con respecto a la prematuridad de Sofía. Queremos saber ¿cómo fue todo el proceso emocional que han tenido que vivir desde su nacimiento, antes de su nacimiento hasta la actualidad? ¿Cómo ha sido todo esto?

Voz 2: Fue un momento de muchos cambios, desde que se dio todo. En un principio, mucho miedo, mucho miedo por las circunstancias en que estaba viniendo Sofí, y luego ya, cuando llegó acá, gracias a Dios, encontré un grupo de profesionales, que son ustedes, que me contuvieron mucho. Para mí fue una ayuda muy grande todo eso, y eso, y acá está la Sofí, esta saliendo adelante, está ya ahora superando sus dos kilos que tanto necesitamos y bien. Eso.

Voz 1: ¿Y qué temores tenías tú antes de que ella naciera con las referencias que tenías de los médicos?

Voz 2: En verdad no tenía, no tenía ningún temor hasta que salió todo porque igual mi embarazo estaba yendo perfecto, de alguna forma. Pero después no, ningún, no tenía temor antes de que se diera todo esto.

Voz 1: Víctor, ¿tienes algo que decir?

Voz 3: Sí, yo quería acotar en cuanto al sentimiento. Para mí también fue un cambio muy fuerte, pero fue también a su vez una gran bendición y el saber de la forma cómo se dieron las cosas. Pero, yo creo que esto nos conlleva que uno se afiance más a los hijos, se haga el vínculo familiar mucho más fuerte. No sé si esto a la larga, relacione en el futuro que el vínculo que yo tenga con mi familia no se pierda o se fortalezca más, gracias a este acontecimiento.

Voz: Ya.

Voz 3: Eso. Eso lo que puedo acotar con respecto a lo prematuro de mi bebé.

Voz 1: Y con respecto al momento en que nació... ¿Ustedes estuvieron juntos?

Voz 2: Sí.

Voz 3: Gracias a Dios, sí. Ambos juntos.

Voz 1: ¿Cómo fue ese momento?

Voz 3: Entre maravilloso.

Voz 2: Emocionante.

Víctor: Emocionante. Como lo mencionamos, no lo teníamos previsto, pero se dio. Pero, gracias a Dios, como ella dijo, los profesionales que teníamos en turno y de repente por la fuerza de nosotros mismos que nos da la naturaleza, pues salimos adelante y pudimos conllevar todo esto.

Voz 1: ¿Y qué te pasó a ti cuando la viste por primera vez a Sofía?

Voz 3: Lloré. Yo creo que no lo temo decirlo, lloré. Fue tan emocionante que se me cayeron mis lágrimas pero, al verla, al verla a ella sanita, al verla cuando me observó, me miró. Que yo sé que todavía no me miraba pero, pero al verla a ella como salió su primer llanto, me dejó mas tranquilo y aparte de eso, traté también de ponerme un poco más fuerte para poder no transmitirle ese dolor a mi señora. Porque yo sé, que ella también necesitaba fuerza.

Voz 1: ¿Cuál era tu dolor en ese momento, qué te hacía sentir dolor?

Víctor: El haberme agarrado imprevisto creo, porque soy de las personas que trato de todo prepararlo, o sea ser muy organizado y al haberme agarrado en ese instante así tan de repente, es como esa impotencia, yo creo de no estar preparado para la situación.

Voz 1: ¿Cómo hubiera sido para ti estar preparado para eso, en qué hubiera cambiado?

Voz 3: Viéndolo del punto de vista ya de después de los acontecimientos, quizás nada creo, porque la emoción igual del hecho de tener un hijo, de tener su bebe, no cambiaría en nada yo creo. A las finales, solamente fue el susto yo creo no más de que las cosas se dieron antes nada más.

Voz 1: Y al verla pequeñita.

Voz 3: Exactamente, pero yo creo que uno se siente capaz si sabe que no le va a faltar nunca nada a los niños, entonces eso a uno lo fortalece y sabe que va a salir bien. Porque yo creo que, uno se siente que, como que transmite. Entonces, si uno se pone mal, siento que estoy transmitiendo ese dolor a los demás.

Voz 1: ¿Tú te controlaste?

Voz 3: Sí, trate de controlarme.

Voz 1: Y tu Rosita, ¿sentiste que Víctor se controló?

Voz 2: Yo tuve mucho miedo. Yo tuve mucho miedo, porque la vi muy chiquitita muy pequeña, tuve mucho miedo, incluso pensé que no iba a vivir mi hija. Porque la vi muy pequeñita y muy flaquita y yo sí tuve mucho miedo, mucho miedo, mucho miedo que, después verla que, porque viste que cuando nacen ya lo tienen contigo, me lo tuvieron así un

ratito pequeñito, porque tenían que llevarla para los cuidados, pero en ese momento también a mi igual, cuando le vií . yo escuche llorar. Porque yo siempre escuchaba que dicen que cuando llora es porque esta bien o porque si tienen que darle una palmadita o algo para hacerla reaccionar, pero igual yo sí tuve mucho miedo, mucho miedo ese día.

Voz 1: ¿Y tu miedo cuál era?

Voz 2: Que se me muriera, que se me muriera porque, porque era la primera vez que estaba viviendo una situación, ningún familiar había vivido una situación así. Era que se me muriera, aparte tengo los antecedentes de otros, en ese momento pensaba que yo o sea, mi organismo o yo era la que causaba que mi bebe este así. Tenía culpa, miedo de pronto, quizás que si bien es cierto estaba en reposo en casa pero igual hacía más cosas, pero, era culpa, miedo, impotencia, rabia, en ese instante, pero tenía mucho miedo de que se me muriera.

Voz 1: ¿Y con tus anteriores pérdidas, también sentiste algo parecido?

Voz 2: En las anteriores perdidas era algo que, como si yo, mi organismo. Que yo pensaba que era eso. Pero después me dicen, los estudios que me mandaban a hacer y todo salía bien y quedaba como contenta, pero nuevamente volver a pasar una situación como ésta, es como que te vuelva a la mente nuevamente a sentir algo de culpa, tenia todos esos sentimientos juntos, juntos y eso.

Voz 1: Víctor, ¿tú percibías en tu señora que ella estaba viviendo eso?

Voz 3: Sí, por lo mismo, por lo mismo mencioné de que yo a la primera de repente igual me hubiese quebrado, como yo lloré y todo. Pero al percibir el dolor de ella y como un hombre de casa tuve que ponerme fuerte no más y sacar adelante, tanto ella como mi bebe. Entonces, yo siempre le transmitía y traté de ponerme fuerte y estar como el mejor apoyo que ellos requieren. Darles alegría y siempre decirle que todo va a salir bien y que hay que tener fe y que todo va a estar bien.

Voz 1: Pero, tú sentías esa pena.

Voz 3: Si, la percibía, la percibía, pero yo creo que aportar uno más, no me hubiese conllevado a nada. Entonces, tenia que sacar este, cómo decir, como monitor del barco tenia que sacar adelante a la familia y tenía que hacer eso. Me di cuenta que tenía que manejarlo desde ese punto de vista.

Voz 1:¿tú te diste cuenta del esfuerzo de él por darte ese apoyo?

Voz 2: Sí, porque yo sé que él es muy nervioso cuando se trata de cosas de, él no tiene, con salud nada, a él le da miedo la sangre, las jeringas, las agujas, todo, todo. Pero ese día sí, sí le encontré fuerte, le encontré que igual sentía el apoyo y todo pero, obvio que en ese momento de verdad, en ese momento lo que uno siente es terrible. Yo me sentí mucho mejor cuando

llegue acá a San José y les encontré a ustedes, porque yo me iba, cuando yo llegué, porque yo me vine de la clínica, me vine de frente, yo estoy con cesárea, no sentía ningún tipo de dolor físico por mi parte.

Era el dolor este emocional que tenía por ella, el dolor físico no tenía nada y me vine de frente y cuando llegué y le vi a mi hija ahí, en la incubadora por primera vez, no. Porque allá igual la visité un poquito, pero acá verla ahí con las sondas, eso me impactó y tenía mucho dolor y no paraba de llorar y ahí estando todo el personal sobre todo una de las niña que es Verónica, se me acercó y me dio mucha comprensión y después escuche también las otras historias, de otros casos que son mucho mas graves. Incluso eso me confortó a mí, de alguna forma es egoísta, escuchar que había niños desde ochocientos gramos, porque yo estaba pensando, antes de que llegué acá, estaba pensando que mi hija era la más chiquita, la más grave, la más, el peor caso que había.

Eso era lo que yo sentía en ese momento pero, después empecé a escuchar las otras historias, habían niños que este eran de termino y que tenían algunos problemas. Y los psicólogos de acá, ya te, como que me contuvieron y de a poco a poco me fui dando valor y ya viéndola a mi hija que estaba bien, hablando con los doctores y yendo día con día, me decían que está todo bien, sobre todo con los órganos vitales que estaban súper bien de mi hija y ya me sentía, cada día ya mucho mejor.

Voz 1: Y te sentiste apoyada en ese sentido por el equipo médico y por el grupo en general.

Voz 2: Mucho, mucho, mucho, es ellos que me dieron la contención y por parte de mi esposo obviamente. La contención que tuve y la tranquilidad que tuve, porque no vivía tranquila. Me iba a mi casa y lloraba, en las noches sentir que mi hija está solita, sentía como que la dejaba abandonada y eso. Y después poco a poco ya ella me fue, me fue este dando sorpresas día con día, venía, llegaba y veces me decía la doctora que estaba cargo, me decía ño, la Sofía esta bien, ya pesa tanto. Llegaba tan, en las noches llegaba para ver si subió de peso y todo eso.

Voz 1: Víctor y a ti ¿qué te pasaba cuando venías? ¿Venías a verla tú, en algún horario en especial?

Voz 3: Sí, todas las noches, todas las noches y los fines de semana, los dos turnos. Pero, como dice mi señora, es fuerte porque el hecho de solamente compartir un, bueno, en el caso mío, compartir unas horas nada más.

Voz 1: Eso fue en el primer momento dices tú, cuando nació. Como fue ese primer momento cuando la viste en incubadora, cuando recién la tomaste, la sentiste. ¿Cómo fue? Porque tuviste la oportunidad de estar más tiempo de lo habitual.

Voz 3: Sí, tuve la oportunidad, gracias a Dios, de estar mucho más tiempo con mi hija, la tuve cargada, cuando salió del parto, la tuve cargada en mis brazos creo, como una media hora, hasta que le prepararon la incubadora y cuando yo mismo la coloqué, estuve con ella también ahí acariciándola, dándole cariño, transmitiéndole el amor que le teníamos tanto yo, o que le tenemos, tanto yo como mi esposa. Haciéndole llegar a mi niña ese amor, ese sentimiento y haciéndola sentir de que no se encontraba sola en esta vida.

Voz 2: Claro, eso era lo que queríamos.

Voz 3: Que iba estar siempre con nosotros.

Voz 2: Lo que le queríamos transmitir era eso, que era nuestra vida, que la estábamos esperando, que íbamos a hacer todo lo posible que ella esté bien, que ella se sintiera bien. Porque a las charlas que estaba asistiendo también acá, este, Chile Crece Contigo, ahí te, también, como que te orientan y nos dicen que hay que transmitirle eso y eso le ayuda mucho para crecer, para salir adelante y eso es lo que tratábamos. Yo llegaba temprano me iba tarde, quería que eso sintiera, que no se sintiera como que estaba abandonadita ahí en la incubadora, queríamos transmitirle eso.

Voz 3: Exactamente, y eso la verdad, como le decía, con la gran falencia que había de que, en el caso mío era poco el tiempo a compartir con mi niña y en el caso de ella en comparación, si lo ponemos en estadística, de las veinticuatro horas del día estar con ella doce, igual es poco. Entonces por eso que se le formaba, no sé, yo percibía en ella que se le formaba una doble, un doble sentimiento, una doble personalidad. Porque de repente cuando estaba con la bebe estaba feliz, pero cuando estaba en casa la encontraba como ese sentimiento de vacío, de dolor.

Voz 1: ¿Y qué hacías tú frente a eso?

Voz 3: La tenía que solamente acariciar, tratar de calmarla, aconsejarla, decirle que por éste momento es lo mejor para nuestra bebe. De repente desconociendo de que, de repente, haya otro método de, con el cual uno pueda en verdad tenerla a su bebe las veinticuatro horas del día, pero mientras tanto eso era lo que estaba.

Voz 1: ¿Y tú pudiste hacer canguro dentro de la neo?

Voz 3: Sí, hice un día también canguro.

Voz 1: ¿Y cómo fue?

Voz 3: Súper, mucho mejor, o sea, es distinto como que, acariciarla, sentir su calor interno es distinto.

Voz 1: ¿Que te dio, que sentiste precisamente, podrías darle como una palabra a ese sentimiento a esa emoción o describirla?

Voz 3: No sé, fue mucho, de una emoción muy enorme, muy grande, mucha felicidad una felicidad llena, plena, una cosa así. No, y mi bebe es distinto, porque como le digo, era como con temor acariciarla en incubadora, era distinto, o sea, uno mismo creo que de repente, se cohibía al tocarla, que es distinto cuando uno la tiene en canguro porque uno la tiene piel a piel. Uno siente a la bebe, siente sus latidos, porque prácticamente llega estar casi su corazón con uno, entonces siente latidos, siente su respiración de uno mismo en el cuello, entonces todo eso, eso es indescriptible en verdad. Y eso, yo creo que es lo que mi señora también le faltaba y es por eso que a veces llegaba a la casa en las noche, igual ese periodo de, que estuvo en la neo la bebe, yo sé que era fuerte también para ella, porque es como decía, felicidad de día y de noche tristeza, porque yo por más que la tratara de contemplar o no sé calmar, no iba a llenar ese vacío, era imposible.

Voz 1: Rosita, ¿qué sientes tú con respecto a lo que dice Víctor?

Voz 2: Es verdad eso, es verdad que para mi era que amanezca ya, y venirme hasta que me echaban.

Voz 1: Y estar con ella acá ¿como te sentías?

Voz 2: No, bueno cuando estaba acá con ella estaba feliz, como vuelvo a repetir, no sentía ningún tipo de dolor mío, físico, que estaba con la operación y el día que le puse canguro, ese día para mí era como que, me estaban diciendo, òya tu hija esta bienö. Y cuando la Dani se me acercó y me dijo que había esa posibilidad de llevarla a casa, que tenían ese proyecto, yo dije ò!ya!ö. Yo dije òyaö, porque, porque era algo que yo esperaba, quería tenerla a mi hija conmigo, tenerla y darle todo el cariño y dije tiene que ser, tengo que llevarla.

Víctor: Incluso, yo creo que es como un estrés que se le estaba generando, tanto al niño como a ella, porque ya, como decía yo, para mí mismo. Yo llegar del trabajo y encontrar a mi señora así, o sea no significaba nada que todo el día este feliz y que en la noche de nuevo quede triste. Entonces, incluso ella misma lo menciona, esperaba que se acabara rápido la noche. Cuando en la noche tendría que descansar bien, para poder estar de nuevo con toda la fuerza y con todo el ánimo y el amor, para darle a la bebe.

(Sofía llora)

Voz 3: No, si también se quiere expresar.

Voz 1: Ella quiere contar su experiencia.

(La madre a calma a la bebé)

Voz 3: Eso es lo que a ella también siempre se le pasaba por la cabeza, el hecho de no estar con la bebe al lado y estar toda la noche. Esos llantos que ella escuchaba en el día y se hacía la idea que por ultimo en el día ella la consolaba y viste que en la noche había un personal,

pues por mucho profesional que estaba atento a la bebe, pero no es lo mismo. No es lo mismo cuando una mamá está ahí y estar pendiente y dice ño, sé lo que tengo que hacer para acabar con esto, me entiende. Entonces, ese, esa frustración es que a uno le genera un estrés, le genera un no sé, como que un desgaste tanto emocional como físico, porque a las finales como ella dice contaba las horas que se pasaran para estar de día, prácticamente no descansaba entonces, no dormía.

Voz 1: ¿Y tú, tampoco podías descansar?

Voz 3: No, yo tenía que estar complaciéndola a ella, tratar de calmarla, entonces igual, igual era fuerte, tanto para ella como para mí.

Voz 1: ¿Y cuando llego la niña a la casa, cómo fue?

Voz 3: Cambio todo, o sea ahora da lo mismo no dormir, ahora da lo mismo no descansar.

Voz 2: Si eso mismo, o sea ahora yo feliz de estar ahí.

Voz 3: Da lo mismo no descansar, porque por último uno sabe que lo tiene al lado.

Entonces, sabe que uno, por último no duerme pero es por un fin, por un objetivo claro, que sabe que la bebe lo esta requiriendo. Pero no es lo mismo no descansar en la noche tan sólo por el hecho de que tú te lo creaste en la mente, de que tu bebe esta sufriendo.

Entonces, es distinto, porque algo que a ti te provoca no descansar, pero saber que es por algo que tú no descansas, tienes un objetivo final, que es la bebe, entonces tienes una recompensa. Pero no es lo mismo que no tenerla, entonces pasar una mala noche y no tener nada a cambio, ninguna recompensa esa es la diferencia que yo he percibido.

Voz 1: Rosita, si quieres lo apagamos un rato.

(Reanudación)

Voz 1: Con respecto a la familia de ustedes, las amistades, o grupos cercanos a ustedes ¿se sintieron apoyados o estuvieron juntos los dos solos en esto?

Voz 2: Si, a ver lo que pasa es que yo soy un poquito egoísta en ese sentido. No compartí, es más, con mi familia más cercana que son mis hermanos y la mamá de él, o hermanos que tenemos acá, supieron cuando la Sofí solamente tenía, cuando ya tenía cinco meses de gestación. Era, o sea, yo lo vivía este, solamente él y yo, nada más.

Voz 3: O sea, cuando concebimos a la Sofía, por las experiencias anterioresí

Voz 2: sí, por eso sobre todo.

Voz 3: Bueno igual, las experiencias anteriores, tampoco nunca nadie supo, solamente lo sabemos ella y yo, ni los papás, nadie ni mi mamá nadie, ningún familiar lo sabe. Lo manejamos yo y ella, yo por apoyo a ella, porque yo soy de esas personas que trato de las cosas contarlas como una manera de desfogar esa tensión, ella lo guarda mucho, hay mucho

de guardar las cosas. Entonces, por respeto a ella traté de apoyarla y la conservamos. Pasó lo mismo cuando se dio con la Sofía, lo guardamos tanto que para las fiestas, para navidadesí

Voz 2: Que vinieron mis papás.

Voz 3: Ahí citamos para que vengan sus padres (corte), cité a mi mamá también, (corte) bueno y ahí hicimos una cena de navidad. Y ahí, en esa cena, tanto los hermanos de ella como mi hermana y mis familiares y sus padres, anunciamos, que ella estaba embarazada y que iban a tener una nieta.

Voz 1: ¿Y cómo fue la reacción de ellos?

Voz 3: Nadie se lo creyó, cómo que tanto, o sea o pensaban primero que recién, no po, la noticia era, la noticia fue, como seis meses ya, si era Diciembre. Si en Mayo nacía, eran como cinco, cinco meses, más o menos, entonces la noticia era esta embarazada y esta de cinco meses ya, o sea no que, oye porque tanto. Pero lo guardamos tanto la emoción.

Voz 2: Pero toda la familia felices, los abuelitos igual ya estaban esperando, la estaban esperando a la Sofía, tanto como parte de él y parte mía es muy, muy esperada.

Voz 3: claro, y qué decir de los padres, los padres estábamos ya muy ansiosos nosotros.

Voz 1: Entonces, más que lo tuyo Rosita, de ser egoísmo, era temor.

Voz 2: Sí, yo creo que sí.

Voz 3: Si yo también soy partidario de esa opinión. Por parte temor creo, porque ella mucho lo guarda, pero yo se que a veces, siempre le decía, que eso le hace daño porque psicológicamente eso a uno, no es bueno para uno.

Voz 2: Si pero eso es de acuerdo a la persona y yo soy así y eso es bueno para mí.

Voz 3: Bueno y es así, entonces y para el parto fue igual, o sea tampoco no lo mencionamos tan así, yo creo que nació y lo tuvimos que guardar de repente. A mí no me puede controlar menos mal, y como no estuvimos juntos. Yo llamé a mi mamá por la emoción, o sea, (corte) si bien salí y supe de mi hija igual yo necesitaba apoyo. Delante de ella me ponía fuerte, firme y la apoyaba en todo, pero cuando ya me iba solo, necesitaba a alguien que me, o sea que también sepa de mí y creo que allí yo lo que primero que hice fue llamar a mi mamá y contarle de que ya nació su nieta. Claro que con al noticia de que era prematura y todo esto no, igual pero, sentir ese apoyo de que te esté tranquilo, que va a salir todo bien, que es normal, que incluso yo cuando nací también tuve problemitas también, pero no prematuro, pero nací también creo, me contó mi mama que envuelto en el cordón o sea salí moradito creo yo, entonces con riesgo también. Entonces el saber esas cosas, que también me pasó a mi, entonces, ya me dejaba mas tranquilo, entonces era eso.

Voz 1: ¿Rosita y tú hoy en día, te sientes apoyada por la familia?

Voz 2: Sí, muy apoyada por eso es que le digo que la Sofía es muy querida por todos los lados, por todos los lados, la abuelita que nunca nos visitaba cuando éramos este solos los dos, ahora todos sus domingos viene a estar con su nieta.

Voz 3: Su visita es de aquí al domingo, venía los jueves también.

Voz 2: Igual su abuelita, la mamá de él también.

Víctor: Las amistades muy poquito todavía, aún no tenemos, la bebe no la han visto todavía ninguna amistad, solo (corte) solamente la familia.

Voz 1: Ustedes no han querido.

Voz 3: Todavía no, solamente la familia hasta que sepamos que la bebe está bien y las condiciones de la casa.

Voz 2: me de cuenta algún bichitos me traen y no sé, es sólo por eso.

Voz 3: Lo bueno es que las amistades saben ya y entonces, lo entienden.

Voz 1: Ya. Quería preguntarles exactamente, si ustedes recomendarían este método a otros papás.

Voz 3: Cien por ciento.

Voz 2: Cien por ciento definitivamente, es buenísimo, es bonito tanto para nosotros como para el bebe, es muy bueno.

Voz 3: Yo creo que al inicio del testimonio lo mencioné. Ayuda mucho el hecho de que se quite una tensión más. Se nos quite una tensión de encima, que es el estar preocupado por algo que no vemos. Entiende, entonces, no sé si hay estudios que después demuestran que al final, no digo que el método de que esté en una incubadora el bebé es malo, pero de que haya algún estudio que demuestre que de repente se forman, se forman patologías distintas tanto en la madre como en el bebe, cuando lo tienen mucho tiempo lejos de uno. No sé si hay algún estudio que demuestre eso, pero si me preguntan por el método del canguro, cien por ciento, para mí es muy bueno. Porque yo demuestro que elimino, (corte), se eliminan hasta las probabilidades de enfermedad (corte) sino porque el mismo hecho de estar saliendo de la casa, entrando al hospital, ese movimiento, ese estrés, ese estar caminando de un lugar a otro, tanto así que incluso en mis últimas visitas yo ya estaba medio resfriado, porque me venía de noche. Entonces, ya incluso, ya me sentía como con recelo de venir a visitar a mi hija, con el hecho de (corte) yo creo que ese método es mucho mejor, porque al final es tanto, esa burbuja que se genera en incubadora, también la puedes hacer en el hogar y mucho mejor, porque la tienes tú mismo. Eso es lo que yo acotaría en cuestión a esto.

Voz 1: Gracias por todo, los felicitamos a los dos por Sofía, porque realmente ella es fruto, toda su salud, y la evolución que ha tenido a nivel del peso, en lo linda que está, tiene que ver con nada más, que el amor que le han entregado ustedes.

Voz 2: Muchas gracias.

Voz 3: Y se lo merece, y mucho más todavía.

- **Entrevista Caso V**

Voz 1: Entrevistadora

Voz 2: Madre

Voz 3: Padre

Voz 1: ¿Buenos días. ¿Cómo están?ö

Voz 2: ¿Bien.ö

Voz 1: ¿Bueno, el objetivo de esta entrevista es para conocer, cómo fue su experiencia acá en el hospital. Cómo se sintieron con la prematuridad de Nahara, cómo vivieron este periodo, cómo fue tu estadía dentro del hospital, cómo fue en la casa estar con la guagua en canguero, cómo fue toda esta situación, cómo vivieron como familia. En ese sentido, quiero que nos cuenten primero que nada, cómo fue, cómo vivieron ustedes el periodo de que nació la Nahara hacia adelante, cómo fue la experiencia que ella haya sido prematura.ö

Voz 3: ¿Bueno, fue primera vez porque el Juanqui nació normal. Pero en realidad no veo mucha diferencia, el tema de venir al hospital, de que estuviera en incubadora, eso era lo que más me incomodaba por mi trabajo. Peroí no, no noté mucha diferencia.ö

Voz 1: ¿Pero ¿sentiste diferencia en el tiempo que ella estuvo acá?

Voz 3: ¿Sí o sea, cuando un parto es normal, nace la guagua y después se va junto con la mamá para la casa, a venir todos los días al hospital y venir, y venir, irse y venir todos los días. Eso más que nada.ö

Voz 1: ¿Qué sentías tú cuando supiste que la niña nació prematura, qué sentiste?ö

Voz 3: ¿Es que el nacimiento de la Nahara yo no lo consideraba porque el doctor cuando estaba hospitalizada la Viviana dijo que no iba a nacer. De hecho ya, yo estaba esperando si nacía bien y si no nacíaí ya me habían dicho que no iba a nacer.ö

Voz 1: ¿O sea, pensaban que la niña no iba a nacer?ö

Voz 3: ¿Es que por la enfermedad que tenía la Viviana no iba a nacer la guagua, por los remedios y todo el trámite que era tener a la niña.ö

Voz 1: ¿Y eso era al final del embarazo?ö

Voz 2: ¿Si poh, estuvo hospitalizada.ö

Voz 2: ¿í a las 18 semanas, me dio la disección aortica, y ella estuvo sometida en el control cuando estuve en el embarazo angio-tac, a radiografías, a medicamentos. Entonces, por todos lados ella es un milagro que esté bien, y que esté sanita. Y a pesar que es prematura más encima, está súper bien.ö

Voz 1: òEstá súper bien. ¿Y qué pasó con eso cuando tu supiste que estaba bien, qué ha pasado con ustedes ahora?ö

Voz 3: òYo siempre dije, cuando yo la tenga en mis brazos, ahí recién voy a decir que es mi hija. Mientras este en incubadora allá adentro, no me hacía mucha ilusión, porque yo sabía que podía pasar algo. Además que es prematura.ö

Voz 1: ò¿qué sentías tú ahí, qué sentíasí qué sentimientos venían a tu cabeza?ö

Voz 3: òQue en cualquier momento podía fallecer porque esa es la idea que tenía yo porque lo que me dijo el doctor y por todo lo que pasamos y prematura. Entonces, no tenía muchas ilusiones con respecto a eso. Ahora que la tengo en mis brazos es diferente, ahora es otra cosa.ö

Voz 1: ò¿Qué sientes ahora?ö

Padre: òNo poh, igual alegría de verla que está creciendo y de cuando llegó que era tan chiquitita.ö

Voz 2: òVerla como está creciendo.ö

Voz 1: ò¿Y cuando era flaquita, chiquitita, qué pasaba contigo qué sentías?ö

Voz 3: òNo, igual estaba contento porque ya estaba en la casa, pero por un tema de que ya la tenía conmigo.ö

Voz 1: ò¿Pero sentías diferente la sensación de cuando estaba en la Neo?

Voz 3: Sí, ya estaba como más seguro. Que esté en la Neo, bueno igual la estaban cuidando pero para mí todavía no nacíaí no salía del hospital.ö

Voz 1: ò¿Y a ti Vivi qué te pasó?ö

Voz 2: òA yo no, cuando estaba en la Neo, cuando la vi por primera vez, yo lloraba porque me daba nervio verla tan chiquitita, no quería tocarla porque era muy chica, me asusté yo nunca había tenido una guagua tan chica. Yo verla así tan cerca, nunca había visto una guagua así. Y cuando la vi que estaba ahí me dio pena, noí pero igual estaba contenta porque ella era fuerte, porque ya había pasado lo peor. Ya había pasado el hecho que estuviéramos en el hospital las dos, cuando me dio lo de la disección. Entonces, ya ella, la encontré súper valiente, pasó por hartas cosa para ser tan chiquitita a tirado harto para arriba, ¿cierto que sí mi amor? (Se dirige a su bebé).ö

Voz 1: ò¿Cambiaron tus sentimientos de cuando ella estaba en la Neo a ahora?ö

Voz 2: òNo, no cambia. O seaí ö

Voz 1: òPero a los sentimientos me refiero a las sensaciones que tú tenías.ö

Voz 2: òAh sipo, cuando yo me iba para la casa me ponía a llorar, porque me daba miedo, me daba cosa queí No que no la fueran a cuidar, porque sé que estaba en buenas manos, pero

me daba miedo que se fuera a ahogar, que se fuera, que no se, que se fuera a dar vuelta y que se fuera a asfixiar, tenía miedo que estuviera en la Neo. Tenía miedo que son tantas guaguas me daba cosa, no sé. Se me pasaban miles de rollos por la cabeza.ö

Voz 1: öY entre los dos ¿conversaban los miedos que tú sentías?ö

Voz 3: öNo, es que yo soy bien como bien cerrado en el tema mío, lo mío es mío y no lo converso con casi nadie, soy más hermético con respecto a eso. Entonces, mis sentimientos no los demuestro.ö

Voz 1: ö¿Y la Vivi te comentaba que tenía miedo?ö

Padre: öSí, en la casa lloraba y todo. Y yo le decía: æálmate, si la están cuidando alláö

Voz 1: ö¿Pero tú tenías seguridad?ö

Voz 3: öEs que como le explicaba anteriormente, o tenía que tenerla en mis brazos, para tener esa seguridad.ö

Voz 1: ö¿Cuándo fue el momento que tu sentiste seguridad?ö

Padre: öCuando nos entregaron a la Nahara.ö

Voz 1: öcuéntame ¿y qué pasó contigo ahí?ö

Voz 3: öNoí ahí estaba contento, o sea igual cuando la tomé en brazos cuando estaba en la Neo igual me sentía contento, ahí como que ya empezó a haber más apego. Y después cuando la llevamos a la casa ya, ahí estábamos mejor.ö

Voz 2: öA mi igual me dio miedo cuando me la llevé para la casa.ö

Voz 3: öPor el tema que era muy chiquitita.ö

Voz 2: öEra chica y le podía pasar algo.ö

Voz 3: öMe imaginaba no sé, cuando la colocábamos en el bolsito aquí, en el cangurito. Y ahí se ponía a dormir, chiquitita.ö

Voz 1: ö¿Qué sentías ahí?ö

Voz 3: öEra rico e igual tiene hartito apego conmigo, porque conmigo se queda callada, no llora tanto. Se duerme conmigo, en la noche.ö

Voz 1: ö¿Tú hiciste canguro igual con ella?ö

Voz 3: öSí.ö

Voz 1: ö¿Cómo fue eso?ö

Voz 3: öFue rico po, o sea yo creo que igual es una sensación buena para ella, y bueno para mí también, porque igual hay más apego.ö

Voz 1: ö¿Qué entiendes por apego, qué sientes tú?ö

Voz 3: öComo que yo la tomo en brazos y se queda calladita.ö

Voz 2: õí como que están conectados.ö

Voz 3: õcomo que sabe que soy yo. En la noche está durmiendo y se pone a llorar y la agarro yo la pongo al lado mío y se queda dormida, y se queda calladita y se duerme conmigo. Y de repente se pone a llorar con la Viviana, ah se puso a llorar, la agarro en brazos y yo y se queda dormida conmigo. (La madre asiente) O se la paso a ella y empieza a llorar. (El padre ríe)ö

Voz 3: õAyer me la pasó a mí y se puso a llorar conmigo, cuando me la pasó se puso a llorar. Y a él ella lo mira y lo observa, como que están conectados, tienen harta conexión ellos dos. Eso es de lo que me doy cuenta, o sea yo soy la mamá yo le doy pecho todo, peroí encuentro que es como distinta laí relación.ö

Voz 3: õEs que está acostumbrada contigo.ö

Voz 2: õTiene como otra relación con ella, ella y él es como otra relación, como queí ö

Voz 1: õ¿A qué atribuyes tú que haya otra relación, qué piensas tú que tiene que ver con eso?ö

Voz 2: õEs que, como el dice, él es como bien cerrado, pero cuando está con ella es como uhhh se deshace, es otra persona, es otro hombre cuando está con ella, es muy distinto, muy distinto. Como que puede estar furioso pero la ve a ella y es como uhhh, estuviera happy.ö

Voz 1: õ¿Y eso te pasó desde cuándo?ö

Voz 3: õDesde que estaba con ella.ö

Voz 1: õ¿Desde que llegó a la casa?ö

Voz 3: õSí.ö

Voz 1: õ¿Influyó esa situación en una mayor unión entre ustedes?

Voz 3: En cierto modo sí.ö

Voz 1: õ¿Por qué tú crees que influyo?ö

Voz 3: õPorque yo igual soy medio malas pulgas, pero, pero con la Nahara me tranquilizo un poquitito.ö

Voz 1: õ¿te ha hecho bien?ö

Voz 3: õSí, en cierto modo me ha hecho bien.ö

Voz 1: õQue buenoí Y a tu Vivi ¿cómo has vivido todo este proceso?ö

Voz 2: õAsí cansador sí, para mí ha sido cansador, porque como tenía que ver el tema cuando venía a ver a la Nahara al hospital, tenía que ver a mi hijo con quién lo dejaba. Aunque igual tuve hartó apoyo de la Lola, la señora que es como mi mamá ella nos apoyó hartó. Pero igual comoí como que era cansador venir para acá, y me daba ganas de quedarme cuando ya nos teníamos que ir y dejarla a ella en la cunita en la, en la Neo. Entonces en la casa trato de no dejarla sola, y a veces en la casa igual tengo que dejarla sola porque, por ejemplo cuando

tengo que ir a dejar a mi hijo al colegio y no sé, como que quisiera estar cien por ciento con ella.ö

Voz 1: ö¿Por qué crees que te pasa eso? ¿Qué sientes cuando la dejas sola?

Voz 2: Ay no, una angustia horrible. Y el colegio está comoí me demoro 3 minutos en ir a dejar a mi hijo al colegio y volver, pero es una angustia, ya no lo hago sí porque me daí una angustia.ö

Voz 1: ö¿Pero por qué crees que te da angustia?ö

Voz 2: öMe da cosa que le pase algo. Yo ya no puedo tener más hijos. Entonces eso hace que más la tenga, que la tenga que cuidar el doble. Porque si Dios quiere algo le pasa, ya noí voy a tener más hijos, no puedo tener más hijos. Entonces es como distinto, muy distinto, la crianza de ella con la crianza de mi otro hijo, es como totalmente muy distinto.ö

Voz 1: ö¿Por qué sientes tú que es diferente?ö

Voz 2: öElla es como más indefensa, más frágil no sé, como que estáí no sé...ö

Voz 1: ö¿Por qué la sientes así tú?ö

Voz 2: öComo nació prematurái como queí verla tan chiquitita no sé. Es muy distinto, mi hijo era una pelota cuando nació, era como más gordito, más firme, más fuerte. Y ella es todo lo contrario. Como que todoí la casa se tuvo que adaptar para cuando llegara a ella, se tuvo que, no sé po arreglar todo, preparar todo. Hay que tener más cuidado con ella, hay que andar echando Lisoform a cada rato, andar ventilando a cada rato, que no estén las puertas abiertas mucho rato porque se puede enfermar, porque como es más chica, es más débil, como es prematura es como más débil. Pensamos eso nosotros.ö

Voz 1: ö¿Tú también piensas lo mismo Juan Carlos?ö

Voz 3: öSí, o sea es como otro el cuidado, aunque ahora ya esté como que ya nació, yo creo que igual hay que tener el mismo cuidado.ö

Voz 1: öYa. ¿Pero en qué momento tú sentiste que tu hija ya nació, cuándo fue ese momento?ö

Voz 3: öCuando la entregaron, cuando salió del hospital. Porque estaba en el hospital todavía, todavía no me la entregaban y si llegaba a fallecer, falleció en el hospital, yo nunca la agarre. En cambio ya me la entregaron ya.ö

Voz 1: ö¿y tú también pasaste días dentro de la Neo o no?

Voz 3: Sí, también la pasaba a ver.ö

Voz 1: öYa ¿y qué pasaba ahí contigo, cuando tú veías que estaba tu hija ahí y estaba viva?ö

Voz 3: öEs que como no sé mucho expresar mis sentimientos, peroí ö

Voz 1: öPero la sensación que te quedaba.ö

Voz 3: òIgual me daba lata verla ahí en incubadoraí ò

Voz 2: òCon manguera le daban suero.ò

Voz 3: òComo que de repente me da la sensación como que le molestaban las mangueras que le ponían y todo eso, hacía arcadas, y..ò

Voz 1: ò¿Te daban ganas de tocarla?ò

Voz 3: "Sí pero me daba cosa de pegarle algo, no sé, un bicho no sé."

Voz 1: Y cuando ya estuvo en la casa ¿qué pasaba con esos miedos?

Voz 3: òNo como que ya cuando la entregaron yo asumí que ya iba bien, que, como que ya no había tanto riesgo, pero que igual había que cuidarla.ò

Voz 1: ò¿Cómo vivieron ustedes el tiempo de hospitalización, se sintieron apoyados, cómo encontraron acá la atención en el hospital, cuéntame de eso, qué sentiste acá?ò

Voz 3: òMe sentía como incómodo porque no me acostumbro que me traten muy bien así en un hospital. Si porque de repente son más brusco algunos doctores. Pero aquí era como másí se deshacían en atenciones, entonces yo me sentía como incómodo, no me acostumbro a eso.ò

Voz 1: òYa, pero ¿tú sentías que te aclaraban las dudas?ò

Voz 3: òSí, si, siempre estaban como esperando alguna cosa que les preguntara, como que estaban con la respuesta, como que estaban esperando lo que yo le iba a preguntar.

Voz 1: ¿Y eso te tranquilizaba?ò

Voz 3: òSí, me dejaba más tranquilo. Igual me sentía raro porque no me acostumbro a ese trato, no estoy acostumbrado a ese tratoí ò

Voz 2: òí a palosí (Ambos ríen).ò

Voz 3: òí no es que en otros lados es más brusco el trato. Es que yo soy de Talca.ò

Voz 1: ò¿Cómo es allá?ò

Voz 3: òTalca es diferente, yo no voy a los hospitales, les tengo miedo a los doctores.ò

Voz 1: ò¿Tuviste malas experiencias?ò

Voz 3: òSí por eso. A veces uno va al hospital y es diferente el trato, no son todos los doctores iguales, no son todas las enfermeras iguales. Yo no sé si irá en el jefe de los funcionarios, pero no es el mismo trato. Allá es un trato más brusco, ahora no sé si habrán cambiado ese sistema, pero antiguamente era así. Entonces por eso tengo ese concepto de los doctores yo, por eso no me gusta los doctores.ò

Voz 1: ò¿Y ahora te cambió?ò

Voz 3: òSí o sea ayer fui a una consulta y cuando me atendió el doctor y es como que éramos amigos de hace años, òpero cómo se te ocurre comer eso si te va a hacer malò, los doctores de allá son diferentes, es otro trato.ò

Voz 1: ¿Te sentiste mejor con el trato de acá?ö

Voz 3: Sí como que uno se siente mejor, como más apoyado como que están más preocupados de uno, como que están con un colchón en caso de que uno se vaya a caer para que uno no se vaya a golpear. Una cosa así. Entonces eso me incomodaba como que no estaba acostumbrado a ese trato, estaba más acostumbrado a un trato más brusco como òsalga de ahí, no toque esoö (risas) ese trato.ö

Voz 2: El hecho de la señorita Alejandra, de ustedes, o sea ha sido súper de hartaí de mucho apoyo porque igual en ese momento como que uno se siente comoí como mal, porque en el caso de las mamás una no se siente mamá cuando están todavía en la Neo, como que una es una funcionaria más del hospital. Yo me sentí así. Yo era la mamá y todo, pero una no la podía tomarla, no podía besarla, abrazarla ni andarla tocando así como yo quería, no podía vestirla como yo quería, no podíaí porque estaba imposibilitada, porque estaba en la incubadora.ö

Voz 1: ¿Y qué sentías cuando tú la veías en la incubadora?ö

Voz 2: Igual me daba tranquilidad porque sabía que estaba bien cuidada, pero me daba pena verla tan chiquitita, lo único que le pedía, le decía que tenía que tirar pah arriba, que soportara, que saliera luego de todo eso.ö

Voz 1: ¿Y cuando empezaste a tener contacto con ella, qué pasó ahí.

Voz 2: No, fue peroí fue lindo, fue muy emocionante.ö

Voz 1: ¿Cuéntame de esoí cuéntame de esa experienciaö.

Voz 2: No, cuando me la puse por primera vez en canguro, fue rico porque sentí el cuerpecito, sentí la respiración, poder dar besitos a su cabecita y como que se sentía protegida conmigo ahí estando ahí adentro, era muy rico.ö

Voz 3e: ¡ pensaba que estaba loca porque hablaba sola. (Risas)ö

Voz 2: De hecho cuando me dieron de alta a la Nahara, fuimos a cobranza a tesorería, y yo la llevaba en el canguro, y yo le decía òmi chanchita, bonitaö y la señora, sin mentirle me dijo, me miro y me dijo, ¿con quien esta hablando?ö, y yo le dije con mi hija. Y me dijo òyo pensé que le estaba hablando a una pechugaö. De verdad y me dio mucha risa, porque yo me miraba así òque pasa mi cosita, mi chanchitaö le hablaba así. Y nosotros nos reíamos porque no se veía la niña y en el ascensor, cuando estaba esperando el ascensor, cuando me dieron de alta yo tenía que ir aí fui a buscar el ajuar. Y faltó llenar una cartola, un papel moradoí y tuve que subir a buscarlo al cuarto piso y llenarlo y bajar. Y cuando iba en el ascensor, también la niña como que hizo ògruuö una cosa así, y una señora no lo pudo evitar llego y me abrió así la polera y me dijo como ò¿qué tenis ahí? Y entonces era la guagua de verdad, y era cosas, yo

me corrí porque me dio miedo como que me asuste la señora haya saltado, como llegó y me miró.ö

Voz 3: öA lo mejor imaginó que tenía un gato, un perro o algo así.ö

Voz 2: öCuando salía a la calle, por ejemplo a comprar con ella o algo así, veían un puro cototo acá encima. Entonces como que no ò¿y tu guaguüita?ö, öaquí la tengoö, y me decían ömentiraö y yo como que a pena les mostraba y decían öuh, la guaguaö. Era muy novedosa, la gente como queí me decía ö¿y cómo la andai trayendo ahí?ö cuando decía que la andaba trayendo desnuda con puro pañal, me decían poco menos que era mala madre, que se me iba a enfermar que yo tenía que cuidarla como si estuviera dentro del útero. Y la gente como que noí no entendía. Y un día cuando le dieron el alta, se les olvidó sacarle esa cosa que tenía la vía, ¿te acordai? (refiriéndose al padre), se le olvidó sacarle la vía y partimos al SAPU de allá donde nosotros vivimos, y cuando llegamos con ella la llevaba en canguro llegó una doctora, una enfermera, auxiliares, llegó hasta la directora delí Consultorio, le habilitaron una sala con estufa. O sea, fue como una novedad cuando llegó la niña ahí. Qué necesitaba, que si necesitaba algo, que por qué andaba trayéndola aquí en el este. No seí me atendieron no sé y era solamente sacarle la aguja que tenía en la vena, nada más. Era como muy loco, cuando llegaba a alguna parte con ella, era como öuh la guaguaö, era como la novedad, que la gente no está como muy enterada de esto entoncesí ö

Voz 1: öPero a ti Juan Carlos ¿cómo fue verla en canguro?ö

Voz 3: öFueí no había visto nunca eso. O sea en otros países se las cuelgan con una frazada aquí, se las cuelgan normalmente dentro de un bolsito.ö

Voz 2: öCuando yo llegué con el peto verde y el rojo, yo le dije el rojo es tuyo. Vas a tener que ponerte una peluca y una cartera paraí y se reía. No cachaba cómo, entonces, yo le explicaba que tenía que estar sin nada de arriba. Entonces, cuando llegaba de la pega se bañaba y se ponía su peto y se veía bien sexy. Se ponía a la niña adentro y se acostaba con ella, y estaba con la niña ahí, y la niña feliz así..ö

Voz 3: öEra como una ranita.ö

Voz 2: Era igual a una rana. Y mi hijo también quería ponerse con la niña en canguro, pero igual era como complicado. Entonces, no y eso, fue como bien entretenido, igual en la noche me sentía comoí mal porque hacía mucho frío y la niña la tenía sola, y cuando la tenía que mudar estaba helada la pieza. Entonces, como que ella estaba con pura camiseta y con la camiseta abierta y el pañal. Y me daba frío verla así, me daba como cosaí hasta que ya busqué, durmió como dos o tres noches en canguro y de ahí fue imposible que durmiera en canguro porque seí empezaba a patlear. De hecho, hasta el día de hoy cuando la pongo aquí

(su pecho), se incomoda como que no le gusta estar mucho. Pero cuando está dormida le encanta dormir en mi pecho. Así queí y eso.

Voz 1: ¿Y tu hijo qué decía cuando veía a la Nahara en canguro?

Voz 2: Nada, solamente òdejame darle besosö y me tenía que estar agachando con la niña. Con ella cocinaba, con ella barríaí con ella hacía el aseo, iba a buscar a mi hijo al colegio, igual me daba cosa la envolvía en hartas mantas encima porque me daba cosa que le diera frío, que se fuera a enfermar. Y para mí era muy cómodo andar con ella ahí porque tenía las manos libres, podía subir a las micros, no sé estaba con másí como con mas libertad, hasta que empezó a engordar. Después ya meí con el tema deí con el cuento de que estoy enferma no pude tenerla tanto, no la puedo tener tanto tiempo en el canguro como hubiera querido.

Voz 1: ¿Pero se apoyaban ustedes, cuando llegaba Juan Carlos?

Voz 2: Sí.

Voz 1: ¿Y no tenían más parientes que les ayudaran? La señora Lola que tú me contasteí

Voz 2: No, le queda chico el peto... (risas)

Voz 3: Por parte de mía, yoí soy yo y mi familia nadie más.

Voz 1: Ya pero tu familia estáí

Voz 3: Mi familia, esta es mi familia. Los demás son familiares para mí.

Voz 1: ¿Y ellos son de Talca?

Voz 3: Sí.

Voz 1: Entonces, ¿acá están como solos?

Voz 3: Sí solos. La señora Lola de la casa es la única que contamos con ella. De ahí nadie más, ni con los vecinos ni nadie. De hecho hay vecinos que ni conozco.

Voz 1: ¿Pero no se sienten solos a veces?

Voz 3: Estamos bien así. Porque no nos gustaí por lo menos a mí, no me gusta mucho el contacto con los vecinos, con gente de afuera o que haya muchas visitas. De hecho cuando estaba hospitalizada la Viviana hubieron problemas por eso porque llegaba gente que no había visto en mi perra vida. Y llegaban a contarle no sé poh, se murió fulano de tal y ahí la Viviana empezabaí un día hubo los echaron todos para afuera porque le contaron la noticia que se murió alguien y le subió la presión.

Voz 1: ¿Cuando ella estaba hospitalizada durante el embarazo?

Voz 3: Claro, entonces por ese tema yo evito tener mucha gente conocida. Si quieren verla vayan a verla a la casa, pero para la casa tampoco van ir porque con el genio que tengo yo. Así que no tenemos muchas visitas.

Voz 2: Yo soy más sociable pero también me gusta mi metro cuadrado. Yo elijo la gente a quien yo le cuento las cosas, con quien puedo tener como feeling y ahí tener la confianza para desahogarme. Pero a la casaí mi hermana también iba, pero mi hermana nunca la puso en canguro. Así queí y de hecho también como no iba mucha gente para la casa, porque yo le decía que no podía ir mucha gente porque la niña estaba muy chica y podía agarrar un virus yí bla bla.

Voz 1: Pero entre ustedes se sintieron apoyados entonces. ¿Se unieron mas como familia ustedes con el nacimiento de Nahara?

Voz 3: Sí.

Voz 1: Que bueno. ¿En qué sentido ustedes sienten que se unieron más?

Voz 3: Que no peleábamos tanto.

Voz 2: No, lo que pasa es que igual la niña loí Yo veo que con la niña él con la niñaí él tiene un trato muyí sé que si le digo òJuan Carlos ve a la niñaö él la va a ver. Sé que si le digo òJuan Carlos toma a la niñaö el no me va a decir que no porque se pelea por tomar a la niña. Sé que si le digo òJuan Carlos dale la leche a la niñaö se la va a dar. Yo sé que en ese sentidoí hasta que le digo òJuan Carlos muda a la niñaö porque ahí no, hasta ahí no más llega la ayuda. Y eso. Igual ha sidoí y mi hijo igual ha sido mucho de apoyo el Juanqui.

Voz 2: Porque él me ayuda con la niña, la mira. Le digo ponle el chupete, muévele el coche. Ahora que está más grande está pendiente de su hermana.

Voz 3: De repente llega y dice òparece que está moradaö.

Voz 2: Porque cuando se queja, se mueve se pone colorada. Llego un día y dijo òmamá, parece que está moradaö, yo corrí y me puse nerviosa, y no po era por eso. Él está pendiente de su hermana, la cuida... me siento bien apoyada por el Juanqui también.

Voz 1: Que bueno. ¿Y cómo fue cuando nació Juanqui?

Voz 2: Cuando nació élí es que estaba más chica, más joven. Entonces era como no sé. El Juanqui cuando nació pesaba 3 kilos 180 y no sé fue comoí fue muy distinto. Igual me da como lata de la Nahara todo el mundo preocupado, como queí como que el nacimiento de Juanqui igual fue más piola, fue normal. Entonces, cuando iban a ver a la guagua bien, la tomaban. Entonces, con la Nahara no poh, por Facebook ò¿cómo está la niña?ö, gente ò¿cómo está tu hija?ö, como que todo el mundo sabe, gente conocida más bien òoye, ¿cómo está tu hija?ö, es como muy distinto. Aparte que yo también no sabíamos nada, como que era el primer hijo, entonces me mandé muchos òcondorosö con él, cosa que con ella no. Entonces, fue como muy distinto los dos casos.

Voz 1: ¿Y qué pasó con las enfermedades que ha tenido la Nahara en este periodo que salió de alta hasta ahora? ¿Qué pasó con ustedes en ese tiempo? Porque ustedes han venido acá al Roberto del Río, tú estabas muy angustiada, ¿cómo ha sido toda esa situación?

Voz 2: Me sentí súper apoyada por él en ese sentido, porque si se ha despertado a la 1 o las 2 de la mañana cuando se ha sentido mal la niña, igual al tiro venimos para acá. En ese sentido, me he sentido súper apoyada por él.

Voz 1: ¿Y por el hospital?

Voz 2: Sí, la doctora Vernal es un amor, no tengo nada que decir de ella. Es como que se deshace ení ñecesitas esoö, ñecesitas esto otroö, no sé tuve mucha suerte para que me tocara esa doctora para Nahara. La doctora Vernal también es un amor, pero con ella no he tenido mucho más trato como con la doctora Vernal. Ha sido como muy, cuando ese día llegamos con el cardiólogo y ella al tiro preguntando cómo estaba la niña y òvamos al poli para revisarlaö, ella le mandó a hacer exámenes, de una al tiro. Entonces, eso se agradece porque si no yo tendría que comprar un bono en otro doctor y pedir hora. En cambio la doctora ha sidoí y cuando está con la Nahara la revisa entera y siempre bien amorosa y con harta disposición, nada que decir de ella.ö

Voz 1: ñQue bueno. Y cuando la niña estuvo en canguero ¿te sentiste apoyada en el tiempo en que estuvo en controles?ö

Voz 2: öSí, muy apoyada.ö

Voz 1: öQue bueno. ¿Algo más que contar sobre la experiencia del canguero que tuvieron ustedes?ö

Voz 2: öQue fue bueno que se diera. Que menos mal pregunté ese día cuando vi una mamá con a guagua ahí, empecéí Tengo una niña con la que estábamos hospitalizadas para tener a nuestros bebés, y ella su guagua también nació prematura, pero su guagua no estuvo en canguero. Entonces, igual ella trata su guagua en el consultorio pero es distinto, yo le cuento la experiencia con la Nahara y ella dice ñpucha, igual que lata que ella no hubiera estado en cangueroö no sé, quizás ella no preguntó oí ö

Voz 1: ö¿Qué le contaste tú de la experiencia?ö

Voz 2: öYo le dije que pregunté porque vi a una niña que estaba ahí, le pregunté a la doctora, le pregunté a la enfermera, le pregunté a todo el modo qué tenía que hacer yo para tener también mi guagua ahí. Entonces, llegaron ustedes y me empezaron a explicar del canguero y todo eso. Y ella no, no pregunto, entonces después a la guagua le dieron de alta y todo. Yo por el tema del apego estoy feliz, siento que hay conexión con la Nahara conmigo, a lo mejor si no hubiera tenido el canguero no hubiera sido así.ö

Voz 1: ¿Qué le llamas tú conexión con ella, qué sientes cuando estás con la Nahara?

Voz 2: No sé si será instinto de madre, obvio que uno lo tiene cuando tiene un hijo, pero yo no la vi cuando ella nació yo la conocí dos días después entonces, en todo ese espacio que no estuvimos juntas, que no la besé, que no le dije "hola mi niña"

Voz 1: ¿Qué sentiste tú esos dos días?

Voz 2: Fue horrible yo pensé que estaba muerta, que nadie me quería decir.

Voz 3: Así nació, estaba sin respiración sin nada. La agarraron de las patitas, la tomaron así y se la llevaron. Con el Juanqui no, nació, lo agarraron y me dijeron "acompañeme".

Voz 2: Yo lo abracé, no a ella no, como haber dicho una lauchita.

Voz 3: La sacaron así, igual que un pedazo de trapo y se la llevaron no, usted quédese acá

Voz 1: ¿Qué sentiste tú cuando te dijeron eso?

Voz 3: No sé, tenía la mente en blanco porque cuando vi tanta cuestión ahí que la estaban operando, sacando cosas para arriba, cortando y quemando. Y a ella la sacaron y se la llevaron y la Viviana despertó de la operación.

Voz 2: De eso no tengo idea.

Voz 3: Entonces, igualí

Voz 1: ¿Fue por cesárea?

Voz 3: Sí. Entonces, fue comoí no sé si traumático, pero no me impresionaba mucho, no sé, no sabría explicar lo que me pasó.

Voz 1: ¿te impactó?

Voz 3: Igual me impactó.

Voz 1: ¿Y tú averiguaste cómo estaba la niña después?

Voz 3: Sí, después me fueron a buscar cuando ya reaccionó y todo, ahí me fueron a buscar y me dijeron: está bien, está respirando y ahora puede ir a verla

Voz 1: ¿Y qué sentiste cuando la viste, cuando te dijeron que estaba bien?

Voz 3: Ahí la vi, la revisé, le miré las orejitas, le conté los deditos, le busqué algún lunar para poder reconocerla después. Y ahí estaba le estaban haciendo exámenes, después se la llevaron a la incubadora.

Voz 1: ¿Y cuando la viste pataleando y eso ¿qué sensación te dio?

Voz 3: Ahí ya está bien, pero todavía no estaba seguro porque igual estaba chiquitita, la habían sacado antes ya, entonces, yo no me hacía ilusiones hasta que la tuviera en mis brazos en la casa, más segura.

Voz 2: ðDespués de que yo tuve a mi hija me llevaron a la UPC (Unidad de pacientes críticos) en la Coronaria, allá estuve haciendo el ¿cómo se llama? Postparto creo que se llama, después cuando uno tiene el bebé. Claro, eso lo hice allá. Estuve con otras mamás con guagua, yo estuve con puras personas con máquinas en todos lados. Fue pero horrible.ö

Voz 2: ðFue súper mal, traumático para mí. De hecho la cesárea cuando sentí que me cortaron desde ahí empezó mi calvario, fue horrible.ö

Voz 1: ð¿Por el dolor físico?ö

Voz 2: ðSí porque la anestesia no me tomó al tiro, o sea, no esperaron mucho tiempo yí sentí la herida y todo eso. Entonces, yo quería estar consciente para ver a mi hija pero no pude, cuando desperté ya había terminado todo.ö

Voz 2: ðClaro, si yo la hubiera visto así me hubiera subido la presión y hasta ahí hubiera llegado, por eso yo creo que por algo pasan las cosas. Y después me llevaron para allá, yo preguntaba por mi hija ðyo quiero ver a mi hijaö y todos se miraban las caras y nadie me decía nada. Entonces, yo pensé que estaba muerta y que nadie me quería decir. Hasta cuando él llegó con una sonrisa de oreja a oreja y yo le dije ðcómo estabaö y él me dijo que estaba bien, me mostró una foto en el celular que le sacó escondida y yo la veía pero tan chiquitita, me emocioné, me puse a llorar y lo único que quería era verla, tocarla y darle besitos. Y estaba muy angustiada porque no podía, si ni me podía levantar a de ahí ni nada. Hasta que de ahí me subieron a y después creo que fue la señorita, la psiquiatra, me dijo que me iba a traer una foto de mi hija, no me acuerdo si fue ella o fue otra señorita. Y hasta que entraron y sacaron una foto y me mostraron la foto de que estaba en incubadora y todo eso, y eso me alivió verla que estaba bien, que estaba viva porque cuando él me mostró la foto salía como una rana no más, como que se veía así, no se veía nada. Entonces, después cuando vi que estaba bien en la foto que estaba en incubadora. Creo que la primera vez estuve con la señorita Alejandra, la primera vez que vi a la niña, que tiritaba y lloraba entera, a penas la toqué porque era muy impresionante.ö

Voz 1: ð¿Verla en incubadora?ö

Voz 2: ðSí.ö

Voz 1: ð¿Por qué, qué sentías?ö

Voz 2: ðEs que la veía muy indefensa, la veía respirar así como, me daba nervio. Miento, estaba con una mascarita en la nariz con oxígeno y el pañal le llegaba por aquí (muestra su cintura).ö

Voz 3: ðUno se imagina como que la dejaron ahí y nadie la va a ver, porque esa es la impresión que da a todos. Yo por ejemplo, soy mecánico y si a mí me ven sacando una rótula

van a pensar que le estoy desarmando el auto con el combo y no poh, yo estoy sacando la rótula y esa es la forma de sacarla. Entonces, la gente que vea que la tienen ahí en la incubadora y que nadie está al lado, ah uno dice "la tienen botada ahí". Pero no, o sea igual se están preocupando y tienen monitores y todas esas cosas. No va a haber un doctor por cada paciente, eso es lo que uno se imagina como que está descuidada y todo eso, pero son cosas de uno o sea, yo creo la protección de papá.ö

Voz 1: "Pero ¿qué pasó con esa sensación cuando ustedes ya tenían el canguro? Acá en el hospital por ejemplo tú, Vivi ¿qué pasó contigo con esa sensación, sentir que la niña estaba como solita en la incubadora y luego sentir que no está con el médico al lado, pero está contigo?"ö

Voz 2: "Ahhhí era como que la estaba protegiendo que nada le podía pasar estando allá adentro, como que la sentía tan bien, calentita ella, durmiendo plácidamente.ö

Voz 1: "¿Y tú, cómo te sentías?"ö

Voz 2: "Bien, fueron muy amorosos porque me pusieron una silla mecedora. Oh no si fueron pero muy amables, no tengo nada que decir. Cada vez que llegaba la veía limpia, calentita con su cunita hecha, nunca la vi que estuviera destartalada con el gorro por acá, nada ni una cosa que decir.ö

Voz 1: "Si pudieras recomendar a otras personas ¿le recomendarías el método canguro?"ö

Voz 2: "Sí, de todas maneras. Sí porque todo el tiempo que se pierde estando en la incubadora se gana estando con la guagua en el canguro.ö

Voz 1: "¿En qué sentido?"ö

Voz 2: "En el sentido del contacto de la piel, de sentirla que está ahí que ella escucha los latidos del corazón, la respiración de uno." Como que uno respira a la par con ellos cuando uno los tiene aquí en el pecho y está uno acostado con ellos. Es como estar embarazada pero mirándola, teniéndola acá afuera.ö

Voz 3: "Como meter la mano al útero.ö

Voz 2: "Claro, una cosa así, mirando cómo está creciendo cuando eso debería estar adentro, está afuera pero uno la besa, la mira, la toca.ö

Voz 3: "Mirando ahora las fotos se nota mucho el cambio, yo aquí noto muchos cambios porque la carita que tenía era como de una abuelita, como el chiquitito el enanito que apareció, el más chiquitito de todos, tenía como esa carita como flaquita, no sé. No y ahora no, está rellenita, está gordita ahora noto la diferencia.ö

Voz 1: "¿Y tu sensación es diferente con ella al verla?"ö

Voz 3: òClaro, cuando estaba en el hospital la había visto cuando estaba así y siempre me voy a quedar con esa imagen hasta verla ahora, porque ahí no es lo mismo, ahí estaba en incubadora y todo eso no es lo mismo que tenerla uno mismo.ö

Voz 1: ¿Qué sentiste tú al tenerla en canguro?ö

Voz 3: òEs rico, se siente bien.ö

Voz 1: ò¿Sentiste tú eso que es como sacarla desde dentro del útero?ö

Voz 3: òSí porque yo la tenía conmigo en la casa ya era mi niñita ahí me sentía bien.ö

Voz 1: òMuchas gracias.ö

Voz 2: òMuchas gracias a ustedes.ö

Voz 1: òDe nadaí ¿Tienen algo más que agregar?ö

Voz 3: òNo.ö

Voz 2: òAgradecer todo lo que han hecho por la Nahara porque todo el tratamiento de canguro, de que salió, el hecho que llamen, del hecho de que se preocupen por ella. Cuando uno llega hasta se saben el nombre ¿cómo está la Nahara? eso se agradece porque no es una guagua más, o sea es la Nahara, es como pueden venir otras guaguas, otros niños que ustedes también conocen o están viendo con el tema de los canguro. Pero es rico sentir como que ella es importante en cierto modo, no una guagua más o sea se preocupan de que esté creciendo, de que esté bien, de que esté sana que no esté enferma, no sé. El hecho como algo tan mínimo como que òno, en esta sala hay que poner una estufa porque le van a sacar la ropa para el control de los canguroö eso se agradece harto porque se ve la preocupación, de que se preocupen de la guagua. Hay un tema que a mí en lo personal me marcó harto y no se me va a olvidar nunca que fue cuando yo estuve toda la noche con ella en la posta fue con ella a la Neo y ustedes me llevaron al casino y se preocuparon que me tomara una taza de café con leche porque estaba amamantando, esas cosas no se olvidan. Como que van más allá del tema que se preocupan de la niña se preocupan, de en mí caso, se preocupan de uno y eso se agradece.ö

Voz 1: òMuchas gracias."

Voz 2: òSe agradece harto.ö

Voz 1: òLe agradecemos a ustedes el amor que le han entregado a la Nahara, amor que también sabemos cómo tú dijiste Juan es súper importante para familia también. Porque imagina que se me el Juaquí va a ser el que va a estar pendiente, entonces todo el trato que él reciba, todo el amor que pueda tener el Juanqui es lo más importante para que él después se lo entregue a la Nahara. A ustedes los felicitamos porque ustedes se han unido mucho más en toda esta situación, igual no es fácil tener un bebe prematuro, vivir todas las situaciones que

han vivido ustedes durante un embarazo complicado. Lo que ustedes han hecho es súper grande y queda por hacer cosas también muy grande. Pero lo importante acá es que ustedes se respeten, se amen y se cuiden entre todos. Ustedes como bien dicen, ustedes son la familia que está acá en Santiago. Lo que queda entonces, es fortalecer todos estos logros que se han tenido y que su hija esté tan bien, tiene que ver con un apoyo, con unos cuidados, con una dedicación muy grande. Y eso hay que valorarlo y luchar por eso. Muchas gracias.ö

CASO I (GI)

Madre: **Edad: 28** **Múltipara**

Gemela I (GI):

Fecha de Nacimiento: 13/05/10 **Semanas de Gestación: 33**

Fecha 40 semanas: 01/07/10

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 10 meses + 3 semanas.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses.

ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre o la toca con frecuencia	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agrada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

Madre: Cecilia Olivares

Edad: 28

Múltipara

Gemela II (GII):

Fecha de Nacimiento: 13/05/10 Semanas de Gestación: 33

Fecha 40 semanas: 01/07/11

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 10 meses + 3 semanas.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses.

ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placar intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermittentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agrada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

CASO II

Madre: Edad: 25 Multípara

Bebé:

Fecha de Nacimiento: 24/08/10 Semanas de Gestación: 31

Fecha 40 semanas: 26/10/10

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 10 meses.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 9 meses.

**ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO
Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO**

CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE

CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.

RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO

CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentemente miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agrada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

CASO III

Madre: Edad: 18 Primigesta

Bebé:

Fecha de Nacimiento: 13/11/10 Semanas de Gestación: 33

Fecha 40 semanas: 01/01/11

Edad Cronológica en la entrevista: 9 meses + 3 semanas.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 8 meses.

ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermittentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agrada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

CASO IV

Madre: Edad: 35 Primigesta

Bebé:

Fecha de Nacimiento: 05/04/11 Semanas de Gestación: 34

Fecha 40 semanas: 17/05/11

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 4 meses + 6 días.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 2 meses + 3 semanas.

ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque	Id.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

CASO V

Madre: Edad: 29 Multípara

Bebé:

Fecha de Nacimiento: 05/04/10 Semanas de Gestación: 33

Fecha 40 semanas: 24/05/10

Edad Cronológica durante la aplicación del Massie Campbell: 1 año + 3 meses + 2 días.

Edad Corregida durante la aplicación del Massie Campbell: 1 año + 2 meses + 2 semanas.

ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermittentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	Comp. no Obs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.