



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

**Manuscrito Recepcional**

**Programa de Profundización en Psicología Clínica**

**Propuesta de intervención cognitivo-conductual para corregir problemas de apego temprano en niños prematuros.**

**Investigación Teórica**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**Sandra Berenice Moreno Serrano**

Director: Lic. Addalid Sánchez Hernández

Vocal: Lic. Judith Rivera Baños



Los Reyes Iztacala Tlalneantla, Estado de México, diciembre 4, 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Contenido

RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVO GENERAL .....	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPÍTULO 1. Prematurez: cifras, característica, consecuencias.....	12
1.1 Definición y características de la prevalencia del problema. ....	12
1.1.2 Factores de riesgo y posibles causas de un parto prematuro.....	14
1.1.3 Factores de riesgo generales.....	15
1.2 El nacimiento prematuro. Desarrollo fetal y del recién nacido. ....	16
1.3 Implicaciones inmediatas de un nacimiento prematuro .....	23
1.4 Implicaciones a largo plazo de un nacimiento prematuro .....	25
CAPÍTULO 2. Vínculo de apego madre-hijo como factor protector del desarrollo ante los efectos de la prematurez. ....	28
2.1 Definición de Vínculo de apego.....	28
2.1.1 Teoría de Bowlby: Definición de apego, tipos características.....	29
2.1.2 La Figura de Apego .....	31
2.1.3 Apego materno –fetal .....	32
2.1.4 Apego post natal .....	33
2.2 Importancia del apego en la interacción madre hijo.....	34
2.3 Importancia de fomentar apego durante los primeros días de nacido.....	36
CAPITULO 3. Diferentes propuestas de Intervención .....	41
3.1 Método Madre Canguro .....	41
3.2 Contacto piel con piel y visual.....	45
3.3 Masaje para fomentar el vínculo .....	46
3.4 Lactancia materna.....	49
3.5 Cuidados Centrados en la Familia.....	51
CAPITULO 4. Propuesta de Intervención.....	53
4.1 Propuesta de acercamiento para establecer el vínculo madre-hijo.....	54

4.2 Niveles y técnicas del modelo de intervención.....	56
4.2.1 Fase 1. Acompañamiento a pie de cuna. ....	57
4.2.2 Fase 2. Intervención en la UCIN, a lo largo de la hospitalización. ....	57
4.2.3 Fase 3. Intervención de 0 a 12 meses de edad. ....	66
4.2.4 Fase 4. De los 12 a los 24 meses de edad. ....	73
REFERENCIAS .....	78
ANEXO 1.....	84

## **RESUMEN**

El apego es una vinculación afectiva intensa y duradera, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad. El apego que se establece entre el recién nacido y su madre es vital, ya que debido a su inmadurez, el recién nacido se considera una extensión de su madre por el tiempo que permaneció en el vientre materno. La necesidad de formar lazos afectivos es intrínseca al ser humano y es en la infancia que se determina la calidad de estos lazos.

Los niños que nacen prematuros sufren una ruptura repentina de éste incipiente lazo, además de la excesiva fragilidad y vulnerabilidad con la que nacen, corren el riesgo de secuelas de tipo neurológico, incluyendo impedimentos cognitivos, motores y de comportamiento, incluyendo las relacionadas con la salud en sus diferentes sistemas, por lo menos en los primeros 24 meses de vida. Las experiencias emocionales en torno al nacimiento de un niño prematuro acompañarán a la familia durante mucho tiempo, influyendo en la crianza y en la propia identidad del niño.

Por esta razón un parto prematuro implica una interrupción en la formación del vínculo con la madre. A través de técnicas como: Contacto piel con piel y visual, Método Madre Canguro, masaje corporal, lactancia materna y cuidados centrados en la familia se pretende acompañar y restablecer el vínculo madre-hijo.

## **ABSTRACT**

Attachment is an intense and lasting emotional bonding, which is developed and consolidated between two people, through their reciprocal interaction and whose most immediate objective is the search and maintenance of proximity. The attachment established between the newborn and his mother is vital, because due to his immaturity the newborn is considered an extension of his mother, for the time he remained in the womb.

The need to form emotional bonds is intrinsic to the human being. Children born prematurely suffer a sudden rupture of this incipient bond, in addition to the excessive fragility and vulnerability with which they are born, they run the risk of neurological

sequelae, including cognitive, motor and behavioral impairments, including those related to health in their different systems, at least in the first 24 months of life.

Emotional experiences around the birth of a premature child will accompany the family for a long time, influencing the upbringing and the child's own identity. For this reason, premature birth implies an interruption in the formation of the bond with the mother. Through techniques such as: Skin-to-skin and visual contact, Mother Kangaroo Method, body massage, breastfeeding and family-centered care is intended to accompany and restore the mother-child bond.

## INTRODUCCIÓN

Entre las especies animales, los seres humanos somos los que, al nacer, presentamos el nivel más alto de inmadurez y autosuficiencia, por lo que somos incapaces de sobrevivir solos. En términos de evolución, los seres humanos nacemos antes de estar completamente maduros, esto hace de los humanos una especie biológicamente social. Por esta razón el bebé necesita terminar su proceso de maduración fuera del útero, necesitando totalmente de la asistencia constante de su madre, para el recién nacido resulta vital una relación próxima y constante. Para favorecer esa relación que garantiza su supervivencia, favoreció su potencial para establecer y mantener un contacto precoz con el otro, mediante una fuerte expresividad emocional, tanto facial como postural y gestual. El bebé nace dotado de un repertorio biológico complejo, con un alto grado de organización perceptiva y expresiva, que favorece su intercambio con el otro social, para el cual la emoción resulta constitutiva del vínculo con el otro

La Teoría del Apego sostiene la importancia de la constancia de una figura y que en general se asocia a la figura materna en los cuidados del bebé y contiene también nociones sobre la determinación de un periodo sensible para el desarrollo del apego, que sería el de los primeros años de vida. Los autores tratan de la primacía de la relación de apego madre-niño y señalan consecuencias disfuncionales en el desarrollo social y psicológico del niño cuando esa relación no se establece, se interrumpe o se lleva a cabo de manera inadecuada. Es decir, la calidad de las relaciones de apego depende de las interacciones de la díada madre-hijo o cuidadores, que conformarán los patrones de apego seguro, evitativo (ambivalente), inseguro o desorganizado. Los diferentes patrones dependen de la calidad del comportamiento parental, sobre todo de la sensibilidad materna para dar respuestas prontas, adecuadas y consistentes a las señales del bebé. Por consiguiente, se establecen precursores y consecuencias universales para el desarrollo del comportamiento humano.

El nacimiento prematuro de un niño supone un mayor reto a la ya de por sí condición de inmadurez con la que nace el ser humano. Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Hasta el momento no se conocen con exactitud las causas que dan origen a un parto

prematureo aunque se determina debido a una serie de factores endógenos y exógenos, y sus secuelas van de las más leves y moderadas como son los retrasos en el desarrollo psicomotriz hasta las más severas como daños neurológicos irreversibles. Esto debido a la inmadurez de sus aparatos y sistemas.

Además cabe resaltar que las experiencias emocionales en torno al nacimiento de un niño prematuro acompañarán a la familia toda la vida, influyendo en la crianza y en la propia identidad del niño. Y en el proceso de la re-construcción del vínculo se revisarán algunos métodos y técnicas que ya se han puesto en práctica en contextos similares con recién nacidos a término y prematuros.

El contacto piel a piel es muy importante porque además de que el bebé identifica olores, el calor le permite regular su temperatura ya que al ser prematuro, el cuerpo no controla la temperatura y sufren el riesgo de hipotermia. El contacto visual a esta edad tan temprana es importante, si bien en el inmediato plazo no es tan significativo, a largo plazo permitirá afinar la observación de la madre o cuidador lo que permitirá una mejor atención a las necesidades del bebé y un mejor conocimiento.

Este contacto es precursor del Método Madre Canguro, desarrollado en Colombia para bebés prematuros por el Dr. Edgar Rey, quien alarmado por la alta tasa de mortalidad de bebés prematuros en su hospital, decidió introducir un nuevo método para enfrentar la falta de incubadoras y de atención especializada para estos bebés. Se trata de cargar al bebé piel con piel a la altura del pecho de manera continua para conservar el calor y facilitar la lactancia.

El masaje también es una forma de interactuar con el bebé, este tipo de contacto se hace siempre y cuando el bebé no comprometa su salud. A través del masaje infantil los padres pueden comunicar su amor, cuidado y respeto por sus hijos, aumentan el conocimiento, la confianza y la interacción con ellos.

La lactancia materna forma parte también de la estrategia para reestructurar el vínculo afectado, y aunque lo ideal es que se establezca la lactancia materna, existen situaciones que la dificultan, sin embargo el alimentar personalmente al bebé ayuda a establecer el vínculo.

Los cuidados centrados en la familia son muy importantes, pues permiten sostener la estructura de la intervención ya que se madre e hijo se consideran un binomio, los



cuidados centrados en la familia procuran que la separación del bebé no sea tan prolongada y explica a los padres de familia las intervenciones que se hacen con el bebé durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos, además de apoyo psicológico y la comodidad de la madre y el hijo durante la hospitalización.

La intervención que se hará consiste en 10 sesiones a lo largo de los primeros 24 meses de vida del bebé, ya que este es un período muy importante en su desarrollo y el vínculo se establece en este período de tiempo. Se enseñará y se hará práctica presencial con los bebés en las técnicas que se han mencionado, la observación es parte fundamental para conocerse entre madre e hijo, las madres llevarán una bitácora para revisar el desarrollo de su hijo. El acompañamiento es fundamental a lo largo del proceso de vinculación, ya que es en ese momento cuando la diada madre-hijo es más vulnerable. Las estrategias se han diseñado para acompañar, enseñar, practicar y apoyar la reestructuración del vínculo madre-hijo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar una propuesta de intervención cognitivo-conductual para restablecer el vínculo materno afectado como consecuencia del nacimiento prematuro

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar la importancia del vínculo madre e hijo durante el desarrollo neonatal.
2. Revisar las implicaciones del momento del nacimiento prematuro como determinante de la interacción madre e hijo.
3. Identificar los factores que afectan el vínculo de apego.
4. Revisar las consecuencias de las problemáticas en el apego durante los primeros 2 años de vida del niño prematuro.
5. Abordaje de diferentes propuestas de intervención ante la falta de vinculación y apego como consecuencia de un parto prematuro.
6. Desarrollar una técnica cognitivo-conductual de acercamiento para establecer el vínculo madre-hijo, a la par de proponer una adecuada contención para la madre.

## JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, indica que un bebé prematuro es aquel que nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. Se estima que 1 de cada 10 nacimientos se producen en el mundo de forma prematura. Este es un problema de salud mundial que va en aumento. Actualmente se ha encontrado que los bebés nacidos prematuros son más tendientes a presentar inseguridad en el apego y a pasar de relaciones de apego seguro a inseguro a lo largo de la infancia, a diferencia de lo que suele ocurrir en las poblaciones de nacidos a término González (2009).

La prematurez ha aumentado considerablemente en los últimos años, y con ella los problemas y secuelas derivadas de las características de estos nacimientos. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo físico, cognitivo e intelectual en el corto, mediano y largo plazo.

El nacimiento, así como los días y semanas posteriores son clave para el desarrollo neurológico, de la inteligencia emocional y social. El desarrollo del apego puede darse idealmente con la madre. Esta relación es determinante para el desarrollo cognitivo y emocional de todo ser humano. El apego es un proceso que no termina con el parto o la lactancia. Es un proceso que sirve de base a todas las relaciones afectivas a lo largo de la vida.

Existen factores que afectan al desarrollo del apego y el vínculo entre madre e hijo, entre estos se encuentran la culpa, el enojo, la frustración, la depresión post-parto. Factores externos como problemas en la relación de pareja, o el abandono del padre, procesos previos al embarazo como enfermedades de alguno de los progenitores incluso dificultades para concebir. El soporte de las familias de origen o una red de apoyo incluso determinan de qué manera se crea o no el vínculo y el apego de la díada madre-hijo.

La importancia de poner atención en la problemática de la falta de apego en los primeros dos años de vida radica en un establecimiento del vínculo madre-hijo a pesar de las diversas problemáticas surgidas como consecuencia de un parto prematuro. El vínculo, es lo que permite al ser humano tener contacto con el mundo, es a través del primer

contacto que se determina la manera de estar en la sociedad y desarrollar vínculos profundos.

De ahí que resulte necesario planear alternativas que permitan a la madre principalmente, reestructurarse y echar mano de sus recursos después de un evento de la magnitud de un nacimiento prematuro. Que sea capaz de aprovechar los recursos de intervención que se ofrecen para establecer un vínculo con su hijo a pesar de las dificultades que pueden surgir durante el ejercicio materno de los cuidados tempranos del niño en los primeros dos años de vida.

## **CAPÍTULO 1. Prematurez: cifras, característica, consecuencias.**

En los últimos años, los nacimientos prematuros han aumentado de manera considerable, debido a distintos factores, esto ha hecho que los especialistas de distintas áreas tengan interés en dar seguimiento a los niños y familias que han vivido la prematurez.

Los niños que nacen prematuros corren el riesgo de resultados adversos a largo plazo del comportamiento neurológico, incluyendo impedimentos cognitivos, motores y de comportamiento. La salud en sus diferentes sistemas, también suele tener secuelas al menos en los primeros 24 meses de vida. Por tal motivo la Organización Mundial de la Salud (2013) lo considera un problema de salud mundial ya que el 10 por ciento de los embarazos termina de manera prematura.

### **1.1 Definición y características de la prevalencia del problema.**

La Organización Mundial de la Salud (2018), con el apoyo de centros europeos, definió como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días), basado en que los recién nacidos (RN) entre 37-38 semanas (alrededor del 16% en nuestro medio), serían de bajo riesgo, especialmente en países en desarrollo, donde este grupo se comporta como RN maduros y por tanto no necesitan atención especial. Sin embargo, la Academia Americana de Pediatría (AAP) propone el límite en aquel recién nacido menor de 38 semanas; esto último por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas.

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. (Organización Mundial de la Salud 2018).

Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

De acuerdo con la OMS (2018) este problema es una situación vigente que afecta a toda la población mundial. De acuerdo con sus datos los 10 países donde se observa mayor prevalencia de este problema son: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos de América, Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo y Brasil (OMS 2018). En ese mismo sentido, la OMS en 2018 menciona que los 10 países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos son Malawi, Comoras, Congo, Zimbabwe, Guinea Ecuatorial, Mozambique, Gabón, Pakistán, Indonesia y Mauritania.

De los 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Ello puede explicarse, entre otros factores, por una mejora de los métodos de evaluación; el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos contra la infecundidad, que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples; y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término (OMS 2018).

De acuerdo con cifras que comparte el Instituto Nacional de Pediatría y la Secretaría de Gobernación en su página; en nuestro país nacen alrededor de dos millones de niños, de los cuales el 10 por ciento son prematuros. El Instituto Nacional de Perinatología reporta una incidencia de prematurez de 19.7%. En el Hospital General de México, la incidencia de nacimientos prematuros reportada fue 4.1%, con 2.8% de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en un estudio realizado de 1995 a 2001, (Pérez 2013).

Cabe destacar que existen grandes diferencias en las tasas de supervivencia de los bebés prematuros, en función del lugar donde hayan nacido. Por ejemplo, más del 90% de los prematuros extremos (menos de 28 semanas) nacidos en países de ingresos bajos muere en los primeros días de vida; sin embargo, en los países de ingresos altos muere menos del 10% de los bebés de la misma edad gestacional (Born too soon 2012) Resulta importante mencionar que esta diferencia en la supervivencia de los bebés obedece a prácticas inadecuadas por parte de la madres, pues en contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos y eficaces, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no

haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios, mientras que en los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. El uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal (OMS 2018).

### **1.1.2 Factores de riesgo y posibles causas de un parto prematuro.**

Hasta el momento no se conocen con exactitud las causas que dan origen a un parto prematuro, ya que mujeres con los mismos condicionantes biológicos reaccionan de distinta forma, pudiendo tener bebés a término o, por el contrario, niños prematuros, por lo que no se ha llegado a descubrir dónde está el desencadenante orgánico que favorece la prematuridad (OMS, Born too soon 2012).

No obstante, a pesar de que no se conocen las causas, sí se han identificado algunos factores de riesgo en la aparición de la prematuridad. En la mayoría de las mujeres que tienen un bebé prematuro coinciden más de un factor de riesgo a la vez. (OMS 2018).

Algunos de los factores que pueden determinar que una mujer embarazada corra un mayor riesgo de parto prematuro, son: un parto prematuro anterior, embarazos múltiples con mellizos, trillizos, etc., algunas afecciones médicas crónicas, como la hipertensión, la diabetes o infecciones. El embarazo durante la adolescencia es un importante factor de riesgo de parto prematuro. También la carga genética es un factor influyente. Las mujeres que fuman, beben alcohol y consumen otras drogas recreativas corren un mayor riesgo de parto prematuro. También se sabe que el estrés, cualquiera que sea su causa, puede incrementar el riesgo. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención (OMS, Born too soon 2012).

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos

más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro (OMS 2018).

### 1.1.3 Factores de riesgo generales

Las razones por las cuales ocurre un parto prematuro suelen ser multifactoriales, existen algunos factores que endógenos que pueden prevenirse, como algunas infecciones o enfermedades que con un seguimiento puede prevenirse un desenlace antes de tiempo

. Entre los factores que se toman en cuenta como un detonante de un parto pretérmino, se encuentran las siguientes, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en su reporte 2013.

- Las técnicas de reproducción asistida en muchas ocasiones tienen como resultado embarazos múltiples y con ellos, también el índice de partos prematuros.
- Infecciones vaginales o urinarias.
- Incompetencia cervical.
- Edad de la madre. Las embarazadas adolescentes tienen más riesgo de presentar un parto prematuro (menor de 19 años).
- La raza como factor, se ha constatado mediante estudios epidemiológicos que las madres de raza negra sufren mayores tasas de partos prematuros.
- La edad, cuando la madre tiene más de 35 años, también hay mayor riesgo de parto prematuro.
- Clase social baja. Cuando el embarazo no está controlado médicamente (lo que ocurre con mayor frecuencia en estratos desfavorecidos de la sociedad), hay más riesgo de que el bebé acabe naciendo de forma prematura.
- Baja estatura y bajo peso maternos. Este factor combinado, la estatura de la madre, menor a 1,55 metros y bajo peso (inferior a 55 kg. En la semana 20 de embarazo) tiene más probabilidades de parto prematuro.
- Tabaquismo y drogadicción. Fumar durante el embarazo aumenta las posibilidades de que el niño nazca de forma prematura. Igualmente el consumo y abuso de diferentes drogas.
- Enfermedades autoinmunes. Algunas enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico, pueden hacer que el parto se presente de forma prematura.



- Anomalías del útero y tumores uterinos. Las alteraciones uterinas de la madre pueden ser congénitas o adquiridas con el tiempo, pero, en cualquier caso, parece que tienen un efecto claro sobre la prematuridad.
- Exceso de líquido amniótico (polihidramnios). Puede desencadenar el parto prematuro al dar lugar a una distensión excesiva del útero.
- Enfermedades propias de la gestación. Hay algunas patologías del embarazo que afectan directamente a la duración del mismo. Es el caso de la preeclampsia.
- Traumatismos durante el embarazo. Las caídas, los golpes o los traumatismos sufridos durante los nueve meses de gestación pueden dar lugar a un parto prematuro. Por ese mismo mecanismo de respuesta ante agresiones externas, si durante el embarazo hay una intervención quirúrgica, especialmente en el abdomen, se pueden generar contracciones que precipiten y adelanten el parto (OMS 2013).

## **1.2 El nacimiento prematuro. Desarrollo fetal y del recién nacido.**

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual alojará al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado momento del parto y para un postparto en el que tendrá que amamantar al recién nacido (Purizaca 2010).

Todas las modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, suponen una severa alteración orgánica. Es evidente que durante este periodo todo el organismo se ve afectado tanto anatómica como fisiológicamente en un proceso de adaptación a la nueva situación que se presenta en la mujer. Existen modificaciones en diferentes sistemas: Circulatorio, aparato urinario, modificaciones en la piel (estrías, pigmentación) que pueden modificar su autoimagen y como consecuencia su autoestima. También se dan modificaciones en el sistema endocrino que modifican la fisiología y funcionamiento del cuerpo, a nivel glandular hay cambios en el páncreas, la tiroides, glándulas suprarrenales, ovarios, tiroides, hipófisis. Hay modificaciones en el aparato digestivo, en el aparato respiratorio, incluso a nivel muscular y óseo. Es importante notar

como un embarazo supone cambios drásticos a nivel físico y fisiológico en la mujer (Mendoza 2016).

El embarazo normalmente dura 40 semanas (280 días). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, define el embarazo a término completo como el embarazo que dura entre 39 semanas, 0 días y 40 semanas y 6 días (Purizaca 2010). Los bebés nacidos a término completo tienen la mejor probabilidad de ser sanos, en comparación con los bebés nacidos antes de término.

En un embarazo a término el feto desarrolla mes con mes sus diferentes aparatos y sistemas. La evolución favorable del embarazo requiere de una adaptación del organismo materno, las modificaciones fisiológicas que van evolucionando semana a semana van marcando hitos en el desarrollo fetal y cada semana es importante, sobre todo las semanas que cuentan el último trimestre ya que son las que están dedicadas a la maduración de todos los órganos. A partir de la semana 27 se podría decir que todos los órganos ya están formados y sólo es cuestión de madurez que se da paulatinamente. Es a partir de la semana 31 que el feto experimenta un crecimiento acelerado. A partir de la semana 32, el bebé empieza a tener reflejos y a practicar su respiración, por lo que es común que tenga hipo. En la semana 33 las pupilas ya son reactivas a la luz y crecen las uñas. En la semana 35 el bebé gana peso, su piel endurece perdiendo la transparencia y delgadez. Es importante recalcar que se desarrolla el reflejo de succión. El cerebro sigue desarrollándose y los pulmones madurando, siendo éstos últimos los órganos que tardan más en madurar (Born too soon. 2012).

Expuesto lo anterior, un niño que nace antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación, es considerado prematuro, y suelen ser clasificados de acuerdo al número de semanas de gestación al momento de su nacimiento y sus características morfológicas al nacer (Born too soon 2012). Dependiendo de la semana gestacional en la que se produce el nacimiento, se habla de:

- Prematuro: cuando el parto sucede entre la semanas 32 y la semana 37 de embarazo.
- Muy prematuro: si el nacimiento ocurre entre las semanas 28 y 32 de gestación.
- Prematuro extremo: en el caso de que el bebé nazca con menos de 28 semanas.

La clasificación de un bebé prematuro, de acuerdo a su peso al nacer es:

- Bajo peso al nacer: menos de 2.500 gramos.

- Muy bajo peso al nacer: inferior a 1.500 gramos.
- Extremadamente bajo peso al nacer o prematuros extremos: menor a 1.000 gramos.
- Micronatos: o neonato fetal que son aquellos que tienen un peso entre 500 y 750 g y constituyen el grupo de mayor riesgo (Mendoza 2016).

La lógica de dichas clasificaciones es establecer una serie de criterios que permitan al personal médico identificar los riesgos de salud que puede representar cada caso. A nivel neurológico, hay cambios también muy importantes en preparación para la maternidad, el cerebro también sufre cambios, a nivel de conexiones químicas, las neurohormonas juegan un papel muy importante en el embarazo. Las endorfinas son generadas en mayor medida durante el embarazo.

El límite de viabilidad de un bebé nacido antes de tiempo se encuentra entre las 22 y las 25 semanas de gestación, esto se debe a que muchos órganos todavía no han terminado de formarse, y en caso de que el bebé prematuro llegase a sobrevivir, tendría secuelas de por vida comprometiendo de manera severa su calidad de vida. Mientras menos semanas de gestación tienen estos bebés al momento de su nacimiento, menos probabilidades de sobrevivir tienen, así como altas probabilidades de desarrollar complicaciones y secuelas de por vida (Mendoza 2016).

### **1.2.1 Características de un recién nacido prematuro**

Al no haber completado su maduración dentro del útero materno, los niños prematuros nacen con determinadas características físicas

De acuerdo con la OMS 2019 en su reporte “Born too soon” del 2012, las características de un bebé prematuro son un peso menor de 2500 gr, una estatura por debajo de los 47 cm, circunferencia craneal menor a los 33 cm, circunferencia del pecho menor a los 30 cm o diferencia entre éstas dos mayor a los 3 cm.

Además, se observa que la piel es muy delgada por que le da un aspecto transparente, además de estar cubierta de un vello fino llamado lanugo. Su aspecto parece desproporcionado. La cabeza es notablemente más grande que el resto del cuerpo, y los brazos y las piernas, más largos en relación al tronco. A las orejas les falta cartílago. Por

eso están dobladas o pegadas a la cabeza. Los párpados están fusionados, aunque los ojos ya están formados. Tienen poca grasa corporal, lo que les hace parecer aún más delgados y pequeños.

Su tono muscular es bajo, no se mueve igual que los niños nacidos a término, pues el prematuro lleva a cabo una serie de sacudidas o movimientos bruscos, ya que no ha perfeccionado el mecanismo de coordinación. Sus órganos sexuales están inmaduros. Si es un niño, el pene es muy pequeño y es posible que los testículos no hayan descendido (criptorquidia). En el caso de las niñas, el clítoris parece agrandado, ya que aún no se ha desarrollado el resto del aparato genital. La respiración es muy elaborada ya que los pulmones aún no han madurado.

### **1.2.2 Complicaciones desarrolladas como consecuencia de la Prematurez.**

El bebé prematuro puede sufrir distintas complicaciones tanto después de nacer como durante su infancia. Suelen ser consecuencia de la inmadurez general de su organismo, que afecta a distintas áreas: neurológicas, gastrointestinales, metabólicas, endocrinológica, hematológicas, inmunológicas, oftalmológicas, auditivas, dentición, cardiovascular y respiratorias. En su reporte la OMS 2018, describe las siguientes complicaciones como consecuencia de un nacimiento prematuro:

**Complicaciones Neurológicas.** La respuesta a estímulos externos es débil, los reflejos de búsqueda, succión, deglución y aprensión son pobres o pueden no estar presentes. En los días subsecuentes y en prematuros extremos graves pueden desarrollar hemorragia dentro del cerebro denominada “hemorragia intraventricular” que puede causar un daño cerebral permanente.

**Parálisis cerebral.** Desorden neurológico que puede ser causado por infección, flujo inadecuado de sangre o daño al cerebro durante el parto o durante el tratamiento después del nacimiento.

**Retardo cognitivo.** Es común que se retrasen en el desarrollo cognitivo. En el momento del inicio escolar, es común que los niños prematuros tengan algún problema de aprendizaje; dislexia, moderado a severo retardo global del desarrollo, deterioro motor. Secuelas psiquiátricas y conductuales: Desorden de hiperactividad, déficit de atención.

**Complicaciones Gastrointestinales:** Si el bebé nace antes de la semana 34 de gestación, no ha madurado todavía los mecanismos de succión y deglución, por lo que puede tener problemas para alimentarse directamente del pecho materno. En este caso, se le coloca una sonda nasogástrica por donde se le administrará el alimento. Si el niño es muy prematuro y su estómago es aún demasiado inmaduro, la alimentación será a través de una vía sanguínea.

Además, generalmente sufren reflujo gastroesofágico (ERGE), que suele resolverse durante el primer año de vida. Mala digestión (por inmadurez del sistema digestivo) Enterocolitis necrotizante, es una complicación muy grave producida por una inflamación que destruye partes del intestino y que puede exigir cirugía o incluso ser mortal.

Complicaciones hematológicas: Todas las células de la sangre están disminuidas y el prematuro tiene tendencia a presentar:

**Anemia:** Muchos bebés prematuros carecen de la cantidad suficiente de glóbulos rojos para transportar la cantidad adecuada de oxígeno a todas las células del cuerpo. Esta complicación es fácil de diagnosticar con pruebas de laboratorio. Estas pruebas determinan la gravedad de la anemia y la cantidad de nuevos glóbulos rojos que está produciendo (los vasos sanguíneos son débiles, la producción de vitamina K que protege contra los sangrados es menor). Los sitios más frecuentes de sangrados son: el cordón umbilical, el ojo, el cerebro y el aparato digestivo

Los bebés prematuros pueden desarrollar una anemia por diversas razones: En las primeras semanas de vida, los lactantes no fabrican muchos glóbulos rojos nuevos. Los glóbulos rojos de un lactante tienen una vida más corta que los de un adulto. Las frecuentes muestras de sangre que se deben ir tomando para realizar las pruebas de laboratorio dificultan la reposición de glóbulos rojos hasta alcanzar un nivel adecuado.

**Complicaciones metabólicas:** Ictericia (tonalidad amarillenta en la piel y la esclerótica de los ojos): Aunque la ictericia leve es bastante frecuente incluso en bebés a término, es mucho más habitual en los prematuros y se debe a que se elevan los niveles de bilirrubina en sangre (un compuesto que se produce como resultado de la descomposición natural de los glóbulos rojos). Los niveles de bilirrubina extremadamente altos pueden provocar lesiones cerebrales, motivo por el cual en los bebés prematuros se controla la

ictericia a fin de poderla tratar lo antes posible, antes de que la bilirrubina alcance niveles peligrosos.

**Falta de control de la temperatura:** Debido a la falta de grasa corporal, se observa una tendencia a la temperatura baja o hipotermia que puede llevar a problemas respiratorios y baja del nivel de azúcar en la sangre. La temperatura corporal normal de 36.5 a 37.5°C. Niveles de minerales muy bajos o muy altos y otras sustancias en la sangre, como calcio y glucosa (azúcar).

**Funcionamiento renal inmaduro:** En este sentido la confusión que el mismo sistema renal envía, tiene como consecuencia malos diagnósticos en estos bebés cuando simplemente son inmaduros.

**Complicaciones del Sistema Inmunológico:** Inmadurez inmunológica/ Infecciones: Las infecciones son una grave amenaza para los bebés prematuros porque son menos capaces de luchar contra los gérmenes que pueden provocar enfermedades graves. La infección puede haberse transmitido la madre antes, durante o después del parto o bien proceder de alguna otra fuente. Prácticamente cualquier parte del cuerpo se puede infectar y la infección expandirse a todo el cuerpo causando sepsis, que es una complicación que puede amenazar la vida del bebé.

**Complicaciones Oftalmológicas:** Retinopatía del prematuro: Los ojos de los bebés prematuros son especialmente vulnerables a las lesiones tras el parto. Una complicación grave es la retinopatía del prematuro, que es un crecimiento anómalo de los vasos sanguíneos del ojo.

Aproximadamente el 7% de los bebés con un peso natal de 1, 250 gr o menos desarrollan una retinopatía y las lesiones resultantes pueden ir de leves (necesidad de llevar gafas) a graves (ceguera).

La causa de la retinopatía del prematuro se desconoce. Aunque antiguamente se creía que la principal causa era un exceso de oxígeno, investigaciones posteriores han mostrado que los niveles de oxígeno (sean excesivos o demasiado bajos) sólo son un factor contribuyente en el desarrollo de la retinopatía del prematuro.

**Problemas de audición:** Los prematuros tienen un riesgo incrementado de presentar pérdida de la audición. Es por esto que se recomienda que se les haga un chequeo antes de que sean dados de alta.

**Problemas en la dentición:** Los prematuros que han estado muy delicados, tienen un riesgo incrementado de desarrollar problemas dentales como puede ser la erupción tardía de los dientes, la decoloración o la mala alineación de la dentadura.

**Complicaciones Cardiovasculares:** Conducto arterioso persistente: En los bebés a término, el conducto arterioso se cierra nada más nacer, pero en los bebés prematuros permanece abierto. Cuando ocurre esto, se produce un exceso de irrigación sanguínea en los pulmones que puede provocar dificultades respiratorias y a veces insuficiencia cardíaca.

Presión arterial muy baja o alta: La hipotensión arterial es una complicación relativamente habitual que puede ocurrir poco después del parto. Puede obedecer a una infección, a una pérdida importante de sangre o fluidos o a los medicamentos administrados a la madre antes del parto.

Frecuencia cardíaca disminuida. Esto generalmente se presenta con la apnea.

**Complicaciones Respiratorias:** La función pulmonar del niño prematuro es una de las más afectadas cuando el nacimiento se produce antes de tiempo y el bebé puede presentar:

Síndrome de distrés respiratorio (Enfermedad de la membrana hialina) por la que no llega suficiente aire al torrente sanguíneo al no abrirse bien los alveolos pulmonares.

Apnea (pausas al respirar): la apnea es otro problema de salud habitual en los bebés prematuros. Durante una crisis de apnea, el bebé deja de respirar y su frecuencia cardíaca puede bajar y la piel se le puede poner pálida, amoratada o azul. La apnea suele estar provocada por la inmadurez del área del cerebro que controla el impulso de respirar.

Casi todos los bebés nacidos a las 30 semanas de gestación o antes tendrán algún episodio de apnea. Las crisis de apnea se vuelven menos frecuentes con la edad.

Fragilidad respiratoria: les falta fuerza para respirar, sus movimientos son débiles, irregulares, e incluso llegan a presentar periodos donde no respiran y otros donde respiran muy rápido (taquipnea), su llanto es débil y quejumbroso. No pueden expulsar sus flemas con facilidad, y tienen color azulado (síntoma de que no están oxigenando bien), ya sea en manos, pies y boca o en todo el cuerpo.

Displasia broncopulmonar (cicatrices en el pulmón que dificultan la respiración al comprimir los bronquios. Es una enfermedad pulmonar crónica con dependencia al oxígeno

que se presenta en aquellos prematuros a los que se les tuvo que ayudar, durante un tiempo prolongado, para que respiraran) y bronquiolitis (inflamación de los bronquios).

Muerte súbita: Los prematuros que pesan menos de 1.500 gramos tienen un riesgo de hasta tres veces mayor de sufrir muerte súbita del lactante, en relación a los recién nacidos a término.

### **1.3 Implicaciones inmediatas de un nacimiento prematuro**

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones físicas, metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Es importante también tomar en cuenta el punto de vista psicológico, ya que la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer. Un embarazo llevado en condiciones normales representa un cambio importante, con mayor razón un embarazo que termina de manera abrupta (González 2009).

Las experiencias emocionales en torno al nacimiento de un niño prematuro acompañarán a la familia toda la vida, influyendo en la crianza y en la propia identidad del niño. Los nueve meses que dura un embarazo no es sólo un periodo de tiempo en el que el bebé madura físicamente, sino que es el tiempo en el que los padres se preparan psicológicamente para la nueva situación (Gómez 2013).

Hay que señalar, en primer lugar, que la vulnerabilidad biológica de los recién nacidos prematuros, los problemas de salud y la necesidad de que estén ingresados en el hospital incluso a veces durante varios meses, alteran las habituales condiciones de un nacimiento a término y se han revelado como un factor de riesgo que puede afectar, perturbándolo el desarrollo psíquico y relacional de estos niños y a algunas funciones parentales. Como destaca González Serrano (2009) citado en: "El nacimiento de un bebé con gran prematuridad" ilustra claramente la interconexión de lo somático, lo psíquico y lo ambiental, o de otro modo, permite estudiar la interrelación entre los efectos del riesgo médico-biológico (problemas neuroevolutivos) y del riesgo psico-emocional (trastornos de las interacciones precoces, el ejercicio de las funciones parentales, la capacidad de afrontar el estrés (Gómez 2013).



En los últimos años se ha investigado mucho sobre las secuelas psicosociales de la prematuridad, tanto en los padres como en el mismo prematuro. Para los padres, se trata de una experiencia traumática, pues la mayoría de las veces el embarazo iba bien y en pocas horas las expectativas en torno a la paternidad y maternidad cambian bruscamente (González 2009).

Las experiencias emocionales en torno al nacimiento de un niño prematuro acompañarán a la familia toda la vida, influyendo en la crianza y en la propia identidad del niño. Los nueve meses que dura un embarazo no es sólo un periodo de tiempo en el que el bebé madura físicamente, sino que es el tiempo en el que los padres se preparan psicológicamente para la nueva situación (Gómez 2013).

Los cuidados prenatales justamente implican esta adaptación que se da de manera gradual en la madre y que la van entrenando para la maternidad, en el cuidado del bebé y la preparan para las necesidades y renuncias que acompañan a la nueva etapa vital. Incluso las hormonas que se liberan en tiempo se ven interrumpidas por el nacimiento imprevisto del bebé prematuro y rompe este proceso de adaptación hacia la maternidad (González 2009).

### **1.3.1 En la madre y la familia**

Muchas mujeres se sienten culpables. Repasan mentalmente lo que han hecho, buscando una causa que explique el parto prematuro. Pero lo cierto es que, en la mayoría de los casos, no la hay. Comprender esto va a ser muy importante para la futura madre. Algunos padres tienen sentimientos de rechazo al ver a sus hijos recién nacidos. No son como los imaginaban. En lugar de un bebé regordete y sonrosado se encuentran con un ser diminuto, a menudo encerrado en una incubadora y cubierto de cables (Gómez 2013).

Temen encariñarse con el bebé por si no sobrevive. Esto genera culpa, este temor les hace sentir culpables. Temen no saber cuidarlo, hay culpa por dejarlo hospitalizado tanto tiempo. La culpa viene también por no haberlo gestado las 40 semanas.

La falta de contacto físico dificulta el establecimiento del vínculo afectivo. En un nacimiento normal, la madre y su bebé están en constante contacto físico. Sin embargo, en los nacimientos prematuros se produce una separación brusca, pues el niño pasa del útero a la incubadora, sin poder establecer una lactancia y un contacto constante con su mamá (González 2009).

## **1.4 Implicaciones a largo plazo de un nacimiento prematuro**

El nacimiento y los días y semanas posteriores son clave para el desarrollo cerebral y de la inteligencia emocional y social del recién nacido, y este desarrollo sólo puede darse en el seno de una relación de apego, idealmente con la madre. Incluso, o con mayor razón, en el caso de los bebés prematuros. El regazo materno es lo más cercano al útero materno que exista sobre la tierra. Es beneficioso para un bebé nacido a término, y urgente para un bebé nacido prematuramente (González 2009).

La neurología señala cómo el primer año de vida es crítico. Un ser humano nace con un 25% de su capacidad cerebral, que se desarrolla hasta el 80% durante el primer año. Para un óptimo desarrollo hay varios factores relacionados con la maternidad y crianza que se han demostrado que son imprescindibles (Purizaca 2010):

La separación temprana de la madre y el bebé es uno de los mayores problemas. Esta genera cortisol y otros glucocorticoides que provocan estrés en el bebé y destruyen la creación de las sinapsis neuronales necesarias para el desarrollo óptimo de dicho cerebro, y esto puede provocar bebés con problemas de desarrollo, menos empáticos, desvinculados (Gómez 2013).

### **1.4.1 Efectos negativos en el desarrollo psicomotriz, cognitivo, de lenguaje.**

Al nacer antes de tiempo, el niño tiene que continuar desarrollándose en unas condiciones muy distintas a las que tenía en el útero materno, y esto puede interferir su neurodesarrollo. Además su fragilidad favorece la aparición de problemas de salud que pueden lesionar el cerebro y alterar aún más la maduración de su sistema nervioso y su estado físico en general (Gómez 2013).

El nacimiento prematuro puede dar lugar a discapacidades intelectuales y del desarrollo a largo plazo para los bebés. Estos son problemas sobre el funcionamiento del cerebro. Pueden hacer que la persona tenga problemas o retrasos en el desarrollo físico, aprendizaje, habilidades de comunicación y socialización con otras personas o aprender a cuidar de sí mismo (Minguet-Romero 2014).

El nacimiento de un niño prematuro lleva implícita una repercusión importante en las familias y elevado costo monetario para los sistemas de salud; los niños que superviven tienen un aumento del riesgo de discapacidad visual, auditiva y de aprendizaje durante toda su vida (Minguet-Romero 2014).

Entre los problemas que existen entre los niños nacidos antes de tiempo están los problemas de comportamiento, como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH o ADHD), ansiedad, trastornos neurológicos, como parálisis cerebral, que afectan el cerebro, la médula espinal y los nervios en todo el cuerpo. TEA (Trastornos de Espectro Autista), un grupo de trastornos que afectan el habla, las habilidades sociales y el comportamiento del niño. (March of Dimes 2013).

En su primer año de vida el niño interactúa con su entorno inmediato –medio ambiente y en especial su madre- por medio de cuatro sistemas relacionales o conductuales, siendo el vínculo del apego el que regula la función de los otros sistemas.

Desde el nacimiento existe un periodo sensitivo que se inicia por medio de la interacción del recién nacido con su madre, donde ocurren fenómenos interesantes: la mirada ojo a ojo entre madre-hijo, el contacto piel a piel cuando la madre le toca, le acaricia o al hablarle, generando movimientos de respuesta en el niño; durante la alimentación natural se establece una comunicación aún más fluida de la díada y estos primeros momentos e interacciones son primordiales en el inicio del apego (González 2009).

Hacia la segunda mitad del primer año de la vida se refuerza progresivamente el vínculo del apego, a través de la proximidad estrecha y de la interacción, cuando se establece una relación privilegiada con una o varias personas (madre, abuela, etc.) de su entorno (Chamorro, 2012).

La díada madre e hijo evidentemente comienza su interacción desde antes del nacimiento, existen algunos factores que alteran este incipiente vínculo. Como se ha mencionado, la prematuridad es un factor determinante para que el vínculo se vea alterado.

Las secuelas de la prematuridad son una razón de peso para que existan secuelas. No es lo mismo un leve deterioro cognitivo o un problema de integración sensorial a un problema psicomotor severo o una parálisis cerebral, o secuelas en alguno de los sistemas primordiales para llevar una buena calidad de vida.

Aunado a estas secuelas físicas, también se encuentran las secuelas emocionales que la prematuridad dejan al recién nacido, a la madre y a la familia. El desarrollo cerebral, físico, emocional, social de un bebé que ha disfrutado de muchos cuidados y estrecho contacto con su madre o algún familiar muy cercano, lactancia materna establecida desde un inicio no es el mismo que el de un bebé que ha pasado las primeras semanas de su vida solo, aislado en una incubadora, sin más contacto con las manos de la enfermera o los médicos.

Los días y semanas posteriores son clave para el desarrollo físico, la maduración de todos los aparatos y sistemas, el desarrollo cerebral sobre todo, así como también el desarrollo de la inteligencia emocional y social. Este desarrollo sólo puede darse en el seno de una relación de apego, idealmente con la madre. Incluso, o con mayor razón, en el caso de los bebés prematuros. Algunos de estos bebés desarrollarán secuelas importantes, ya se ha mencionado que pueden ir desde parálisis cerebral y otros trastornos neuromotores hasta problemas sensoriales. Otros, sin embargo, podrán hacer una vida normal (Gómez 2013).

Con frecuencia, los padres de bebés prematuros tienden a sobreproteger a sus hijos, llegando en ocasiones a generarles un sentimiento de indefensión que obstaculiza la exploración del mundo y el desarrollo autónomo.

Se ha encontrado una mayor tendencia a desarrollar problemas psicológicos en niños que nacieron prematuramente. Muchos de esos problemas tienen que ver con la sobreprotección que los padres les transmiten. Esta sobreprotección integra la experiencia de ser una persona frágil, incapaz, con dificultades para desenvolverse en el mundo, lo que repercute en una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión.

## **CAPÍTULO 2. Vínculo de apego madre-hijo como factor protector del desarrollo ante los efectos de la prematurez.**

Cuando nacen los niños, se encuentran en un estado de vulnerabilidad, pues están muy indefensos y necesitados de la ayuda de los demás, pero al mismo tiempo, están bien dotados perceptivamente, tienen una gran capacidad de aprender y están preprogramados para interesarse por los estímulos sociales y acabar vinculándose a algunas personas.

Este vínculo, denominado apego, tiene una función adaptativa para el niño, para los padres, para el sistema familiar y, en último término, para la especie. Desde el punto de vista objetivo, su sentido último es favorecer la supervivencia, manteniendo próximos y en contacto a las crías y a los progenitores (o quienes hagan su función), que son los que protegen y ofrecen los cuidados durante la infancia (Palacios, Marchesi & Coll, 2014).

### **2.1 Definición de Vínculo de apego**

El apego se entiende como un vínculo con un lazo afectivo muy fuerte que determinará el desarrollo posterior de la personalidad del niño, su forma de relacionarse con los demás y con todo lo que le rodea. El apego también influirá en como se ve a sí mismo y la forma en la que se plantea el vínculo (González 2009).

De acuerdo con Palacios et al (2014) aunque este vínculo forma un todo, pueden distinguirse en él tres componentes básicos: conductas de apego (de proximidad e interacción privilegiada con esas personas), representación mental (los niños construyen una idea de cómo son dichas personas, qué pueden esperar de ellas, etc.) y sentimientos (de bienestar con su presencia o ansiedad por su ausencia).

Al nacer ninguna persona es capaz de regular sus propias emociones. La relación más temprana que se establece y permite aprender a regular el sistema emocional es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargará de responder a nuestras señales o reacciones emocionales (Fonagy, 2004).

Esto dependerá de la proximidad y seguridad alcanzada a través de la conducta de apego y por supuesto de la disponibilidad del cuidador primario (Hervás, 2000; Main, 1996). Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen

sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo).

### **2.1.1 Teoría de Bowlby: Definición de apego, tipos características.**

La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida (Bowlby 1998).

En los estudios sobre el apego coinciden distintas disciplinas que la alimentan con sus experiencias clínicas, prácticas, además de las Neurociencias. Los diferentes estudios exploran el efecto que la formación, la ruptura, la renovación, las vicisitudes y los trastornos de las relaciones o vínculos tienen para el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad a lo largo del ciclo vital y particularmente en la infancia y en la adolescencia (Gago 2014).

La Teoría del Apego debe su existencia al psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990). Al finalizar la II Guerra Mundial, la OMS realiza un estudio sobre las necesidades del niño sin familia. Bowlby se encargaría de los aspectos de salud mental. Supone su toma de contacto con el efecto de la privación materna. En “Cuidados maternos y salud mental“(1951), expone los efectos desfavorables de la privación de la figura materna y apunta los medios para prevenir dicha privación (Gago 2014).

En dicho estudio, los niños con un vínculo de apego ya establecido atravesaban tres fases que podían culminar en una desvinculación emocional:

1. Fase de protesta: que consiste en una conducta enfadada, en la que el niño busca a su madre o en su defecto a su figura de apego.
2. Fase de inapetencia o indefensión: consiste en un dolor agudo por la separación en el que disminuye la esperanza.
3. Fase de desapego: sirve como una función defensiva en la que el niño ignora y se aleja de su madre o de la figura de apego.

En su teoría, Bowlby llegó a la conclusión de que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia arcaica,

cuya función es la supervivencia de la especie, y que esa tendencia es independiente de otras necesidades.

Bowlby, señala Gago (2014), contacta con las teorías etológicas de Konrad Lorenz. En sus experimentos con patos, descubre que estas aves recién nacidas exhiben respuestas espontáneas de “seguir” a la figura de referencia, así como la existencia de relaciones duraderas que se establecen entre los pequeños y sus padres. Lorenz apunta que los patitos se vinculan sin que la alimentación influya en la construcción del vínculo, y detecta señales de angustia al separarse aunque la figura de apego no les suministre alimento.

Gago (2014) menciona que Bowlby reuniría la influencia de las investigaciones de los Harlow con los monos y de los psicoanalistas con los niños, para enfocar una potente teoría sobre el apego. Bowlby estudió a niños con graves problemas emocionales, examinando su evolución muy de cerca gracias a su condición de médico.

La manifestación de la conducta de apego varía de una especie a otra. En el bebé humano tarda mucho en aparecer, dado su estado de inmadurez y desarrollo lento. Generalmente el apego tiene lugar en los primeros 8 a 36 meses de edad.

El vínculo afectivo posee un marcado carácter emocional que despierta los sentimientos de confianza o desconfianza, de estima o desestima, dependiendo de la relación con las figuras de apego.

Manifestaciones conductuales relacionadas con el vínculo de apego:

- Búsqueda de la proximidad con la persona con la que se está vinculada
- Resistencia a la separación (con síntoma de angustia ante la pérdida de la figura).
- Uso de la figura de apego como apoyo desde el que poder explorar el mundo físico y social.
- Búsqueda de refugio y bienestar emocional en los momentos de tristeza, temor o malestar.
- Pero el vínculo afectivo también tiene un componente mental y quizá por ello menos evidente.

Una de las seguidoras de Bowlby fue Mary Ainsworth (1962, 1964) quién diseñó y aplicó un programa experimental conocido como Situación Extraña para evaluar la calidad del vínculo entre una madre y su hijo, basándose en que las figuras de apego actúan como

sustento de la conducta exploratoria y por tanto las separaciones son seguidas de efectos psicológicos y fisiológicos en el niño.

Los tipos de vínculos descritos por ella son:

- a) Pauta del apego seguro: en ésta existe una confianza por parte del niño hacia sus padres (o figuras parentales), quienes serán accesibles, sensibles a las señales del niño. Esto le permitirá explorar el mundo con seguridad y confianza.
- b) Pauta del apego ansioso resistente: el niño no tiene la seguridad de encontrar a sus progenitores y de ser ayudado por ellos si se encuentra en una situación amenazante. El niño es propenso a la separación ansiosa; es proclive al aferramiento y se muestra ansioso frente a la exploración del mundo. En cada una de estas conductas está siempre presente la incertidumbre.
- c) Pauta del apego ansioso elusivo: el niño desconfía de que sus padres le entregarán la ayuda necesaria o requerida por él y tiene la convicción de que en este intento no será apoyado por ellos. El niño intenta ser una persona emocionalmente autosuficiente, no buscando el amor ni el apoyo de otras personas.

Como la conducta de apego es un proceso basado en la interacción, un modelo de apego seguro hará creer al niño que la persona amada estará siempre accesible y que su ayuda será incondicional. En cambio, en el modelo de apego inseguro y en el peor de los casos el niño creerá que no merece ser amado y no tendrá expectativas de ayuda en caso de necesitarla (Bowlby 1988).

### **2.1.2 La Figura de Apego**

El apego se puede definir como una vinculación afectiva intensa y duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad. Bowlby (1992) define el apego como un conjunto de conductas del niño que tienden a la búsqueda de proximidad con una o varias personas adultas, denominadas «figuras de apego». En caso de perder esta cercanía, el niño busca restaurarla. Los niños, desde edades muy tempranas, buscan proximidad con los adultos más significativos (madre, padre); se esfuerzan en no superar cierta distancia entre ellos y cuando captan la



amenaza de la separación, manifiestan visiblemente su preocupación y malestar (Fernández 2013).

Tanto Bowlby (1989) como Ainsworth (1989) apuntaron la importancia que tienen los vínculos de apego establecidos con los padres durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. Desde esta referencia precursora, Botella (2005), Oliva (2004), Del Barrio (2002), Trianes (2002), Winnicott (1995) y Griffin y Bartholomew (1994), mantienen que los niños y niñas que establecieron relaciones de apego seguro con unos padres que se mostraron cariñosos y sensibles a sus peticiones estarán más capacitados para establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto con sus iguales (Sanchis 2008).

### **2.1.3 Apego materno –fetal**

El vínculo madre-hijo se crea incluso antes de nacer el niño, nace como una unión puramente biológica que se desarrolla hasta convertirse en una unión simbólica que ejercerá de referente para vínculos posteriores (González 2009).

El nacimiento del vínculo durante el periodo en el que el niño está en el vientre materno, antes del nacimiento es una relación puramente biológica en la que el niño es dependiente a tiempo completo de la madre parece ser la base sobre la que se desarrollan y construyen las modalidades vinculares y los futuros modos relacionales del niño.

Según Jaroslavsky (2012), por la empatía materna los integrantes de la unidad dual están comunicados como vasos comunicantes, manteniendo el nivel constante entre la demanda y su satisfacción. De esta manera, mientras el niño se encuentra en el vientre materno comienza a desarrollarse la relación dual, que se asienta sobre la interacción entre la madre, el niño y sus necesidades; de la manera en que interactúen estos tres elementos dependerá el desarrollo de la misma. Imre Hermann (citado en Jaroslavsky, 2015) acuñó el término unidad dual y lo definía como “el instinto de aferramiento del niño hacia su madre, que es el cemento fundacional de la unidad dual, que además es complementada por la identificación de esta con el desvalimiento de su hijo”.

Esta unión dual y puramente biológica finaliza parcialmente con el nacimiento del niño y con la separación de su madre. En este nuevo escenario, el niño sigue vinculado

biológicamente a su madre a través de la crianza y de la satisfacción de las necesidades más primarias y, por otro lado, depende también de la madre a nivel psicológico para procesar y gestionar su mundo interno, ya que su propio psiquismo está recién empezándose a construir. “Antes del nacimiento hay una unión total en la que el bebé no tiene percepción de tal. Luego, esta simbiosis biológica pasa a ser una simbiosis psicológica” (Bernard, citado en Benhaim, 2013).

Es por esta razón que se establece al nacer, la díada madre-hijo, el recién nacido aún no tiene una percepción propia, aún es parte de su madre, por el tiempo que permaneció in útero.

#### **2.1.4 Apego post natal**

En el proceso de construcción de la personalidad intervienen muchas variables; la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales. Todas ellas nos parecen entidades importantes, pero existe una, que junto a la predisposición genética se destaca. Son las primeras relaciones que se establecen con el cuidador principal (madre, padre u otros).

La teoría del apego de Bowlby, plantea que los seres humanos tenemos una necesidad universal de formar lazos afectivos íntimos.

Tomando como referencia las representaciones de la relación fusional con su madre, el niño comienza a desarrollar su propia psique, gestionando las demandas del mundo externo con un psiquismo todavía muy poco desarrollado y apoyándose en la madre que ejerce la función de amortiguar y filtrar los contenidos para que puedan ser procesados por el niño.

Como explicó Jaroslavsky (2012), la primera representación que tiene un recién nacido es la del vínculo madre-bebé y cuando esta unidad dual termina con la separación progresiva de ambos, queda como remanente intrapsíquico. Es por ello que la madre ejerce como referencia principal en el desarrollo del psiquismo del niño, aún cuando ya fuera del vientre la unidad fusional biológica ha desaparecido.

Los primeros momentos y los primeros días son cruciales y determinantes para establecer un vínculo y comenzar la relación de apego entre madre e hijo. El contacto piel

con piel es importante en la primera hora a partir del nacimiento, este contacto favorece el establecimiento de la lactancia y permite continuar con la siguiente etapa del vínculo y establece el apego.

Si el apego materno es el conjunto de conductas y vínculos que la madre establece en torno al recién nacido. El ingreso en la UCIN supone una barrera en el establecimiento de estos primeros lazos. Por motivos de salud, se separa a la madre del hijo ya que en la mayoría de los casos la inmadurez del recién nacido exige atención inmediata para el soporte de vida que al nacer necesita. De la misma manera la madre, en muchas ocasiones en las primeras horas e incluso días está incapacitada para acercarse a su bebé (González 2009).

## **2.2 Importancia del apego en la interacción madre hijo**

Los primeros años de vida adquieren un carácter crítico tanto para el desarrollo psicoafectivo del niño, como para su desarrollo neuro madurativo. Desde la psicología evolutiva, se plantea que las primeras experiencias del niño resultan cruciales para la futura adaptación de éste. (Papalia y Wendkos, 1992).

Para la teoría del apego, el principal determinante de la seguridad del vínculo afectivo es la sensibilidad de la figura de apego, entendida como la disposición a atender a las señales del niño, interpretarlas adecuadamente y responder a ellas rápida y apropiadamente, disposición estrechamente relacionada con la empatía (Palacios, Marchesi & Coll, 2014).

Para entender el desarrollo del apego en los primeros años, Palacios, et al, (2014), indican que conviene tener en cuenta cuatro sistemas relacionales, dos de los cuales están presentes desde el momento del nacimiento (el sistema exploratorio y el afiliativo), mientras que los otros dos hacen su aparición a partir de los 6 meses (sistemas de apego y de miedo o cautela ante extraños).

Sistemas relacionales presentes desde el nacimiento

- Sistema exploratorio o tendencia a interesarse por el mundo físico y social y a conocerlo. Al estar presente desde el nacimiento, los bebés actúan en sus primeros meses sin ningún miedo o temor: tocan, chupan y examinan todo lo que está a su alcance; a la vez,

están en estado de alerta ante todo lo nuevo que puedan ver, oír, oler, etc. Son, en definitiva, verdaderos exploradores del mundo, para ellos enteramente nuevo.

- Sistema afiliativo o tendencia a interesarse por las personas y establecer relaciones amigables con ellas. Presente desde el nacimiento, se mantiene activo durante toda la vida. En los primeros meses, el niño no manifiesta preferencia por unas personas u otras y tampoco le producen ningún temor las personas desconocidas. Por ello, en los primeros meses son los adultos los que deben cuidar totalmente de los niños, teniéndolos en sitios seguros y evitando que se acerquen a ellos personas o animales peligrosos.

Sistemas relacionales que aparecen hacia la primera mitad del primer año de vida

- Vínculo de apego con una o varias personas con las que el bebé procura mantener la proximidad y una interacción privilegiada. Es el sistema relacional básico, que una vez formado va a regular en buena medida los demás y, sobre todo, va a determinar el tipo de relación que el niño establecerá con las personas y, hasta cierto punto, con las cosas y las situaciones.

- Miedo ante los desconocidos o tendencia a relacionarse con cautela o incluso a rechazar a las personas desconocidas. El que los niños acaben o no dando una respuesta de miedo depende fundamentalmente de la “evaluación” que ellos mismos hacen en función de factores tales como el grado de control que tienen de la relación con el desconocido, la intrusividad del desconocido, la presencia o ausencia de la figura de apego, etc. Este sistema permite al niño identificar peligros potenciales para así pedir ayuda.

El vínculo de apego regula en buena medida la exploración y las relaciones de afiliación o miedo con las personas. La presencia de las figuras de apego o la adquisición de un estilo de apego seguro, predice relaciones más confiadas y eficaces con el mundo social y físico (Palacios, et al 2014).

De acuerdo a la UNICEF, para un niño pequeño, la relación más importante en su vida es aquella que establece con su madre o su cuidador primario. Dicha relación también interfiere en su desarrollo neuronal, amoldando su cerebro e interfiriendo en su aprendizaje en habilidades sociales. Por lo tanto, un estilo de apego seguro puede ser una base sólida para futuras relaciones.

La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.

Para Bowlby, la ausencia de esa relación materno-filial se llama privación materna. Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente. La perturbación en la organización psíquica resultante de esos estados genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad.

Si se reconoce la importancia de los procesos de apego para el futuro desarrollo de los niños, resulta imprescindible considerar a aquellos grupos que podrían verse mayormente vulnerados en el establecimiento de vínculos seguros o protectores con sus hijos. Tal es el caso de los niños prematuros y sus madres (UNICEF 2012).

### **2.3 Importancia de fomentar apego durante los primeros días de nacido.**

El apego fue detectado científicamente por psicólogos experimentales, hace más de seis décadas. Ellos observaron que cuando se apartaba al cordero recién nacido de su madre inmediatamente después del alumbramiento por algunas horas, ésta no lo reconocía como hijo propio cuando le era devuelto. Más aún, se negaba a amamantarlo y hasta le podía agredir. Pero si no se interferían las primeras seis horas de vida del corderito junto a su madre y luego se les separaba, cuando éste retornaba al alero de su madre, ésta lo acogía, cuidaba y amamantaba con normalidad. Algo muy importante en relación al apego, ocurría en las primeras horas de vida del corderito junto a su madre, lo que determinaba las conductas posteriores. Estas horas iniciales fueron denominadas período sensitivo. (Pinto, 2007).

Este período sensitivo, también lo encontramos en nuestra sabiduría y cultura popular. Es reconocido el hecho de que en nuestros campos, no se "molesta" durante el período sensitivo a los animales domésticos o a los de crianza.

Los estudios sociológicos de variados grupos étnicos aislados, en distintas fases evolutivas desde el paleolítico en Australia, tribus indígenas de África y Amazonía y algunos reductos indígenas de USA aportaron un hecho muy interesante. Todos los grupos étnicos estudiados tenían algo en común: el parto era un evento privado donde se protegía la intimidad de la madre con su recién nacido, en las primeras horas de vida, para después transformarse en un evento social. Esas primeras horas, a la luz de los conocimientos actuales corresponden al Período Sensitivo. (Pinto, 2007).

Durante este período sensitivo se desarrolla un apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y su hijo en los primeros momentos de relación. Nada de lo que hace el bebé tiene sentido excepto desde el punto de vista del cuerpo de su madre porque es aquí donde se van a poner en marcha todos los procesos neurológicos necesarios. La separación del recién nacido de su madre, viola el programa innato de ambos (Bergman, 2007).

En cuanto a los niños prematuros, es cierto que sus características pueden dificultar la interacción durante los primeros meses de la vida, pero la mayoría de los niños prematuros establecen vínculos seguros.

El temperamento y el ser prematuros son factores de riesgo cuya influencia en la seguridad del apego depende de su relación con otros factores de estrés (dificultades en la relación de pareja, falta de apoyo social, etc.) y de protección. En muestras clínicas de mayor gravedad (niños con fisura palatina, sordos, autistas, etc.), la capacidad predictora de las variables maternas sobre el apego infantil se reduce. Es posible que la sensibilidad potencial de las figuras de apego se vea seriamente afectada por el estrés o las dificultades que plantea el cuidado de estos niños (Palacios, Marchesi & Coll, 2014).

Cuando ocurre el nacimiento prematuro, se considera, para efectos de apego, equivale a un abandono. La madre y su bebé o bebés son separados con fines terapéuticos. En muchas ocasiones la madre no puede acercarse a conocer a su bebé, o si lo hace, éste está rodeado de aparatos y dentro de una incubadora que le dan soporte vital, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Desde el punto de vista psicológico el abandono se refiere al corte o no-existencia del vínculo afectivo. (Hermosilla, 1989, citado en Rosas 2000).

El nacimiento prematuro, la separación de la díada madre-bebé para su ingreso a la UCIN, supone un proceso de privación materna en el que se interrumpe el establecimiento de los primeras interacciones, dado que éstas se van formando durante el embarazo y el postparto, dicha separación supone para la madre una barrera física y emocional que dificulta el establecimiento de los primeros lazos. La edad gestacional del bebé cuando ocurre el nacimiento también se considera un factor principal que afecta en el establecimiento del apego, situación que viene marcada por la interrupción prematura del embarazo.

Es importante tener en cuenta las dificultades y angustia que situaciones de intensa gravedad médica, como la gran y extrema prematuridad que genera en la diada para poder vincularse.

La vulnerabilidad biológica de los recién nacidos prematuros, así como los problemas médicos añadidos y la necesaria estancia en el hospital, a veces durante un periodo de meses, alteran las habituales condiciones de un nacimiento a término y se han revelado como un factor de riesgo que puede afectar, perturbando el desarrollo psíquico y relacional de estos niños. A ello se añade la vivencia de la familia, especialmente la madre, sometidos a un suceso de gran impacto emocional y siempre inesperado. (González, 2009).

En las UCIN actualmente es difícil que las madres tengan acceso ilimitado, las visitas pueden variar desde algunos minutos al día, hasta sólo un par de horas, después del shock inicial que fue el nacimiento, de pronto esto ayuda a tomar una distancia física y emocional que no ayuda a que la diada se pueda vincular.

Desde la observación de la vida psíquica, estos bebés parecen estar todavía a la espera de nacer, en una especie de apatía que parece ignorar los intercambios con el ambiente cercano. Si se está atento, muchos de ellos expresan ciertos indicios de reacción a estímulos como los de malestar o dolor (durante mucho tiempo negados), con discretas variaciones del tono y la postura, la mímica, la coloración de la piel (Sibertin-Blanc, et al. 2001; Jacques, 2003) citado en (González, 2009).

El nacimiento de un bebé prematuro, ilustra claramente la interconexión de lo somático, lo psíquico y lo ambiental, o de otro modo, permite estudiar la interrelación entre los efectos del riesgo médico-biológico y del riesgo psico-emocional (trastornos derivados de las interacciones precoces, el ejercicio de las funciones parentales, la capacidad de

afrontar el estrés, el miedo y la culpa). Asimismo, supone una situación muy particular que va a hacer que las conductas interactivas entre bebé y cuidadores (padres y personal de salud) se vean influenciadas de diversas maneras (González 2009).

A diferencia del recién nacido a término, que descubre e integra constantemente el entorno a través de la interacción por medio de sus sentidos, el prematuro es invadido por su entorno, no pudiendo integrarlo. Muchos prematuros deben dedicar su energía a reaccionar a los estímulos ambientales, a menudo de malestar y dolor, defendiéndose por medio de reacciones diversas y poco organizadas, quedándole poca energía para la interacción con los padres. Se observa poca reactividad ante el rostro humano y a la voz, más dificultad para ser consolados y para entrar en diálogo tónico con el cuerpo de la madre. Además por la experiencia intrahospitalaria existen déficits interactivos, con más momentos de evitamiento y repliegue (González 2009).

Existen diferentes factores que afectan al vínculo, concretamente de la madre con el hijo. Hay áreas claves de las interacciones tempranas que se le imponen careciendo de otras: es alimentado sin que haya planteado su necesidad, no tiene la experiencia de los brazos y el contacto con el cuerpo de la madre ni su olor. Demasiados estímulos sensoriales (luz y ruido) y escasas sensaciones kinestésicas como podría tener en el útero o en condiciones de contacto en los brazos de la madre o en el amamantamiento.

La madre, ve suprimidas abruptamente las últimas semanas o meses de embarazo, este período de tiempo es de suma importancia para la elaboración del vínculo que acompaña el proceso de maternidad (González 2009).

Entre las ventajas clínicas que representa el establecimiento del vínculo materno para el prematuro se puede mencionar:

- Garantiza beneficios nutricionales, inmunológicos y afectivos. Reducción de las secuelas neuropsíquicas. Reducción de la morbilidad hospitalaria (Fernández, Meizoso, Rodríguez & colls, 2012).
- Fortalece el vínculo con madre e hijo y genera mayor confianza para su cuidado. (Lucchini R., 2012) (Lizarazo M., 2012) citados en (Sevilla 2016).
- Determinan relaciones positivas entre madres e hijos (Lucchini R., 2012) (Arivabene J., 2010), (Citados en Sevilla 2016).



- Disminuye el estrés y se favorece el inicio de los sentimientos maternos debido a la oxitocina (Matthiesen A., 2001) citado en (Sevilla 2016).
- Posibilita un manejo de la culpa de forma más apropiada en el proceso psicológico de la madre (Arivabene J., 2010) citado en (Sevilla 2016).
- Favorece la ubicación ante la nueva realidad que representa el recién nacido y los posibles significados que pueden darse a sus características (Sevilla 2016).

## **CAPITULO 3. Diferentes propuestas de Intervención**

Cuando nace un bebé prematuro, éste no está en condiciones de irse a su hogar junto con sus padres, sino que debe permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN hasta alcanzar la estabilidad y madurez necesaria para enfrentar el mundo.

Esta situación es un importante estresor para los padres, ya que se presentan de manera simultánea dos acontecimientos inesperados. Por una parte, el nacimiento de un hijo, que implica un cambio en su rol como personas y la dinámica familiar, y por otra, la condición de prematuridad, la cual se convierte en una situación difícil, abrumadora y dolorosa por no alcanzar las expectativas que ambos tenían planificado de la llegada de su hijo y su estado de salud, además, de sentirse incapaces de cuidarlo y ayudarlo cuando esta incómodo o cuando presenta dolor. En general, podría decirse que la situación de prematuridad del bebé genera malestar en los padres debido a que ellos no saben qué hacer y cómo lidiar con la situación.

De ahí la importancia de diseñar programas o estrategias dirigidas a los progenitores o cuidadores que les permita llevar una crianza efectiva con sus hijos y facilite la vinculación con el recién nacido prematuro.

El uso de diferentes técnicas como son Método Madre Canguro (MMC), contacto piel con piel y visual, masaje, lactancia materna y cuidados centrados en la familia, ayudan a restablecer el vínculo y crear un apego, resignificando el “reencuentro” entre madre e hijo en los casos en los que se ha sucedido un parto pretérmino.

### **3.1 Método Madre Canguro**

En muchos países, el cuidado tradicional de los bebés prematuros involucra atenderlos en una UCIN en donde quedan aislados y protegidos en incubadoras o cunas especiales. Este aislamiento podría no ser la opción más beneficiosa para estos bebés.

A principios de la década de los años 80, el doctor Edgar Rey Sanabria, profesor de neonatología y pediatría del Instituto Materno Infantil en Bogotá, alarmado por la alta tasa de mortalidad de bebés prematuros en su hospital, decidió introducir un nuevo método para enfrentar la falta de incubadoras y de atención especializada para estos bebés.

El Dr. Rey, sugirió que las madres tuvieran un contacto continuo de piel a piel con sus bebés prematuros o de bajo peso para mantenerlos calientes y amamantarlos cuando fuera necesario.

El Método Madre Canguro (MMC) se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término, es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre.

Los primeros en presentar este método fueron los doctores Rey y Martínez en Bogotá, Colombia, donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora, inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer. Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. Se ha puesto de manifiesto que el MMC repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica (OMS 2004).

La experiencia e investigación en materia de MMC a las que se ha otorgado mayor difusión provienen de los centros de salud donde comenzaron a dispensarse tales cuidados con la ayuda de profesionales sanitarios capacitados. En el momento en que la madre adquiría confianza en los cuidados que estaba proporcionando a su bebé, seguía dispensándolos en su hogar con el asesoramiento de profesionales que efectuaban controles frecuentes, lo que permitía efectuar un seguimiento especializado.

Las pruebas relativas a la eficacia y la seguridad del MMC se refieren únicamente a los recién nacidos prematuros sin problemas médicos, los denominados neonatos estables. La investigación y la experiencia demuestran que:

- El MMC equivale, cuando menos, a la atención convencional (en incubadora) en lo que respecta a la seguridad y la protección térmica, si ello se calcula a tenor de la mortalidad;
- Al facilitar la lactancia materna, el MMC ofrece ventajas considerables en casos de morbilidad grave;

- El MMC contribuye a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre la madre y el hijo en países de bajos y altos ingresos; en ese sentido, el MMC constituye un método moderno de atención en cualquier entorno, incluso en los lugares donde se dispone de costosas tecnologías y se tiene acceso a una atención adecuada;
- El MMC nunca se ha evaluado en el entorno del hogar.
- Determinados estudios de investigación y observación en curso están evaluando la eficacia en el uso de este método en situaciones en las que no se dispensan cuidados intensivos a neonatos ni se tiene acceso a centros de referencia, y en las que los profesionales sanitarios están debidamente capacitados.
- En dichos entornos, el MMC previo a la estabilización pueden representar la mejor opción de supervivencia saludable (OMS 2004).

La meta del Método Madre Canguro es reducir la mortalidad neonatal previniendo la hipotermia e infecciones en recién nacidos prematuros y de bajo peso, y promover el aumento de peso mediante el incremento de la lactancia. En el MMC, el bebé, que viste únicamente un pañal, medias y gorro, es sujetado en posición vertical contra el pecho de la madre o del padre, simulando así el ambiente abrigado de una incubadora.

Los recién nacidos se mantienen abrigados ya que su temperatura se regula de mejor manera cuando son sostenidos en contacto directo con el pecho de su madre; la mejor regulación térmica ayuda al recién nacido a evitar la hipotermia. La posición erguida, de importancia central en el MMC, ayuda a prevenir el reflujo y los bebés tienen mayor capacidad de estabilizar sus propios latidos de corazón en respuesta al ritmo de la madre.

Finalmente, dado que el recién nacido es sostenido cerca al pecho de la madre, se encuentra en posición óptima para alimentarse. Los bebés canguro pueden iniciar la lactancia tempranamente y las madres naturalmente producen más leche debido al contacto cercano y constante (OMS 2004).

La meta de esta estrategia es cubrir las necesidades del bebé en materia de calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor (OMS 2004).

Sus principales características son:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé;

- Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal);
- Se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar;
- Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve;
- Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados;
- Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

### **¿Cómo Funciona?**

Para participar en el MMC, los bebés deben estar en situación estable, poder deglutir normalmente y pesar al menos de 1.300 gramos, dependiendo de las normas de cada país. Idealmente, la madre o el padre dan apoyo al bebé 24 horas al día.

Para llevar a cabo esta técnica, la OMS (2004) recomienda que debe procurarse un ambiente propicio; salas de dos o cuatro camas de un tamaño adecuado en las que las madres puedan permanecer día y noche, vivir con el recién nacido, compartir experiencias, prestarse apoyo y confraternizar; al mismo tiempo, podrían recibir visitas privadas sin molestar al resto. Las salas deberían estar equipadas con camas y sillas cómodas para las madres, de ser posible ajustables o provistas de suficientes cojines para poder mantener una postura erguida o semi-reclinada apta para el descanso y el sueño. Las cortinas deberían contribuir a garantizar la intimidad en las salas de varias camas. Las salas deberían mantenerse templadas (22-24° C) para los recién nacidos. Asimismo, las madres deberían tener acceso a aseos equipados con agua corriente, jabón y toallas. Deberían gozar igualmente de comidas nutritivas y disponer de un lugar donde comer con el bebé colocado en posición MMC. Sería útil contar con otra sala templada de menor tamaño destinada al trabajo individual con las madres, al debate de cuestiones privadas y confidenciales y a la reevaluación de los bebés.

Se recomienda que la sección de pediatría debería practicar una política de puertas abiertas para con los padres y hermanos. Una ducha o un lavado al día se antoja suficiente para la higiene materna; debería fomentarse asimismo un estricto lavado de manos después de ir al baño o de cambiar al bebé. Las madres deberían tener ocasión de cambiarse o de lavar la ropa durante su estancia en el centro de cuidados MMC (OMS 2004).

Es recomendable para la madre, o la persona que esté en condiciones de realizar la técnica, llevar cualquier prenda que le parezca cómoda y abrigada para la temperatura ambiente circundante, siempre que la prenda en cuestión permita acomodar al bebé, esto es, posibilite que se le mantenga firme y cómodamente en contacto con su piel. No es necesario el uso de ropa especial, a no ser que la que se lleve habitualmente sea demasiado ajustada.

Para las madres o quien lleva a cabo la técnica MMC, la OMS (2004), indica que se requiere único artículo especial necesario para la aplicación del Método, éste ayuda a que las madres sostengan a sus bebés junto a su pecho de un modo seguro, se recomienda emplear un pedazo de tela suave de en torno a un metro cuadrado, plegarlo en diagonal y asegurarlo mediante un nudo o bien introducirlo bajo la axila de la madre. Más adelante, una bolsa de transporte de la elección de la madre puede reemplazar dicha tela. Cualquiera de estas opciones concede a la madre libertad para mover ambas manos y le permite desplazarse con facilidad mientras transporta al bebé en contacto con su piel. Algunas instituciones prefieren proporcionar sus propios tipos de bolsa, camisa o venda.

### **3.2 Contacto piel con piel y visual**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) recomienda postergar por lo menos durante la primera hora de vida todo procedimiento rutinario de atención al recién nacido que separe a la díada justamente para favorecer el contacto piel con piel sin interrupción. De esta manera también se facilita que la transición entre el mundo intrauterino y el mundo extrauterino sea menos brusca. Cabe destacar que el contacto corporal con la madre es el primer contacto del niño con el mundo y la comunicación que el lactante recibe a través de la cálida piel materna es la primera experiencia social de su vida (Montagu, 2004).

El contacto continuado tiene efectos positivos en su interacción, no sólo en lo inmediato sino también a largo plazo. Este primer encuentro es de gran importancia para el inicio del vínculo y para la instauración de la lactancia materna. Además, el contacto continuado piel con piel ayuda al bebé a regular el ritmo cardíaco y respiratorio, la

temperatura corporal, la glucosa en sangre y disminuye notablemente los llantos. La separación, aunque sea “tan solo” por unos minutos, conlleva en el bebé a una sensación de desamparo y estrés en tanto irrumpe con la norma biológica de la especie humana y con su programación cerebral de supervivencia (Montagu 2004).

Acorde con la iniciativa de la organización Mundial de la salud (OMS) para Hospitales Amigos del niño, se realizó un programa de intervención en el que se anima a las familias para tratar de mantener el contacto piel a piel con los recién nacidos de hasta 6 horas al día durante la primera semana de vida y un mínimo de 2 horas al día durante la segunda a la cuarta semana; a las madres se les aseguró que cualquier persona, por ejemplo, padres y abuelas, pueden participar en el cuidado de piel a piel con el bebé. Además de los beneficios hay un mejor comportamiento neurosensorial (Luccini-Raies 2012, citado en Martínez 2014), reserva de energía que le permite el mantenimiento de la temperatura, menor riesgo de infección, disminución de los episodios de llanto y una frecuencia cardiorrespiratoria más estable al encontrarse en un estado de relajación. Martínez (2014) además refiere efectos positivos adicionales sobre la autorregulación neonatal durante la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, que incluyen aumento del sueño, disminución de la apnea y la bradicardia, entre otros.

### **3.3 Masaje para fomentar el vínculo**

Practicando el masaje infantil los padres pueden comunicar su amor, cuidado y respeto por sus hijos, aumentan el conocimiento, la confianza y la interacción con ellos. Aprenden a leer las señales no verbales que el niño utiliza para expresar sus emociones en respuesta al masaje entregado aprendiendo a calmar y confortar a su hijo a través del tacto. Aprenden también a utilizar señales auditivas y visuales para pedir permiso a su hijo antes de iniciar el masaje y de esa forma a entender y respetar la respuesta del niño. Cuando le pide permiso y se está atento a sus señales es el niño el que decide la sincronización, presión y duración del masaje. Los padres practican simplemente el arte de estar presente con su hijo (Rugiero 2008).

El nacer antes de tiempo expone al bebé al desafío de sobrevivir con un organismo aún inmaduro para la vida extrauterina. Se han observado beneficios en niños recién

nacidos prematuros usando terapia de masaje. A raíz del uso de protocolos de masaje infantil con una presión moderada los recién nacidos prematuros han ganado 31-49% más de peso en promedio.

En más de 70 estudios científicos, Tiffany M. Field, Phd, junto a su equipo de trabajo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami y el Instituto de Investigación del Tacto (Touch Research Institute, TRI), han demostrado que el masaje infantil reduce el estrés en los bebés, disminuye los niveles de cortisol después de la aplicación del masaje y contribuye también al desarrollo neurológico y muscular del infante (Field, 2002).

Un recién nacido prematuro debe adquirir algunas funciones, como por ejemplo: la regulación de la temperatura corporal, la respiración, la digestión y excreción de alimentos, la separación de su madre que tan importante es para el bebé durante las primeras horas de vida y superar la falta de protección que le brindaba la matriz en la vida intrauterina. En definitiva, mantener el equilibrio interno físico y emocional le exige al bebé prematuro una lucha constante.

El bebé prematuro también cuenta, al igual que el nacido a término, con capacidades sensoriales y conductuales que se van haciendo más eficaces con la maduración, el desarrollo y la interacción con su madre. Estas conductas neonatales (sonidos vocales, mirada, mímica, actitud tónica, prensión palmar y movimientos cefálicos) influyen sobre las conductas maternas (voz, caricias, mirada, postura, sostén y expresiones faciales) y viceversa, por lo tanto también son conductas básicas en la construcción del vínculo.

Los progresos que manifieste el bebé prematuro no van a depender exclusivamente del desarrollo biológico, sino también de todos aquellos intercambios que pueda hacer primero con su mamá y en una instancia posterior con el mundo externo. Lo que va a determinar, que a pesar de la prematurez la interacción se desarrolle, y el vínculo de apego que se establezca será la suma de todas las experiencias y no sólo una.

Dentro de las terapias complementarias, los masajes constituyen un tratamiento que aporta grandes beneficios al organismo, activa la circulación, tonifica la musculatura, relaja y ayuda a dormir mejor, reduce el nivel de estrés, elimina los problemas de gases y mejora el bienestar psicológico de la diada madre-hijo; la mamá se vincula y conoce y reconoce el



cuerpo de su bebé y el pequeño recibe el estímulo y contacto de una manera diferente a la que estuvo expuesto durante su hospitalización.

Los masajes aplicados en bebés prematuros aumentan el tono muscular y facilitan la adaptación al medio que les rodea a través de los sentidos. A través del masaje debemos estimular los distintos sensores táctiles de la dermis, ya que estos envían información al cerebro, desencadenándose la liberación de una serie de sustancias.

Existen alrededor de cinco millones de receptores del tacto en la piel, (tan sólo en las yemas de los dedos tienen unos 3.000) que envían impulsos nerviosos al cerebro a través de la médula. El contacto físico también potencia la producción de endorfinas en el cerebro, sustancias analgésicas naturales, motivo por el cual a veces con un simple abrazo, las madres consiguen aliviar el dolor que produce un rasponazo en la rodilla. El niño no se siente mejor por la mera presencia de la madre, sino por la presión que ella aplica sobre su cuerpo. (Field, 2002).

Existen diferentes técnicas para ayudar a la estimulación de los prematuros. El equipo médico deberá decidir junto con los padres cuál es la más indicada para cada caso y se encargará de explicar a los padres cómo deben realizarlas:

**1. Masaje Infantil.** Es la aplicación de movimientos procedentes de técnicas de masaje hindú (shantalla), sueco y reflexología. Además de ayudar a mantener el vínculo con los padres, favorece el aumento de peso, mejora la digestión y evita cólicos. El niño tiene que estar en condiciones de recibirlos. Los bebés son muy sensibles al tacto y pueden no tolerar el masaje. Se tiene que aplicar de una forma paulatina y progresiva. No se pueden dar aceites aromáticos.

**2. Tacto terapéutico.** Es un masaje “sin contacto”, en el que la imposición de manos se produce a 5-10 centímetros del cuerpo del bebé. Se trata de “acariciar” al bebé pero sin tocarlo. Es ideal para bebés muy pequeños o muy inestables que no soportan otras manipulaciones. Aunque esta técnica puede parecer poco fiable, está refrendada por el Consejo Nacional de Enfermeras de Inglaterra.

**3. Masaje por contención.** Se “arropa” al bebé con las manos, tocándolo muy sutilmente. Si lo acepta, se le pueden mecer los pies. La ventaja es que produce en el niño una sensación de cobijo, como en el vientre materno.

**4. Estimulación temprana.** Se trata de interactuar con el bebé mediante el tacto, los sonidos y la vista. De esta forma se consigue un refuerzo del vínculo afectivo. Es importante evitar la sobrestimulación. Si no se es prudente, se puede excitar demasiado al pequeño y desestabilizarlo. No es recomendable para bebés con condiciones especiales o menores a un año de edad corregida (Obradors i Ascon, 2016).

La estimulación táctil es una necesidad básica, el contacto físico es tan importante para el desarrollo como los alimentos, la ropa y la protección de la intemperie. El contacto físico es la forma de comunicación más íntima e intensa de los seres humanos, tal como ponen de manifiesto los mimos y juegos entre una madre y su hijo recién nacido, que constituyen la base del ser y el vínculo que están formando.

El tacto no solo tiene un componente emocional sino también fisiológico. Cuando tocamos a los recién nacidos se activan los corpúsculos de Pacini, unos receptores de presión que se localizan en su piel y que se comunican directamente con el nervio vago. En ese momento, el contacto físico les hace sentir bien ya que este nervio, que se conecta a su vez con las fibras nerviosas que terminan en los pares craneales, participa en la regulación de muchas de las funciones clave del organismo, como la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. Asimismo, incrementan la producción de oxitocina, más conocida como la hormona del amor, la cual permite estrechar el vínculo emocional entre padres e hijos, a la vez que fortalece la confianza entre ambos (Obradors i Ascon, 2016).

### **3.4 Lactancia materna**

La lactancia materna proporciona al recién nacido varios beneficios relacionados entre sí: inmunológicos, neurales, toxológicos y orgánicos. A lo largo de cuatro o más millones de años de evolución humana y como consecuencia de setenta y cinco millones de años de evolución de los mamíferos, la lactancia materna ha sido el medio más eficaz de satisfacer las necesidades del dependiente y precario neonato humano. La lactancia materna es el modo de nutrición fundamental. (Montagu, 2004).

El desarrollo del calostro y de la leche de transición se producirá aunque el bebé no mame del pecho de la madre-, pero que el pecho ofrezca tales sustancias sí depende de la succión del bebé. El vínculo entre producir y dar leche se denomina reflejo de subida de la

leche. Cuando el bebé empieza a mamar, la estimulación cutánea que recibe la madre inicia impulsos nerviosos que se trasladan a lo largo de los circuitos neurales a la glándula pituitaria, que entonces libera la hormona oxitocina en la sangre. Al llegar a las estructuras glandulares del pecho, la oxitocina estimula las células en cesta que rodean los conductos alveolares y de la leche, expandiéndolos. A su vez, esto produce un mayor flujo de leche a los senos situados detrás del pezón y treinta a noventa segundos después de que el bebé haya empezado a mamar se completa el reflejo de subida y el flujo de ricas sustancias del pecho materno continuará a durante todo el período en que se mantenga la lactancia materna (Montagu 2004).

Una vez que la supervivencia del recién nacido de pretérmino ha crecido, la necesidad de lograr un soporte nutricional que logre el incremento de peso similar al que debía tener dentro del útero, ha sido un reto para neonatólogos, pediatras, gastroenterólogos y nutricionistas. Sin embargo, nos preguntamos hasta dónde debemos forzar al recién nacido inmaduro para que logre este crecimiento tan rápido en condiciones tan desfavorables. No existe ninguna modalidad de soporte nutricional que de forma fisiológica pueda alcanzar estos objetivos. (Díaz-Argüelles, 2005).

Lo ideal, que no siempre se logra según las condiciones de cada servicio, es que la madre pueda entrar a la UCIN cada 3 h para extraer de forma directa la leche para su hijo. La leche materna directa tiene ventajas sobre la leche de banco, incluso cuando se logre tener un banco de leche materna de prematuro con similitud de edades gestacionales. La leche materna directa aporta todos los macronutrientes con las características propias de su edad gestacional. Se ha demostrado que la leche de pretérmino tiene un mayor tenor de proteínas que la de término, y aporta los aminoácidos esenciales y condicionalmente esenciales como la taurina, carnitina, cisteína y tirosina, con menor composición de aminoácidos aromáticos; además ofrece la ventaja de mantener intactos los factores inmunológicos celulares. (Díaz-Argüelles, 2005).

Lograr establecer la lactancia materna con un bebé pretérmino es un reto, ya que depende de su grado de inmadurez, podrá o no succionar. Generalmente no está desarrollado el reflejo de succión aunado a otros factores internos (estrés, recuperación de la cesárea, dificultad respiratoria del recién nacido). Es importante que la madre tenga todo

el apoyo posible para extraer primero el calostro y toda la leche que se pueda. Muchas veces la producción de leche disminuye al no existir el estímulo (la succión del neonato).

Por esta razón es importante informar a la mamá, acompañarla y darle la facilidad para que pueda bombear su leche y almacenarla en lo que medicamente su bebé está listo para recibir la leche materna, y posteriormente ejercitar el agarre y succión. Mejor relación madre-infante temprana a través del MMC, con mejor estimulación del desarrollo psicomotor.

Sin duda la tríada perfecta son MMC, Contacto y Lactancia Materna.

### **3.5 Cuidados Centrados en la Familia**

El desarrollo del bebé y su evolución dentro de la UCIN y al alta del hospital, se ven determinados por varios factores; la gestación, el parto y sus circunstancias, lo que lo provocaron, el ingreso a la UCIN, la actitud y situación de los padres. Los Cuidados Centrados en la Familia (CCF), consisten en percibir al bebé y su familia como un binomio cuya atención se centra en intervenciones para satisfacer las necesidades físicas y afectivas, así como promover y establecer el vínculo entre el bebé y sus padres. Tiene como finalidad reducir el dolor y el estrés así como promover el cuidado activo de madre y padre en su bebé. En México es muy difícil lograr un libre acceso de los padres a las UCIN, esto puede deberse al riesgo de infección o por la gravedad de algunos bebés que se encuentran internados también. (Rellan, 2016).

La madre principalmente, se encuentra en un estado de estrés y ansiedad por las circunstancias del parto y por lo inesperado que suele ser este suceso. En general a la madre se le da de alta mucho antes que al recién nacido y el hecho de salir con las manos vacías del hospital significa un estado de desconcierto y pérdida que la invade. Aunado a esto muchas veces la invade el miedo a acercarse a su bebé por su apariencia frágil, pequeña, diferente, por el miedo a lastimarlo o por no creerse capaz de cuidarlo tan eficientemente como lo hacían en el hospital. Muchas veces los padres tienen dificultad en afrontar y comprender la información que se les da acerca de la salud y evolución de sus bebés. Es por esta razón que se hace necesario un acompañamiento de calidad e informado, lo cual les va a permitir acercarse y vincularse sin miedo a su recién nacido.

Además este apoyo profesional ayuda a sentar las bases de empoderamiento y confianza, la sensación de formar un equipo de apoyo real y activamente participar del cuidado de su bebé y no quedarse como simples espectadores.

- Estas son algunas medidas en los CCF.
- Puertas abiertas en UCIN las 24 hrs.
- Recibir información clara y entendible acerca del estado de salud del recién nacido.
- Comodidad para la madre y el padre.
- Ayuda psicológica en el afrontamiento de los sentimientos.
- Fomentar y asesorar para establecer la lactancia materna.
- Fomentar el apego y el contacto piel con piel lo más pronto posible en tanto la salud del recién nacido lo permita.
- Cuidados de crianza.
- Educación sobre estos cuidados al alta y cuidados en el hogar.
- Establecer sesiones de seguimiento para dudas y apoyo.

(OMS 2004).

## **CAPITULO 4. Propuesta de Intervención.**

La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar (Betancourt, 2007).

Cuando ocurre un nacimiento prematuro, se rompen muchas expectativas, desde el embarazo y la manera en que este termina, las condiciones del nacimiento y los días posteriores al nacimiento. La madre, comienza a establecer el apego materno durante el embarazo y el parto, debido a la acción de hormonas como la oxitocina, el cortisol o la vasopresina, a la situación psicológica y la interacción del sistema límbico y a las redes y soportes que la rodean (Alonso 2017).

Un niño que tenga una madre o un padre previsiblemente disponible, sea cariñoso, tolerable y empático, tendrá mayor probabilidad de desarrollar un modelo operativo interno de la relación descrita como segura. El niño, cuya relación con una figura parental carezca de estas condiciones, probablemente tendrá el adjetivo de inseguro (Marrone 2004 en González 2006).

La función principal de las relaciones de apego es la de servir como una fuente de seguridad en situaciones que provocan miedo o ansiedad. La seguridad protege frente al estrés y la inseguridad significa vulnerabilidad. En esta situación tanto la madre como el neonato se encuentran en un gran riesgo, por eso es importante contención y una buena red de apoyo, además de un equipo médico comprometido para dar las facilidades que se requieren para poder restablecer el vínculo.

Por esta razón es muy importante establecer un vínculo entre madre e hijo, y generar medidas de intervención que permitan brindar apoyo y enseñarles una manera de restablecer el vínculo con sus bebés a través de diferentes técnicas, que basadas en años de experimentación, han dado resultados tangibles a corto y largo plazo.

#### **4.1 Propuesta de acercamiento para establecer el vínculo madre-hijo**

Tener un vínculo afectivo es una necesidad primaria, permite establecer la estructura de las interacciones futuras del ser humano, de ahí la importancia de generar medidas de intervención que permitan brindar apoyo a las madres, padres o cuidadores primarios a fin de continuar el vínculo establecido durante el embarazo, en el caso de la madre o de establecer un vínculo con el padre u otros cuidadores.

Por lo que a continuación se presenta una propuesta de intervención derivada del análisis de diversas propuestas que han demostrado resultados positivos. Esta intervención se ha pensado considerando la naturaleza de un parto prematuro y las implicaciones derivadas de este, como es distintos cuadros de complicaciones en el neonato dada la prematurez, como resultado de esta intervención se logre restaurar el vínculo afectado entre el bebé y su madre o bien el padre o cuidador primario.

El objetivo de esta intervención es hacer una reestructuración del vínculo madre-hijo, enseñando y entrenando a las madres, padres o cuidadores, en las técnicas: Contacto piel con piel y visual, Método Madre Canguro, lactancia materna, masaje corporal y cuidados centrados en la familia

Esta intervención está dividida en 3 fases:

- **Fase 1. En la UCIN, a lo largo de la hospitalización. Acompañamiento a pie de cuna.**
  - a) Captación de casos y sensibilización, acompañamiento a pie de cuna.
  - b) Preguntas. Se hace acercamiento con la madre por medio de 10 preguntas y escucha activa, esto para conocer qué tan receptiva se encuentra para aprender las técnicas. En esta entrevista que se hace de manera informal se le habla de los beneficios de la intervención, y se explica que es un programa pensado en dar estrategias puntuales para vincularse con su bebé.
  - c) Candidato para Fase 2. Aquí se invita o se descarta para participar en la intervención
- **Fase 2. En la UCIN, a lo largo de la hospitalización.** Intervención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: La segunda fase se denomina Terapia Grupal;

Vinculación y acompañamiento terapéutico para mamás y bebés en UCIN. En esta etapa se tocarán temas que resultan importantes tanto en la elaboración que implica un parto prematuro para la madre como la primera parte de un acercamiento a su bebé para restablecer el vínculo y elaborar las estrategias para relacionarse con su bebé.

- a) Sesión 1 Vínculo y Apego.
- b) Sesión 2 La importancia del Contacto piel con piel.
- c) Sesión 3 El Método Madre Canguro (MMC).
- d) Sesión 4 La importancia de la Lactancia Materna.

En esta fase se tienen contempladas 4 sesiones a lo largo de 10 semanas. Con el fin de sensibilizar a través de la enseñanza de las distintas técnicas de intervención. Las sesiones serán alternando una semana sí y una no con una duración de aproximadamente 70 minutos (1 hora y 10 minutos) para cada sesión. La alternancia entre las sesiones permite asimilar los contenidos presentados, poner en práctica lo aprendido, ganar confianza, conocer a su bebé y prepararlas cuando sean totalmente responsables su cuidado cuando sea dado de alta del hospital

- **Fase 3. Intervención de 0 a 12 meses.** En esta fase de la intervención serán necesarias 4 sesiones de carácter trimestral, en este período de edad del bebé es una adaptación en el hogar, establecer rutinas y que la madre construya un vínculo con su hijo (a). Al igual que en la fase anterior se alternan las sesiones con el fin de que la madre practique, se familiarice con las técnicas y se enfrente a ser plenamente responsable de su bebé. Las sesiones permitirán explorar la relación con su hijo a través de las diferentes técnicas, a medida que se va perfeccionando en las técnicas va ganando seguridad, confianza, autoconocimiento y el de su bebé. En esta intervención también podrán hacer un seguimiento del neurodesarrollo de su bebé y estar atentas de algunos signos para su atención temprana. En el caso de los prematuros como ya se ha comentado, es importante observar los hitos en el desarrollo para que, en caso necesario se busque ayuda.

- a) Sesión 1 La importancia del Neurodesarrollo, evaluación NBAS, y su seguimiento. ¿Qué es la edad corregida? Reforzando el vínculo y el apego. La imagen de un bebé prematuro.
- b) Sesión 2 El contacto a través del masaje.
- c) Sesión 3 De mamá canguro al porteo.



d) Sesión 4 Lactancia.

- **Fase 4. Intervención de los 12 a los 24 meses.** Esta intervención está basada en la experiencia que las mamás hayan acumulado y las observaciones que ellas tengan. Se sugiere el uso de un cuaderno o bitácora con los hitos que van presentando sus hijos. Esta fase se hará únicamente en 2 sesiones con carácter semestral.

a) Sesión 1 Relación Madre-hijo (a). Comunicación

b) Sesión 2 Dudas en general, sesión de seguimiento, conclusión y cierre

La importancia de este taller, es que a través del aprendizaje de las técnicas madre canguro, contacto piel con piel y visual, masaje y lactancia las madres formen una relación y se vinculen con su bebé, reestructurando la relación e incipiente vínculo que de alguna manera se interrumpe cuando ocurre un parto prematuro.

El objetivo al realizar esta intervención en fases, es dar una estructura al vínculo en formación entre madre e hijo. Las pausas se dan primero para asimilar el contenido aprendido y para dar tiempo de práctica, ya que con ésta surgen las dudas y se retroalimentan las sesiones.

Esta intervención y sus técnicas están planteadas y revisadas en el capítulo 3 de esta investigación: Método Madre Canguro (MMC), contacto piel con piel y visual, masaje, lactancia materna y cuidados centrados en la familia.

El diagrama de intervención propuesto se puede apreciar en el Anexo 1.

## **4.2 Niveles y técnicas del modelo de intervención**

Las sesiones están pensadas para desarrollarse dentro del hospital, de ser posible en los horarios de visita para que puedan asistir con sus bebés de ser posible. Se dejan algunas acotaciones y tareas muy sencillas en cada sesión relacionada con el tema, la periodicidad para estas sesiones es por semana alterna, una sí y una no. De esta manera se va revisando el avance y despejando las dudas que surjan.

#### **4.2.1 Fase 1. Acompañamiento a pie de cuna.**

Como primer acercamiento en esta estrategia se sugiere iniciar el abordaje con la madre o madre y padre, de manera personal para comentar primeras impresiones, y que comenten acerca de sus sentimientos, en lo que sería una primera sesión a pie de cuna. La duración de esta sesión es de 50 minutos y comienza con las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo te sientes?
2. ¿Cuándo nació tu bebé?
3. ¿Cómo se llama tú bebé?
4. ¿De cuántas semanas nació?
5. ¿Qué fue lo que pasó?
6. ¿Tienes leche? ¿Crees que vas a necesitar apoyo para establecer la lactancia?
7. ¿Fue parto o cesárea?
8. ¿Quién es el neonatólogo de tu bebé? ¿Ya platicó contigo (con ustedes)?
9. ¿Cuál es el diagnóstico que tiene tu bebé?

Después de esta plática se les invita a participar en la siguiente fase que se denomina: Vinculación y acompañamiento terapéutico para mamás y bebés en UCIN.

El acompañamiento a pie de cuna es una herramienta importante en la elaboración del vínculo madre-hijo. Una escucha activa por parte del psicólogo, no sólo ayuda a elaborar lo que ha pasado si no también provee de herramientas para enfrentar la situación y poder acercarse y vincularse con el recién nacido.

#### **4.2.2 Fase 2. Intervención en la UCIN, a lo largo de la hospitalización.**

El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (en adelante, UCIN) supone un proceso de privación materna en el que se interrumpe el establecimiento de los primeros modelos internos, dado que estos se forman durante el tercer trimestre de embarazo y el postparto inmediato.

La vulnerabilidad biológica de los recién nacidos prematuros, así como los problemas médicos añadidos y la necesaria estancia en el hospital, a veces durante un periodo de meses, alteran las habituales condiciones de un nacimiento a término y se han revelado como un factor de riesgo que puede afectar, perturbando el desarrollo psíquico y

relacional de estos niños a futuro. A ello se añade la vivencia de la familia, especialmente la madre sometidos a un suceso de gran impacto emocional y siempre inesperado.

Las madres de recién nacidos, ingresados en la UCIN, presentan mayor nivel de estrés, ansiedad y desorganización emocional, que las madres de neonatos a término. (Alonso 2017). La ausencia de contacto, la larga duración del proceso y las complicaciones que presenta el recién nacido, provocan en la madre dos tipos de distancias: una real y una emocional. Aunado a esto, la madre principalmente se enfrenta a su propia historia de vinculación y apego con su propia madre, pudiendo o no elaborar una estrategia de afrontamiento.

Es importante una buena estrategia de contención a partir del momento en el que la madre esté en condiciones de escuchar el primer informe médico acerca del estado de salud de su bebé, a medida que pasa el tiempo, la cantidad y características de las complicaciones e intervenciones, se agudizará el estrés, dificultando los procesos de establecimiento de apego. La influencia de esta situación varía en función de la capacidad psicológica previa, las prácticas saludables durante el embarazo, el nivel educativo, la capacidad de ajuste, el apoyo familiar, el equipo médico y el apoyo psicológico.

La comunicación entre equipo médico y padres de familia es importante en este proceso, sobre todo el asegurar que los padres están entendiendo la situación real del bebé prematuro en UCIN ofrece un principio de realidad y modera de la manera considerable las expectativas que pudiesen tener con respecto a su bebé.

El acompañamiento es fundamental a lo largo del proceso de vinculación, sin embargo, es en este momento cuando la diada madre-hijo es más vulnerable. Estas estrategias se han diseñado para acompañar, reestructurar y apoyar para la reestructuración del vínculo madre-hijo.

Se han planeado 10 sesiones con duración de una hora aproximadamente con carácter semanal dentro del mismo hospital, de ser posible en la misma UCIN, y cuando sea posible y las condiciones de salud del bebé lo permitan, la madre podrá asistir con su bebé para comenzar con la estrategia de vinculación madre-hijo.

Hay un beneficio en la terapia grupal, el grupo terapéutico se puede definir como un sistema en el que confluyen operativamente los requerimientos de una multiplicidad de

sistemas humanos con sus propias experiencias, valores, creencias y particular manera de significar el mundo. La terapia grupal incluye tres dimensiones (individuo, grupo y sociedad) en los que se desarrolla, piensa y vive el ser humano; la intervención en un espacio grupal va a generar cambios en cada una de estas dimensiones (Serebrinsky 2012).

El grupo terapéutico en sí mismo genera la introducción de nueva información que va a provocar un aumento de entropía en el sistema, con lo cual se genera una reformulación de reglas que llevan a instaurar una nueva organización en el funcionamiento del grupo en su totalidad, de cada miembro en particular y, por ende, del sistema social. (Ceberio M., Watzlawick P. 1998 en Serebrinsky 2012).

El grupo como orden social genera una retroalimentación positiva que va a invitar a una planificación estratégica con respecto a la acción futura.

Para esta primera fase de intervención se consideran 4 sesiones en las que se hará énfasis en los siguientes temas:

- Contacto piel con piel (Contacto físico)
- El Método Mamá Canguro
- Lactancia materna.

En el caso de un nacimiento prematuro, establecer una buena lactancia materna, con un bebé prematuro pareciera una barrera infranqueable. Existen factores que la dificultan especialmente en estos casos como son la debilidad del neonato y que en la mayoría de las veces no existe todavía el reflejo de succión desarrollado. Los pulmones son importantes también para que el bebé se alimente.

La leche materna es la primera opción de alimentación del recién nacido prematuro debido a los numerosos beneficios que produce. En ocasiones no cubre al completo sus necesidades nutricionales debido a la producción insuficiente de leche o tomas inefectivas por parte del recién nacido. Por tanto se recurre a otras opciones como la leche donada o la leche artificial de fórmula (Mayans, 2017).

#### **a) Sesión No. 1 Vínculo y Apego.**

**Temática a abordar: ¿Qué es vínculo y apego?**

**Objetivo de la sesión:** Que los participantes identifiquen la importancia del vínculo materno.

**Objetivo de las actividades a realizar:** Que las participantes distingan la diferencia y la importancia de vincularse con su bebé

**Material requerido:** Material para proyectar y pantalla. Pizarrón y plumones. Hojas del acuerdo.

**Tiempo de sesión:** 65 minutos

**Descripción de las actividades:** (instrucciones o pasos a seguir)

### **Actividad 1. Saludo inicial, presentaciones.**

**Objetivo:** Conocerse, y empezar una interacción entre los participantes.

Presentación de cada participante, dando su nombre y edad

**Tiempo de duración:** 5 minutos

### **Actividad 2. Firma de acuerdo de confidencialidad**

**Objetivo:** Encuadrar las sesiones para asegurar el espacio y la confianza de los participantes.

El pacto se sella tomándonos todos de las manos en círculo, para dar solemnidad y seriedad al hecho. El texto es el siguiente:

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ del (año).

Yo \_\_\_\_\_ (nombre)

Me comprometo a tomar parte y formar parte importante de este taller. Esto implica un compromiso y una responsabilidad desde el día uno hasta el final.

El respeto a mis compañeros y facilitadora, a los materiales y al entorno es una norma básica que asumo plenamente.

La Confidencialidad es una norma que me comprometo a trabajar especialmente durante las dinámicas. Lo que cada miembro de este taller exprese no me da el derecho de comentarlo fuera del grupo. Entendiendo que yo puedo hablar de mi propio proceso y mi experiencia, pero no puedo compartir lo de los demás.

Firma: \_\_\_\_\_

Se recoge el acuerdo firmado.

Tiempo de duración: 5 minutos

### **Actividad 3. La importancia del manejo del estrés.**

Se explica la importancia de buen manejo del estrés y la ventaja de conservar la calma ahora que el bebé está en casa.

**Material:** Música suave.

**Objetivo:** El conocimiento y la observación permiten disminuir los niveles de cortisol y aumentar endorfinas, de esta manera las mamás se encontrarán receptivas y observadoras.

Se explica la importancia de respirar, se les enseña la técnica de respiración en 4 tiempos que será de utilidad en momentos de estrés. Se sugiere el uso de un cuaderno a modo de bitácora, que servirá para anotar observaciones, reflexiones e hitos en el desarrollo de su bebé y que servirá de parámetro para dar seguimiento a los progresos de su hijo. Esto da una sensación de logro.

**Tiempo de duración;** 15 minutos

### **Actividad 4. Vínculo y apego. ¿Por qué es tan importante el vínculo?**

**Material:** Material para proyectar y pantalla

**Objetivo:** Saber que es vínculo y apego y su importancia.

Hablaremos acerca del vínculo entre madre e hijo y lo que significa el vínculo transgeneracional y la importancia del vínculo en la relación su bebé. Explicar qué es el apego y su importancia.

**Tiempo de duración:** 30 minutos

### **Actividad 5. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo de duración de la sesión: 65 minutos.

### **b) Sesión No.2 La importancia del Contacto piel con piel**

**Objetivo de la sesión:** Aprender la importancia del contacto piel con piel.

**Objetivo de las actividades a realizar:** Que las madres se acerquen a sus bebés a través del contacto piel con piel.

**Material requerido:** De ser posible que asistan mamá y bebé. En los casos en los que la condición de salud del bebé se lo impidan, la mamá puede practicar con un muñeco que se le facilitará.

**Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Actividad 2. Porqué la piel es importante para vincularnos.**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** Conocer la importancia de la piel como órgano principal en el contacto piel con piel.

**Tiempo de duración:** 15 minutos

**Actividad 3. Contacto piel con piel**

**Objetivo:** Apoyar al establecimiento de la lactancia. Apoyar a la práctica del Método Mamá Canguro (MMC)

El amor estimula afectivamente al niño, a través de las caricias, del tacto, la voz, el arrullo y el latido cardíaco de los padres. El prematuro desarrolla comportamientos que lo estimulan sensorialmente y que se cree que son la base de la interacción psicoafectiva, del desarrollo cognitivo y la comunicación posterior. Los bebés acariciados tienen menos episodios de apneas, ganan peso más rápido y abandonan el hospital antes de lo previsto.

Dependiendo del caso se toca al bebé con suave presión firmemente, hay casos en los que (previa autorización médica) se puede abrazar al bebé en el pecho y se dan palmaditas suaves en su espalda. Es importante que se mantenga un estado de goce y relajación. Observando las reacciones del bebé, esto es con el objetivo de conocerlo. En los casos que se pueda, es importante establece un contacto visual con el bebé.

**Tiempo de duración:** 30 minutos

**Actividad 4. Conclusiones y cierre.**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de la sesión: 65 minutos.

**c) Sesión No. 3 El Método Madre Canguro (MMC)**

**Temática a abordar:** El contacto piel con piel es el precursor del MMC.

**Objetivo de la sesión:** Que las mamás conozcan los beneficios del MMC

De ser posible que asistan mamá y bebé. En los casos en los que la condición de salud del bebé se lo impidan, la mamá puede practicar con un muñeco que se le facilitará. Es ideal cuando las condiciones del neonato así lo permitan, o tan pronto pueda prescindir del soporte vital, o el neonatólogo lo encuentre conveniente, el apoyo del personal médico es de mucha ayuda en la implementación de esta técnica.

**Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Actividad 2. Marco teórico del MMC**

**Objetivo:** Que conozcan la historia de cómo se gestó el MMC y porqué se han comprobado sus beneficios. Así como la teoría del método.

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

Tiempo de duración; 15 minutos

**Actividad 3 El MMC**

**Objetivo de las actividades a realizar:** Realizar de manera física el MMC, la técnica para cargar al bebé y descubrir las sensaciones que despierta al re-contactar de manera tan íntima con su bebé.

**Material requerido:** Mamá y bebé. Fular, soporte, sábana pequeña de algodón doblada en triángulo o rebozo de algodón. Música suave y relajante.

Se coloca al bebé entre los pechos de la madre en posición vertical, pecho a pecho. Se sostiene al bebé con el rebozo o lienzo, la cabeza vuelta hacia un lado se hallará ligeramente extendida, manteniendo abierta la vía aérea y permitiendo el contacto visual madre hijo. Se explicará a la madre que puede amamantar a su bebé en posición canguro.



Se recomienda hacerlo como mínimo 60 minutos. La idea es que aprendan la técnica para practicarla diariamente.

**Tiempo de duración:** 45 minutos.

#### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de duración de la sesión: 80 minutos.

#### **d) Sesión No.4 La importancia de la Lactancia Materna.**

**Temática a abordar:** La importancia de la Lactancia Materna

**Objetivo de la sesión:** Que las madres conozcan el beneficio de la leche materna

**Objetivo de las actividades a realizar:** Aprender a Vincularse a través de la lactancia materna

**Material requerido:** Rotafolios, plumones. De ser posible es importante que a la sesión asistan mamá y bebé. Se requiere el apoyo de enfermera calificada en LM.

**Descripción de las actividades:**

##### **Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

##### **Actividad 2. Beneficios de la Leche Materna en un prematuro**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** Beneficios de la leche materna, componentes y porqué es tan importante la lactancia en el desarrollo del vínculo.

**Tiempo de duración:** 15 minutos

##### **Actividad 3. Lactancia materna (LM).**

Si las condiciones médicas lo permiten, es importante amamantar al bebé, si por alguna circunstancia no se puede hacer, se puede contemplar acudir a un banco de leche o bien a las fórmulas. Es muy importante hablarle mientras se alimenta, el contacto físico y la

voz materna es un factor importante para afianzar la relación de apego y fortalecer el vínculo.

Se explica la importancia de la LM para reestructurar el vínculo. Si no es posible realizar la lactancia. Se aborda el tema de la culpa por no hacerlo y se invita a hacer el contacto piel con piel y el MMC mientras se alimenta con biberón.

Las intervenciones están pensadas en este orden ya que las 3 técnicas se complementan entre sí. El contacto piel con piel favorece la producción de leche materna, por lo que el bebé se favorece de los beneficios de ésta.

Los bebés pueden mamar mejor y más a menudo con el MMC. Esto es muy necesario para propiciar el crecimiento, ya que la capacidad del estómago de un recién nacido es de sólo 5 ml, aumentando hasta 30 ml después de la primera semana de vida. Esto puede saciar durante unos 90 minutos, lo que significa que un bebé tiene que ser alimentado alrededor de cada hora y media o dos horas. Al tenerlo pegado, el bebé huele la leche y sus instintos más profundos le llevan a mamar, reduciéndose con ello los problemas del establecimiento de la LM.

En caso de que el bebé sea prematuro, el pecho de la madre crea una leche específica para ese bebé. Incluso en caso de gemelos, el pecho produce leche específica para cada uno de los gemelos. La leche materna contiene todos los nucleótidos necesarios para un adecuado desarrollo cerebral y el calostro tiene los anticuerpos necesarios para proteger al recién nacido con total inmunidad (Bergman 2007).

Es importante que las madres sepan que aunque no puedan lograr establecer una lactancia, no deben sentirse poco calificadas como madres, ya que los brazos de una madre, su calor y su mirada son únicos e insustituibles.

Mientras se explican los beneficios de la LM ofrece al establecimiento de la relación madre e hijo. Se requiere el apoyo de la experta en LM para despejar algunas dudas.

**Tiempo de duración:** 40 minutos

#### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de duración de la sesión: 80 minutos

#### **4.2.3 Fase 3. Intervención de 0 a 12 meses de edad.**

Una vez que se ha superado el período de hospitalización, viene un período de adaptación entre madre e hijo, lo ideal es que haya habido un acompañamiento desde el hospital para conocer los hechos prácticos del cuidado del bebé, así como un acompañamiento y contención psicológicos. Cuando se ha dado el alta; lejos de la dinámica hospitalaria madre e hijo podrán al fin reconocerse y establecer sus propias rutinas.

Los niños pretérmino exigen una importantísima inversión en recursos, tanto humanos como económicos, y tanto durante su estancia en UCIN como durante su largo proceso de seguimiento (Lewit 1995, Rowoski 1998, Tucker 2004, citados en Alcover 2010).

Para esta etapa del desarrollo del bebé se tienen contempladas 4 sesiones con carácter trimestral, en el cual se asignan objetivos.

##### **a) Sesión No. 1 La importancia del Neurodesarrollo, evaluación NBAS, y su seguimiento. ¿Qué es la edad corregida? Reforzando el vínculo y el apego.**

##### **La imagen de un bebé prematuro.**

**Temática a abordar:** Evaluación de Neurodesarrollo, la edad corregida, observación y vinculación.

**Objetivo:** Que los padres intervengan de manera activa en la observación y vinculación con su bebé a través del conocimiento y la observación de su hijo(a). Esta intervención cubre los cuidados centrados en la familia.

##### **Descripción de las actividades:**

##### **Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Actividad 2. Qué es el Neurodesarrollo y porqué es importante observar los hitos en el desarrollo.**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** Conocer de manera general qué es el neurodesarrollo y porqué es importante dar un seguimiento profesional en el caso de un bebé prematuro.

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Actividad 3. Exposición de la importancia de la evaluación del neurodesarrollo y el papel de la observación como parte del vínculo con su bebé.**

**Material requerido:** Pantalla para proyectar, rotafolios y plumones.

**Evaluación del Neurodesarrollo.**

Tomando en cuenta la edad corregida del bebé se sugiere una primera evaluación de neurodesarrollo una vez que el bebé está ya en casa siempre y cuando el bebé esté en condiciones de realizarla. En este punto se sugiere aplicar la Escala para la evaluación del comportamiento neonatal (NBAS por sus siglas en inglés Neonatal Behavioral Assessment Scale) de T. Brazelton. Esta evaluación ofrece una detección precoz del neurodesarrollo además de que permite intervenir adecuadamente desde el periodo neonatal en todos los casos en los que exista una situación de riesgo. Esta escala es el resultado de muchos años de experiencia clínica en la Escuela de Pediatría de la Universidad de Harvard.

Esta escala combina un examen físico y conductual del neonato con un enfoque en los padres, lo cual la hace idónea para que también los padres estén presentes y observen los signos de la escala. En esta escala los padres son integrados a la evaluación neonatal, llamadas (FANA; Actividades neonatales administradas por la familia). Sus objetivos son principalmente:

- Restablecer un sentido de equilibrio y dominio de la situación sobre los acontecimientos del embarazo, del parto y el nacimiento.
- Afianzar y potenciar las capacidades de los padres para observar a su recién nacido y conectar con él. Esto debido a que en esta evaluación la intervención de los padres es esencial para poder llevarse a cabo.

- Ayudar a los padres a integrar las percepciones iniciales, así como sus expectativas previas, con el comportamiento de su recién nacido.

La edad corregida: La edad corregida es un punto importante a considerar para vigilar el desarrollo de los bebés prematuros, en el caso de estos bebés y de acuerdo con la American Academy of Pediatrics, se toma en cuenta la fecha en la que el bebé nació y en la que tenía previsto nacer y se hace un ajuste del tiempo que le faltó dentro del útero para estar a término.

La observación y la vinculación pueden ayudar a detectar algunos comportamientos e hitos en el desarrollo, recordando siempre la edad corregida, ya que los niños prematuros tienden a mostrar signos de desarrollo conforme a esta edad corregida.

En caso de que la psicóloga tenga la certificación, puede realizar citas personalizadas para realizar de manera individual la NBAS.

**Tiempo de duración:** 40 minutos

#### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de duración de la sesión: 70 minutos

#### **b) Sesión No. 2 El contacto a través del masaje.**

**Temática a abordar:** Aun cuando el bebé tiene un aspecto delicado, las madres han aprendido a interactuar con él, es tiempo de aprender a tener contacto a través del masaje

**Objetivo de la sesión:** Que la madre aprenda a través del masaje a identificar las necesidades de su hijo (a) y a responder adecuadamente a las mismas.

**Objetivo de las actividades a realizar:** Que a través del tacto y el contacto físico y visual, se abra la percepción de las necesidades del bebé

**Material requerido:** Pantalla para proyectar, Rotafolios, plumones. Es importante que la mamá venga acompañada de su bebé.

### **Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

### **Actividad 2. El masaje como herramienta de vinculación**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** Al tocar al bebé existe una secreción de oxitocina, se observa y se conoce al bebé.

**Tiempo de duración:** 10 minutos

### **Actividad 3. Técnica de masaje: Shantala**

**Objetivos:** Establecer vías de comunicación mediante el lenguaje no verbal. Comprensión de las necesidades del bebé y saber utilizar el masaje adecuándose a su estado. Aprender las diferentes maniobras del masaje infantil (Shantala).

#### **Descripción de las actividades:**

1. Realizar movimientos con firmeza, siempre de dentro para fuera y del centro para las extremidades o de abajo para arriba. Del lado izquierdo al derecho, y a un ritmo lento y constante, moderando la presión de los dedos según la zona.
2. Empezar por el pecho. Desliza tus manos del centro para los lados. Primero el izquierdo y después el derecho.
3. Después del pecho, se masajea los brazos, girando al bebé de lado, sujetándolo por el hombro y haciendo movimientos (con la otra mano) del hombro hacia la muñeca, manteniendo siempre un ritmo constante.
4. Masaje las manos, estirando suavemente cada dedo. Y lo mismo con los pies y dedos.
5. Situar una de las tus manos en la altura del estómago del niño y deslizarla bajando en dirección al abdomen bajo. Alternar los movimientos con una y con otra mano.
6. Dar la vuelta al niño en decúbito prono y masajear la espalda, siempre de parte central a las laterales (Leboyer 1976).

Estando en casa, lo ideal es después del masaje bañar al bebé y alimentarlo (LM). Durante el masaje es importante observar al bebé, hablarle, cantarle, observar sus reacciones. Esto permite conocerlo.

**Tiempo de duración:** 40 minutos

#### **Actividad 4. Conclusiones y cierre.**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de duración de la sesión: 70 minutos

#### **c) Sesión No. 3 De mamá canguro al porteo**

**Temática a abordar:** La importancia de hacer una continuación del MMC y hacer porteo con el bebé prematuro.

**Objetivo de la sesión:** Que la madre y el padre conozcan y practiquen los beneficios de cargar a su bebé el mayor tiempo posible.

**Material requerido:** pantalla para proyectar, rotafolios, plumones. Rebozo o fular.

Descripción de las actividades:

##### **Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

##### **Actividad 2. Después de MMC es importante el porteo**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** Que las madres conozcan como el porteo ha sido importante en distintas culturas como método de vinculación e integración del bebé a la sociedad.

**Tiempo de duración:** 10 minutos

##### **Actividad 3. Beneficios del porteo, de MMC al porteo.**

Revisar con cada mamá que la postura sea la correcta

Con las piernas flexionadas, las rodillas a un nivel ligeramente más alto que las nalgas y abiertas en un ángulo de aproximadamente 90°, las caderas se encuentran en posición óptima. La cabeza del fémur se coloca perfectamente dentro del hueco acetabular y el peso del bebé recae sobre sus nalgas, sin que tenga que soportarlo su espalda aún en formación. La columna vertebral del bebé, tiene por naturaleza una forma de “C”, que posteriormente irá madurando desde la cabeza hasta la cadera, adquiriendo las curvas en forma de doble “S” de la edad adulta. La colocación correcta del bebé garantizará que la columna mantenga esta posición.

Los beneficios del porteo, son los siguientes, de acuerdo a Rincón (2014).

- Identificación más rápida de las necesidades del bebé para satisfacerlas antes de que llore.
- Sensación de vínculo profundo con el bebé, fortaleza de relación, seguridad en su manejo.
- Seguridad personal y autoconfianza como mamá.
- Facilidad para establecer horarios de comida y de esta manera la mamá podrá disponer más de su tiempo.
- Sensación de libertad al poder llevar a su bebé a todos lados, sabiendo que estará tranquilo, contento y alerta.
- Marca límites claros al mostrarle al bebé que éste se adapta al mundo de su mamá y no al revés.
- Disminuye la probabilidad de depresión postparto, al poder darle a su bebé el contacto necesario, cargándolo en el rebozo.

**Tiempo de duración:** 40 minutos

#### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

**Tiempo total de duración de la sesión:** 70 minutos

#### **d) Sesión No. 4 Lactancia**

**Temática a abordar:** La lactancia, como parte de la estrategia de la vinculación.

**Objetivo de la sesión:** Dar seguimiento al establecimiento de la lactancia al alta del hospital. Como parte de la estrategia de vinculación.

**Material requerido:** pantalla para proyectar, rotafolios, plumones. Rebozo o fular. O Cojín de lactancia

**Descripción de las actividades:**



### **Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

### **Actividad 2. Hasta cuando la lactancia.**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** Mitos de la lactancia y sus beneficios en los bebés prematuros.

Tiempo de duración; 10 minutos

### **Actividad 3. La Lactancia y su importancia.**

Aunque la literatura indica que, en general, las madres de niños prematuros se sienten con apoyo e información suficiente durante el ingreso hospitalario, el problema viene tras el alta, ya que no existe un seguimiento adecuado de la lactancia por parte del personal de enfermería. Esto conlleva que las madres perciban incongruencia en la información recibida anteriormente, lo que, junto con los consejos de otras personas del entorno familiar, provoca el abandono de la lactancia materna (Mayans 2017).

Si las condiciones médicas lo permiten, es importante amamantarlo, si por alguna circunstancia no se puede hacer, se puede contemplar acudir a un banco de leche o bien a las fórmulas. Es muy importante hablarle mientras se alimenta, el contacto físico y la voz materna es un factor importante para afianzar la relación de apego y fortalecer el vínculo. Si no ha sido posible establecer una lactancia, lo más importante es poder alimentarlo con biberón mientras se le habla, se le acaricia, canta.

**Tiempo de duración:** 40 minutos

### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza la sesión.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

**Tiempo total de duración de la sesión:** 70 minutos

#### 4.2.4 Fase 4. De los 12 a los 24 meses de edad.

En relación a la evolución cognitivo-intelectual, emocional y conductual de los grandes prematuros González Serrano (2010) encontró como indicadores de riesgo el modelo vincular inseguro de la madre.

La familia requiere de soporte durante los primeros años de vida de un hijo que no se ajusta a las expectativas previas de los padres, y que además, puede presentar secuelas.

La prematurez implica muchas expectativas rotas, incluso en los momentos de tan íntimos como la lactancia ya que no es fácil vincularse con un bebé que requiere muchos más cuidados que uno de término.

Durante los primeros 24 meses de vida, se realizan frecuentes visitas médicas a distintos especialistas con el fin de detectar o dar seguimiento a secuelas o posibles secuelas, a la detección temprana de algunos déficits sensoriales o trastornos del desarrollo, y de ser posible y necesario poder iniciar estimulación con los expertos (Alcover 2010).

Los 2 años de edad es una edad estándar para valorar la evolución de un prematuro ya que la mayoría de secuelas neurológicas o sensoriales ya han sido probablemente identificadas (Marlow 2004 en Alcover 2010). Las habilidades cognitivas y motoras empiezan a independizarse, se desarrolla el lenguaje y algunas habilidades de razonamiento.

Piaget hace hincapié sobre la contribución del afecto a la formación de la persona y cómo afecta el ámbito afectivo al desarrollo intelectual del ser humano, afirmando que “sin la presencia de los aspectos afectivos, el ser humano como tal, no podría alcanzar un adecuado desarrollo intelectual”, el análisis va más allá de lo común, pues radica en afirmar que en realidad lo cognitivo y lo afectivo son profundamente inseparables (Perlaza 2014).

Por lo tanto las dimensiones de esta etapa que deben estar cubiertas de los 12 a los 24 meses de edad en un prematuro, para que pueda restablecerse el vínculo son:

- Relación materno-infantil.
- Contacto físico.
- Comunicación.

Para esta se tienen contempladas 2 sesiones con carácter semestral, siendo más sesiones de seguimiento y acortando la duración de las sesiones, en este período los niños ya comienzan a caminar y las madres se distraen con mayor facilidad.

**a) Sesión 1. Relación Madre-hijo (a). Comunicación**

**Temática a abordar:** Alimentar el vínculo madre e hijo a través de la comunicación

**Objetivo de la sesión:** A través de la observación comunicarse con su bebé

**Objetivo de las actividades a realizar:** Dar seguimiento a la relación establecida con el bebé y apoyar en algunas dudas.

**Material requerido:** Pantalla para proyectar, rotafolios, plumones.

**Descripción de las actividades:**

**Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Actividad 2. Observaciones acerca de la comunicación**

**Material:** Rotafolios, material para proyectar

**Objetivo:** La comunicación no sólo es verbal, con el uso de las técnicas ya aplicadas anteriormente, revisaremos de qué manera cada madre e hijo se comunican.

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Actividad 3. ¿Cómo me relaciono con mi bebé? Seguimiento**

La comunicación; hablar, que el tono de voz sea el acompañamiento del contacto físico, ya que el bebé asocia éste con cercanía. Cyrulnik (2002) comenta: "Las madres humanas rodean a su bebé de un envoltorio sensorial compuesto por el brillo de los ojos, su olor, su voz y sus maneras de manipularlo que constituyen un análogo de impronta". El bebé así envuelto en un ambiente sensorial estable, impregna su memoria de todos esos datos, lo cual franquea en su cerebro las sinapsis que desde entonces le permitirán percibir preferentemente ese tipo de información.

Tiempo dedicado al bebé. Se define por el tiempo que se pasa con el bebé, lo ideal en estos casos es estar con el bebé en contacto constante, el mayor tiempo posible. Incluso

con el uso de un rebozo que por las dimensiones de un niño prematuro aún puede utilizarse sin problemas.

El contacto físico a través de la lactancia y posterior alimentación es una clave importante al momento de interactuar, el acariciar al bebé mientras se alimenta hablarle, al momento del baño.

**Tiempo de duración:** 30 minutos

#### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza el trabajo que se hizo desde el nacimiento del bebé prematuro.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de duración de la sesión: 60 minutos

#### **b) Sesión No. 2 Dudas en general, sesión de seguimiento, conclusión y cierre**

**Temática a abordar:** Repaso general y dudas acerca de porteo, masaje, lactancia, vinculación y dudas acerca del neurodesarrollo.

**Objetivo de la sesión:** Dar seguimiento y hacer un repaso general para aclarar dudas.

**Objetivo de las actividades a realizar:** Dar seguimiento a la relación establecida con el bebé y apoyar en algunas dudas.

**Material requerido:** pantalla para proyectar, rotafolios, plumones.

**Descripción de las actividades:**

##### **Actividad 1. Saludo inicial y dudas de la sesión anterior.**

**Tiempo de duración:** 10 minutos

##### **Actividad 2. Revisión de dudas en Bitácora**

**Material:** Bitácora Madre-hijo (a)

**Objetivo:** Revisar los progresos que ha hecho su hijo, de manera personal, comparando el desarrollo desde el inicio hasta ese punto.

**Tiempo de duración:** 10 minutos

### **Actividad 3. Dudas y repaso general**

Repaso de dudas con respecto al porteo, al masaje, si hay evaluaciones de neurodesarrollo, revisar hitos en el desarrollo

Ayuda práctica. Es importante puntualizar que la información que se pueda a la madre y al padre acerca de los pormenores de la salud de su bebé es importante, así como los hitos en el desarrollo esperado para aminorar la angustia que provoca la incertidumbre. Cuando este tema está cubierto.

La satisfacción de las necesidades básicas de alimentación del bebé y, sobre todo, de consuelo y protección anticipados al cargarlo, representan para el niño la posibilidad de confiar en los padres y le proporcionan la vinculación y la seguridad que necesita (Prekop 1991). Al final de este seguimiento y a manera de conclusión, es importante recordar que:

1. El apego es la primera relación del recién nacido con su madre o con un cuidador principal que se supone es constante y receptivo a las señales del pequeño o el niño de pocos años.
2. El apego es un proceso que no termina con el parto o la lactancia. Es un proceso que sirve de base a todas las relaciones afectivas en la vida y, en general, a todas las relaciones entre miembros de la misma especie. En los mamíferos existe apego en las diferentes especies
3. El apego hacia personas significativas nos acompaña toda la vida, ya sean estos progenitores, maestros o personas con las cuales hemos formado vínculos duraderos (Moneta 2014).

**Tiempo de duración:** 30 minutos

### **Actividad 4. Conclusiones y cierre**

**Objetivo:** En esta actividad se despejan dudas y se finaliza el trabajo que se hizo desde el nacimiento del bebé prematuro.

**Tiempo de duración:** 10 minutos.

Tiempo total de duración de la sesión: 60 minutos

## CONCLUSIONES

El vínculo es parte esencial en la vida del ser humano, la calidad de éste determina la calidad de las relaciones e interacciones con el mundo en general. La importancia de la interacción entre madre e hijo o una figura de apego es muy importante para el desarrollo psíquico.

Se ha hablado de la vulnerabilidad con la que el ser humano nace, y cómo termina de madurar en los primeros 24 meses de vida. La prematuridad supone un estado de subdesarrollo extremo ya que aunado a la ya existente inmadurez del bebé humano a término un bebé prematuro lucha constantemente contra factores como su inmadurez y la falta de funcionamiento de sus aparatos y sistemas.

La intervención a partir del contacto piel con piel y visual, el Método Madre Canguro, la lactancia materna, el masaje y los cuidados centrados en la familia, permiten cuidar el bienestar del neonato y la madre, y procuran un ambiente propicio para restablecer el vínculo interrumpido por el nacimiento intempestivo.

El contacto, la observación, la alimentación y el cuidado son factores que determinan la calidad del vínculo. A través de esta intervención la madre cobra confianza, conocimiento, experiencia y pericia en el cuidado de su hijo. Al cargar a su hijo, primero con el Método Madre Canguro y posteriormente con el porteo, permite que, además de estar cerca de su hijo, que el bebé vaya adaptándose a su entorno, y se va incorporando a su mundo, aprende directamente de su madre, pues ella es la proveedora principal de todo lo que le sustenta.

El uso de una bitácora le muestra el valor de la observación, que es una pieza clave en el proceso de vinculación ya que permitirá que en el largo plazo conozca bien a su hijo. El uso de esta bitácora también permite observar los hitos y cambios que experimenta su hijo y le permite saber cuándo es necesario pedir ayuda. La duración de esta intervención, permite que la madre transite por los primeros 24 meses de vida de su hijo, acompañada, contenida y asesorada en los temas que son importantes en el proceso de vinculación con su hijo.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Alcover, E. (2010). *Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos mediante la Escala de Desarrollo Infantil de Kent (EDIK) cumplimentada por los padres y situación neuroevolutiva de los 2 a los 5 años*. Universitat de Barcelona.
- Alonso, L. González, L. (2017). *Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Revista Enfermería Global. No.45. Enero 2017.
- American Academy of Pediatrics (2017). *Understanding the NICU: What Parents of Premies and Other Hospitalized Newborn Need to Know*
- Betancourt, L. Rodríguez, M. Gempeller, J. (2007) *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. UNIVERSITAS MÉDICA 2007 VOL. 48 N° 3
- Bowlby J. *Los cuidados maternos y salud mental*. OMS, Washington 1968.
- Bowlby, J. (1988) *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. 7ª edición ed. Barcelona: Paidós; 1988.
- Brazelton, T., Nugent, K. (1997). *Neonatal Behavioral Assesment Scale*. Paidós Iberoamérica.
- Chamorro, L. (2012). *El Apego. Su importancia para el pediatra*. Revista Pediatría Vol. 39; N° 3; Diciembre 2012; pág. 199 – 206

- Charavel, M. (2000). *Évolution de l'attitude des mères d'enfant prématuré et des mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé: une étude éthologique de la naissance à 6 mois*. *Psychiatr Enfant*; 43(1): 175-206.
- Cyrulnik, B. (2002). *De cuerpo y alma*. Barcelona. Editorial Gedisa, S.A.
- Díaz-Argüelles, V. (2005). *Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido*. *Revista Cubana de Pediatría*. 77(2) Recuperado en 20 de abril de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es&tlng=es).
- Fava, G., Rebecca, L. Calvo. V. (1997) *Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros*. Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA).
- Fernández, F. Meizoso, A. Rodríguez L & colls (2012). Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”
- Fernandez, M. (2013) La Autonomía Emocional. Revista de clases historia. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales Artículo N° 362 15 de mayo de 2013.
- Field, T. 2002. *Preterm infant massage therapy studies: an American approach*. *Seminar Neonatology* 2002; Seminars in Neonatology Pp. 487 - 494  
[https://www.sfnmjournal.com/article/S1084-2756\(02\)90153-3/abstract](https://www.sfnmjournal.com/article/S1084-2756(02)90153-3/abstract)
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Madrid: Espaxs.



- Fonagy, P., Steele M., & Steele, H. (1991). *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infantmother attachment at one year of age*. *Child Development*, 62, 891-905.
- Gómez, C. Marín, M. Olmo, A. (2013) *Dificultades Biosociales de la gran prematuridad*. Universidad Complutense de Madrid.
- González F. (2009). *Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego*. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2009(48): 61-80.
- González F. (2010). *Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: Aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia*. CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, 2010; 49, 133-152
- Grossmann K, Grossmann KE. (2007). *Impacto del Apego a la Madre y al Padre durante los Primeros Años, en el Desarrollo Psicosocial de los Niños hasta la Adulthood Temprana*. En: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. van IJzendoorn M, ed. tema. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. <http://www.encyclopedia-infantes.com/apego/segun-los-expertos/impacto-del-apego-la-madre-y-al-padre-durante-los-primeros-anos-en-el>. Actualizado: Agosto 2007 (Inglés).
- Hermosilla, M. (1989). *Efectos psicológicos del abandono y su reparación mediante la adopción. Problemática del menor en situación irregular*. Primer encuentro Nacional. Patronato de los Sagrados Corazones. Valparaíso, Chile.
- Leboyer Frederick (1976). *Shantala. Un arte tradicional el masaje de los niños*. Buenos Aires.

- March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Eds CP.Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization, Geneva, 2012.
- March of Dimes. (2013). *Fighting Premature Birth: Prematurity Campaign*.<https://www.marchofdimes.org/mission/prematurity-campaign.aspx>
- Mayans, E. (2017). *Lactancia materna en prematuros. Revisión narrativa*. Facultad de medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
- Martínez, T. Damian, N. (2014). *Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal*. *Enfermería Universitaria* 2014;11(2):61-66.
- Mendoza, L. Claros, D. (2016). *Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>
- Minguet-Romero, R. Cruz-Cruz, P. Aguli, R. (2014) *Incidencia de nacimiento pretérmino en el IMSS (2007-2012)*. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:465-471.
- Moneta M. (2014). *Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby*. *Revista Chilena de Pediatría* 2014; 85 (3): 265-268.
- Montagu A. (2004) *El Tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas*. Paidós
- Obradors i Ascon, A. (2016). *Guía del niño. 7 métodos para estimular a un bebé prematuro*. Hospital de Catalunya. España. <https://www.guiadelnino.com/bebe/cuidar-a-un-prematuro/7-metodos-para-estimular-a-un-bebe-prematuro>

- Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sánchez A, García-Segura LM, Arevalo MA. 2014 *Neuroendocrinology of childbirth and mother–child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders*. *Front Neuroendocrinol* 2014 10; 35(4): p.459-472
- Organización Mundial de la Salud. (2004) *Guía Práctica. Método Madre Canguro* Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf;jsessionid=91A49BAB2303C7AADD2D52935C836C40?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. *Nacimientos Prematuros. Notas Descriptivas*. Febrero 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Palacios, J., Marchesi, A., & Coll, C. (2014). *Desarrollo Psicológico y Educación*. 1. Psicología Evolutiva. (2ª Ed). Madrid: Alianza Editorial
- Pérez R., López C. Rodríguez A. (2013) *Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato*. *Boletín Médico Hospital Infantil México* 2013; Vol. 70, Pp. 299-303 Julio-Agosto 2013.
- Perlaza, J. (2014). Estrategias para el fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo, en mujeres del Centro de Rehabilitación Femenino de Quito. Universidad Tecnológica Equinoccial, Ecuador.
- Pinto, F. (2007). *Apego y Lactancia natural*. *Revista Chilena de Pediatría* 2007; 78 (Supl 1): 96-102
- Prekop J. (1991) *El niño tirano*. Barcelona Ed. Herder
- Purizaca, M. (2010) *Modificaciones fisiológicas en el embarazo*. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 56, núm. 1, 2010, pp. 57-69 Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195010>

- Rellán, S. García de Ribera, C. Paz M. (2016). *El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos*. Asociación Española de Pediatría: Neonatología. [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002088.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002088.pdf)
- Rincón, L. (2014) *El Abrazo que Lleva al Amor*. Instituto Prekop México.
- Rogers, C. (1970). Grupos de Encuentro
- Rosas, M. (2000). *Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados*. Revista de Psicología, vol. IX, núm. 1, Universidad de Chile
- Rugiero, E., Rodehck, L. & Coll (2008). *Efecto del masaje terapéutico en prematuros del servicio de neonatología del Hospital San José*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 73(4), 257-262. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000400007>
- Secretaría de Gobernación (2018). *Salud Prensa Nacimientos prematuros en México* <https://www.gob.mx/salud/prensa/en-mexico-nacen-cada-ano-200-mil-ninos-prematuros-inp>
- Serebrinsky, H. (2012). *Psicoterapia de Grupo. Ensayo*. Ajayu, 10(2), Agosto 2012, 132-155
- UNICEF (2012) *Desarrollo Emocional. Clave para la primera infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos, abril de 2012.
- Van IJzendoorn MH (2005). *El Apego durante los Primeros Años (0-5) y su Impacto en el Desarrollo Infantil*. En: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. van IJzendoorn M, ed. tema. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. <http://www.encyclopedia-infantes.com/apego/segun-los-expertos/el-apego-durante-los-primeros-anos-0-5-y-su-impacto-en-el-desarrollo>. Publicado: Mayo 2005 (Inglés).

## ANEXO 1

