

REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Monográfico Nº 6 • Junio 2023
SALUD MENTAL PERINATAL



REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Núria Planas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Míriam Fuentes	Promoción y Difusión
Belinda Anento	Redes sociales
Míriam Berrio	Administración y Contabilidad

Traducción (l^{inglés}, f^{rancés}, i^{taliano}, p^{ortugués}, c^{atalán}):
Montserrat Balcells^{IT}, Miguel Cárdenas^I, Xavier Costa^I, Jordi Freixas^F, Mireia Ramon^I,
Núria Ribas^I, Camille Riu^F, Pilar Tardío^F, Brenda Tarragona^I, Elena Venuti^{IT}
y Montserrat Viñas^P
Revisión de textos: Stela Bacalu^I y Servei d'Assessorament Lingüístic^C

Publicación extraordinaria

Edición y Publicación: [Fundació Orienta](#)
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. +34 93 635 88 10
E-mail: revista@fundacioorienta.com
Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia
Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: Graficas HERCU
ISSN: 1695-8691
Dep. Legal: 13716/2003

*La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.
La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que
solicitar previamente, por escrito, a la redacción.*

*La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente está incluida en los índices
bibliográficos siguientes: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de
Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la
Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.*

CONSEJO DIRECTIVO

Alfons Icart (director). *Psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Teacher/Supervisor en Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Presidente del Grup TLP-Barcelona. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

Vocales:

Cayetano García-Castrillón *Médico Psiquiatra y Psicoanalista Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla.*

Rubén D. Gualtero *Sociólogo. Ex Redactor jefe de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Barcelona.*

Alberto Lasa *Psiquiatra, Profesor titular en la Universidad del País Vasco y profesor asociado en la Universidad de Deusto. Guetxo (Vizcaya).*

Jorge Tizón *Psiquiatra y Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull. Barcelona.*

Àngels Martos *Internista, Vicedecana de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona.*

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona) ^I	Carles Pérez Testor (Barcelona) ^I
Alejandro Ávila (Madrid) ^I	Antonio de la Plata (Sevilla) ^{A F AP}
Jordi Artigue (Barcelona) ^{AP}	Vanessa R. Pousada (Ourense) ^A
Marta Biempica (Barcelona) ^{PSM}	Roque Prego (Santander) ^{PI PSM}
Teresa Brouard (Bilbao) ^{PI A AR}	Noelia Reyes (Barcelona) ^I
Lourdes Busquets (Barcelona) ^{PI}	Emilio Rojo (Barcelona) ^{IP I}
Natalia Calvo (Barcelona) ^I	Teresa Ribalta (Barcelona) ^{A F}
Miguel Cárdenas (Barcelona) ^{PSM}	Núria Ribas (Barcelona) ^I
Marc Dangerfield (Barcelona) ^A	Víctor Ribes (Barcelona) ^I
Sergi de Diego (Barcelona) ^E	Maria Jesús Rufat (Barcelona) ^I
M ^a Dolores Domínguez (Santiago) ^{AP}	Jaume Sabrià (Barcelona) ^{PSM}
Fernando Dualde (Valencia) ^F	Luis San (Barcelona) ^{AP}
Ricardo Fandiño (Ourense) ^A	Eulàlia Sayrach (Barcelona) ^{F AR}
Marc Ferrer (Barcelona) ^I	José Andrés Sánchez (Barcelona) ^{IP}
Anna Fornós (Barcelona) ^{AP}	Assumpció Soriano (Barcelona) ^A
Jordi Freixas Dargallo (Barcelona) ^{AP F}	Brenda Tarragona (Barcelona) ^A
Míriam Fuentes (Barcelona) ^{AR}	Mercè Teixidó (Barcelona) ^A
Pablo García (Granada) ^{F PI}	Carme Tello (Barcelona) ^{PI}
Fernando González Serrano (Bilbao) ^{A PSM}	Jorge Tió (Barcelona) ^{A AR}
Carmen Grifoll (Barcelona) ^{AP}	Jordi Torner (Barcelona) ^{PI}
Antònia Grimalt (Barcelona) ^{PI}	Llúcia Viloca (Barcelona) ^{PI}
Laura Hernández (Barcelona) ^{AR IP}	
Guillem Homet (Barcelona) ^{PSM}	
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Fernando Araos (Chile) ^{AP IP}
Ana Jiménez (Ciudad Real) ^A	Graciela Ball (Argentina) ^{AP}
Lluís Lalucat (Barcelona) ^{PSM}	Hilda Botero (Colombia) ^{PI}
José Luís Lillo (Barcelona) ^A	Elena Castro (Chile) ^{PI}
Norka Malberg (Barcelona) ^{F I PI}	Elisabeth Cimenti (Brasil) ^{AP}
Marta Mascarell (Barcelona) ^{IP}	Eduardo Jaar (Chile) ^{AP}
Lluís Mauri (Barcelona) ^I	Clotilde Juárez (México) ^I
Marina Mestres (Barcelona) ^I	Marta Lapacó (Argentina) ^{A F AR}
Josep Mercadal (Barcelona) ^I	María Inés Nieto (Colombia) ^{AP}
Júlia Miralbell (Barcelona) ^I	Giancarlo Rigon (Italia) ^A
Maite Miró (Barcelona) ^{AP}	Jani Santamaría (México) ^{PI E AR}
Josep Moya (Barcelona) ^{PSM SMC}	Monica Santolalla (Argentina) ^{PI E}
Diego Padilla (Madrid) ^{A F I}	Leandro Stitzman (Argentina) ^{AP AR IP}
Montserrat Palau (Barcelona) ^{PI E}	Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres) ^{AP AR}
Fátima Pegenaute (Barcelona) ^{PI}	Elena Toranzo (Argentina) ^{AP}

^{IP}En primera persona; ^AAdolescencia; ^{AP}Abordajes psicoterapéuticos; ^{AR}Arte y Salud Mental; ^EInfancia y escuela; ^FFamilia;

^IInvestigación; ^{PI}Primera Infancia; ^{PSM}Promoción y prevención de la Salud Mental; ^{SMC}Salud Mental Comunitaria e Inmigración

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Junio / June 2023

Monográfico/Monographic 6

Editorial.....	7
Presentación - Europa Presentation - Europe Marta Gomà.....	9
Artículos /Articles	
El entorno del niño comienza en el útero The child's environment starts in the womb Vivette Glover.....	11
Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño A psychotherapy focused on parenting to treat perinatal psychopathology, to support the mother-baby bond and to prevent disorders in the child Dra. Nathalie Nanzer, Dra. Marta Gomà y Antònia Llaíró.....	21
El abordaje perinatal interdisciplinar desde Atención Primaria de Salud (APS): el desarrollo de una atención bio-psico-social integrada The interdisciplinary perinatal approach from Primary Health Care (PHC): the development of an integrated bio-psycho-social care Carmen Sánchez, Josep Ferrer, Toni Alcocer, Eulàlia Arias-Pujol, Maria Martínez y Antònia Llaíró.....	33
Documento del Grupo de Estudios Neonatales sobre el acompañamiento de padres y madres a recién nacidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Maternidades durante la pandemia por SARS-CoV-2 Document of the Neonatal Study Group on the accompaniment of parents of newborns in Neonatal Intensive Care Units and Maternity Units during the SARS-CoV-2 pandemic Mar Albújar, Laura Castells, Rosario Díez, Mònica Domingo, Gemma Ginovart, Marcos Linés, Anna Lucia Paltrinieri, Roser Porta y Cèsar W. Ruiz-Campillo.....	45

Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia Bonding disorders starting in the perinatal stage. Contributions of psychoanalysis and neuroscience Imke Dachs, Eulàlia Sayrach y Roser Frago.....	55
Presentación - América Latina Presentation - Latin America Hilda Botero.....	67
Crianza en pandèmia Upbringing in pandemic Graciela Ball, Gabriel F. Federico y Lucila de la Serna.....	69
De la formación en observación de bebés Método Bick a la intervención clínica: embarazo-parto-crianza From the Bick Method baby observation training to clinical intervention: pregnancy-birth-upbringing M. Josefina Saiz Finzi y Lucila Gamarra Tate.....	77
Grupos de atención a padres y bebés: observación e intervención psicoanalítica en microscopía clínica como facilitador de las relaciones iniciales Parent and infant care groups: observation and psychoanalytic intervention in clinical microscopy as a facilitator of early relationships Mariângela Mendes de Almeida.....	89
Bebés visibles, bebés presentes. Programa madre-bebé-canguro, creado para cuidar la vida Visible babies, present babies. Mother-baby kangaroo programme, created to care for life Sandra Tuirán, Lyda Rosero, Florángela Gómez, Gloria Jurado, Aura María Sánchez, Carmen Córdoba e Hilda Botero.....	101
En primera persona / Personal experience	115
Reseñas / Books reviews	117
Noticias / News	119

Editorial

Desde la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, tenemos la enorme satisfacción de presentarles el sexto monográfico que, como es habitual, se publica como número extraordinario entre el 41, que se publicó en abril, y el 42, previsto para noviembre. En este monográfico, abordamos el tema de la *perinatalidad*, tan fundamental para comprender la salud mental de la infancia y la adolescencia. No debe ser casualidad que, en este 2023, en el que celebramos los 20 años de la Revista, volvamos a los inicios de todo, a los primeros años del bebé y a la vida intrauterina. Y de la misma manera que en el anterior monográfico, contamos con autores europeos y de América Latina, todos ellos referentes del tema que nos ocupa.

Este monográfico ha sido posible gracias al esfuerzo y conocimiento del tema de dos profesionales tan experimentadas como son Hilda Botero, desde Colombia y Marta Gomà, desde Barcelona, que han estado trabajando para reunir los diferentes trabajos que forman el número. Hilda Botero es psicóloga y psicoanalista (APC-IPA), profesora de la Universidad Javeriana de Bogotá y Observadora de Bebés según el Método Bick. A parte de su consulta privada, implementa programas de atención emocional en las Unidades Neonatales. Marta Gomà es Doctora en Psicología y psicoterapeuta *EuroPsy* con especialización perinatal (UNIL y Universidad de Ginebra). Además, es responsable de investigación en Bruc Salut (Barcelona) y miembro del grupo de investigación de pareja y familia de la Universitat Ramon Llull (Barcelona). A ellas debemos agradecerles haber recopilado los artículos de profesionales referentes en perinatalidad de diferentes lugares, que nos dan una visión completa de las múltiples situaciones que se dan en la vida perinatal.

Teniendo en cuenta estas realidades, hemos estructurado este número en diferentes bloques. En el primero de ellos, encontrarán los trabajos referentes a Europa. En el segundo, a América Latina. Seguidamente, la sección “En primera persona” recoge el testimonio -duro pero necesario- de una experiencia de pérdida perinatal. Después, encontrarán la reseña de un libro que creemos muy oportuno para el tema que nos ocupa. Por último, cerramos el monográfico con la información sobre trastornos perinatales elaborada por las compañeras del *Espai de suport al desenvolupament emocional* (ESSEN), de Lleida, que generosamente han compartido con nosotros.

Seguro que este monográfico va a ser de gran utilidad para todos los profesionales vinculados con las familias, en especial a los de la Salud Mental, para completar su formación, y dar nuevas herramientas a la hora de atender a madres, padres e hijos desde la profunda comprensión de los primeros años de vida.

Agradecemos sinceramente el trabajo realizado por las dos compañeras Hilda y Marta, así como a los autores que han participado generosamente. Deseamos que este monográfico nos aporte a todos los profesionales más sensibilidad a la hora de atender a las familias.

Alfons Icart, director

Xavier Costa, jefe de redacción

Presentación / Europa

MARTA GOMÀ

En este momento en que la perinatalidad goza de un gran desarrollo e interés por parte de la comunidad científica, se publica este número monográfico especial acerca de la psicología perinatal. Es una área científica y clínica que abarca actualmente estudios de muchos profesionales que aportan miradas diferentes a una realidad altamente compleja y sensible. El período perinatal se caracteriza por elevada vulnerabilidad al mismo tiempo que goza de grandes posibilidades de cambio y reorganización, tanto en la mente de los padres (transparencia psíquica) como del bebé en desarrollo, con una máxima plasticidad cerebral y como base de la primera construcción del *Self*. Un bebé solo no existe, como dice Winnicott, y el vínculo se empieza a gestar ya en el vientre materno; incluso podríamos decir en el camino de buscar el embarazo. Se despierta la creatividad, y también los fantasmas del pasado que circulan más o menos conscientemente en la construcción de la nueva familia.

A través de esta publicación especial, los artículos que se presentan nos permiten hacer un viaje desde el útero materno hacia los impactos psicobiológicos del estrés en el feto explicados por la **Dra. Vivette Glover** del *Imperial College de Londres*. Los últimos hallazgos demuestran cómo el estrés se refleja incluso en los cromosomas, sentando las bases para reclamar la gran necesidad de prevención e intervención precoz ya desde el embarazo.

Para ello, la **Dra. Nanzer**, de la Escuela de Ginebra, nos expone el modelo de la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño. Derivada de las psicoterapias madre-bebé y desarrollada por la Escuela de Ginebra, esta intervención presenta buenos resultados científicos en la disminución de la sintomatología depresivo-ansiosa y en el establecimiento del vínculo saludable madre-bebé, aportando una mirada clínica de base psicodinámica.

La Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) ha sido aplicada en embarazo y postparto los últimos años en Barcelona. El *Equipo de Atención Primaria de Salud Roquetes-Canteres* y el equipo de *Asistencia a la Salud Sexual y Reproductiva* (ASSIR), junto al equipo psicoterapéutico Bruc Salut, han desarrollado una investigación para la prevención y detección precoz de la sintomatología depresivo-ansiosa en las gestantes de un barrio vulnerable de Barcelona. **Emma Prims** y los colaboradores en equipo multidisciplinar desde la asistencia pública explican cómo este modelo de detección e intervención ha ido desarrollando y ampliando la atención en red multidisciplinar a lo largo de los últimos años.

El interés en el desarrollo de recursos perinatales ha sido especialmente complejo, ha supuesto un aumento de tasas de la ansiedad y la depresión perinatales por el impacto de la pandemia en las familias en proceso de gestación, en el parto y en los primeros tiempos postparto (Mateus et al., 2022). **Ginovart** y colaboradores nos detallan con gran sensibilidad las necesidades de los bebés y sus familias en la prematuridad y la reivindicación de los profesionales para promover una atención adecuada en plena pandemia para defender la necesaria relación padres-bebés en las UCIN neonatales españolas, cuando la vida se abre camino con una dura lucha.

Finalmente, **Dacks** y colaboradores nos presentan, a través de dos viñetas clínicas, las dificultades vinculares iniciadas en el período perinatal que se convierten posteriormente en motivo de consulta en un centro de salud mental infanto-juvenil de Cataluña. Las autoras plantean la necesidad de realizar intervenciones preventivas con la finalidad de poder ayudar de forma precoz a las familias atendidas en dicho centro que inician un nuevo embarazo.

Aprovecho este espacio para agradecer la colaboración de los profesionales que hoy aquí presentan su reflexión sobre su labor y dedicación a la perinatalidad desde diferentes ámbitos, con una enorme sensibilidad, especialmente desarrollada durante la pandemia por Covid-19. Este período de pandemia ha supuesto un enorme sufrimiento y ha requerido de un gran esfuerzo y adaptación no sólo de las familias sino también de los profesionales para poder acompañar, contener y tratar adecuadamente. Al mismo tiempo, observaréis en este número que la situación de pandemia ha promovido reivindicaciones, nuevas intervenciones e investigaciones, a partir del trabajo de comprensión, flexibilidad y creatividad de los profesionales sanitarios.

Nos habría gustado poder dar voz a muchos otros profesionales que en su día a día desarrollan un abordaje de sumo cuidado y sensibilidad y que quizás, más adelante, podrán mostrar. Quedaremos atentos y receptivos a los futuros desarrollos y experiencias en el campo perinatal.

Agradezco especialmente a la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente* la posibilidad de centrar el foco de atención en este número especial en el período perinatal y mostrar algunos de los grandes avances que se están produciendo en la actualidad.

El entorno del niño comienza en el útero

VIVETTE GLOVER¹

RESUMEN

El entorno del niño comienza en el útero. Este artículo revisa la evidencia de que si una mujer embarazada se siente estresada, ansiosa o deprimida durante el embarazo, esto puede afectar el desarrollo del cerebro fetal y posterior del niño. La mayoría de los niños no se ven afectados, pero existe un mayor riesgo de resultados emocionales y conductuales adversos. Los niños y las niñas pueden verse afectados de manera diferente. Los mecanismos subyacentes pueden incluir el eje HPA y cambios epigenéticos. Varias intervenciones prenatales y posnatales, incluida la crianza sensible y la música, pueden ayudar. **Palabras clave:** prenatal, estrés, feto, cerebro, epigenética, música.

ABSTRACT

The child's environment starts in the womb. This paper reviews the evidence that if a pregnant woman feels stressed, anxious or depressed during pregnancy this can affect the development of the fetal brain and later child. Most children are not affected, but there is an increased risk of adverse emotional and behavioural outcomes. Boys and girls may be affected differently. The underlying mechanisms may include the HPA axis and epigenetic changes. Several pre and postnatal interventions, including sensitive mothering and music, may help. **Key words:** prenatal, stress, fetus, brain, epigenetics, music.

RESUM

L'entorn del nen comença a l'úter. Aquest article revisa l'evidència que el fet que una dona embarassada se senti estressada, ansiosa o deprimida durant l'embaràs pugui afectar el desenvolupament del cervell fetal i posteriorment de l'infant. La majoria dels nens no es veuen afectats, però hi ha un major risc de resultats emocionals i conductuals adversos. Els nens i les nenes es poden veure afectats de manera diferent. Els mecanismes subjacents poden incloure l'eix HPA i canvis epigenètics. Diverses intervencions pre i postnatales, com ara la maternitat sensible i la música, hi poden ajudar. **Paraules clau:** prenatal, estrès, fetus, cervell, epigenètica, música.

Introducción

Una amplia gama de investigaciones tanto en animales como en humanos ha encontrado que el estrés materno durante el embarazo está asociado con un mayor riesgo de problemas emocionales, conductuales y cognitivos en el niño. Estos incluyen síntomas de ansiedad y depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta (O'Connor et al., 2002; O'Donnell et al., 2014), trastornos de personalidad (Winsper et al., 2015), problemas cognitivos (Pearson et al., 2016) y trastornos del espectro autista (Kinney et al., 2008). El

estrés prenatal también puede causar cambios en varios otros aspectos del desarrollo. Estos incluyen una aceleración de la historia de vida, con un mayor riesgo de parto prematuro (Wadhwa et al., 2001), una menarquia más temprana en las niñas (Duchesne et al., 2017) y una reducción de la longitud de los telómeros sugestiva de una vida útil más corta (Entringer et al., 2018). Se ha descubierto que el riesgo de esquizofrenia está especialmente asociado con el estrés severo en el primer trimestre (Guo et al., 2019). Los otros resultados pueden verse afectados por el estrés, la ansiedad o la depresión durante el embarazo.

¹Catedrática de Psicobiología Perinatal. Colegio Imperial de Londres.
Contacto: v.glover@imperial.ac.uk

Grandes estudios de población han controlado una amplia gama de posibles influencias de variables de confusión (de terceras variables) que sugieren un efecto directo del estrés prenatal en el resultado del niño, independientemente de la transmisión genética directa y la atención posnatal, que también pueden afectar los mismos resultados (O'Donnell et al., 2014; King y Laplante, 2005; Glover, 2019). No todos los niños se ven afectados por el estrés prenatal (O'Donnell et al., 2014), y los que sí lo están pueden verse afectados de diferentes maneras. Esto se debe, en parte, a las vulnerabilidades genéticas específicas de cada niño, las interacciones entre los genes y el entorno (O'Donnell et al., 2017) y la naturaleza de la atención posnatal. O'Donnell et al. (2014) hallaron que, cuando las mujeres se encontraban en el 15 % superior en síntomas de ansiedad o depresión, aumentaba el riesgo de que el niño tuviera un trastorno mental probable a los 13 años, de alrededor del 7 % al 13 %. Casi el 90 % de los niños no se vieron afectados de esta manera, pero duplicar el riesgo sigue siendo clínicamente importante.

Se ha demostrado que diferentes tipos de estrés prenatal para la madre aumentan el riesgo de problemas emocionales, conductuales y cognitivos para el niño y juegan un papel causal. Tal estrés en la madre incluye su nivel de síntomas de ansiedad y depresión, su ansiedad específica sobre el resultado de su embarazo, su exposición a muchas molestias diarias, a un desastre natural como una fuerte tormenta de hielo o un terremoto, a desastres causados por el hombre como el 11 de septiembre o la guerra, y a la crueldad emocional u otras formas de abuso doméstico por parte de su pareja (Glover, 2014, 2020). Estos estresores o tensiones externas y los niveles de ansiedad y depresión suelen ser incluso mayores en los países de ingresos bajos y medios que en los países de ingresos altos. Puede haber estresores adicionales debido a la pobreza, la escasez de alimentos, los efectos del cambio climático, niveles más altos de violencia interpersonal y motivos de preocupación por el resultado del embarazo debido a la alta mortalidad infantil o materna.

Programación fetal

La teoría de la programación fetal propone

que el ambiente en el útero, durante diferentes períodos sensibles para resultados específicos, puede alterar el desarrollo del feto, con un efecto duradero en el niño (Barker, 2003). Barker y sus colegas desarrollaron este concepto en relación con sus hallazgos de que el bajo peso al nacer, o el crecimiento deficiente en el útero, está asociado con la vulnerabilidad a la enfermedad cardiovascular y al síndrome metabólico más adelante en la vida. Pero el concepto se aplica también al desarrollo del cerebro. El cerebro es particularmente plástico, o sensible a las influencias ambientales, en el período fetal y postnatal temprano. Sin embargo, los cambios en el útero no significan que no se puedan volver a alterar más adelante. Por ejemplo, algunos de los efectos sobre el desarrollo neurológico del estrés de los eventos vitales prenatales o el aumento del cortisol en el útero pueden amortiguarse mediante el apego sensible entre la madre y el niño después del nacimiento (Bergman et al., 2010).

Efectos en el cerebro fetal e infantil

El período fetal es crítico para el desarrollo del cerebro humano, y la forma en que se desarrolla puede verse influenciada por el entorno (Lautarescu et al., 2020). El cerebro crece más rápidamente durante el período fetal y durante el primer año después del nacimiento; el cerebro del recién nacido es aproximadamente el 36 % del volumen del cerebro adulto (Pulli et al., 2019). El desarrollo del cerebro fetal se divide en tres fases: período embrionario (desde la concepción hasta la octava semana de gestación), período fetal temprano (hasta la mitad de la gestación) y período fetal tardío (desde la mitad de la gestación hasta el nacimiento) (Monk et al., 2019). El cerebro en desarrollo contiene miles de millones de neuronas, la mayoría de las cuales se producen a mitad de la gestación. A lo largo del período fetal, el desarrollo del cerebro implica la producción, migración, conexión y diferenciación de neuronas. A las 20 semanas, al final del período fetal temprano, el cerebro tiene las estructuras necesarias para un funcionamiento maduro, aunque todavía con una placa cortical suave. La migración neuronal alcanza su punto máximo entre las semanas 12 y 20 de gestación. La mielina se detecta por primera vez entre las

semanas 20 y 28 y mejora la velocidad y la precisión de la comunicación neuronal. Durante el último período fetal, la segunda mitad de la gestación, hay una especialización en las diferentes regiones del cerebro y comienzan a formarse vías conectivas y sinapsis. En la semana 34, se forman aproximadamente 40.000 nuevas sinapsis cada segundo, un proceso que continúa en la vida posnatal temprana (Pulli et al., 2019). Por lo tanto, el cerebro fetal está en construcción a lo largo de la gestación y su desarrollo puede verse afectado por las señales biológicas que recibe. Los efectos de sustancias químicas externas como el tabaco, la nicotina, la cocaína y algunas otras drogas son bien conocidos. También son importantes las señales biológicas endógenas de la madre, incluidas las provocadas por la obesidad materna (Li et al., 2016; Pulli et al., 2019), el funcionamiento del sistema inmunitario o las alteraciones provocadas por su estado de ánimo o estrés. El tiempo de gestación en que se experimenta el estrés y la etapa de desarrollo del cerebro fetal pueden afectar las consecuencias que este tiene.

Efectos del estrés prenatal en el desarrollo del cerebro fetal

Estudios con animales

La investigación con una variedad de animales, incluidas ratas (Maccari et al., 2003, 2014), cobayas (Bennett et al., 2017) y monos (Schneider et al., 1998, 2017) ha demostrado que inducir estrés prenatal en el laboratorio puede tener efectos duraderos en el neurodesarrollo de la descendencia, con alteraciones tanto en el cerebro como en el comportamiento. Los estudios en animales pueden controlar los efectos posnatales mediante la crianza cruzada de la descendencia de madres estresadas prenatalmente con nuevas madres que no estaban estresadas prenatalmente. Se ha observado con frecuencia en la descendencia un aumento de la ansiedad y dificultades cognitivas, junto con una mayor capacidad de respuesta del eje Hipotalámico Pituitario Adrenal (HPA) (Emack y Matthews, 2011). También se han observado con frecuencia diferencias de género (Glover y Hill, 2012). En general, el estrés prenatal aumenta la ansiedad, la depresión y las respuestas al

estrés en las crías hembras más que en los machos. Estos son más propensos a mostrar déficits de aprendizaje y de memoria. Cada vez hay más evidencia de que están involucrados una variedad de procesos epigenéticos que incluyen modificaciones de histonas, metilación del ADN y pequeños ARN no codificantes (Hamada y Matthews, 2019). Algunos de los cambios del neurodesarrollo asociados con el embarazo y el estrés podrían ser contrarrestados por el ambiente postnatal.

Estudios humanos

Se han utilizado varios tipos de resonancia magnética para examinar los efectos del estrés prenatal en el desarrollo del cerebro humano, incluida la resonancia magnética estructural, de difusión y funcional. Pulli et al (2019) revisaron algunos de estos estudios de resonancia magnética y comentaron que muchas posibles variables de confusión (terceras variables), incluidos el sexo del bebé, el peso al nacer y la edad, y el alcohol prenatal materno, el tabaquismo, la medicación, los efectos del estatus socioeconómico (SES), el origen étnico, la edad y el índice de masa corporal (IMC) pueden afectar los resultados y no todos son a menudo controlados. La mayoría de los estudios son con muestras pequeñas, inferiores a 100 sujetos, por lo que no era posible controlar múltiples variables de confusión (terceras variables), a diferencia de los grandes estudios poblacionales, con varios miles de sujetos, que analizan los resultados psicométricos realizados, por ejemplo (O'Donnell et al., 2014).

Sin embargo, estos estudios de resonancia magnética brindan información interesante sobre los cambios cerebrales estructurales y funcionales asociados con el estrés prenatal, y cómo estos pueden ser la base de muchos de los cambios emocionales, cognitivos y de comportamiento observados. Los hallazgos son generalmente consistentes con los estudios de comportamiento de población más numerosa. El aumento del volumen de la amígdala podría ser la base de los aumentos de la ansiedad o la vigilancia, y la reducción de la materia gris cortical es compatible con la depresión y los problemas cognitivos. Con los estudios sobre recién nacidos, las diferencias no se debieron

a la naturaleza de la atención posnatal. Varios estudios han observado diferencias entre hombres y mujeres, al igual que en los estudios con animales.

Los hallazgos replicados de manera más consistente son los del adelgazamiento cortical (Sandman et al., 2014; Lebel et al., 2016; El Marroun et al., 2016; Davis et al., 2019) y reducciones en el volumen de materia gris (Buss et al., 2010; Marečková, Marecek et al., 2018). Se ha encontrado una disminución del volumen del cerebelo tanto en niños como en adultos (Buss et al., 2010).

También se han observado cambios en el sistema límbico, con aumentos en el volumen de la amígdala tanto en niños (Wen et al., 2017) como en adultos (Jones et al., 2019). Se ha observado una disminución del volumen del hipocampo de niños expuestos a la ansiedad materna (Qiu et al., 2013), así como una disminución de la corteza cingulada anterior en adultos cuyas madres experimentaron eventos vitales estresantes durante el embarazo (Marečková, Klasnja et al., 2018).

Algunos de estos estudios han asociado los cambios cerebrales observados con el comportamiento de la descendencia. El adelgazamiento cortical en las áreas prefrontales del hemisferio derecho se asoció con un comportamiento de externalización a los siete años (Sandman et al., 2014) y el adelgazamiento cortical, principalmente en las regiones frontal y temporal, se asoció con síntomas depresivos elevados en la adolescencia (Davis et al., 2019). Se ha encontrado adelgazamiento cortical en el trastorno depresivo mayor independientemente del estrés prenatal (Suh et al., 2019). La amígdala es una estructura cerebral involucrada en la regulación emocional, y los volúmenes de amígdala más grandes se asocian con trastornos del comportamiento. Jones et al. (2019) encontraron que el estrés subjetivo de estar expuesto a una tormenta de hielo canadiense al final del embarazo estaba asociado con un mayor volumen de amígdala y esto explicaba niveles más altos de comportamiento externalizante a los 11 años. Al ajustar por factores posnatales, el efecto solo fue significativo en las niñas. No hubo asociaciones con la internalización.

Uno de los mecanismos por los cuales el estrés

materno prenatal puede afectar el desarrollo del cerebro fetal es por la interrupción del circuito de la materia blanca (Sarkar et al., 2014), y esto puede demostrarse mediante resonancia magnética de difusión. A pesar de algunas inconsistencias, los resultados generales sugieren que el estrés prenatal está asociado con cambios en la materia blanca en las áreas límbica y frontal del cerebro del niño. Se han informado aumentos en la difusividad (difusividad media, difusividad radial o difusividad axial) en la amígdala (Wen et al., 2017), sustancia blanca frontal (Dean et al., 2018; Lebel et al., 2016) tractos frontales de la amígdala (Hay, 2019) y el fascículo uncinado (Lautarescu et al., 2019; Sarkar et al., 2014). La exposición al estrés prenatal se asoció con una disminución de anisotropía fraccionada (AF, una medida de conectividad cerebral), en una muestra de recién nacidos (Rifkin-Graboi et al., 2013), pero con un aumento de AF en una muestra de niños (Wen et al., 2017).

El fascículo uncinado conecta la amígdala con la corteza frontal y las anomalías en este tracto en niños y adultos se han asociado con comportamiento antisocial y trastornos del estado de ánimo. Por lo tanto, es de interés que se haya demostrado que este tracto es anormal después del estrés prenatal en diferentes estudios, uno en recién nacidos prematuros (Lautarescu et al., 2019) y uno en niños de siete años (Sarkar et al., 2014).

Al igual que con los hallazgos obtenidos a partir la resonancia magnética estructural, el sexo parece ser un factor importante, ya que el estrés materno afecta el desarrollo cerebral de las crías masculinas y femeninas de maneras diferentes (Dean et al., 2018).

Mecanismos subyacentes

Se están comenzando a comprender algunos de los mecanismos biológicos de los efectos del estrés prenatal en el comportamiento y la cognición posteriores de la descendencia (Monk et al., 2019). Sobre la base del trabajo en modelos animales, muchos de los estudios de los mecanismos subyacentes en los seres humanos se han centrado en el eje HPA y el papel del cortisol. En modelos de roedores, la extirpación de la glándula suprarrenal o la inyección de

corticosteroides en la madre preñada pueden bloquear o replicar algunos de los efectos del estrés prenatal en la descendencia (Zagron y Weinstock, 2006). Este es el sistema más estudiado también en humanos, aunque es probable que participen muchas otras vías.

La exposición materna a los glucocorticoides sintéticos durante el embarazo se relaciona con una peor salud mental en la niñez y la adolescencia (Khalife et al., 2013). Bergman et al. (2010) demostraron que la función cognitiva alterada en los bebés se asoció con niveles más altos de cortisol en el líquido amniótico. Los hijos de madres que habían consumido altos niveles de regaliz durante el embarazo (que contiene un inhibidor natural de la 11- β -hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo II [11 β -HSD2], la enzima que convierte el cortisol en su forma inactiva cortisona en la placenta), y por lo tanto, estuvieron expuestos a niveles más altos de cortisol *en el útero*, tenían tres veces más probabilidades de mostrar síntomas de TDAH, así como puntajes de coeficiente intelectual más bajos y una pubertad más temprana (Raikkonen et al., 2017). La función del eje HPA puede cambiar por muchos tipos diferentes de estrés, y esto puede explicar por qué factores estresantes tan variados pueden estar involucrados en la programación fetal del cerebro.

No se sabe qué cambios biológicos inducidos por el estrés en la madre están implicados. Las respuestas de cortisol materno pueden ser parte del mecanismo, pero no la parte principal. A diferencia de la mayoría de las especies, en los humanos, la placenta libera grandes cantidades de hormona liberadora de corticotropina (CRH) en la circulación materna en todas las madres a medida que avanza el embarazo y esto, a su vez, libera cortisol. Esto hace que el eje HPA de la madre sea menos sensible al estrés externo a medida que aumenta la gestación (Bleker et al. 2017). Su sistema inmunitario y las citoquinas proinflamatorias pueden estar involucradas, pero se necesitan más pruebas al respecto. Una historia de trauma materno temprano se ha asociado con niveles elevados (Blackmore et al., 2011).

Sin embargo, el feto puede estar expuesto a niveles elevados de cortisol independientemente de los cambios en los niveles maternos,

cuando la madre se siente estresada, debido al aumento del paso de cortisol a través de la placenta. Glover et al. (2009) han encontrado una mayor correlación entre los niveles de cortisol maternos y del líquido amniótico cuando la madre tenía niveles más altos de ansiedad. Por tanto, los niveles fetales también serán más altos si los niveles maternos lo son. Varios grupos de investigación han descubierto que el estrés o la ansiedad prenatal se asocia con una expresión alterada de varias enzimas en la placenta, incluida una regulación a la baja de 11 β -HSD2, la enzima que metaboliza el cortisol, por ejemplo (O'Donnell et al., 2012).

Aunque la mayor parte de la investigación sobre los mecanismos biológicos subyacentes de los efectos del estrés prenatal en el desarrollo del cerebro fetal se ha realizado en el eje HPA, es muy probable que el sistema inmunitario también esté involucrado. Rasmussen et al. (2019) han demostrado que la concentración de interleulina-6 materna durante el embarazo se asocia con variaciones en el circuito frontolímbico del recién nacido y esto, a su vez, se correlaciona con la cognición del bebé a los 12 meses.

La epigenética también se está estudiando en relación con los mecanismos subyacentes (Monk et al., 2012). Se han encontrado cambios epigenéticos en la placenta y en la sangre del cordón umbilical asociados con la ansiedad y la depresión prenatales. Se ha demostrado que la ansiedad prenatal está asociada con un reloj epigenético acelerado en el niño, lo que sugiere un envejecimiento más rápido, pero solo en los hombres (McGill et al., 2022).

Intervenciones

La mayoría de las intervenciones para la ansiedad y la depresión utilizadas fuera del embarazo, como los antidepresivos y las terapias de conversación, también son eficaces en el período perinatal. La mayoría de los antidepresivos son seguros durante el embarazo, pero algunos no lo son, por lo que se necesita ser experto para recetarlos. Sin embargo, hasta el momento no ha habido ensayos a largo plazo que demuestren que estas intervenciones también benefician al futuro niño, aunque cabría esperar que lo hicieran. Se ha descubierto que algunos

cuidados posnatales, como la maternidad sensible, amortiguan algunos de los efectos del estrés durante el embarazo en el niño (Bergman et al., 2008). Se han utilizado otras intervenciones para ayudar a reducir el estrés durante el embarazo, como el yoga, la meditación y la jardinería. Recientemente ha habido un especial interés en el uso de la música.

Se ha demostrado que la música es beneficiosa para reducir los síntomas de depresión y ansiedad, incluso en el período perinatal (Fancourt, Williamon et al., 2016; Sanfilippo et al., 2021). La musicoterapia (que incluye tanto escuchar como hacer música), como una intervención adicional además del tratamiento habitual, redujo los síntomas de depresión y ansiedad de los participantes cuando se midió mediante la evaluación clínica y el autoinforme. También se ha descubierto que la música grupal comunitaria, como las sesiones de percusión (Fancourt, Perkins et al., 2016), mejora la salud mental de las personas.

Tomados en conjunto, estos estudios sugieren que la creación activa de música y el hecho de escucharla pueden reducir la ansiedad en el embarazo. Sin embargo, se debe trabajar más para comprender qué puede hacer que estas intervenciones sean exitosas (p. ej., música elegida por el participante frente al investigador) y para qué subgrupos pueden ser más beneficiosas este tipo de intervenciones.

Conclusión

Existe muy buena evidencia de que el estrés, la ansiedad o la depresión prenatales maternos pueden alterar el desarrollo del cerebro fetal y aumentar el riesgo de problemas emocionales, conductuales y cognitivos para el niño. Se necesita hacer más estudios para detectar estos problemas en las mujeres embarazadas y proporcionar la ayuda adecuada.

Traducción del inglés de Marta Gomà.

Bibliografía

- Barker, D. J. (2003). The developmental origins of adult disease. *European Journal of Epidemiology*, 18(8), 733-736.
- Bennett, G. A., Palliser, H. K., Shaw, J. C., Palazzi, K. L., Walker, D. W. y Hirst, J. J. (2017). Maternal stress in pregnancy affects myelination and neurosteroid regulatory pathways in the guinea pig cerebellum. *Stress*, 20(6), 580-588.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2008). Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(10), 1089-1098.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2010). Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: moderation by infant-mother attachment. *Biological Psychiatry*, 67(11), 1026-1032.
- Blackmore, E. R., Moynihan, J. A., Rubinow, D. R., Pressman, E. K., Gilchrist, M. y O'Connor, T. G. (2011). Psychiatric symptoms and proinflammatory cytokines in pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 73(8), 656-663.
- Bleker, L. S., Roseboom, T. J., Vrijkotte, T. G., Reynolds, R. M. y de Rooij, S. R. (2017). Determinants of cortisol during pregnancy - The ABCD cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 83, 172-181.
<https://10.1016/j.psyneuen.2017.05.026>
- Buss, C., Davis, E. P., Muftuler, L. T., Head, K. y Sandman, C. A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 141-153.
- Davis, E. P., Hankin, B. L., Glynn, L. M., Head, K., Kim, D. J. y Sandman, C. A. (2019). Prenatal Maternal Stress, Child Cortical Thickness, and Adolescent Depressive Symptoms. *Child development*, 91(2), e432-e450.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13252>
- Dean, D. C., 3rd, Planalp, E. M., Wooten, W., Kecskemeti, S. R., Adluru, N., Schmidt, C. K., . . . Davidson, R. J. (2018). Association of Prenatal Maternal Depression and Anxiety Symptoms With Infant White Matter Microstructure. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 973-981.
- Duchesne, A., Liu, A., Jones, S. L., Laplante, D. P. y King, S. (2017). Childhood body mass index at 5.5 years mediates the effect of prenatal maternal stress on daughters' age at menarche: Project Ice Storm. *Journal of Developmental*

- Origins of Health and Disease*, 8(3), 382.
- El Marroun, H., Tiemeier, H., Muetzel, R. L., Thijssen, S., van der Knaap, N. J., Jaddoe, V. W., . . . White, T. J. (2016). Prenatal Exposure to Maternal and Paternal Depressive Symptoms and Brain Morphology: A Population-Based Prospective Neuroimaging Study in Young Children. *Depress Anxiety*, 33(7), 658-666.
- Emack, J. y Matthews, S. G. (2011). Effects of chronic maternal stress on hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) function and behavior: no reversal by environmental enrichment. *Hormones and Behavior*, 60(5), 589-598.
- Entringer, S., de Punder, K., Buss, C. y Wadhwa, P. D. (2018). The fetal programming of telomere biology hypothesis: an update. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1741).
- Fancourt, D., Perkins, R., Ascenso, S., Carvalho, L. A., Steptoe, A. y Williamon, A. (2016). Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users. *PLoS ONE*, 11(3), e0151136.
- Fancourt, D., Williamon, A., Carvalho, L. A., Steptoe, A., Dow, R. y Lewis, I. (2016). Singing modulates mood, stress, cortisol, cytokine and neuropeptide activity in cancer patients and carers. *Ecancermedicalscience*, 10, 631
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35.
- Glover, V. (2019). Is the association between maternal stress during pregnancy and the child's depression partly causal, and what should we do about it? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(4), 301-303
- Glover, V. (2020). Prenatal mental health and the effects of stress on the foetus and the child. Should psychiatrists look beyond mental disorders? *World Psychiatry*, 19(3), 331-332.
- Glover, V., Bergman, K., Sarkar, P. y O'Connor, T. G. (2009). Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 430-435.
- Glover, V. y Hill, J. (2012). Sex differences in the programming effects of prenatal stress on psychopathology and stress responses: an evolutionary perspective. *Physiology & Behavior*, 106(5), 736-740.
- Guo, C., He, P., Song, X. y Zheng, X. (2019). Long-term effects of prenatal exposure to earthquake on adult schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1-6.
- Hamada, H. y Matthews, S. G. (2019). Prenatal programming of stress responsiveness and behaviours: Progress and perspectives. *Journal of Neuroendocrinology*, 31(3), e12674.
- Jones, S. L., Dufoix, R., Laplante, D. P., Elgbeili, G., Patel, R., Chakravarty, M. M., . . . Pruessner, J. C. (2019). Larger Amygdala Volume Mediates the Association Between Prenatal Maternal Stress and Higher Levels of Externalizing Behaviors: Sex Specific Effects in Project Ice Storm. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 144.
- Khalife, N., Glover, V., Taanila, A., Ebeling, H., Jarvelin, M. R. y Rodriguez, A. (2013). Prenatal glucocorticoid treatment and later mental health in children and adolescents. *PLoS ONE*, 8(11), e81394.
- King, S. y Laplante, D. P. (2005). The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. *Stress*, 8(1), 35-45.
- Kinney, D. K., Miller, A. M., Crowley, D. J., Huang, E. y Gerber, E. (2008). Autism prevalence following prenatal exposure to hurricanes and tropical storms in Louisiana. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 481-488.
- Lautarescu, A., Craig, M. C. y Glover, V. (2020). Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *International Review of Neurobiology*, 150, 17-40.
- Lautarescu, A., Pecheva, D., Nosarti, C., Nihouarn, J., Zhang, H., Victor, S., . . . Counsell, S. J. (2019). Maternal Prenatal Stress Is Associated With Altered Uncinate Fasciculus Microstructure in Premature Neonates. *Biological psychiatry*, 87(6), 559-569.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.08.010>
- Lebel, C., Walton, M., Letourneau, N., Giesbrecht, G. F., Kaplan, B. J. y Dewey, D. (2016). Prepartum and Postpartum Maternal Depressive Symptoms Are Related to Children's Brain Structure in Preschool. *Biological psychiatry*, 80(11), 859-868.

- Li, Y. M., Ou, J. J., Liu, L., Zhang, D., Zhao, J. P. y Tang, S. Y. (2016). Association Between Maternal Obesity and Autism Spectrum Disorder in Offspring: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), 95-102.
- Maccari, S., Darnaudery, M., Morley-Fletcher, S., Zuena, A. R., Cinque, C. y Van Reeth, O. (2003). Prenatal stress and long-term consequences: implications of glucocorticoid hormones. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 119-127.
- Maccari, S., Krugers, H. J., Morley-Fletcher, S., Szyf, M. y Brunton, P. J. (2014). The consequences of early-life adversity: neurobiological, behavioural and epigenetic adaptations. *Journal of Neuroendocrinology*, 26(10), 707-723.
- Marečková, K., Klasnja, A., Bencurova, P., Andrášková, L., Brázdil, M. y Paus, T. (2018). Prenatal stress, mood, and gray matter volume in young adulthood. *Cerebral Cortex*, 29(3), 1244-1250.
- Marečková, K., Marecek, R., Bencurova, P., Klánová, J., Dusek, L. y Brazdil, M. (2018). Perinatal stress and human hippocampal volume: Findings from typically developing young adults. *Scientific reports*, 8(1), 4696.
- McGill, M. G., Pokhvisneva, I., Clappison, A. S., McEwen, L. M., Beijers, R., Tollenaar, M. S., . . . O'Donnell, K. J. (2022). Maternal Prenatal Anxiety and the Fetal Origins of Epigenetic Aging. *Biological psychiatry*, 91(3), 303-312.
- Monk, C., Lugo-Candelas, C. y Trumpff, C. (2019). Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and Pathways. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 317-344.
- Monk, C., Spicer, J. y Champagne, F. A. (2012). Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: the role of epigenetic pathways. *Development and psychopathology*, 24(4), 1361-1376.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. y Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508.
- O'Donnell, K. J., Bugge Jensen, A., Freeman, L., Khalife, N., O'Connor, T. G. y Glover, V. (2012). Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11beta-HSD2. *Psychoneuroendocrinology*, 37(6), 818-826.
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D. y O'Connor, T. G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and Psychopathology*, 26(2), 393-403.
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Lahti, J., Lahti, M., Edgar, R. D., Raikkonen, K. y O'Connor, T. G. (2017). Maternal prenatal anxiety and child COMT genotype predict working memory and symptoms of ADHD. *PLoS ONE*, 12(6), e0177506.
- Pearson, R. M., Bornstein, M. H., Cordero, M., Scerif, G., Mahedy, L., Evans, J., . . . Stein, A. (2016). Maternal perinatal mental health and offspring academic achievement at age 16: the mediating role of childhood executive function. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(4), 491-501.
- Pulli, E. P., Kumpulainen, V., Kasurinen, J. H., Korja, R., Merisaari, H., Karlsson, L., . . . Tuulari, J. J. (2019). Prenatal exposures and infant brain: Review of magnetic resonance imaging studies and a population description analysis. *Human Brain Mapping*, 40(6), 1987-2000.
- Qiu, A., Rifkin-Graboi, A., Chen, H., Chong, Y. S., Kwek, K., Gluckman, P. D., . . . Meaney, M. J. (2013). Maternal anxiety and infants' hippocampal development: timing matters. *Translational Psychiatry*, 3, e306.
- Raikkonen, K., Martikainen, S., Pesonen, A. K., Lahti, J., Heinonen, K., Pyhala, R., . . . Kajantie, E. (2017). Maternal Licorice Consumption During Pregnancy and Pubertal, Cognitive, and Psychiatric Outcomes in Children. *American Journal of Epidemiology*, 1-12.
- Rasmussen, J. M., Graham, A. M., Entringer, S., Gilmore, J. H., Styner, M., Fair, D. A., . . . Buss, C. (2019). Maternal Interleukin-6 concentration during pregnancy is associated with variation in frontolimbic white matter and cognitive development in early life. *Neuroimage*, 185, 825-835.
- Rifkin-Graboi, A., Bai, J., Chen, H., Hameed, W. B., Sim, L. W., Tint, M. T., . . . Qiu, A. (2013). Prenatal maternal depression associates with microstructure of right amygdala in neonates at birth. *Biological Psychiatry*, 74(11), 837-844.

- Sandman, C. A., Buss, C., Head, K. y Davis, E. P. (2014). Fetal Exposure to Maternal Depressive Symptoms Is Associated With Cortical Thickness in Late Childhood. *Biological Psychiatry*, 77(4), 324-334.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.06.025>
- Sanfilippo, K. R. M., Stewart, L. y Glover, V. (2021). How music may support perinatal mental health: an overview. *Archives of Women's Mental Health*, 24(5), 831-839.
- Sarkar, S., Craig, M. C., Dell'Acqua, F., O'Connor, T. G., Catani, M., Deeley, Q., . . . Murphy, D. G. (2014). Prenatal stress and limbic-prefrontal white matter microstructure in children aged 6-9 years: a preliminary diffusion tensor imaging study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(4), 346-352.
- Schneider, M. L., Clarke, A. S., Kraemer, G. W., Roughton, E. C., Lubach, G. R., Rimm-Kaufman, S., . . . Ebert, M. (1998). Prenatal stress alters brain biogenic amine levels in primates. *Development and Psychopathology*, 10(3), 427-440.
- Schneider, M. L., Moore, C. F., Adkins, M., Barr, C. S., Larson, J. A., Resch, L. M. y Roberts, A. (2017). Sensory Processing in Rhesus Monkeys: Developmental Continuity, Prenatal Treatment, and Genetic Influences. *Child Development*, 88(1), 183-197.
- Suh, J. S., Schneider, M. A., Minuzzi, L., MacQueen, G. M., Strother, S. C., Kennedy, S. H. y Frey, B. N. (2019). Cortical thickness in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 88, 287-302.
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., Barve, S. S., Hogan, V., Sandman, C. A., . . . Glynn, L. (2001). Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15 Suppl 2, 17-29.
- Wen, D. J., Poh, J. S., Ni, S. N., Chong, Y. S., Chen, H., Kwek, K., . . . Qiu, A. (2017). Influences of prenatal and postnatal maternal depression on amygdala volume and microstructure in young children. *Translational Psychiatry*, 7(4), e1103.
- Winsper, C., Wolke, D. y Lereya, T. (2015). Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11-12 years. *Psychological Medicine*, 45(5), 1025-1037.
- Zagron, G. y Weinstock, M. (2006). Maternal adrenal hormone secretion mediates behavioural alterations induced by prenatal stress in male and female rats. *Behavioural Brain Research*, 175(2), 323-328.

Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño

DRA. NATHALIE NANZER¹, DRA. MARTA GOMÀ² Y ANTÒNIA LLAIRÓ³

RESUMEN

Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño. El embarazo y el año que sigue al parto son los períodos de la vida más propicios para la emergencia de trastornos psicológicos en la mujer. Las consecuencias pueden convertirse en dramáticas para ella, para el vínculo con su hijo y para el desarrollo somático, social y psíquico de este último. Este artículo muestra por qué es importante cuidar la dimensión psíquica de la parentalidad para un tratamiento eficaz de estos trastornos, a fin de que los efectos terapéuticos beneficien a la vez a la mujer, al vínculo madre-bebé y al niño. Se propone un modelo de psicoterapia breve centrada en la parentalidad que permite intervenir desde el embarazo y luego incluir el niño en el posparto. **Palabras clave:** *psicoterapia, parentalidad, perinatalidad, depresión, ansiedad, niño.*

ABSTRACT

A psychotherapy focused on parenting to treat perinatal psychopathology, to support the mother-baby bond and to prevent disorders in the child. The pregnancy and first year following childbirth are the most conducive periods of life for the emergence of psychological disorders in women. The consequences can be dramatic for them, for the bond with their child and for the child's somatic, social and psychological development. This article shows why it is important to take care of the psychic dimension of parenthood for an effective treatment of these disorders, so that the therapeutic effects benefit at the same time the woman, the mother-baby bond and the child. A model of brief psychotherapy focused on parentality is proposed, which allows to intervene from pregnancy and then to include the child in the postpartum period. **Key words:** *psychotherapy, parenting, perinatal, depression, anxiety, child.*

RESUM

Una psicoteràpia centrada en la parentalitat per tractar la psicopatologia perinatal, sostenir el vincle mare-nadó i prevenir els trastorns en el nen. L'embaràs i l'any que segueix al part són els períodes de la vida més propicis per a l'emergència de trastorns psicològics en la dona. Les conseqüències poden esdevenir dramàtiques per a ella, per al vincle amb el seu fill i per al desenvolupament somàtic, social i psíquic d'aquest. Aquest article mostra per què és important tenir cura de la dimensió psíquica de la parentalitat per a un tractament eficaç d'aquests trastorns, per tal que els efectes terapèutics beneficiïn al mateix temps la dona, el vincle mare-nadó i el nen. Es proposa un model de psicoteràpia breu centrada en la parentalitat que permet intervenir des de l'embaràs i després incloure el nen al postpart. **Paraules clau:** *psicoteràpia, parentalitat, perinatalitat, depressió, ansietat, nen.*

Introducción

La etapa perinatal es un momento singular en la vida de un adulto. Se acompaña de una recu-

descencia de emociones y de cierta vulnerabilidad en la mujer y en el hombre que atraviesan en ese momento profundas reestructuraciones psíquicas. En cada nuevo embarazo, un intenso

¹Psiquiatra infantil y psicoanalista, Hospital Universitario de Ginebra, Suiza. ²Psicóloga y psicoterapeuta EuroPsy con especialización perinatal (UNIL y Universidad de Ginebra), responsable de investigación en Bruc Salut y miembro del grupo de investigación de pareja y familia (GRPF, URL). ³Psicóloga clínica, psicoterapeuta y psicoanalista (SEP-IPA). Directora de Bruc Salut. Contacto: nathalie.nanzer@hcuge.ch

trabajo psíquico, consciente e inconsciente, tiene lugar y permite al sujeto acceder progresivamente a su nuevo rol de madre /padre.

Varios psicoanalistas han descrito los procesos de reestructuración de la identidad que permiten acceder al nuevo estatuto de madre o padre (Bydlowski, Winnicott, Cramer, Manzano, Palacio Espasa, Nanzer). Ello implica volver a visitar, consciente o inconscientemente, su propio pasado, su relación con sus propios padres, aquello que ha sumado y lo que ha faltado, aquello que se ha vivido con gusto o con desagrado, lo que al futuro padre o madre le gustaría reproducir o, por el contrario, realizar de una forma distinta (Nanzer, 2011).

Este proceso engendra una crisis y una vulnerabilidad psicológicas propias y específicas del período perinatal, que pueden estar acentuadas por las inquietudes sobre la detección o el diagnóstico prenatal, complicaciones obstétricas, preocupaciones financieras o sociales y tensiones en la pareja. Cuando la madre o el padre poseen una seguridad psíquica, relacional y material suficiente, atraviesan esta etapa de vida sin demasiadas dificultades, como un adolescente sano atraviesa su “crisis de adolescencia” que le permite acceder al estatuto de adulto. Pero la crisis que constituye el acceso a la parentalidad puede también revelarse demasiado difícil de superar si factores internos o externos se acumulan a la fragilidad fisiológica de este período. Este es el caso de personas con antecedentes de trastornos psíquicos, traumatismos, falta de apoyo social o que están confrontadas a dificultades económicas (Gomà et al., 2021). Algunos de estos cambios psíquicos estudiados por los profesionales del campo de la psicología empiezan a ser corroborados por los resultados más recientes derivados de los estudios de neurociencias que han puesto en evidencia que la transición a la parentalidad se acompaña de una notable plasticidad neuronal.

Aunque el seguimiento somático del embarazo está bien estandarizado, las futuras madres se quejan a menudo de una falta de atención hacia la dimensión afectiva del proceso de acceso a la maternidad (Gomà et al., 2021). Sin embargo, si no pueden ser elaboradas, estas dificultades pueden engendrar conflictos intrapsíquicos que bloquean los procesos de acceso

a la parentalidad y favorecen la emergencia de trastornos ansiosos o depresivos. Si la etiología de estos trastornos todavía es poco conocida, la clínica muestra que la mayoría de pacientes en los que la depresión empieza durante el período perinatal tiene preocupaciones que se focalizan en su parentalidad, es decir, su identidad y su rol parental, la relación que tienen o quisieran tener con su hijo. Estas preocupaciones son, a menudo, la fuente de inquietudes y estrés que pueden constituir el nido de una depresión o de un trastorno ansioso si no pueden ser elaborados por la madre o el padre o los futuros padres (Nanzer y Epiney, 2015).

La depresión y la ansiedad perinatales son, pues, indisociables del proceso de parentalidad y del bienestar y desarrollo del niño. El bebé únicamente se puede desarrollar en vínculo con otros y, en particular, con un adulto de referencia. Está, pues, dependiendo de la cantidad y, sobre todo, de la calidad de estas relaciones que le permiten establecer un sistema de apego a partir del cual podrá descubrir el mundo que le rodea y dar sentido a sus propios sentimientos y emociones. Cuanto más joven es el bebé más depende de esta relación y de lo que sus figuras de apego principales le responden. Esto requiere una atención muy particular e intensa de parte de esta figura de apego, que generalmente es la madre. Una madre deprimida no tiene la disponibilidad psíquica suficiente para proveer las intensas exigencias relacionales y atencionales de su pequeño bebé. Tiene menos paciencia, está irritable, presa en sus propias emociones complejas que toman una gran parte de su energía vital. Su amor y su deseo de satisfacer a su hijo generalmente están bien presentes, pero no son suficientes para asegurar una atención adecuada a las enormes necesidades relacionales y de empatía del bebé, que no tiene todavía los recursos para afrontar él sólo las estimulaciones internas y externas que le desbordan. Eso es, sin embargo, lo que debe hacer el bebé que crece con una madre deprimida, cuando otras figuras de apego no toman el relevo. El bebé puede estar sumergido en ansiedades intensas que ocupan toda su atención, privándole de la energía necesaria para descubrir, aprender y desarrollar los millones de conexiones neuronales que se crean en él al principio de la vida. Otra forma

que tiene el bebé de protegerse contra estas ansiedades invasivas es desconectarse de sus emociones, mecanismo difícilmente reversible cuando se pone en marcha precozmente en la vida y que bloquea la vida emocional a lo largo de toda la existencia. El impacto de la depresión materna sobre el niño a corto, medio y largo plazo está actualmente bien documentado (Nanzer, 2009; Goodman et al., 2020; Pilowsky et al., 2008): disminución de la calidad de la relación madre-bebé con mayor número de interacciones negativas, de negligencia, de maltrato. Estos niños tienen mayor riesgo de desarrollar un apego inseguro, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, retrasos en el desarrollo de las competencias sociales, trastornos del comportamiento, trastornos de la atención y de la actividad; luego, a medio y largo plazo: trastornos cognitivos, conductuales y emocionales. La depresión prenatal tiene también un impacto directo sobre el embarazo, el feto y luego sobre el niño, como lo muestran los estudios más recientes (Van Niel y Payne, 2020; Gentile, 2017; Osborne et al., 2011).

Estos últimos años han estado marcados por importantes descubrimientos relativos a la psiquiatría infantil del niño pequeño y la importancia del cuidado de los padres durante el período perinatal; de no culpabilizarles, sino sostenerles activamente para que ellos puedan, a su vez, afrontar este período de vida sensible y tener un máximo de disponibilidad psíquica para su hijo. En Francia, el proyecto de “1000 primeros días” (Goodman, 2020) se inició en 2019 por el presidente de la República, que encargó a una comisión de expertos sintetizar y compartir los conocimientos científicos de referencia sobre los 1000 primeros días de vida de un bebé (Smith, 2021), que comienzan en el cuarto mes de embarazo y se prolongan hasta los dos años del niño. Este período se caracteriza por un ritmo de crecimiento sin equivalente en la escala de vida: el tamaño del cerebro del niño se multiplica por cinco y las conexiones neuronales se establecen con una frecuencia de 200.000 por minuto. Las conclusiones del informe identifican los factores favorables al desarrollo del niño, así como señalan las influencias de acciones posibles. Aunque se trate de la salud en general, los aspectos relacionales y psicológicos ocupan en

este informe un lugar central. El informe pone de relieve la importancia de acompañar a los padres para promover el buen desarrollo del niño. Sostiene la constatación que, para crear estas condiciones óptimas en los primeros 1000 días, se trata sobre todo de acompañar a los padres, para quienes la llegada del hijo supone una gran alteración. Más de la mitad de los padres encuentran difícil ser padres. Se sabe que un niño que ha crecido en un universo seguro sufrirá de dos a cinco veces menos hospitalizaciones a lo largo de su vida.

En el curso de los últimos decenios, la depresión perinatal ha sido objeto de numerosos estudios y ha podido demostrarse la eficacia de varios tipos de intervenciones. El acceso y la adherencia al tratamiento sigue siendo, sin embargo, todavía problemática. Se diagnostican menos del 50 % de las depresiones perinatales y solamente 14 a 15 % de mujeres deprimidas acceden a tratamientos. Esto se debe, principalmente, a las dificultades en comprender y luego aceptar la enfermedad, a la vergüenza y el temor de pedir ayuda, pero también a una banalización y un temor por parte de los profesionales frente a los trastornos psiquiátricos. Aunque las mujeres perciben como muy benéficos los tratamientos perinatales en salud mental (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2019), la investigación y la aceptación de ayuda profesional sigue siendo un proceso difícil.

No nos detendremos aquí en los tratamientos farmacológicos de la depresión perinatal. Aunque su utilización está muy extendida, las pruebas en lo referente a la eficacia y seguridad de los antidepresivos en la gestión de la depresión perinatal son limitadas (Hadfield y Wittkowski, 2017). Su utilización es, sin embargo, útil y necesaria en las depresiones severas o resistentes.

Las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas se han demostrado eficaces para prevenir y tratar la depresión perinatal, como lo muestran numerosos estudios randomizados y metaanálisis efectuados en el curso de los últimos 15 años (Brown et al., 2021). El tratamiento individual parece ser más eficaz que las intervenciones grupales (Howard et al., 2014). Los grupos de apoyo, terapia familiar, conferencias de vídeo remotas, seguimiento telefónico, visitas a domicilio con profesionales entrenados en

salud mental también han sido evaluados con éxito (Sockol, 2011).

Varios tipos de psicoterapias han sido objeto de meta-análisis y han demostrado su eficacia:

- Las psicoterapias interpersonales (IPT) son terapias breves cuyo objetivo es reducir los síntomas depresivos de la paciente aumentando su estima de sí misma. Se empieza por identificar las situaciones interpersonales que desequilibran a la paciente y pueden estar en el origen de la depresión, teniendo que ayudarla a modificar sus relaciones interpersonales y/o sus expectativas en las relaciones (Van Niel y Payne, 2020).
- Las terapias cognitivo-conductuales (CBT) son terapias breves, validadas, que ponen su acento en las interacciones entre pensamientos, emociones y comportamientos (Sockol, 2018).
- Las intervenciones parentales intervienen sobre la parentalidad, el *parenting* o la relación padres-bebé.

A pesar de su eficacia en la depresión materna, las IPT y las CBT no han podido demostrar efectos significativos sobre el apego madre-hijo y el estrés parental (Sockol, 2015). Ciertos abordajes como el sostenimiento parental (*peer-support*), la guía interactiva madre-bebé y los masajes han demostrado un impacto positivo importante sobre el ajuste parental con el niño, el sentimiento de competencia y su desarrollo. Los datos son escasos en relación con los efectos a largo plazo de estos abordajes, que requerirían más investigación clínica.

Las intervenciones centradas sobre el rol parental o sobre la relación padres-bebé son más específicas en la problemática de la depresión perinatal y muestran un interés en el hecho que intervienen no sólo en la depresión materna sino también en las dificultades relacionales con el bebé e incluso sobre el bebé en sí mismo en el caso de terapias madre-bebé. Algunas revistas y metaanálisis de psicoterapias que implican objetivos relativos a los padres y al bebé han reportado efectos significativos en el niño (Lettourneau et al., 2017; Cuijpers et al., 2015). Un metaanálisis (Barlow et al., 2015) busca la eficacia de las intervenciones parentales (individuales o grupales, en presencia o en Internet) sobre la depresión perinatal materna y también sobre el desarrollo del bebé. Han encontrado

una reducción significativa de los síntomas depresivos maternos en las madres que han participado en las intervenciones parentales pero los datos sobre los hijos eran insuficientes para ser analizados. Los autores concluyen que ahora es importante hallar intervenciones que puedan, simultáneamente, tratar la depresión perinatal materna y actuar sobre el vínculo madre-bebé y el desarrollo del niño. Otros dos metaanálisis se han enfocado en las intervenciones parentales, que no muestran efecto significativo sobre la relación padres-hijo (Adina et al., 2021) y sobre el desarrollo del niño (Huang et al., 2020).

En la segunda parte de este artículo, exploraremos diferentes aspectos de la parentalidad y su implicación en los trastornos psíquicos perinatales. Luego expondremos un modelo de psicoterapia centrada en la parentalidad que permite tratar a la vez la psicopatología parental y el vínculo madre-bebé a fin de prevenir la aparición de trastornos en este último.

La parentalidad

El tema de la parentalidad es central en la emergencia y tratamiento de psicopatologías perinatales. El acceso a la parentalidad constituye una fuente importante de fragilidad psíquica y fisiológica que puede evolucionar hacia un trastorno. La psicopatología perinatal tiene, a su vez, un impacto innegable en la parentalidad del sujeto. Ambas son ejes mayores en psiquiatría infantil, ya que el psiquismo del niño se desarrolla en estrecha conexión con el de sus padres. La forma en la que el adulto vive su parentalidad va a influir fuertemente sobre el ejercicio de esta parentalidad y sobre el desarrollo del niño.

Nacido del psicoanálisis y la antropología, el término de parentalidad ha entrado hoy en día en el lenguaje popular. Remite a dos nociones. La primera concierne el ejercicio de la parentalidad, cuando un adulto accede al estatuto de madre o padre y asume una función parental con su hijo, ya sea este último biológico o adoptado. Esta primera noción agrupa los aspectos concretos de ejercicio y práctica de la parentalidad: las tareas cotidianas, los cuidados hacia el niño, las nuevas responsabilidades. La segunda noción, que desarrollaremos aquí, ha interesado mucho a los psicoanalistas en

el curso de los últimos decenios. Conciernen el proceso de maduración psíquica que permite al sujeto adquirir su identidad psíquica de padre o madre. Estos dos aspectos no se desarrollan siempre simultáneamente, pero se influyen mutuamente: la manera en la que un adulto se percibe en tanto que padre o madre, sus fantasmas, sus objetos internos, colorean sus interacciones con el niño y su forma de ejercer su parentalidad (Nanzer, 2011; Gomà et al., 2020). El niño participa también activamente en el proceso de establecimiento del vínculo padre o madre-bebé. Su presencia, su temperamento, sus características y sus formas de interacción contribuyen a modelar la identidad parental del adulto. Winnicott (1996) describió la preocupación materna primaria como un estado psíquico particular que se desarrolla durante el embarazo y dura varias semanas después del nacimiento del bebé para luego regresar. La mujer desarrolla entonces una atención extrema hacia el bebé y un cierto desinterés hacia sí misma y por los demás. Esta disponibilidad psíquica excepcional le permite anudar un vínculo privilegiado con su hijo y adaptarse de forma muy cercana y atenta a sus necesidades tanto físicas como psíquicas y relacionales. En los años 60, T. Benedek (1959) describió la parentalidad como un proceso que recorre todos los estados libidinales paralelamente a aquellos del desarrollo del niño, cada uno reforzando mutuamente al otro. En Francia, fue P. C. Racamier (1979) quien retomó este concepto creando el neologismo de “maternalidad” para describir el conjunto de los procesos psico-afectivos que se desarrollan y se integran en la mujer con ocasión de su maternidad. A partir de los trabajos sobre las psicosis puerperales, presentó la “maternalidad” como una verdadera etapa del desarrollo psico-afectivo de la mujer y trasladó la “crisis de identidad” de la adolescencia al período de la maternidad enfocada como una fase de la vida del sujeto en la cual está confrontado a profundas transformaciones, dictadas por la reviviscencia de conflictos antiguos con ocasión de una nueva fase evolutiva de la personalidad (Tourné, 2013). Desde el embarazo y durante todo el período perinatal, un fenómeno particular aparece, que M. Bydlowski ha denominado “transparencia psíquica”: una parte de la historia de la mujer,

que hasta entonces había estado dormida o reprimida, se despierta (Bydlowski y Golse, 2001). Las experiencias de su infancia se reactivan y se convierten en extraordinariamente accesibles a su conciencia: la relación que ella tenía con sus padres, sus hermanas y hermanos, las emociones, las rivalidades, los conflictos que pensaba superados o resueltos. La mujer deviene mucho más sensible y abierta a sus percepciones y sensaciones. Este estado le induce a una fragilidad momentánea, factor importante en la aparición de las depresiones perinatales.

Esta transparencia psíquica no presenta sólo inconvenientes, sino que induce también una importante movilidad psíquica en la mujer, que puede así adaptarse más rápidamente a los numerosos cambios que implican su nueva condición de madre. Algunos la consideran como un fenómeno adaptativo indispensable para la futura madre para preparar la llegada de su hijo. Los profesionales que tratan las mujeres durante el período perinatal comprueban hasta qué punto este momento es propicio al cambio: las pacientes evocan fácilmente su infancia, su relación con sus padres, las características que ellas han apreciado o no en ellos, lo que ha sido positivo o difícil durante su infancia. Están literalmente invadidas por estas rememoraciones que, hasta ese momento, habían estado reprimidas, es decir, difícilmente accesibles a la conciencia. Estos recuerdos de su historia infantil, más o menos reconstruidos y modificados, les permiten crearse representaciones de su futuro hijo y de ellas mismas en tanto que madres, elaborando así progresivamente su nueva identidad materna.

Más recientemente, las neurociencias han vinculado estos cambios psíquicos descritos por los psicoanalistas con modificaciones cerebrales estructurales y neurofisiológicas, así como una marcada plasticidad neuronal que caracteriza el período del embarazo y el posparto (Pawluski et al., 2021). Los modelos animales muestran que los cambios estructurales y funcionales dinámicos se acompañan de adaptaciones conductuales fundamentales. Estimulan la hembra a pasar de un individuo de necesidades autogestionadas a la responsabilidad del cuidado de otra vida. Si numerosos estudios animales detallan estas modificaciones, un conjunto de investigaciones emergentes revela la existencia de una plasticidad

cerebral ligada igualmente a la reproducción de las madres humanas (Barba-Müller et al., 2019).

La Escuela de Ginebra de psiquiatría infantil ha ilustrado en sus trabajos sobre la parentalidad con varios eminentes profesores que han dirigido las instituciones psiquiátricas infantiles, tales como Cramer, Manzano y Palacio-Espasa. Ellos han contribuido a comprender el funcionamiento psíquico de los padres vinculado al desarrollo de su parentalidad y a la interacción con su hijo. Cramer et al. (1990) estudiaron el funcionamiento psíquico materno durante el período perinatal. Desarrollaron el concepto de “área de mutualidad psíquica” compartida por la madre y el bebé, así como el de “secuencias interactivas sintomáticas”, que, en el curso de terapias madre-hijo, ponen en escena en la relación madre-bebé fantasmas propios de la madre, en los cuales el bebé se encuentra implicado a su pesar. Estos psiquiatras infantiles desarrollaron y teorizaron las terapias madre-bebé (Cramer y Palacio-Espasa, 1993) con un énfasis especial dado al contenido y al funcionamiento del psiquismo materno y su impacto sobre la relación madre-bebé (Palacio-Espasa, 2004). D. Stern (1997) describió la constelación materna que analiza la dimensión conflictual de los investimentos que una mujer pone en marcha al convertirse en madre y las consecuencias sobre el apego madre-bebé.

En su libro sobre los escenarios narcisistas de la parentalidad, Manzano, Palacio y Zylkha (1999) describen los movimientos psíquicos normales y patológicos de la madre, cómo el acceso a la maternidad activa y reactiva de antiguos conflictos intrapsíquicos ligados a su propia infancia y a sus vínculos precoces con sus propios padres. A favor del fenómeno de transparencia psíquica descrito más arriba, estos conflictos vienen a ocupar un lugar importante en su psiquismo. En función del tipo de recuerdos o fantasmas evocados y la manera en que la mujer consigue negociarlos, se describen diferentes tipos de “conflictos de parentalidad”. Esta clasificación permite distinguir diferentes tipos de funcionamientos parentales. Cada uno da lugar a diferentes formas de interacción con el niño y a una forma de ser sensible a sus necesidades. Cuando el funcionamiento parental es sano, los elementos del pasado de la madre

le sirven de apoyo para constituirse una identidad de madre “suficientemente buena”, que le permite tener una buena imagen de ella misma, pudiendo acoger sus imperfecciones. Ocurre lo mismo en la representación que ella tiene de su hijo, que puede aceptar en su globalidad, incluidos sus defectos.

Los funcionamientos parentales más patológicos, caracterizados de “narcisistas”, están típicamente focalizados prioritariamente en las necesidades propias del padre o la madre, que demuestra una capacidad reducida en percibir las necesidades específicas del bebé y responder a ellas. La relevancia de estos trabajos consiste en no limitarse a poner en evidencia estas dificultades, si no en responder con terapias focalizadas que se dirigen a la vez a los padres, a lo que dificulta su parentalidad y a la relación padres-bebé. Aunque el hijo sea el paciente designado, es por él y por sus trastornos que los padres consultan al psiquiatra infantil. Estas terapias se dirigen a la díada madre-bebé o padre-bebé. Se centran sobre el área de mutualidad psíquica que está compartida entre los padres y el hijo. Los temas que se discuten y las elaboraciones en sesión son aportados verbalmente por los padres. Aquellos que plantean problemas se reencuentran a menudo en las interacciones padres-bebé en el curso de las sesiones y pueden así ser trabajados en el aquí y ahora de la sesión. El psicoterapeuta busca relacionar los conflictos interactivos observados en sesión con los elementos fantasmáticos pertenecientes a los padres, lo que permite a estos últimos elaborarlos con el psicoterapeuta en lugar de volverlos a representar en la relación con el niño. La experiencia ha mostrado que un número limitado de sesiones se revela en general suficiente, especialmente en el período del postparto, en vínculo con la importante movilidad psíquica y la plasticidad cerebral de la madre (Nanzer y Palacio-Espasa, 2017).

La psicoterapia centrada en la parentalidad (PCP).

La PCP (Nanzer, 2012) es un modelo derivado de la psicoterapia madre-bebé desarrollada por la escuela de Ginebra de psiquiatría infantil. Se dirige específicamente a los padres, cualquiera

que sea la edad del niño, aunque resulta especialmente interesante en el curso del embarazo y el posparto, un período a lo largo del cual las mujeres están especialmente sensibles y receptivas al trabajo psicoterapéutico. Sus vivencias infantiles se rememoran espontáneamente y se revisitan bajo la influencia del fenómeno de la transparencia psíquica y de la necesaria reorganización identitaria propia de este momento de la vida. Los conflictos psíquicos son entonces más fácilmente accesibles a la consciencia, a través de los sueños y de las asociaciones de pensamientos favorecidas por la situación psicoterapéutica y las reformulaciones del psicoterapeuta.

Se trata de un momento de particular fragilidad de la madre, un período de crisis y de reorganización de su identidad. Cuando los conflictos internos no pueden ser elaborados de forma intrapsíquica, son fácilmente externalizados sobre el bebé, a través de identificaciones proyectivas. Esto conduce a representaciones confusas y deformadas del niño y de la madre ella misma, lo cual tiene consecuencias sobre la relación y las interacciones madre-bebé. Estamos entonces cercanos a “los fantasmas alrededor de la cuna del bebé” de Selma Fraiberg. El nuevo bebé juega entonces el rol de pantalla virgen, sobre la cual la madre puede volver a representar las películas y los escenarios ligados a su mundo interno. Estos escenarios inconscientes aparecen ya mucho antes del nacimiento del bebé, lo cual permite trabajarlos precozmente desde el embarazo, antes que sus efectos negativos tengan un impacto sobre la relación externa entre la madre y el bebé real.

La PCP propone trabajar sobre las identificaciones proyectivas y las identificaciones patológicas para ayudar a la madre a reintegrar estos conflictos en su mundo interno, a elaborarlos, a fin de liberar al bebé y la relación madre-bebé de esta conflictiva.

Liberada de sus conflictos y temores, la madre se siente aliviada de sus síntomas ansioso-depresivos, y puede entonces actuar su rol de madre contenedora que transforma las identificaciones proyectivas *normales* que el bebé realiza sobre ella.

Como en todo abordaje psicodinámico, la realidad de las experiencias es menos importante

que la forma en que la paciente las ha vivido. El trabajo del psicoterapeuta consiste en crear una relación de confianza, escuchar la narrativa, así como los elementos inconscientes que aparecen en sesión, y ayudar a la mujer a poder expresarse si fuera conveniente.

El psicoterapeuta utiliza un soporte verbal, gracias a la historia, la libre asociación y los sueños de madre. Busca las fantasías conscientes e inconscientes de madre acerca de su parentalidad: las representaciones que tiene de ella misma como madre, y las representaciones inconscientes y conflictivas que tiene de su bebé. Estas fantasías y representaciones son comprendidas a la luz de la historia infantil de la madre, buscando bloqueos y puntos conflictivos de su infancia que no han podido ser elaborados y que trata de representar inconscientemente en la relación con el bebé. Estos puntos están a menudo en las representaciones que la madre ha conservado de su historia precoz: su vínculo precoz con sus padres, sus hermanos y las fantasías que los acompañan.

Ana consulta por Théo, de 3 meses, que no duerme más de dos horas seguidas y llora mucho. Agotada, angustiada y deprimida, no ve salida a sus problemas y expresa ideas suicidas. Había deseado fuertemente este embarazo, pero sufre de ataques de pánico desde la salida de la maternidad, cada vez que se encuentra con su bebé. No puede respirar, se siente como “presa en una trampa”, convencida de que no podrá responder a las necesidades de su hijo. Evoca su relación con su propia madre, depresiva, que renunció a su carrera y a su vida de mujer cuando ella nació. Ana se da cuenta de que no quiere reproducir de ninguna manera este esquema: ella quiere ser una buena madre, presente para su hijo, pero sin por ello renunciar a sus ambiciones. Este deseo consciente está en conflicto con el fantasma inconsciente de no tener derecho a ello. Su fantasma infantil de haber impedido que su madre se realizara plenamente y ser responsable de su depresión la lleva a culpabilizarse y a no permitirse una vida más plena y feliz que la de su madre. Inconscientemente le da el siguiente mensaje a Théo: “tienes necesidad de mí permanentemente, para ser una buena madre debo estar totalmente presente para ti hasta el punto de ahogarme”. Sus interacciones con su hijo dejan

entrever su ambivalencia. Oscila entre impulsos de sobreprotección y de inquietud excesiva en cada uno de sus movimientos, y reacciones de fastidio y de rechazo cuando el niño la reclama.

Los conflictos internos más frecuentemente observados a propósito de la maternidad conciernen tres temas principales: el miedo de no ser una buena madre, el miedo de reproducir situaciones que la madre sufrió en su propia infancia, y la existencia de un ideal materno impositivo y restrictivo. Estos conflictos están ligados a los duelos inconscientes, fantaseados o reales, no elaborados, del pasado de la mujer y a reproches más o menos conscientes dirigidos a sus padres, que se vuelven contra ella cuando ella se convierte en madre.

Estos conflictos inconscientes pueden también manifestarse en sí mismos en las interacciones madre-bebé. Este material, cuando ocurre durante las sesiones de psicoterapia madre-bebé, es muy valioso. Cramer lo denominaba “secuencias interactivas fantaseadas” (Cramer y Palacio-Espasa, 1993). Igual que ocurre en la relación transferencial durante la cura clásica, los escenarios de la fantasía inconsciente están *escenificados* en la sesión y *repetidos* en el *aquí* y *ahora* de la sesión, dentro de la relación madre-bebé. Señalando estas secuencias interactivas, los impulsos y las emociones vinculadas a ellos, y vinculándolas con las fantasías maternas y las ansiedades, el psicoanalista ayuda a la madre a tomar conciencia de las intenciones y emociones que ella transmite a su bebé. El valor interpretativo de estos momentos es muy alto, ya que el conflicto interno se experimenta emocionalmente, se contiene y, si es posible, es transformado por el analista y la madre, con la ayuda del bebé. Aquí está la secuencia: *durante la sesión, Théo se gira hacia su madre para estar en contacto con ella, Ana se siente mal y se retira, se siente abrumada y perseguida por la demanda del bebé. La terapeuta entiende que la madre se siente atrapada por su hijo, como si él la aprisionara a ella para el resto de su vida. Esta percepción está relacionada con su propia fantasía de haber privado a su madre de su vida de mujer con sus necesidades infantiles percibidas como excesivas. En este caso, en lugar de interpretar a la madre, la terapeuta decide hablarle al bebé sobre su necesidad de reasegurarse de*

que su madre está todavía allí con él. Esto permite a la madre identificarse con la experiencia del bebé y distanciarse de su fantasía.

La contribución del bebé es también importante. El niño tiene una propensión natural a buscar la interacción con el cuidador, desde el primer momento de la vida. La conducta del bebé puede a veces ayudar a la madre a desintoxicar espontáneamente sus propios escenarios de fantasía negativa. El bebé es un compañero activo del trabajo psicoanalítico.

Una última vía importante para que el psicoanalista infantil comprenda y movilice las representaciones maternas se refiere a su propia experiencia contratransferencial. Durante estas terapias, y especialmente con pacientes que no son capaces de verbalizar, como es el caso de los bebés y los padres con poco *insight*, el terapeuta se siente bombardeado por identificaciones proyectivas de ambos, madres y bebés. Esta situación pone a prueba su capacidad de contención y transformación, pero es fundamental poder ofrecer un marco tranquilizador y contenedor para la diada. *En el ejemplo anterior, cuando la madre interpretó la petición de su bebé como una intrusión persecutoria, como terapeuta sintió una ola de ira por la falta de disponibilidad de la madre. La terapeuta estaba fuertemente identificada con las necesidades del bebé. Era importante que lo notara, para no actuar este impulso contratransferencial y que pudiera tomarlo en cuenta. Después de un breve lapso de tiempo, y con la ayuda de las asociaciones de la madre, pudo conectar su ira con la que ella había sentido, de niña, cuando no se sentía acogida por su propia madre.*

Lo central en el trabajo en la PCP es la repercusión de las experiencias internas de una generación a otra, lo que los escritores de Ginebra han llamado los “conflictos de parentalidad”. Se reproducen y reelaboran con la llegada de cada niño y a través de las generaciones. La PCP es así una oportunidad idónea para trabajar y desarrollar estos conflictos psíquicos para que la nueva historia que se está escribiendo entre un padre y un hijo se pueda realizar con la mayor libertad posible, y con el menor impacto negativo posible de los fantasmas del pasado.

La terapia conduce a una mejora en el estado de ánimo materno al aliviar la ansiedad, la

depresión y la culpa, y permite que la mujer se implique en el proceso psicológico de la maternidad.

Uno de los beneficios de este abordaje es permitir una intervención desde el embarazo (Nanzer, 2016) para prevenir o tratar la psicopatología parental y/o los trastornos de la parentalidad, ambos pudiendo estar o no vinculados. Después del parto, el bebé está integrado en la terapia siendo entonces muy cercana a las terapias madre-bebé. Sin embargo, la terapia puede también proseguirse con la madre sola o el padre sólo, lo cual permite igualmente que el psicoterapeuta de adultos o de niños la pueda realizar. Una segunda ventaja de esta terapia es que la temática central está dirigida de forma específica a los padres o futuros padres durante esta etapa de la vida. La mayor parte de ellos tienen una fuerte demanda en poder abordar el tema de su parentalidad, que ocupa una gran parte de sus pensamientos. Este factor explica, en gran parte, la débil tasa de abandonos hallada en los diferentes estudios efectuados (Nanzer, 2012; Nanzer et al., 2012), así como los buenos resultados obtenidos sobre la evolución de las puntuaciones de depresión, ansiedad, calidad del vínculo madre-bebé. La brevedad de la terapia favorece también la buena adherencia al tratamiento. Estas características de aplicabilidad desde el embarazo, focalidad, brevedad y buena adherencia al tratamiento, así como los buenos resultados obtenidos, han impulsado nuevos estudios. A partir de estos puntos de interés ya destacados se ha llevado a cabo en Barcelona una réplica de las investigaciones en PCP realizadas por la Escuela de Ginebra. Este estudio se ha realizado desde 2015 con mujeres embarazadas que presentan sintomatología depresivo-ansiosa para valorar el impacto de la intervención psicoterapéutica en un contexto de alta vulnerabilidad. La psicoterapia se ha aplicado desde el embarazo y con participación de la madre y el bebé a partir del parto, y hasta los 6-8 meses de vida del bebé en un contexto de atención interdisciplinar.

La intervención en PCP se ha desarrollado en entorno de asistencia sanitaria pública, con una atención coordinada con los profesionales del centro de Salud y en red con los servicios del territorio. Los resultados obtenidos muestran una

disminución significativa de la sintomatología depresivo-ansiosa de las madres y una relación madre bebé saludable al finalizar el tratamiento. A los 18 meses de vida, en el *follow-up*, se ha observado que la intervención en PCP tiene repercusión a largo plazo en el desarrollo del bebé y el vínculo materno-infantil, en comparación con el grupo control. La aplicación de la PCP ha recibido muy buena acogida tanto por parte de la población atendida como por parte de los profesionales del Centro de Salud Pública, con una implicación claramente preventiva en una población altamente sensible. Los resultados de disminución de sintomatología depresivo-ansiosa de las madres son similares a los ya obtenidos por la Escuela de Ginebra (Nanzer et al., 2012).

El modelo de la PCP ha sido recientemente adaptado para una intervención grupal interdisciplinar *online*, dirigida a madres con sintomatología depresivo-ansiosa y sus bebés. Tiene como objetivo ayudar a la relación madre-bebé, el desarrollo del bebé y los síntomas depresivo-ansiosos maternos. Se ha focalizado en la interacción y el establecimiento del vínculo durante los tres primeros meses post-parto. Los resultados muestran una mejora significativa (en comparación al grupo control) tanto en síntomas de las madres como en el desarrollo de los bebés al finalizar el grupo y en el seguimiento pediátrico a los seis meses de edad, comparado con el grupo control.

Esta intervención se ha llevado a término durante el periodo Covid, centrando el foco en la depresión perinatal materna, la relación madre-bebé y el desarrollo del bebé. Se trata de un estudio randomizado que está actualmente pendiente de publicación y se ha realizado en colaboración entre el equipo de Bruc Salut, el EAP Roquetes-Canteres y GRPF (Grupo de investigación pareja y familia de FPCEE Blanquerna, URL). Ha obtenido un premio de las ayudas '07 2020 del COPC (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña) y posteriormente una beca APR 22-23 Blanquerna (Universidad Ramon Llull, URL).

Conclusión

La crisis y la fragilidad identitaria vividas durante el periodo perinatal constituyen los factores de mayor estrés responsables de un gran

número de trastornos ansiosos o depresivos. Impactan fuertemente los procesos de parentalidad con repercusiones directas sobre la autoestima de los padres, su forma de percibir su bebé y, por lo tanto, sobre su forma de ser padres y su vínculo con el niño. Que la madre o el padre consulten para ellos mismos o para su hijo es generalmente muy adecuado y es deseable hablar de su parentalidad que está en el corazón, en el núcleo de sus preocupaciones conscientes e inconscientes durante esta etapa de la vida. La alianza terapéutica y la adherencia salen reforzados.

La psicoterapia centrada sobre la parentalidad presenta la ventaja de estar limitada en el tiempo y de poder debutar desde el embarazo, momento en el que la mujer está más disponible psíquica y temporalmente para debutar un trabajo de introspección.

La fuerza principal de este modelo es que se integra no sólo la parentalidad, sino también el niño real, y permite un trabajo tanto sobre el vínculo fantasmático como sobre las interacciones reales con el bebé. Permite la PCP así prevenir la cascada de trastornos cuyas consecuencias son potencialmente complicadas en varias generaciones. La principal imposición ligada a este abordaje consiste en una necesidad para el terapeuta de poseer una formación psicoterapéutica psicodinámica, así como una formación complementaria en el modelo específico de la PCP.

Bibliografía

- Adina, J., Morawska, A., Mitchell, A. E. y McBryde, M. (2021). Effect of Parenting Interventions on Perinatal Depression and Implications for Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(2), 316-338.
- Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S. y Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 289-299.
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K. y Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1).
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase; a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 389-417.
- Bydlowski, M. y Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, 3(63), 30-33.
- Brown, J. V. E., Wilson, C. A., Ayre, K., Robertson, L., South, E., Molyneaux, E., Trevillion, K., Howard, L. M. y Khalifeh, H. (2021). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2).
- Cramer, B. y Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Etudes cliniques et techniques*. PUF.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., de Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachman, J. P., Knauer, D., Berney, C. y d'Arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *The Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J. y Andersson, G. (2015). The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 237-45.
- Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166.
- Gomà, M., Arias-Pujol, E., Surís, M., Prims, E., Abad, A., Sala, G., Montilla, P. y Llauro, A. (2020). La salud mental perinatal en tiempos de pandemia por COVID-19. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, 36, 11-21.
- Gomà, M., Martínez, M., Blancafort, X., Muniente, G., Antón, S., Lara, S., Arias-Pujol, E., Llauro, A. y Nanzer, N. (2021). Detection of depressive-anxiety symptomatology and associated risk factors among pregnant women in a low-income neighborhood. *The Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 293-299.
- Goodman, S. H. (2020). Intergenerational Transmission of Depression. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 213-238.

- Goodman, S. H., Simon, H. F. M., Shambraw, A. L. y Kim, C. Y. (2020). Parenting as a Mediator of Associations between Depression in Mothers and Children's Functioning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 427-460.
- Hadfield, H. y Wittkowski, A. (2017). Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 723-736.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A. y Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384(9956), 1775-88.
- Huang, R., Yang, D., Lei, B., Yan, C., Tian, Y., Huang, X. y Lei, J. (2020). The short- and long-term effectiveness of mother-infant psychotherapy on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Affective Disorders*, 260, 670-679.
- Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Cosic, N. y Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression & Anxiety*, 34(10), 928-966.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (1999). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. PUF.
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2019). *Les 1000 premiers jours de l'enfant* [en línea]. Recuperado de: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours>
- Nanzer, N. (coord.) (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Fil Rouge, PUF.
- Nanzer, N. (2011). La parentalité: une voie d'accès privilégiée aux vécus infantiles précoces. *Bulletin La Société Suisse de Psychanalyse*, 71, 9-13.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Editions Favre.
- Nanzer, N. y Epiney, M. (2015). L'entretien prénatal genevois: étude de faisabilité et de satisfaction pour les femmes enceintes. *Revue de Médecine Périnatale*, 7, 55-62.
- Nanzer, N. y Palacio-Espasa, F. (2017). Les thérapies brèves parents-enfants. En B. Bayle (ed.). *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Dunod.
- Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltama, M., Knauer, D., Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4), 259-68.
- Osborne, S., Biaggi, A., Chua, T. E., Du Preez, A., Hazelgrove, K., Nikkheslat, N., Previti, G., Zunszain, P. A., Conroy, S. y Pariante, C. M. (2011). Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The Psychiatry Research and Motherhood - Depression (PRAM-D) Study. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 211-221.
- Palacio-Espasa, F. (2004). Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: implication for treatment. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(2), 155-171.
- Pawluski, J. L., Swain, J. E. y Lonstein, J. S. (2021). Neurobiology of peripartum mental illness. *Handbook of Clinical Neurology*, 182, 63-82.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Talati, A., Tang, M., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., King, C., Cerda, G., Sood, A. B., Alpert, J. E., Trivedi, M. H., Fava, M., Rush, A. J., Wisniewski, S. y Weissman, M. M. (2008). Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1136-47.
- Racamier, P. C. (1979). La maternité psychotique, en P. C. Racamier, *De psychanalyse en psychiatrie - Études psychopathologiques*. Payot
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Væver, M. S. y Pontoppidan M. (2020). Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(1), e9.
- Smith, J. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie*. Dunod
- Sockol, L. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *The Journal of Affective Disorders*, 232, 316-328.

- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *The Journal of Affective Disorders*, 177, 7-21.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N. y Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 839-849.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Calmann-Lévy.
- Tourné, L. (2013). La singularité de la maternité éclairée par des scénarios transgénérationnels. *Psychologie clinique et projective*, 19, 269-287.
- Van Niel, M. S. y Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273-277.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. En D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, vol. 1992, 285-91. Payot.

El abordaje perinatal interdisciplinar desde Atención Primaria de Salud (APS): el desarrollo de una atención bio-psico-social integrada

EMMA PRIMIS¹, MARTA GOMÀ², ADRIANA OLIVÁN², ERIC COZODOY²,
LAURA SERRA¹, IRENE SALAS¹, CARMEN SÁNCHEZ³, JOSEP FERRER¹, TONI ALCOCER¹,
EULÀLIA ARIAS-PUJOL⁴, MARIA MARTÍNEZ¹ Y ANTÒNIA LLAIRÓ²

RESUMEN

El abordaje perinatal interdisciplinar desde Atención Primaria de Salud (APS): el desarrollo de una atención bio-psico-social integrada. El Equipo de Atención Primaria (EAP) Roquetes-Canteres de Barcelona se plantea, en el marco de investigación impulsada por Bruc Salut (equipo psicoterapéutico), una intervención bio-psico-social integrada. En este artículo se describe la investigación desde su inicio y los diferentes programas que se están llevando a cabo desde 2014 con un recorrido por todos los programas desarrollados. Se explica detenidamente cómo se han creado, llevado a cabo, evaluado y su funcionamiento actual, gracias al trabajo coordinado del equipo interdisciplinar para atender los aspectos emocionales de la parentalidad, el establecimiento del vínculo y el buen desarrollo del bebé, así como la sensibilización y contención de los profesionales del equipo. Finalmente, se define la figura del *profesional sanitario de enlace* del EAP, que se ha creado para coordinar y guiar el equipo y fomentar la mirada bio-psico-social entre los profesionales, vital para evitar una visión fragmentada de las familias. **Palabras clave:** *psicología perinatal, equipo de atención primaria, abordaje interdisciplinar, sintomatología depresivo-ansiosa, profesional sanitario de enlace.*

ABSTRACT

The interdisciplinary perinatal approach from Primary Health Care (PHC): the development of an integrated bio-psycho-social care. The Primary Health Care Team (EAP) Roquetes-Canteres in Barcelona is considering, within the research framework promoted by Bruc Salut (a psychotherapeutic team), an integrated bio-psycho-social intervention. This article describes the research since its beginning and the different programmes that are being carried out since 2014 with a tour of all the developed programmes. It explains thoroughly how they have been created, carried out, evaluated and their current operation, thanks to the coordinated work of the interdisciplinary team to address the emotional aspects of parenthood, the establishment of the bond and the good development of the baby, as well as the awareness and self-restraint of the team professionals. Finally, the figure of the EAP liaison health professional is defined, which has been created to coordinate and guide the team and to promote the bio-psycho-social view among the professionals, vital to avoid a fragmented view of the families. **Key words:** *perinatal psychology, primary care team, interdisciplinary approach, depressive-anxious symptomatology, liaison health professional.*

RESUM

L'abordatge perinatal interdisciplinari des de l'atenció primària de salut (APS): el desenvolupament d'una atenció biopsicosocial integrada. L'Equip d'Atenció Primària (EAP) Roquetes-Canteres de Barcelona es planteja, en el marc de la investigació impulsada per Bruc Salut (equip psicoterapèutic), una intervenció biopsicosocial integrada. En aquest article es descriuen la investigació des de l'inici i els diferents programes que s'estan duent a terme des de 2014 amb un recorregut per tots els programes desenvolupats. S'explica detingudament com s'han creat, dut a terme, avaluat i el funcionament actual, gràcies al treball coordinat de l'equip interdisciplinari per atendre els aspectes emocionals de la parentalitat, l'establiment del vincle, el bon desenvolupament del nadó i també la sensibilització i contenció dels professionals de l'equip. Finalment, es defineix la figura del *professional sanitari d'enllaç* de l'EAP, que s'ha creat per coordinar i guiar l'equip i fomentar la mirada biopsicosocial entre els professionals, vital per evitar una visió fragmentada de les famílies. **Paraules clau:** *psicologia perinatal, equip d'atenció primària, abordatge interdisciplinari, simptomatologia depressivoansiosa, professional sanitari d'enllaç.*

¹Equipo de Atención Primaria de Salud (EAP) Roquetes-Canteres, Servicio de Atención Primaria (SAP) Muntanya, Barcelona.

²Bruc Salut, SCP, Centro de Psicología Clínica y Perinatal, Barcelona. ³Atención a la Salud Sexual y Reproductiva - (ASSIR) Servicio de Atención Primaria (SAP) Muntanya, Barcelona. ⁴FPCEE - Blanquerna (Universitat Ramon Llull).

Contacto: marta.goma@gmail.com

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS), cuando ofrece a la población una atención continuada y longitudinal, de orientación bio-psico-social e integrada en la comunidad, favorece unos fuertes vínculos con la familia en construcción (Bailón, 2000). Una gran diversidad de profesionales interviene durante el embarazo y los dos primeros años postparto (período perinatal), siendo necesaria una coordinación y cohesión de todos los agentes de salud: médico y enfermera de familia, matrona y ginecóloga/obstetra, pediatra y enfermera pediátrica, trabajadora social sanitaria, personal administrativo, personal de urgencias, psicóloga y psiquiatra perinatal, etc. En caso contrario, la atención se ve fragmentada, con el riesgo de propiciar un abordaje disgregado y parcial frente a las necesidades globales de la familia. El trabajo conjunto y cohesionado permite una visión holística de la familia y, al mismo tiempo, compartir las preocupaciones y proponer unas orientaciones por parte de los diferentes profesionales en una misma línea, cada uno en su ámbito de trabajo.

El período perinatal es una de las etapas de mayor trascendencia debido al cambio vital que representa, asociado a una mayor vulnerabilidad y también mayor reversibilidad. En este periodo, la sintomatología depresivo-ansiosa materna es la patología que presenta la mayor incidencia, a la vez que reviste una gran importancia en el establecimiento del vínculo madre-bebé ya desde el embarazo. La elevada tasa de esta sintomatología (alrededor de un 25 %, según diferentes estudios) puede llegar a duplicarse en zonas vulnerables, alcanzando el 48 % en la población que atendemos en el EAP Roquetes-Canteres de Barcelona, España (Gomà et al, 2020a). Según la Organización Mundial de la Salud (2022), se requiere un trabajo preventivo en salud mental perinatal para proteger tanto a los bebés como a las madres y la relación que entre ellos se establece.

La Escuela de Ginebra (Palacio-Espasa, Nanzer) ha desarrollado técnicas psicoterapéuticas breves y focales específicamente diseñadas para embarazadas con sintomatología depresivo-ansiosa y las díadas madre-bebé,

obteniendo resultados satisfactorios (Nanzer et al 2012; Moaeyedoddin et al., 2013). A continuación, se expone la aplicación del modelo de la Escuela de Ginebra en el CAP Roquetes-Canteres de Barcelona y la progresión y desarrollo del programa que se está llevando a cabo actualmente, conjuntamente con el equipo psicoterapéutico perinatal Bruc Salut y Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de la zona. El modelo de atención se desarrolla en el marco de una investigación para el estudio “Impacto de una intervención en parentalidad en Atención Primaria en mujeres embarazadas con sintomatología depresivo-ansiosa. Desarrollo de las representaciones maternas y la relación madre-bebé” (proyecto becado por la IPA 4526/2016).

Bases del trabajo interdisciplinar

Elaboración conjunta de materiales

Se inicia la investigación con la propuesta de la elaboración de una hoja de recogida de datos sociodemográficos y factores de riesgo (HRDS) por parte de un equipo multidisciplinar compuesto por trabajadoras sociales sanitarias, matronas, médicas y enfermeras de familia, pediatras y enfermeras pediátricas y psicoterapeutas. Partiendo de una revisión bibliográfica, la creación de un material conjunto pretende reflejar las principales inquietudes del personal sanitario según cada especialidad, con respecto a la población del EAP Roquetes-Canteres.

Investigación compartida sobre los resultados

Esta herramienta ha permitido estudiar la presencia de factores de riesgo sociodemográficos y en la construcción de la parentalidad en las embarazadas que presentan sintomatología depresivo-ansiosa. Esta sintomatología aumenta ante la acumulación de cuatro o más factores de riesgo asociados. Destacamos como factores de riesgo asociados y significativos hallados en el estudio: la ausencia de una vivienda propia, ausencia del soporte de la pareja (de la familia y/o red social), abortos anteriores, experiencias previas de violencia, maltrato en la infancia, migración, etc. (Gomà et al. 2020a). Estos factores tienen una alta incidencia en la etapa perinatal y requieren una asistencia prioritaria en red.

Formación y reflexión clínica en equipo

Otro elemento esencial para la construcción del abordaje interdisciplinar en APS ha sido la formación a los profesionales del EAP Roquetes-Canteres en el área de la psicología perinatal y la salud mental materno-infantil, por parte del equipo psicoterapéutico perinatal. Se está llevando a cabo mediante talleres, preparación para la administración de cuestionarios, sesiones de abordaje conjunto de casos clínicos, etc.

Se organiza una reflexión clínica compartida y la construcción del análisis de necesidades a través del establecimiento de reuniones mensuales e interconsultas a la rutina diaria de trabajo de los sanitarios del EAP. Este espacio permite la construcción de un tejido de pensamiento conjunto entre los profesionales alrededor de la comprensión de la parentalidad y abre la posibilidad de individualizar la atención a las familias en función de sus características y necesidades.

Investigación sobre psicoterapia centrada en la parentalidad (PCP)

En el seguimiento del embarazo en APS, en la primera visita con la matrona, se explica a la paciente embarazada el programa de atención y la posibilidad de participar en el estudio. Si la paciente acepta, firma el consentimiento informado y responde a la HRDS. Consecutivamente, se pasan los cuestionarios EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* [Cox et al., 1996]) y STAI (*State-Trait Anxiety Inventory* [Spielberger, 1970]) para la detección de la sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. Los resultados de los cuestionarios permiten un primer cribaje para la indicación de una intervención psicoterapéutica breve y focal por parte de psicología. Las trabajadoras sociales sanitarias del EAP se encargan de hacer la revisión de la HRDS y proceder o no a intervenir según el riesgo social detectado en cada caso.

Durante el embarazo, el cribaje de sintomatología depresivo-ansiosa (EPDS y STAI) se repite a las 24 semanas de gestación por parte del equipo de medicina de familia. En el postparto, se repiten los mismos cuestionarios (EPDS y STAI), tanto en la cuarentena como también a los seis meses del bebé por parte del equipo de pediatría del ambulatorio. Ello permite la

evaluación del impacto de la PCP, estudiando el proceso de la intervención.

La PCP es una psicoterapia breve, de orientación psicodinámica, que deriva de las psicoterapias madre-bebé de Cramer y Palacio Espasa (1993). Ha sido manualizada y adaptada a la investigación por la Escuela de Ginebra (Nanzer, 2012). En este marco de investigación en APS, la matrona propone la PCP a las mujeres gestantes que tienen indicación del profesional sanitario y puntuación significativa en depresión y/o ansiedad en el cribaje. El equipo psicoterapéutico de Bruc Salut acoge las preocupaciones de la gestante y propone un proceso breve de psicoterapia de tres o cuatro sesiones en embarazo y tres o cuatro más en el postparto con la diada madre-bebé hasta los seis u ocho meses de edad.

En esta intervención psicoterapéutica individual, las representaciones maternas que la madre va construyendo durante el embarazo, la elaboración de los duelos, la propia historia familiar, y el vínculo madre-bebé van a ser temas centrales. Después del nacimiento, estos temas volverán a trabajarse en presencia del bebé y tendrán incidencia en las primeras interacciones.

El psicoterapeuta escucha y capta los elementos inconscientes y preconcientes, utiliza la asociación libre, el relato de la historia, los sueños, las representaciones conflictivas de la futura madre para ir dando significado a la nueva parentalidad. La escucha empática de la conflictiva emocional por parte del psicoterapeuta es esencial en la asistencia bio-psico-social del embarazo y postparto y tiene un alto valor preventivo para la madre y la primera relación madre-bebé en el establecimiento de un vínculo saludable.

La PCP trabaja en las identificaciones proyectivas patológicas para ayudar a elaborar los conflictos internos de la madre que constituirán el foco de trabajo. Por ello, si se siente aliviada en sus síntomas depresivo-ansiosos y sus temores y conflictos puede contener y transformar las ansiedades del bebé. La focalización y la técnica de la PCP se encuentran ampliamente detalladas en el Manual (2017) para su aplicación en el campo clínico y de la investigación. Todo el proceso psicoterapéutico es evaluado a lo largo de la intervención: inicio, postparto y final a

través de los cuestionarios, representaciones y entrevista final de satisfacción.

Caso clínico Lina: la PCP aplicada en la red de salud y comunitaria

Lina presenta un embarazo de alto riesgo obstétrico de 20 semanas de gestación (SG) y una pérdida fetal reciente. Ha sufrido múltiples duelos vitales y una experiencia de abandono en su infancia por la ausencia de sus padres durante su crianza. Tiene una hija adolescente de su primera pareja y expresa con temor un deseo de una nueva maternidad con la pareja actual. Vive con ansiedad y culpa la posibilidad de perder nuevamente al bebé. Tras una primera valoración, la matrona deriva al equipo psicoterapéutico durante el segundo trimestre de embarazo, ya que puntúa en 14 puntos en EPDS. La situación social de Lina y su familia también es valorada por la trabajadora social sanitaria del EAP, que hace un seguimiento del caso y deriva a la paciente a los servicios necesarios según el momento (por ejemplo, servicios sociales).

Inicia una psicoterapia breve centrada en la parentalidad (22 SG) en la que se elabora su vivencia personal, sus duelos múltiples y las representaciones maternas. Lina es comunicativa y expresiva. El embarazo evoluciona bien y su comunicación con el feto es muy perceptiva y rica. El embarazo se contiene hasta el octavo mes, en el que se desencadena el nacimiento prematuro del bebé, que queda hospitalizado un tiempo breve en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

La psicoterapia se prosigue en sesiones madre-bebé, en las que se elaboran las ansiedades relativas a la fragilidad y al riesgo del bebé, así como los aspectos ligados a la experiencia de abandono y pérdida y al temor de repetir esa experiencia con el nuevo bebé. Las necesidades de elaboración de Lina permiten tratar sus ansiedades en las sesiones de psicoterapia, ocho en total a lo largo del período pre y post natal.

Simultáneamente, se incluye a Lina en un grupo de crianza madre-bebé, en el que se trabaja la regulación funcional de sueño y alimentación, focalizando específicamente en la comprensión de la sensorialidad del bebé. Al finalizar el grupo, se deriva al programa de “Bebés en familia” en

la guardería pública del barrio. Las puntuaciones de Lina en EPDS son de 10 puntos antes del grupo y de 6 puntos después de este.

Tras la psicoterapia, Lina manifiesta que agradece las sesiones, ya que al principio sentía mucha culpa y ahora ha podido resituar sus afectos y sus figuras cuidadoras principales. Ahora puede acceder a recuerdos de los años pasados con cariño, situaciones que no recordaba desde hacía mucho tiempo. El bebé tiene ya ocho meses y ha establecido una relación vincular muy saludable con la mamá. Presenta un buen desarrollo ponderal y psicomotor sin problemas de salud en el seguimiento pediátrico del ambulatorio (desarrollo del bebé normal por edad corregida y EPDS de Lina de 6 puntos). Simultáneamente, se beneficia de la observación y pautas de seguimiento neuropsiquiátrico en el centro de atención precoz por derivación del equipo de pediatría al programa de seguimiento por prematuridad con buena evolución y sin requerir una atención específica. A los 18 meses de edad de la bebé, Lina mantiene un EPDS de 5, por debajo de las puntuaciones clínicas significativas. El desarrollo del bebé con edad corregida es adecuado para su edad.

Este caso ilustra la importancia y efectividad de la aplicación de la psicoterapia focal y breve en parentalidad integrada en un marco de atención perinatal en red. La atención en red adapta la respuesta a las necesidades de la diada en cada momento gracias a la coordinación de todos los profesionales integrantes.

Seguimiento longitudinal de las familias a los 18 meses del bebé

Como seguimiento de la investigación se realiza un *follow-up* abierto a toda la población pediátrica del barrio a los 18 meses del bebé. En la revisión pediátrica de dicha edad, según el Protocolo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en la edad pediátrica (PAPPS [Dirección General de Salud Pública, 2008]), se propone a la familia una evaluación psicológica para valorar el desarrollo global del niño por parte del equipo psicoterapéutico en el mismo ambulatorio. La mayoría de las familias se interesan por este espacio de valoración y consulta, que agradecen.

La evaluación se realiza mediante el cuestionario ASQ-3 (*Ages and Stages Questionnaire-3* [Squires y Bricker, 2009]) que evalúa el desarrollo global del bebé, y el *Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale* (PIR-GAS [Zero to three, 2005]) para evaluar el vínculo madre-bebé, junto con los cuestionarios EPDS y STAI para la sintomatología depresivo-ansiosa de las madres. Tras la valoración psicológica, se comentan las observaciones, los resultados de los cuestionarios y las posibilidades de ayuda a cada familia en una sesión de interconsulta conjunta pediatría-psicoterapeutas. Posteriormente, se realiza una devolución a la familia y, en caso de detectar alguna necesidad específica, se hace la derivación desde el EAP al servicio de la red de salud (física, mental o comunitaria), que pueda ser más adecuado para cada situación.

Covid-19: afectaciones y adaptaciones

Con el inicio de la pandemia, la atención a las gestantes y las díadas madres-bebés queda reducida a visitas telefónicas y consultas de urgencia. El acceso a los equipos sanitarios es difícil y se decide contactar con las madres, telefónicamente y de forma proactiva, para valorar las necesidades que presentan. Se detecta una elevada ansiedad, miedo y sentimientos depresivos por la incertidumbre ante la situación por la Covid-19. Se propone una intervención grupal en línea en equipo interdisciplinar de profesionales con la finalidad de promover la contención, el cuidado físico y mental, y favorecer el seguimiento de unas pautas saludables durante el confinamiento (Gomà et al., 2020b).

Grupos interdisciplinares en línea

A los cinco días del inicio del confinamiento total, el 20 de marzo de 2020, iniciamos dos grupos en línea interdisciplinares: uno de embarazo a partir de la semana 20 de gestación (enfermera neonatal, fisioterapeuta materno infantil y dirigido por una psicóloga perinatal) y otro de díadas madres-bebés de 0 a 6 meses de edad (enfermera pediátrica del CAP, fisioterapeuta materno infantil y dirigido por una psicóloga perinatal). Se realiza la conexión en línea a través de la plataforma de videollamadas Zoom.

Se establecen grupos de unas 7-9 participantes, que acompañaremos a lo largo de ocho sesiones semanales de 90 minutos cada una. Cada sesión, tras una breve acogida, inicia con una presentación de 30 minutos acerca de una temática concreta previamente establecida según las preocupaciones y necesidades detectadas en las participantes (alimentación, sueño, cómo calmar al bebé, psicomotricidad, vínculo, activación física y recuperación en las madres, etc.). Los siguientes 60 minutos se dedican a compartir dudas, explicar situaciones personales y nuevas preocupaciones y necesidades, reservando 5-10 minutos para el cierre y despedida.

Al finalizar cada sesión, las profesionales permanecen conectadas 30 minutos sin la presencia de los pacientes, para profundizar y elaborar las situaciones vividas en la sesión de grupo y, así, establecer las nuevas temáticas y focos de trabajo de las sesiones posteriores. Este proceso de digestión emocional postgrupo del equipo profesional ha sido un elemento fundamental de la técnica establecida (Bion, 1985).

Este abordaje grupal tiene continuidad: después del grupo de embarazo se les ofrece a las mujeres seguir con el de crianza, si lo precisan. Después de este, se deriva y acompaña a las pacientes al recurso comunitario más adecuado. Uno de estos recursos es “Bebés en familia”, subvencionado por el Ayuntamiento de Barcelona y ubicado en una de las guarderías públicas del barrio, donde acuden presencialmente madre y bebé semanalmente, acompañados por las educadoras del centro. La coordinación del equipo interdisciplinar grupal con las educadoras de “Bebés en familia” permite seguir acompañando a las madres y a los bebés en los aspectos y necesidades detectados específicamente en cada familia y dar así continuidad al trabajo iniciado en el grupo terapéutico.

Estos grupos fueron premiados en las ayudas '07 2020 del COPC (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña) y su investigación ha recibido una beca de la Universidad Ramon Llull, Blanquerna APR-FPCEE 22-23.

Consulta abierta (0 a 3 años del bebé)

Durante el período de pandemia, al detectar un incremento de las necesidades de los padres

a lo largo del período 0 a 3 años, y a través de una subvención del Ayuntamiento de Barcelona, se ofrece una consulta abierta en línea de 30 minutos de duración. La indicación se realiza por parte del equipo de pediatría o de las matronas del ambulatorio y está orientada a las dificultades exentas de gravedad para el desarrollo del bebé o en la relación padres-bebé y que son susceptibles de ser atendidas en un periodo breve de atención (3-4 consultas).

El programa se acompaña de una interconsulta mensual con el equipo de pediatría y el equipo psicoterapéutico perinatal para poder hablar tanto de las indicaciones, como del trabajo realizado. Esta coordinación es fundamental para establecer líneas de trabajo de continuidad con cada familia una vez finalizada la intervención psicológica perinatal, conectando a la familia con los recursos ya existentes en la comunidad o la red sanitaria, junto con un seguimiento específico por parte del equipo de pediatría.

Ana, Núria y Javi: detección pediátrica temprana, derivación a grupo en línea interdisciplinar y acompañamiento conjunto mediante consulta abierta

Ana acude a la primera visita del recién nacido en pediatría acompañada por sus padres, Nuria y Javi. La enfermera pediátrica aprecia una ansiedad importante en ambos padres y una preocupación por los conflictos que emergen ante la crianza de su hija. Tras la valoración con los cuestionarios EPDS (12) y STAI (80 estado - 70 rasgo) de depresión y ansiedad respectivamente, y debido a la hiperfrecuentación de la familia con el equipo pediátrico, se indica participación en el grupo de crianza, interdisciplinar y en línea. La familia es de nivel socioeconómico medio y presenta factores de riesgo psicológicos y biológicos asociados, aunque pocos de carácter social.

Al iniciar el grupo en línea, la familia se contiene y disminuyen las continuas visitas de urgencia en el ambulatorio. Sin embargo, se detectan problemas de vinculación entre los padres y el bebé que están interfiriendo de forma preocupante en su desarrollo comunicativo. Detectamos un encapsulamiento de Ana (20 puntos en comunicación de ASQ a los dos meses de edad,

puntuación de corte 40 sobre 60). Se detectan dificultades de contacto visual, con retirada de la mirada, disminución de la ingesta, disminución del llanto, disminución de reclamo de atención y aumento de las horas de sueño. Se les propone a los padres una visita psicológica de consulta abierta a parte de las sesiones grupales para explorar y profundizar en los síntomas detectados en Ana y en la relación. Tras esta observación se realiza una interconsulta con pediatría y se establece un acompañamiento pediátrico quincenal de tipo presencial, con un abordaje psicológico quincenal en línea (alternando con pediatría), paralelamente al abordaje grupal semanal. De esta forma y durante un período de dos meses, la familia recibe un total de dos sesiones semanales, trabajando todos los profesionales en la misma línea, fomentando el vínculo, la comunicación y el desarrollo global de la bebé. Se realiza una coordinación entre la enfermera pediátrica del grupo en línea, la enfermera pediátrica y la pediatra referentes de la familia. Se realiza una coordinación con el referente de medicina de familia de la madre para favorecer una transición en la incorporación de esta al trabajo en el momento adecuado para no interferir el desarrollo de Ana, ni el vínculo que se está creando entre Ana y sus padres.

A los cuatro meses de edad, se observa una clara mejoría de Ana en el área de comunicación del ASQ (40/60 puntos). Se indica un seguimiento específico pediátrico y un seguimiento puntual psicológico hasta los 12 meses, observando una evolución positiva y no siendo necesaria la derivación al equipo de atención precoz.

En la valoración psicológica de los 18 meses de edad (realizada por una psicóloga que desconoce la historia de la familia y la ayuda recibida), se observa un desarrollo de Ana dentro de la normalidad que presenta puntuaciones en el ASQ en comunicación 40/60; resolución de problemas 35/60; psicomotricidad gruesa 50/60; psicomotricidad fina 60/60; socio-individual 60/60. Se dan indicaciones para continuar, acompañando a la familia en el desarrollo saludable de Ana de forma coordinada con el equipo pediátrico. El vínculo entre Ana y Nuria a los 18 meses evaluado con el PIR-GAS obtiene una puntuación de 80/100, observándose una buena interacción madre-bebé. La

sintomatología de la madre ha descendido significativamente, hallando un 6 en el EPDS y un 60-30 en el STAI (estado-rasgo).

El abordaje de esta familia fue objeto de reflexión clínica interna y, posteriormente, presentado conjuntamente por pediatría y el equipo psicoterapéutico en una sesión clínica formativa dirigida a todos los profesionales del ambulatorio y de la red sanitaria del barrio.

Grupo de lenguaje, comunicación y habilidades sociales

Tras analizar los resultados evolutivos a los 18 meses de los niños que han vivido la pandemia de la Covid-19 respecto a las evaluaciones previas a ella, se observa con preocupación una disminución significativa de los niveles de lenguaje y comunicación en los bebés. Con la llegada de la figura de los Referentes de Bienestar Emocional y Comunitaria (RBEC) a los ambulatorios de Cataluña, se propone la realización de un grupo piloto específico para la promoción del lenguaje y la comunicación de los niños con la participación de las familias. Se plantea una propuesta de intervención conjunta: por un lado, la psicóloga de Bruc Salut experta en el ámbito perinatal y, por otro, el RBEC destinado a la atención comunitaria. Ambos lideran el grupo presencial para la estimulación de la comunicación, el lenguaje y el vínculo afectivo para niños de 18 a 30 meses de edad y sus cuidadores principales, focalizado en los menores en los que se ha detectado una necesidad de intervención en este campo.

El objetivo de la intervención radica en la mejora de la competencia del lenguaje y la comunicación a partir de una nueva metodología: la implementación de grupos cerrados de pacientes de 18 a 30 meses con un desarrollo por debajo de las expectativas establecidas por el instrumento ASQ-3 según la edad que presentan, acompañados de sus padres o cuidadores principales. En estos grupos, concretamente, se facilitan prácticas para la estimulación del lenguaje como método preventivo de posibles anomalías y, así, promover el desarrollo saludable. La presencia de los padres o cuidadores principales en el grupo permite, por otro lado, incidir también en el vínculo afectivo y dar continuidad

en el entorno familiar. Durante las sesiones se acoge a los padres, se les integra en las dinámicas, aprenden a observar y se les muestra cómo estimular el lenguaje y la comunicación en las relaciones familiares cotidianas.

A causa de la Covid-19, una gran cantidad de los niños que asisten al ambulatorio no acuden a la guardería y tampoco se relacionan con otros niños y niñas de su misma edad en ambientes diferentes al de su entorno familiar. Es por este motivo que la realización de este tipo de grupos también permite incidir en el área socio-individual.

Alex: el grupo como prevención efectiva

Álex es el segundo hijo de la familia. Tras ser citado con el equipo psicoterapéutico para su valoración a los 18 meses de edad y posteriormente a la aplicación del instrumento ASQ-3, se observan unas puntuaciones en referencia al desarrollo de la comunicación de 25/60. Después de valorar el caso, se decide proponer a la familia una intervención grupal para la mejora de dicha área del desarrollo.

Durante la realización de las sesiones grupales, Álex siempre asiste acompañado de su madre, a excepción de la quinta sesión, a la cual acudieron conjuntamente padre y madre. En el transcurso del grupo, se han podido observar sus intenciones comunicativas, aunque con escaso lenguaje. Álex es un niño muy expresivo, se observan dificultades para compartir el juego, la espera y la gestión de rabietas.

La presencia del padre estimula en Álex un incremento de la comunicación y la expresividad. En el grupo, se aprecia un aumento del léxico y una mejora en el diálogo para compartir los juguetes y el material, y en la espera y la gestión de las emociones, concretamente las rabietas y enfados. La madre cada vez se va mostrando más receptiva, más participativa y tomando más iniciativa en la comunicación. Además, se aprecia cómo ha ido poniendo en práctica los recursos facilitados dentro del espacio terapéutico grupal y se observa una mejora del vínculo afectivo madre-niño.

Al finalizar el grupo, se valora una evolución favorable de Alex y satisfactoria por parte de los padres. Alex seguirá los controles pediátricos habituales.

Luis: el grupo como sensibilización de los padres a las necesidades de su hijo

Luis es el tercer hijo de la familia. Desde pediatría, se hace el seguimiento habitual del niño sano y presenta un desarrollo psicomotor aparentemente normal en las revisiones hasta los 12 meses. En la visita de los 18 meses de edad, la enfermera pediátrica detecta un retraso en las áreas de lenguaje y comunicación (señala con el dedo y mira a los ojos, pero sin vocabulario en consulta). Estas dificultades comunicativas de Luis se atribuyen a la pandemia por Covid-19, ya que siguieron un confinamiento en casa muy estricto, sin apenas contacto con familiares y amigos. Se observa en Luis mucha timidez con todas las personas que no sean sus familiares más cercanos y un estancamiento en la comunicación. El equipo de pediatría lo comenta con los padres y les dan pautas para la estimulación. Aunque ha empezado a ir a la guardería dos horas al día, el resto del día está con la abuela. Se perciben dificultades en los padres en poder observar y acompañar las necesidades de Luis.

Según protocolo, se propone cita con el equipo psicoterapéutico para su valoración a los 18 meses, que observa a un niño con presencia de una extrema timidez y una vinculación muy fusional con la madre. Las puntuaciones obtenidas en el ASQ-3 son de 10/60 en el área de comunicación y de 35/60 en el área socio-individual. Se dan pautas más específicas a la familia para promover la estimulación del lenguaje y la triangulación familiar hasta la nueva fecha de visita de seguimiento, tres meses después de la exploración.

A pesar de que Luis haya ampliado su horario en la guardería y que la familia refiere haber seguido las pautas indicadas, en el seguimiento pediátrico se siguen observando dificultades comunicativas que los padres refieren como falta de confianza. Se propone a la familia la participación en la grupal de comunicación, lenguaje y vínculo. Los padres acceden a participar, aunque lo acompañará su abuela a las sesiones, ya que los padres trabajan. Dado que la abuela es una figura referente para Luis, se considera importante su participación en el grupo.

La enfermera referente se encarga de hacer una coordinación telefónica con el director de la

guardería a la que asiste Luis, previa autorización de la familia, para hacer un trabajo paralelo y conjunto.

Durante la realización de las sesiones del grupo, se observa a Luis distante y con dificultades para relacionarse con el resto de los niños. No se observa intención comunicativa, ni lenguaje. A medida que transcurren las sesiones, cuando Luis ya es conocedor del espacio, de los profesionales y del resto de participantes del grupo y se encuentra integrado en el espacio, puede jugar con los otros niños, pero siempre realizando el acercamiento a través de un objeto. No se ha observado la presencia de lenguaje durante el juego salvo en dos momentos puntuales.

Al finalizar el grupo, los dos equipos (psicoterapéutico y pediátrico) hacen la devolución conjuntamente a la familia y se explica la conveniencia de derivar a Luis al Centro de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP), donde se podrá hacer un seguimiento por especialistas de la psicología y neuropsiquiatría. La familia finalmente acepta la necesidad de un trabajo más específico para Luis.

Dadas las dificultades de la familia para observar y acompañar las necesidades de Luis en torno al lenguaje y la comunicación, el grupo facilita una sensibilización de la familia (abuela y, posteriormente, los padres) y la aceptación de la derivación al CDIAP para su valoración.

La enfermera de pediatría referente de Luis, después de hablar con la familia y hacer la derivación, se coordina con la directora del CDIAP (psicóloga también) para explicar el trabajo previo que se ha realizado. Luis seguirá haciendo los controles de pediatría habituales con su enfermera y pediatra referentes y, además, será tratado regularmente en el CDIAP.

Miradas hacia el futuro: investigación, clínica y docencia

Este proyecto se basa en una integración de la investigación al servicio de la prevención y la atención clínica a población vulnerable que permita la sensibilización de los profesionales del EAP del área de referencia de esa población. Los resultados que hemos ido obteniendo han permitido incorporar nuevas líneas de trabajo o modificaciones de las ya existentes, en función

de las necesidades de los pacientes, consiguiendo con ello aún mejores resultados.

Abriendo el espacio a la paternidad

Hemos observado la presencia del padre del bebé en la visita psicológica de los 18 meses. En estas visitas, el padre, que a menudo viene con la madre, suele hacer preguntas sobre su rol en la crianza de su bebé. El espacio de exploración permite hablar con el padre sobre su deseo por contribuir al crecimiento y desarrollo de su hijo/a. A partir de esta experiencia, pensamos en ofrecer una valoración integrando a toda la familia.

La paternidad del hombre, igual que la maternidad en la mujer, implica una crisis vital y una nueva etapa madurativa que lo impulsa a replantearse su propia identidad y su rol. El padre, igual que la madre, establece un vínculo específico con su bebé antes, durante y después del nacimiento que se va consolidando hacia los 18 meses de vida del bebé. Decidimos explorar cuáles son los aspectos del desarrollo infantil en los que el funcionamiento reflexivo paterno puede tener mayor influencia.

Para valorar el funcionamiento reflexivo proponemos al padre unas preguntas sobre su implicación en el cuidado y el tiempo de juego, así como un breve cuestionario llamado *Parental Reflective Functioning Questionnaire*, validado en población española por Gordo et al. (2020). Este espacio de reflexión conjunto sobre su paternidad facilita que el padre piense sobre cómo se puede relacionar mejor con su bebé, disfrutando de la interacción, para que crezca lo más saludable posible.

Siguiendo la formación a profesionales

Actualmente, se realizan sesiones trimestrales por parte del equipo psicoterapéutico perinatal, sobre aspectos teóricos y clínicos a través de casos y talleres prácticos para la administración y corrección de cuestionarios, etc. En las últimas formaciones, se han presentado casos clínicos de forma interdisciplinar, con la intervención y función de cada profesional en la situación concreta. Se fomenta tanto la comprensión teórica de la psicología y psicopatología perinatal como su abordaje de forma coordinada y las líneas de conexión con los equipos del territorio.

El profesional sanitario de enlace

Los diferentes programas perinatales anteriormente descritos se coordinan a través del profesional sanitario de enlace que realiza una coordinación del día a día entre el EAP y el equipo psicoterapéutico Bruc Salut. Al inicio del proyecto, esta figura estaba representada por un médico de familia, posteriormente por una enfermera de adultos y, actualmente, por una enfermera de pediatría. Es indiferente la categoría profesional del profesional sanitario de enlace, lo que es esencial es mantener la visión global y el conocimiento en profundidad de todos los recursos perinatales descritos con anterioridad en este artículo. El profesional sanitario de enlace gestiona y supervisa el seguimiento de cada familia con todos profesionales del EAP que intervienen, en coordinación con el equipo psicoterapéutico. Las indicaciones terapéuticas, así como las derivaciones, son decididas conjuntamente, trazando una línea global entre todos los profesionales y ofreciendo a la familia una guía de actuación coordinada.

Las principales funciones del profesional de enlace dentro del EAP son:

- Ser un punto de referencia para el resto de profesionales del EAP para comentar nuevos casos y poder discutir conjuntamente la mejor forma de abordaje según cada situación.
- Ser el enlace y fomentar la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en un mismo caso, por ejemplo, entre el equipo de medicina de familia referente de los padres y el equipo de pediatría referente del bebé, para definir la estrategia a seguir hacia una meta consensuada.
- Contener a las familias mediante el mantenimiento y la participación en la red comunitaria de apoyo del barrio, de la que el EAP también forma parte. Participar en las diferentes reuniones de estos servicios para que siga siendo una red coordinada y establecida en los diferentes equipamientos.
- Colaborar en el traspaso de información, velar por su confidencialidad y ayudar a identificar a los referentes de salud de cada miembro de la familia.
- Organizar todos los datos necesarios para el buen funcionamiento de los proyectos

y almacenarlos correctamente codificados para la investigación.

- Gestionar las agendas relacionadas con los proyectos en el programa informático de uso habitual del EAP. Coordinarse con el equipo psicoterapéutico para citar a los pacientes correctamente los días que dichos profesionales acuden para atender presencialmente.

Conclusiones: las implicaciones del abordaje interdisciplinar perinatal en atención primaria

El abordaje interdisciplinar es fundamental para el bienestar y la adecuada evolución de los pacientes adultos y niños, especialmente en el período perinatal, ya que se trata de un período breve, muy sensible y vulnerable, en el que intervienen muchos profesionales con el posible riesgo de fragmentar la visión y la atención de la familia.

Este abordaje global permite a las familias sentirse acompañadas y guiadas por su referente sanitario, que hará de portavoz de esta visión conjunta bio-psico-social realizada por parte de todo el equipo de profesionales que intervienen en el proceso, tanto el psicoterapéutico como el del centro de atención primaria de salud. En el caso de pacientes pediátricos, el referente es la enfermera pediátrica o la pediatra asignada para cada familia y, en el caso de las gestantes y madres, suele ser su comadrona y/o su médico o enfermera de adultos.

Este trabajo coordinado interdisciplinar tiene amplias ventajas en los pacientes que observan una red de profesionales cohesionados y con una función pensante activa ante sus necesidades, trazando un camino conjunto, de mayor contención. Estas implicaciones también tienen un correlato en los profesionales del EAP, destacando los siguientes aspectos:

- Ampliación de la mirada bio-psico-social, mayor comprensión de los pacientes y sus familias, tener una visión más global de la dinámica familiar, la gestación y evolución de las relaciones familiares, evitando centrarse solamente en el problema por el cual consultan ese día en la visita.
- Priorización de la atención global de las familias en el período perinatal y búsqueda del referente para activar el programa de atención.

- Aplicación de los aprendizajes adquiridos en las sesiones formativas por parte del equipo psicoterapéutico perinatal en la consulta diaria.
- Decisiones consensuadas acerca del mejor abordaje para cada familia, con la seguridad de recibir apoyo, conocimientos y acompañamiento en el proceso. Permite compartir las angustias y dificultades en la atención diaria a las familias, ampliando la capacidad de contención.
- Compartir y elaborar en equipo las ansiedades derivadas de la complejidad asistencial perinatal, mediante reuniones periódicas de equipo.

Desde nuestra experiencia a lo largo de estos ocho años, consideramos esencial la implementación de programas perinatales preventivos y su extensión a otros centros de Atención Primaria de Salud, especialmente en poblaciones vulnerables que presentan mayor riesgo de trastornos biológicos, psicológicos y sociales. El profesional sanitario de enlace es una figura esencial que permite tejer y reflexionar la atención en red, siendo necesaria esta figura para el buen desarrollo del niño y su entorno familiar.

Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente a todas las madres, padres y bebés que han participado del estudio.

Este trabajo no habría sido posible sin el impulso y el soporte de la dirección del EAP Roquetes-Canterres, priorizando los objetivos de una intervención en medicina preventiva y una asistencia bio-psico-social y comunitaria integrada.

Bibliografía

- Bailón, E. (2000). Seguimiento del embarazo en atención primaria. *SEMERGEN*, 26(11): 537-49.
- Bion, W. R. (1985). *Experiencias en grupo. Grupos e instituciones*. Barcelona.
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D. y Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *The Journal of Affective Disorders*, 39(3), 185-189.
- Cramer, B. y Palacio-Espasa, F. (1993). *La*

pratique des psychothérapies mères-bébés. Etudes cliniques et techniques. PUF.

Gomà, M., Martínez, M., Blancafort, X., Muniente, G., Anton, S., Lara, S., Arias-Pujol, E., Llaíró, A. y Nanzer, N. (2020a). Detection of depressive-anxiety symptomatology and associated risk factors among pregnant women in a low-income neighborhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4).

<https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1761319>.

Gomà, M., Abad, A., Montilla, F., Surís, M., Llaíró, A. y Arias, E. (2020b). Atención grupal interdisciplinar en línea en embarazo de riesgo durante COVID19. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 36, 11-21.

Gordo, L., Iriarte Elejalde, L. y Martínez-Pampliega, A. (2020). Spanish Version of the Parental Reflective Functioning Questionnaire (CFRP-18). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 55(2), 5-17.

Moayedoddin, A., Moser, D. y Nanzer N. (2013). The impact of brief psychotherapy centered in parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss Medical Weekly*, 14.

Nanzer, N. (coord.) (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Fil Rouge, PUF.

Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltema,

M., Knauer, D., Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4), 259-68.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Guidelines Review Committee, Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health & Ageing, Mental Health (MHF), Nutrition and Food Safety, Sexual and Reproductive Health and Research* [en línea]. Consultado el 22 noviembre 2022 en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240044074>.

Direcció General de Salut Pública (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut* [en línea]. Consultado el 25 de agosto de 2022 en:

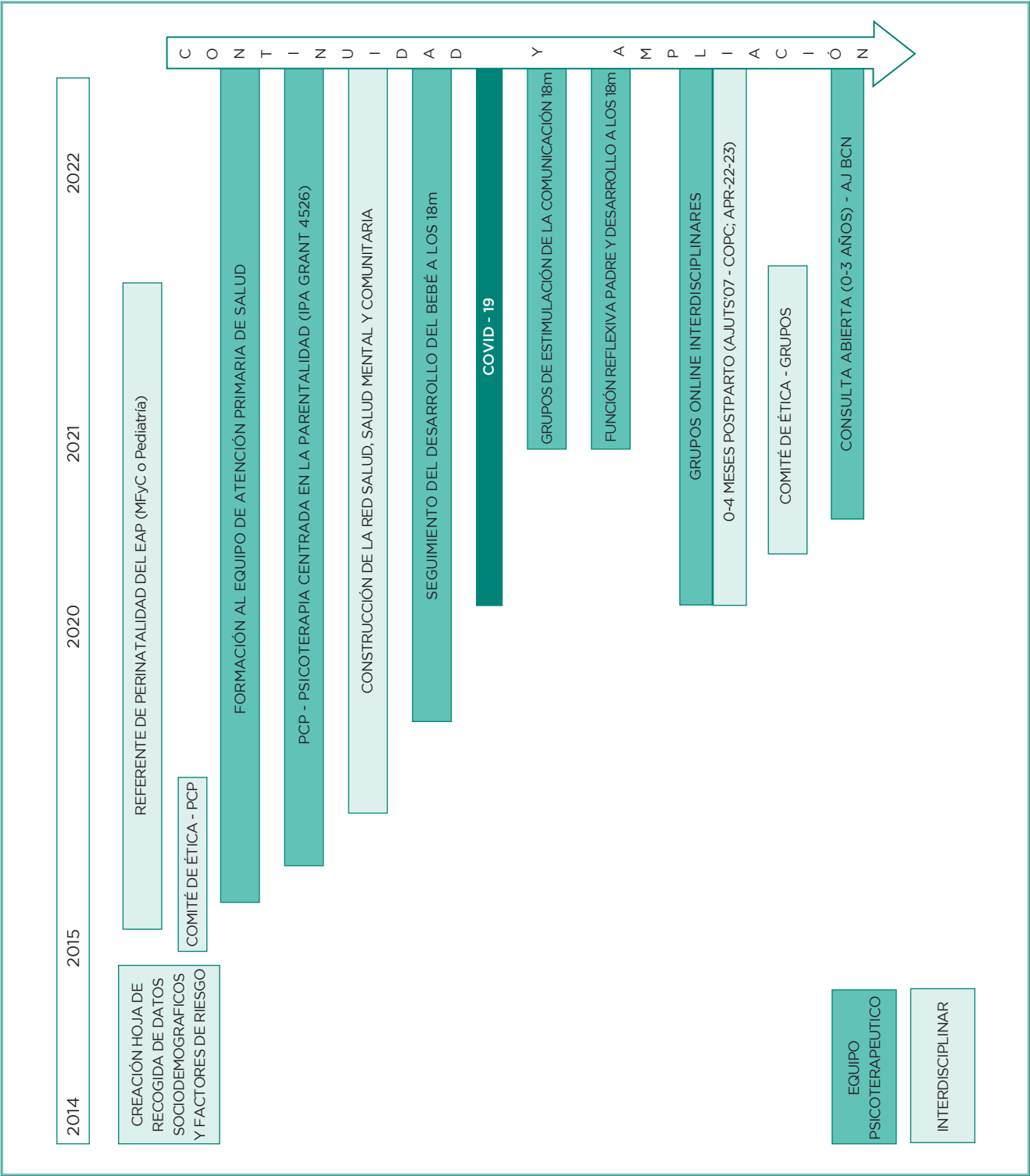
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1197/protocol_activitats_preventives_promocio_salut_edat_pediatrica_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologist Press.

Squires, J. y Bricker, D. (2009). *Ages and Stages Questionnaire-3 (ASQ-3)*. Paul H Brookes Publishing Co.

Zero To Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (rev.)*. National Center for Clinical Infant Programs (NCCIP).

Anexo: esquema de la atención perinatal integral e interdisciplinar desde atención primaria de salud junto a un equipo psicoterapéutico especializado



Documento del Grupo de Estudios Neonatales sobre el acompañamiento de padres y madres a recién nacidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Maternidades durante la pandemia por SARS-CoV-2*

MAR ALBÚJAR^{1A}, LAURA CASTELLS^{1B}, ROSARIO DíEZ^{1C}, MÒNICA DOMINGO^{1D}, GEMMA GINOVART^{1E}, MARCOS LINÉS^{1F}, ANNA LUCIA PALTRINIERI^{1G}, ROSER PORTA^{1E} Y CÈSAR W. RUIZ-CAMPILLO^{1H}

RESUMEN

Documento del Grupo de Estudios Neonatales sobre el acompañamiento de padres y madres a recién nacidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Maternidades durante la pandemia por SARS-CoV-2. El documento parte de una reflexión sobre la política de restricción de visitas de los padres en las unidades neonatales y del acompañamiento en las plantas de maternidad que se aplicó en los hospitales en las primeras fases de la pandemia. Casi un año tras su inicio, un grupo de neonatólogos con espíritu autocrítico trabajamos de forma conjunta, en el marco del *Grup d'Estudis Neonatals*, con la voluntad de analizar los posibles efectos adversos de las medidas sobre aspectos fundamentales como son el neurodesarrollo del recién nacido, la lactancia materna y la salud psicológica de los progenitores. Y, finalmente, desde el conocimiento y recursos que teníamos en ese momento, elaborar nuevas recomendaciones. **Palabras clave:** SARS-CoV2, cuidados centrados en el desarrollo y familia, unidad neonatal, maternidad.

ABSTRACT

Document of the Neonatal Study Group on the accompaniment of parents of newborns in Neonatal Intensive Care Units and Maternity Units during the SARS-CoV-2 pandemic. The document is based on a reflection on the policy of restricting parental visits in neonatal units and the accompanying in maternity wards that was applied in hospitals in the early phases of the pandemic. Almost a year after its beginning, a group of neonatologists with a self-critical spirit worked together, within the framework of the *Grup d'Estudis Neonatals*, with the aim of analyzing the possible adverse effects of the measures on fundamental aspects such as the neurodevelopment of the newborn, breastfeeding and the psychological health of the parents. And, finally, from the knowledge and resources we had at that time, to develop new recommendations. **Key words:** SARS-CoV2, developmental and family-centered care, neonatal unit, maternity.

RESUM

Document del Grup d'Estudis Neonatals sobre l'acompanyament de pares i mares a nadons a les unitats de cures intensives neonatals i maternitats durant la pandèmia per SARS-CoV-2. El document parteix d'una reflexió sobre la política de restricció de visites dels pares a les unitats neonatals i de l'acompanyament a les plantes de maternitat que es va aplicar als hospitals a les primeres fases de la pandèmia. Gairebé un any després del seu inici, un grup de neonatòlegs amb esperit autocrític treballem conjuntament, en el marc del *Grup d'Estudis Neonatals*, amb la voluntat d'analitzar els possibles efectes adversos de les mesures sobre aspectes fonamentals com són el neurodesenvolupament del nou-nat, la lactància materna i la salut psicològica dels progenitors. I, finalment, des del coneixement i recursos que teníem en aquell moment, elaborar noves recomanacions. **Paraules clau:** SARS-CoV2, cures centrades en el desenvolupament i la família, unitat neonatal, maternitat.

*La primera versió de este documento fue publicada en la revista *Pediatría Catalana* (Albújar et al., 2021) y ha sido actualizado y adaptado con el fin de su publicación en esta revista.

¹Médecin pédiatre y neonatólogo/a, en representació del Grup d'Estudis Neonatals (GEN) de la Societat Catalana de Pediatria (SCP). ^AHospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, ^BHospital Quirón Salud del Vallès, ^CHospital de Mataró, ^DHospital Parc Taulí, Sabadell, ^EHospital Germans Trias i Pujol, Badalona, ^FHospital Quirón Dexeus, Barcelona, ^GHospital Clínic, Barcelona, ^HHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Contacto: gginovartgaliana@gmail.com

Unidad neonatal

En marzo del 2020, la irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2 motivó la restricción de las visitas de familiares de enfermos hospitalizados, con el objetivo de disminuir el riesgo de contagios intrahospitalarios, tanto de pacientes como de personal sanitario. La mayoría de las unidades neonatales (UNeo) de nuestro país están aún diseñadas en forma de una o varias salas donde diversos pacientes comparten espacio. Los equipos neonatales, de forma unánime y siguiendo las directrices propias de cada centro, sin datos epidemiológicos ni base científica y basándonos en el desconocimiento, el miedo y la prudencia, aplicamos medidas de intensidad diversa de restricción de entrada de padres y familiares.

Justificación del documento

Durante las últimas dos décadas, se ha vivido un cambio de paradigma en el modelo de cuidados de los prematuros y recién nacidos enfermos. Las UNeo de nuestro entorno han implantado el modelo de *cuidados centrados en el desarrollo y la familia* (CCDF), en el que los padres ya no son visitantes, sino cuidadores principales (Westrup, 2007; Roué et al., 2017; Griffiths et al., 2019).

Las medidas restrictivas generaron malestar y desconcierto en madres y padres y preocupación en los profesionales por los efectos colaterales no ponderados inicialmente. También es relevante el estrés moral que supuso ver cómo se derrumbaron en poco tiempo muchos hitos, y se pusieron en peligro los cambios de cultura alcanzados tras años de aprendizaje.

Un año después del inicio de la pandemia, con varios estudios epidemiológicos a nuestro alcance sobre el comportamiento de la infección por SARS-CoV-2 en recién nacidos, la mayor disponibilidad de tests diagnósticos y la dotación de material de protección suficiente, se impuso un replanteamiento de las medidas que limitan la entrada de padres en las UNeo. Numerosas instituciones científicas, grupos profesionales (Montes y Herranz-Rubia, 2020; Breindahl et al., 2020; Serra-Moranta et al., 2020; Boronat et al., 2020) y grupos de padres (NEC Society, 2020; Global Alliance for Newborn Care, 2020) habían

hecho oír su voz en publicaciones médicas y en medios de comunicación. Como miembros del *Grup d'Estudis Neonatals* sentimos el deber de reflexionar y elaborar unas recomendaciones.

Efectos adversos de la restricción de la presencia de los padres en las Unidades Neonatales

Los CCDF se han incorporado en las UNeo basándose en la ética y la evidencia científica que la presencia de la familia promueve un mejor neurodesarrollo del recién nacido y consigue unos mejores resultados en salud a corto y largo plazo (Arnaez et al., 2020).

La restricción de la presencia de los padres en las UNeo va en detrimento de múltiples cuestiones:

- La construcción del vínculo físico, emocional y afectivo entre el recién nacido y su familia, que dificulta la adquisición de las competencias parentales, ya que no les permite ser los cuidadores principales de sus hijos (Westrup, 2007; Roué et al., 2017; Griffiths et al., 2019; Montes et al., 2020; Boronat et al., 2020; Welch et al., 2015).
- Los estímulos positivos que los padres proporcionan a sus hijos (piel con piel, contención, voz, olor, tacto), que actúan como efecto protector sobre el estrés y el dolor inherentes al ingreso y que mejoran el neurodesarrollo (Griffiths et al., 2019; Montes et al., 2020; Anderzen-Carlsson et al., 2014; Baley., 2015).
- La lactancia materna: alimento específico de especie, que se asocia a una disminución de las infecciones, de la enterocolitis necrotizante y otras patologías propias de la prematuridad como la retinopatía del prematuro y, además, facilita la adquisición del rol de madre (Montes et al., 2020; Patel y Kim, 2018; Manzoni et al., 2013; Ginovart et al., 2016; Miller et al., 2018).
- La comunicación entre padres y profesionales y la participación de la familia en la toma de decisiones (Craig et al., 2015; O'Brien et al., 2018).
- El rol protector que tienen los progenitores sobre eventos adversos, dado que están plenamente implicados en la seguridad de su hijo (Sociedad Española de Neonatología [seNeo], 2015).
- La duración del ingreso hospitalario. La restricción de la presencia de los padres en las

UNeo alarga el tiempo de estancia hospitalaria y, por tanto, encarece el coste y los riesgos de la hospitalización (Griffiths et al., 2015; Boronat et al., 2020; Mosqueda et al., 2012; Peters et al., 2009).

Comportamiento de la infección por SARS-CoV-2 en recién nacidos

Varios estudios (Flaherman et al., 2021; Trevisanuto et al., 2021; Gale et al., 2021; Velasco Rodríguez-Belvís et al., 2020) han confirmado que, en la población neonatal, el comportamiento de la infección es habitualmente benigno. Los datos publicados procedentes del registro nacional de la seNeo (Fernández-Colomer et al., 2020) sobre infección postnatal demuestran que los recién nacidos infectados en la comunidad o en la UNeo fueron pocos, y presentaron en general manifestaciones clínicas leves, de tipo respiratorio o gastrointestinal y fiebre. Los dos casos de mayor gravedad se dieron en dos prematuros que presentaron neumonía y en un recién nacido con bronquiolitis por coinfección con Rinovirus. Todos los casos presentaron buena evolución. En los casos de infección nosocomial, el personal sanitario fue el vehículo de la infección en el 42,9 % de los casos.

Cuando las medidas estrictas de protección e higiene son respetadas, la tasa de transmisión horizontal del SARS-CoV-2 de madres positivas es muy baja (1-2 %). Y, en los positivos, la enfermedad se vuelve clínicamente evidente en la mitad de los pacientes.

Punto de vista de los padres y estrés moral de los profesionales

Los padres vivieron las nuevas medidas adoptadas en las UNeo desde el inicio de la pandemia con resignación, frustración y aumento de la ansiedad que ya comporta su situación vital.

Dejaron oír su voz a nivel nacional (Associació de prematurs de Catalunya, 2020) e internacional (NEC Society, 2020; GLANCE, 2020), reivindicando la importancia del vínculo (percibido como insuficiente en muchos casos), la lactancia materna y la participación en los cuidados que se vieron dificultados por las medidas restrictivas y defendiendo el derecho de sus hijos a estar acompañados y el derecho de los padres

a poder acompañarlos durante todo el ingreso (Parlamento Europeo, 1986; Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989).

Entre el colectivo de profesionales sanitarios, se generó una situación de estrés moral motivada por el sentimiento de estar disminuyendo la calidad asistencial de excelencia que suponen los CCDF para mantener un “riesgo cero utópico” y por el miedo que los hitos conseguidos durante los últimos años tardasen demasiado en recuperarse o no se llegaran a recuperar nunca del todo (Montes et al., 2020; Breindahl et al., 2020; Boronat et al., 2020; Prentice et al., 2018).

Sala de partos y *rooming in* en las plantas de maternidad

Desarrollar una guía para las madres embarazadas y sus recién nacidos al inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 fue particularmente problemático dado que sabíamos poco más allá que lo siguiente: el virus era muy contagioso y había formas muy graves de la infección con elevada mortalidad. La consideración de las embarazadas y sus hijos recién nacidos como grupo de especial riesgo hizo que se propusieran medidas de aislamiento muy estrictas entre madre e hijo que aconsejaban su separación en aquellos casos de enfermedad por COVID 19 incluso en mujeres poco sintomáticas y asintomáticas (Puopolo et al., 2020; Wang et al., 2020). A medida que tuvimos conocimiento científico de cómo afecta el virus a recién nacidos (formas clínicas leves en ausencia de factores de riesgo), las organizaciones científicas elaboraron recomendaciones a favor de mantener el vínculo madre-hijo, aconsejando hacer piel con piel e iniciar la lactancia materna en sala de partos, así como mantener el alojamiento conjunto durante toda la estancia hospitalaria (SeNeo, 2020; Servei Català de la Salut, 2022; Ministerio de Sanidad, 2020).

Es importante que los equipos asistenciales de Obstetricia y Neonatología, de forma coordinada, proporcionen esta información a los padres, explicando los riesgos conocidos sobre la posibilidad de transmisión postparto en caso de madres con COVID 19 y las medidas para evitarlo, respetando sus decisiones.

Modelo de parto y postparto respetado propugnado por el Departament de Salut

A principios del año 2019, se publicó la actualización del *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement*, basado en una atención respetuosa de la maternidad (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2019), dentro de un modelo de relación asistencial deliberativo, dando soporte a las mujeres para que tomaran las decisiones tras ser correctamente informadas. En este documento, se reivindica la función del otro progenitor, dando importancia a la presencia de una persona acompañante participando en el trabajo del parto al lado de la mujer, en el parto y en la atención al recién nacido al nacimiento, y durante toda la estancia en la planta de maternidad. En la vivencia compartida, se inicia una corresponsabilización que permite una mayor comprensión de este momento vital. A los pocos meses del inicio de la pandemia, el Departament de Salut publicó la *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons*, que ha tenido diversas actualizaciones, la última en marzo del 2022 (Servei Català de la Salut, 2022), basada en las nuevas aportaciones científicas que han ido apareciendo. En esta guía, el principio de actuación que se propone desde las primeras versiones es el modelo basado en una atención respetuosa a la maternidad manteniendo las medidas de protección necesarias. La mujer puede estar acompañada por la persona que ella decida siempre que se cumplan todas las medidas de protección establecidas. Da la opción que, en el caso que la persona acompañante tenga síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2 o sea un caso confirmado, éste no sea sustituido si las condiciones permiten el acompañamiento con las medidas de protección correspondientes. En caso de recién nacidos asintomáticos, recomienda el alojamiento conjunto madre-hijo, manteniendo las medidas de protección y control de la infección. Y en las situaciones en que la madre, por su estado clínico, no permita el alojamiento conjunto, se recomienda que el recién nacido se mantenga en la planta de maternidad con la presencia de un cuidador o cuidadora principal sano.

Recomendaciones sobre el alojamiento conjunto de la seNeo

Desde el inicio de la pandemia, la seNeo fue proactiva en publicar y versionar las recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2 (SeNeo, 2020), mediante un documento con reactualizaciones frecuentes basado en la bibliografía que se iba publicando, y también creando una base de datos estatal donde las diferentes unidades neonatales han ido recogiendo variables sobre la gestante con SARS-CoV-2 y su recién nacido.

La última versión publicada en el protocolo del Ministerio de Sanidad (2020), en junio de 2020, mantenía la recomendación de favorecer el alojamiento conjunto madre-recién nacido en planta de maternidad, si el estado clínico de la madre y del recién nacido lo permitía, con las medidas de protección establecidas, junto con un acompañante escogido por la madre.

Datos sobre seguridad del alojamiento conjunto

Hasta donde sabemos respecto la transmisión postnatal de madre a hijo del SARS-CoV-2, no hay evidencia que apoye la hipótesis que el alojamiento conjunto y la lactancia materna sean factores de riesgo para la transmisión postnatal del SARS-CoV-2 de madres infectadas a sus recién nacidos.

Las organizaciones científicas han fomentado el alojamiento conjunto y la lactancia materna en madres infectadas con el SARS-CoV-2, siempre que se utilicen las precauciones adecuadas para prevenir su transmisión a través de las secreciones respiratorias si el estado clínico de la madre lo permite.

Se han publicado diversos estudios que evalúan la seguridad de la práctica del alojamiento conjunto de recién nacidos a término o prematuros tardíos y sus madres infectadas con el SARS-CoV-2 asintomáticas o con síntomas leve-moderados (Gale et al., 2021; Kaufman y Puopolo, 2021; Blumberg et al., 2020; Walker et al., 2020; Cojocar et al., 2022; Marín Gabriel et al., 2020; Solís-García et al., 2021). La conclusión de estos ha sido que el riesgo de transmisión materno-infantil del SARS-CoV-2 durante el alojamiento conjunto parece improbable, y no tienen un riesgo mayor en comparación con los

recién nacidos que están separados si se siguen las medidas de prevención adecuadas. La educación y la aplicación constante y rigurosa de las recomendaciones durante el ingreso fueron fundamentales. Hay que tener en cuenta que estos recién nacidos serán dados de alta, incluso precoz, con sus padres como cuidadores en la mayoría de los casos. Las guías internacionales han elaborado la recomendación a favor de mantener la lactancia materna. Aunque se ha informado de muestras de leche materna positivas por SARS-CoV-2 mediante RT-PCR, no se ha demostrado el riesgo de transmisión por esta vía. Las muestras que son positivas no contienen necesariamente virus viables y transmisibles (Groß et al., 2020; Chambers et al., 2020; OMS, 2020). En el contexto de la infección materna por COVID-19, así como en madres vacunadas (Bäuerl et al., 2022), el recién nacido puede recibir protección pasiva de anticuerpos del virus. En madres con afectación clínica moderada-grave, una alternativa segura sería la extracción y administración de la leche materna por un cuidador sano.

Recomendaciones del Grup d'estudis neonatals (actualizadas mayo 2022)

- Las medidas de contingencia para la prevención de la infección por SARS-CoV-2 en recién nacidos durante y después del parto deben elaborarse y revisarse de acuerdo con la evidencia científica disponible y la situación epidemiológica del momento.
- Priorizar el acompañamiento de la madre y el contacto piel con piel en el postparto inmediato, tanto en partos vaginales como en cesáreas.
- Promover el alojamiento conjunto en las plantas de maternidad con la madre siempre que su condición de salud lo permita.
- Promover la lactancia materna e iniciarla durante la primera hora de vida siempre que el estado de la madre y el recién nacido lo permitan, con las medidas de higiene recomendadas.
- Las exploraciones y controles rutinarios se realizarán dentro de la habitación de alojamiento conjunto.
- Los padres de los recién nacidos ingresados en la UNeo, como cuidadores principales, y las

asociaciones que los representen, deberían poder tomar parte en las decisiones sobre las medidas de contingencia.

- Proporcionar a todo el personal y acompañantes los equipos de protección individual y las medidas de higiene adecuadas.
- Priorizar la entrada de ambos padres en la UNeo. Reiniciar hasta normalizar la entrada de otros familiares (hermanos, abuelos).
- Promover el alojamiento conjunto, siempre que la estructura hospitalaria lo permita (por ejemplo, en las plantas de pediatría), de familias y recién nacidos ingresados en la UNeo que estén en buenas condiciones y no precisen supervisión continua. A parte de los beneficios psicosociales, esta medida permite disponer de más espacio dentro de la UNeo y más facilidades para mantener las distancias de seguridad.
- En casos en que la sobreocupación de la UNeo implique la prudente limitación del número de padres en el espacio físico común, se deberían establecer criterios flexibles para minimizar la duración de la limitación.
- En la situación epidemiológica actual, establecer protocolos claros de reinicio de entrada a la unidad en casos de padres positivos para SARS-CoV2 y en casos de padres que son contactos, basados en su estado vacunal y en el uso de tests diagnósticos que minimicen la duración de la restricción de visitas.

En casos en que, por gravedad o por contagiosidad, los padres no puedan estar junto a su hijo:

- Animarlos a buscar un familiar/persona de confianza que no haya tenido contacto de riesgo con ellos, que pueda acompañar al recién nacido.
- Establecer circuitos para favorecer el vínculo, de mutuo acuerdo y preservar la confidencialidad: imágenes, vídeos, comunicación con el equipo asistencial, al menos una vez por turno.
- Involucrar a los padres en decisiones sobre cuidados básicos: por ejemplo, escoger la ropa de vestir.
- Ofrecer recursos de soporte psicológico a los padres, sobre todo a aquellos que sean positivos o enfermos que no puedan acompañar al recién nacido: servicio de psicología, asociaciones de padres, etc.

- En casos excepcionales de situación crítica del recién nacido, valorar permitir la entrada puntual de los padres positivos con un equipo de protección individual. Esto sería especialmente relevante en situaciones de final de vida del recién nacido. Si la infraestructura de la UNeo lo permite, proporcionar a la familia un espacio de aislamiento e intimidad y contemplar la entrada de otros familiares para despedirse del recién nacido.
- Intensificar las medidas higiénicas preventivas en los espacios de uso común (salas de padres, lactario).
- Considerar, como población prioritaria para recibir las nuevas dosis de vacuna frente al SARS-CoV-2, a los padres de prematuros nacidos antes de las 32 semanas y/o con un peso inferior a 1500g. En estos recién nacidos, la duración del ingreso es igual o superior a tres semanas y son recién nacidos considerados de riesgo para infecciones respiratorias. La inmunización de sus cuidadores principales frente a la COVID-19 es una medida protectora ante infecciones y disminuye el riesgo de restricción del acompañamiento en la UCI. La lactancia materna no contraindica la vacunación en personal de alta exposición o que tenga un alto riesgo de complicaciones por la COVID-19 (Generalitat de Catalunya, 2021). Los padres de recién nacidos ingresados de larga estancia, como cuidadores principales de pacientes vulnerables, entrarían en esta categoría.

Estas recomendaciones estarían sujetas a cambios en función de la aparición de nuevas evidencias o de situaciones epidemiológicas particulares (como puede ser, por ejemplo, la aparición de un brote de COVID-19 entre el personal sanitario de una UNeo).

Bibliografía

- Albújar, M., Díez, R., Domingo, M., Ginovart, G., Paltrinieri, A., Porta, R. y Ruiz, C. (2021). Acompañament als nounats de les unitats neonatals i plantes de maternitat durant la pandèmia per SARS-CoV-2. *Pediatría Catalana*, 81(2), 102-107.
- Anderzen-Carlsson, A., Lamy, Z. C., Tingvall, M. y Eriksson, M. (2014). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 2: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 24907. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24907>
- Arnaez, J., Montes, M. T., Herranz-Rubia, N. y García-Alix, A. (2020). The Impact of the Current SARS-CoV-2 Pandemic on Neonatal Care. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 247-257. <https://10.3389/fped.2020.00247>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas* (20 de noviembre de 1989)
- Associació de Prematurs de Catalunya, *Som prematurs*, 16 desembre 2020 @somprematurs. Recuperado de: <https://www.instagram.com/tv/CI3bqGIKFy3/?igshid=rc09lrcfj144>
- Associació de Prematurs de Catalunya, *Som prematurs*, 17 novembre 2020. *Taula Rodona: Prematuritat en temps de COVID*. Recuperado de: <https://m.facebook.com/somprematurs/videos/682655079317684/>
- Baley, J. (2015). Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU. *Pediatrics*, 136(3), 596-599. <https://10.1542/peds.2015-2335>
- Bäuerl, C., Randazzo, W., Sánchez, G., Selma-Royo, M., García Verdeo, E., Martínez, L., Parra-Llorca, A., Lerin, C., Fumadó, V., Crovetto, F., Crispí, F., Pérez-Cano, F. J., Rodríguez, G., Ruiz-Redondo, G., Campoy, C., Martínez-Costa, C., Collado, M. C. y Milk CORONA study team (2022). SARS-CoV-2 RNA and antibody detection in breast milk from a prospective multicentre study in Spain. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 107(2), 216-221. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-322463>
- Blumberg, D. A., Underwood, M. A., Hedriana, H. L. y Lakshminrusimha, S. (2020). Vertical Transmission of SARS-CoV-2: What is the Optimal Definition? *American journal of perinatology*, 37(8), 769-772. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712457>
- Boronat, N., Escarti, A. y Vento, M. (2020) We want our families in the NICU! *Pediatric Research*, 88(3), 354-355. <https://10.1038/s41390-020-1000-9>

- Breindahl, M., Zachariassen, G., Christensen, P. S. y Henriksen, TB. (2020). Dilemmas and Priorities in the Neonatal Intensive Care Unit during the COVID-19 Pandemic. *Danish Medical Journal*, 67(4), A205021.
- Chambers, C., Krogstad, P., Bertrand, K., Contre-ras, D., Tobin, N. H., Bode, L. y Aldrovandi, G. (2020). Evaluation for SARS-CoV-2 in Breast Milk From 18 Infected Women. *JAMA*, 324(13), 1347-1348.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.15580>
- Cojocar, L., Crimmins, S., Sundararajan, S., Goetzinger, K., Elsamadicy, E., Lankford, A., Turan, O. M. y Turan, S. (2022). An initiative to evaluate the safety of maternal bonding in patients with SARS-CoV-2 infection. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 35(18).
<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1828335>
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J. y Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(1), 5-8.
<https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2020). *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement* [en línea]. Recuperado de:
https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. (2021). *Recomanacions de vacunació contra la COVID-19. Informació per professionals de la salut*. [en línea]. Recuperado de:
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/V/vacuna-covid-19/materials/recomanacions-vacunacio-covid-19.pdf
- Fernández-Colomer, B., Sánchez-Luna, M., de Alba Romero, C., Alarcón, A., Baña Souto, A., Camba Longueira, F., Cernada, M., Galve Pradell, Z., González López, M., López Herrera, M. C., Ribes Bautista, C., Sánchez García, L., Zamora Flores, E., Pellicer, A., Alonso Díaz, C., Herraiz Perea, C., Romero Ramírez, D. S., de Las Cuevas Terán, I., Pescador Chamorro, I., Fernández Trisac, J. L. y Matías Del Pozo, V. (2020). Neonatal Infection Due to SARS-CoV-2: An Epidemiological Study in Spain. *Frontiers in pediatrics*, 8, 580584.
<https://doi.org/10.3389/fped.2020.580584>
- Flaherman, V. J., Afshar, Y., Boscardin, W. J., Keller, R. L., H Mardy, A., Prah, M. K., T Phillips, C., Asiodu, I. V., Berghella, V., Chambers, B. D., Crear-Perry, J., Jamieson, D. J., Jacoby, V. L. y Gaw, S. L. (2021). Infant Outcomes Following Maternal Infection with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): First Report from the Pregnancy Coronavirus Outcomes Registry (PRIORITY) Study. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 73(9), e2810-e2813.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1411>
- Gale, C., Quigley, M. A., Placzek, A., Knight, M., Ladhani, S., Draper, E. S., Sharkey, D., Doherty, C., Mactier, H. y Kurinczuk, J. J. (2021). Characteristics and outcomes of neonatal SARS-CoV-2 infection in the UK: a prospective national cohort study using active surveillance. *The Lancet Child & adolescent health*, 5(2), 113-121.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30342-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30342-4)
- Ginovart, G., Gich, I., y Verd, S. (2016). Human milk feeding protects very low-birth-weight infants from retinopathy of prematurity: a pre-post cohort analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(23), 3790-3795.
<https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1145648>
- Global Alliance for Newborn Care (GLANCE) (2020). *Campaign* [en línea]. Recuperado de:
<https://www.glance-network.org/campaign>
- Griffiths, N., Spence, K., Loughran-Fowlds, A. y Westrup, B. (2019). Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*, 139, 104840.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840>
- Groß, R., Conzelmann, C., Müller, J. A., Stenger, S., Steinhart, K., Kirchhoff, F. y Münch, J. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. *Lancet*, 395(10239), 1757-1758.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31181-8)
- Kaufman, D. A. y Puopolo, K. M. (2021). Infants Born to Mothers With COVID-19-Making Room for Rooming-in. *JAMA pediatrics*, 175(3), 240-242.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5100>
- Manzoni, P., Stolfi, I., Pedicino, R., Vagnarelli, F.,

- Mosca, F., Pugni, L., Bollani, L., Pozzi, M., Gomez, K., Tzialla, C., Borghesi, A., Decembrino, L., Mostert, M., Latino, M.A., Priolo, C., Galletto, P., Gallo, E., Rizzollo, S., Tavella, E., Luparia, M., Corona, G., Barberi, I., Tridapalli, E., Faldella, G., Vetrano, G., Memo, L., Saia, O.S., Bordignon, L., Messner, H., Cattani, S., Della Casa, E., Laforgia, N., Quercia, M., Romeo, M., Betta, P.M., Rinaldi, M., Magaldi, R., Maule, M., Stronati, M., y Farina, D.; Italian Task Force for the Study and Prevention of Neonatal Fungal Infections, Italian Society of Neonatology (2013). Human milk feeding prevents retinopathy of prematurity (ROP) in preterm VLBW neonates. *Early Human Development*, 89(1), 64-68.
[https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(13\)70019-7](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(13)70019-7)
- Marín Gabriel, M. A., Reyne Vergeli, M., Caserío Carbonero, S., Sole, L., Carrizosa Molina, T., Rivero Calle, I., Cuadrado Pérez, I., Álvarez Fernández, B., Forti Buratti, A., Fernández-Cañadas y Morillo, A. (2020). Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes With COVID-19: A Multicenter Study of 242 Pregnancies and Their 248 Infant Newborns During Their First Month of Life. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 39(12), 393-397.
<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002902>
- Miller, J., Tonkin, E., Damarell, R. A., McPhee, A. J. y Suganuma, M., Suganuma, H., Middleton, P.F., Makrides, M. y Collins, C.T. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Human Milk Feeding and Morbidity in Very Low Birth Weight Infants. *Nutrients*, 10(6), 707.
<https://doi.org/10.3390/nu10060707>
- Ministerio de Sanidad (2020). *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. [en línea]. Recuperado de:
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
- Montes, M. T. y Herranz-Rubia, N., on behalf of the NeNe Nursing Group. (2020). Neonatal Nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future? *Journal of Neonatal Nursing*, 26(5), 247-251.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.07.005>
- Mosqueda, R., Castilla, Y., Perapoch, J., De la Cruz, J., López - Maestro, M. y Pallás, C. (2012). Staff perceptions on Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) during its implementation in Two Spanish neonatal unit. *Early Human Development*, 89, 1, 27- 33.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.07.013>
- NEC Society (2020). *We Lost Our Daughter to NEC During the COVID-19 Crisis* [en línea]. Recuperado de:
<https://necsociety.org/2020/05/05/we-lost-our-daughter-to-nec-during-the-covid-19-crisis>
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M i cols., F. I. S. y Board, F. I. P. A. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child & Adolescent Health*, 2(4), 245-254.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30039-74](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-74)
- OMS (2020). *Lactancia materna y COVID-19. Breve científico* [en línea]. Recuperado de:
<https://www.who.int/publications/i/item/10665332639>
- Parlamento Europeo. (1986). *Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados*. Resolución A2-25/86, 13 de mayo del 1986
- Patel, A. L. y Kim, J. H. (2017). Human milk and necrotizing enterocolitis. (2018). *Seminars in Pediatric Surgery*, 27(1), 34- 38.
<https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.007>
- Peters, K. L., Rosychuk, R. J., Henderson, L., Coté, J. J., McPherson, C. y Tyebkhan, J. M. (2009). Improvement of short- and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP trial. *Pediatrics*, 124, 1009-1020
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-3808>
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G. y Janvier, A. (2018). Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 103(5), F441-F445.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313539>
- Puopolo, K., Hudak, M. L. y Kimberlin, D. (2020). *Management of infants born to mothers with COVID-19*. [en línea] Recuperado de:
<https://www.aappublications.org/news/>

- 2020/07/22/newbornguidance072220
- Roué, M., Kuhn, P., Lopez Maestro, M., Mastrup, R. A., Mitanché, D., Westrup, B. y Sizun, J. (2017). Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 102(4), 364-368. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312180>
- Serra-Moranta, A. M., Sayol-Torres, L., Torner-Simó, N., Bermúdez Serrano, S. y Céspedes Domínguez, MC. (2020). Reflexions d'un equip de residents durant la rotació a Neonatologia, planta de puerperi, en època de Covid-19. Carta al director. *Pediatría Catalana*, 80, 85-86.
- Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya (2022). *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons* [en línea]. Recuperado de: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4786/guia_actuacio_enfront_casos_infeccio_nou_coronavirus_sars_cov2_dones_embarassades_nadons_2022.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Sociedad Española de Neonatología (seNeo) (2015). *Estado de la seguridad del paciente neonatal*. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado de: www.segurneo.es/images/stories/Estado_de_Seguridad_del_Paciente_Neonatal2015.pdf
- Sociedad Española de Neonatología (seNeo) (2020). *Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2* [en línea]. Recuperado de: <http://www.seneo.es/index.php/recomendaciones-covid-19-seneo>
- Solís-García, G., Gutiérrez-Vélez, A., Pescador Chamorro, I., Zamora-Flores, E., Vigil-Vázquez, S., Rodríguez-Corrales, E. y Sánchez-Luna, M. (2021). Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectas de COVID-19. *Anales de pediatría*, 94(3), 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.12.004>
- Trevisanuto, D., Cavallin, F., Cavicchiolo, M. E., Borellini, M., Calgaro, S. y Baraldi, E. (2021). Coronavirus infection in neonates: a systematic review. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 106(3), 330-335. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319837>
- Velasco Rodríguez-Belvis, M., Medina Benítez, E., García Tirado, D., Herrero Álvarez, M. y González Jiménez, D. (2020). Infección por SARS-CoV-2 en neonatos menores de 28 días. Serie de casos multicéntrica. *Anales de pediatría*, 96(2), 149-151. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.019>
- Walker, K. F., O'Donoghue, K., Grace, N., Doring, J., Comeau, J. L., Li, W. y Thornton, J. G. (2020). Maternal transmission of SARS-COV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis. *BJOG*, 127(11), 1324-1336. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16362>
- Wang, L., Shi, Y., Xiao, T., Fu, J., Feng, X., Mu, D., Feng, Q., Hei, M., Hu, X., Li, Z., Lu, G., Tang, Z., Wang, Y., Wang, C., Xia, S., Xu, J., Yang, Y., Yang, J., Zeng, M. y Zheng, J. (2020). Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). *Annals of translational medicine*, 8(3), 47. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.20>
- Welch, M. G., Firestein, M. R., Austin, J., Hane, A. A., Stark, R. I., Hofer, M. A., Garland, M., Glickstein, S. B., Brunelli, S. A., Ludwig, R. J. y Myers, M. M. (2015). Family Nurture Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit improves social-relatedness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1202-1211. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12405>
- Westrup, B. (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) - family-centered developmentally supportive care. *Early Hum Dev*, 83(7), 443-449. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.03.006>

Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia

IMKE DACHS^{1A}, EULÀLIA SAYRACH^{2A} Y ROSER FRAGO^{3A}

RESUMEN

Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia. Se presentan en este artículo dos casos atendidos en un centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) en los cuales el vínculo materno filial está gravemente comprometido desde etapas prenatales. Tanto desde aportes psicoanalíticos como de estudios neurocientíficos actuales, se expone cómo el periodo perinatal es clave para que el bebé pueda construir una base emocional sana que repercutirá en su desarrollo posterior. Se subraya la importancia de destinar recursos a la intervención precoz en mujeres gestantes o en periodo de puerperio que puedan presentar dificultades emocionales, para fortalecer el vínculo con sus hijos e hijas y prevenir una mayor tendencia a problemas de salud mental en estos. **Palabras clave:** perinatal, embarazo, intervención precoz, vínculo prenatal, trastornos vinculares.

ABSTRACT

Bonding disorders starting in the perinatal stage. Contributions of psychoanalysis and neuroscience. This article presents two cases attended in a child and adolescent mental health center (CSMIJ) in which the maternal-filial bond is severely compromised since prenatal stages. Both psychoanalytical contributions and current neuroscientific studies show how the perinatal period is key for the baby to build a healthy emotional base that will have repercussions on its later development. The importance of allocating resources to early intervention in pregnant or postpartum women who may present emotional difficulties is emphasized, in order to strengthen the bond with their children and prevent a greater tendency to mental health problems in them. **Key words:** perinatal, pregnancy, early intervention, prenatal bonding, bonding disorders.

RESUM

Trastorns del vincle amb origen a l'etapa perinatal. Contribucions de la psicoanàlisi i la neurociència. Es presenten en aquest article dos casos atesos en un centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) en què el vincle maternofilial està greument compromès des d'etapes prenatales. Tant des d'aportacions psicoanalítiques com d'estudis neurocientífics actuals, s'exposa com el període perinatal és clau perquè el nadó pugui construir una base emocional sana que repercutirà en el desenvolupament posterior. Se subratlla la importància de destinar recursos a la intervenció precoç en dones gestants o en període de puerperi que puguin presentar dificultats emocionals, per enfortir el vincle amb els seus fills i filles i prevenir una tendència més gran a problemes de salut mental en aquests. **Paraules clau:** perinatal, embaràs, intervenció precoç, vincle prenatal, trastorns del vincle.

Salud mental materna y conductas de apego

Todos somos producto de nuestra historia de desarrollo en el útero materno
Pampa Sarkar

Según la teoría del apego desarrollada por Bowlby (1993) a mediados del siglo XX, los

humanos nacemos con la capacidad para apegarnos a un cuidador, pero necesitamos las condiciones favorables para poderla desarrollar. Sin esta posibilidad, las consecuencias en el psiquismo pueden ser muy graves. En los Servicios de Salud Mental infanto-juveniles (CSMIJ), muy frecuentemente nos encontramos con cuadros psicopatológicos derivados de

¹Psicóloga clínica i psicoterapeuta especializada en psicología perinatal. ²Subcoordinadora CSMIJ, arteterapeuta, trabajadora social. ³Licenciada médica, máster en psicopatología clínica ^ACSMIJ Santa Coloma de Gramenet. Programa Salud Mental Perinatal. Contacto: esayrach@fvb.cat

problemas vinculares que clínicamente pueden presentarse como problemas conductuales o psicosomáticos.

Los estudios de Bowlby, que muchos otros investigadores han desarrollado posteriormente, han servido de base para realizar numerosas intervenciones en el campo de la promoción de la salud mental en la infancia. Hoy sabemos que el objeto de un apego seguro sería dotar al individuo en evolución de mecanismos de seguridad y confianza que sean competentes y que puedan serle útiles para el resto de su vida.

Lyons-Ruth (2009) señala que el sistema de apego actuaría como mecanismo preventivo del estrés ambiental.

Por este motivo, en nuestra labor terapéutica con las familias que atendemos, muy a menudo tratamos de promover actitudes y conductas propias de este tipo de apego, con el objetivo de reparar daños vinculares y relaciones familiares.

Autores tan relevantes como Schore (2005) o Siegel (2016) han demostrado que las experiencias de apego y las relaciones tempranas con la madre moldean directamente la arquitectura cerebral y tienen efectos perdurables toda la vida. Pero incluso antes de las primeras relaciones de apego, existe toda una teoría, la llamada *teoría de la programación fetal*, según la cual algunas estructuras cerebrales podrían quedar programadas para la vida adulta en función del estado de la madre durante algunos periodos del embarazo, así como tener efectos a largo plazo en la salud física futura. Esta teoría surgió de la hipótesis que los cambios metabólicos en el útero establecerían patrones fisiológicos y estructurales que programarían la salud posterior (Ramírez-Vélez, 2012), incluida la salud mental.

En este sentido, la neurociencia ha contribuido en sus últimas décadas a conocer cuán importante es el papel del estrés materno en el desarrollo cerebral del feto y en la capacidad de gestionar la ansiedad y el estrés durante la vida adulta. Sabemos que elevados niveles de cortisol (hormona del estrés) alcanzan el cerebro del bebé en desarrollo y pueden dañar su sistema límbico, área que media las emociones, el aprendizaje y la memoria. Padecer ansiedad durante la gestación probablemente produce cambios duraderos en el sistema de adaptación

al estrés del hijo, haciéndolo más vulnerable y aumentando el riesgo de padecer trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad (Simon et al., 2009; Olza y Gainza, 2007; Van den Bergh y Marcoen, 2004).

La ansiedad durante el embarazo se puede manifestar en forma de preocupación acerca del bienestar fetal, rumiaciones, insomnio, nerviosismo o tensión. Estos síntomas son respuestas adaptativas frente a una situación desconocida o nueva. En casos más graves, pueden presentarse estados de pánico, agorafobia, síntomas obsesivos o de estrés postraumático, además de síntomas depresivos comórbidos (Maldonado-Duran, 2011). Cuando la ansiedad es muy intensa o insoportable también puede expresarse en forma de desconexión como mecanismo de defensa ante un sufrimiento máximo, con la consiguiente afectación en el vínculo con el bebé (Schore, 2022).

También existe mucha literatura respecto a la depresión postparto y, aunque no nos extenderemos en hablar de ella, remarcaremos que está fuertemente asociada a la depresión prenatal (Maldonado-Duran, 2011) y que sufrir depresión durante el embarazo también conlleva riesgos para la formación del feto (bajo crecimiento intrauterino o parto prematuro, entre otros) y en el posterior comportamiento del recién nacido (dificultades en autorregulación y conducta en la infancia). En cuanto a la vinculación materno-filial, hay autores que sostienen que el impacto de la depresión preparto es incluso más severo que en los casos de depresión en el puerperio, ya que las madres que la padecieron durante el embarazo fueron menos sensibles después con sus hijos (Flykt et al., 2010).

Parece claro, entonces, que tratar los trastornos emocionales durante el embarazo resulta imprescindible tanto para el bienestar de la mujer como para prevenir posibles futuras patologías en su descendencia.

Sensibilidad materna y vínculo prenatal

Sabemos que el apego, los cuidados maternos, el estado de la mujer durante el embarazo y determinados factores ambientales pueden afectar el desarrollo del bebé y perdurar a lo largo de su evolución. Incluso desde enfoques

teóricos de transmisión intergeneracional se defiende que la conducta de la madre puede influir no solo en el desarrollo emocional del hijo, como se afirma desde postulados psicoanalíticos sino que podría transmitirse y perdurar en generaciones futuras (Smoller, 2013).

Recientemente, se ha incrementado el interés por conocer y evaluar todos aquellos procesos psicológicos que se inician desde antes del nacimiento. En este aspecto, la psicología perinatal ha tenido un enorme papel. Esta rama de la psicología, surgida de la colaboración de diferentes profesionales reunidos entorno a madres y padres y al feto-bebé (Missonier, 2013), está orientada a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico y tratamiento de las familias desde la concepción hasta el puerperio, teniendo en cuenta que el establecimiento de un vínculo saludable entre la madre, el bebé y la familia es especialmente relevante (Sánchez, 2013).

El psicoanálisis siempre ha señalado que la gestación es un tiempo de preparación psicoafectiva para el cuidado del bebé y podemos decir que, actualmente, este supuesto ha sido confirmado por la neurociencia. De entre los hallazgos relacionados con la modificación del cerebro de la mujer gestante, destacamos el interesante descubrimiento de Barba-Müller (Hoekzema et al., 2016) por arrojar luz empírica a lo que comúnmente siempre se ha llamado “instinto maternal”. En su estudio, observó que durante el embarazo se reduce el volumen de materia gris en áreas relacionadas con la cognición social de la mujer, lo cual se asocia a una mayor capacidad de la madre para inferir las necesidades de su bebé, durante los dos primeros años desde la gestación.

En 1967, Winnicott ya había expuesto el concepto de preocupación materna primaria refiriéndose a una condición de incremento de la sensibilidad durante el embarazo y días cercanos al parto. Sabemos que es de vital importancia, para un recién nacido, disponer de una madre interesada en identificar sus diferentes estados, razones de llanto o posibles molestias y, sobre todo, que, ante estas experiencias de malestar, pueda sostenerlo emocionalmente, utilizando el concepto de *holding* del mismo autor. Bion (1962) también utilizó el término *reverie* para referirse al estado mental de la madre

requerido para conectar con las necesidades de su bebé, contener sus angustias y devolverse las transformadas de tal manera que puedan ser toleradas.

Investigaciones actuales han aportado el correlato neurobiológico que confirmaría los postulados psicoanalíticos. Schore (2005, 2022) señala que es necesario que la madre esté *psicobiológicamente* sintonizada con los reflejos del estado interno de su hijo para acceder a una comunicación afectiva con él e indica que cuanto mayor sea esta sintonización, más *sincronizada* será su interacción. Este autor afirma que el apego seguro depende de la sintonía psicobiológica de la madre con las alteraciones dinámicas de la activación autónoma del bebé. A través de la comunicación no verbal entre hemisferios derechos de ambos, madre y bebé modificarían su comportamiento para adaptarlo a cada momento y situación. De las interacciones afectivas reguladas y sincronizadas entre madre y bebé surgiría el sentimiento de seguridad, la curiosidad para explorar y la sorpresa de carga positiva, marcadores todos ellos de una buena salud mental infantil.

Otro aspecto relevante dentro de los procesos prenatales, en el que nos focalizaremos sobre todo en los casos analizados en este artículo, es el que tiene que ver con la vinculación afectiva que se establece con el bebé ya durante los meses de embarazo. Como señala Oiberman (2013), “el parto marca el inicio de la vida, pero no coincide con la relación madre-hijo, hay pues un proceso psicológico que cohabita con el biológico”. Son diversos los autores que hablan de vínculo antes del nacimiento o proceso de vinculación prenatal.

El vínculo prenatal puede definirse como la filiación afectiva por parte de la madre (o padre) hacia su bebé no nato y se caracteriza por los sentimientos y emociones de la madre gestante hacia su futuro hijo. A diferencia del apego, definido como un conjunto de sistemas e interacciones bidireccionales, el vínculo prenatal lo conformarían las manifestaciones cognitivas, afectivas y conductuales exclusivamente de la madre hacia el bebé (Roncallo et al., 2015). La mujer embarazada va construyendo representaciones (imágenes y fantasías) que influirán en las dinámicas, afectos y cuidados hacia el bebé.

Condon y Dunn (1998) hablan de la importancia de conocer la calidad de este vínculo para predecirla en el postparto, las llamadas “vinculaciones idénticas”.

El tipo de vínculo que la madre establecerá con su hijo por nacer estará influido por diferentes factores, como el estado emocional durante el embarazo, pues altos índices de estrés, ansiedad y depresión han estado asociados a una baja vinculación materno-fetal (Roncallo et al., 2015). Otros factores tienen que ver con su propia historia vincular, la edad, las relaciones familiares, el apoyo percibido, la adaptación al embarazo y los antecedentes obstétricos (Villa-González et al., 2015). En cuanto al último punto, se ha observado que las experiencias previas de duelo perinatal suelen condicionar emocionalmente los siguientes embarazos por el miedo a sufrir una nueva pérdida. Son gestaciones vividas a menudo con elevada angustia, lo cual, además de las repercusiones ya mencionadas anteriormente en relación con el desarrollo del feto, suele afectar también a la vinculación con él. Precisamente, algunos de los primeros estudios sobre vínculo prenatal provienen de casos atendidos por duelo gestacional.

Antes de proceder a la exposición de dos casos que ilustran cómo algunas veces el vínculo prenatal está gravemente afectado o anulado, queremos subrayar que las condiciones en las cuales se desarrolle este vínculo constituirán la base emocional sobre la cual se consolidarán personalidades más o menos sanas, más o menos resistentes o con mayor o menor tendencia a presentar problemas de salud mental (Grimalt y Heresi, 2012). Destacamos, al mismo tiempo, la esperanza (o posibilidad de cambio) que aporta Siegel (2016) y que compartimos, cuando afirma que los patrones de apego pueden cambiar con el paso del tiempo; se pueden resolver traumas y duelos, pasar de la inseguridad a la seguridad, ya que entiende el apego como un proceso dinámico. Las diferentes relaciones, ya sea con el otro progenitor si lo hay, con otros familiares, educadores, maestros, amistades o terapeutas pueden ayudar a hacer este cambio: “la clave está en encontrar una forma que estimule la reconexión cerebral de las personas para que puedan avanzar hacia la integración”.

En definitiva, la evidencia avala que favorecer el

bienestar socioemocional de las mujeres desde el principio del embarazo y promover un adecuado vínculo afectivo maternofilial es primordial para poder garantizar el buen desarrollo emocional, cognitivo y social de los menores.

Caso 1

Se presenta, a continuación, un caso en el que se ponen de manifiesto las dificultades en la construcción del vínculo cuando ha habido pérdidas previas a la gestación.

En el CSMIJ, se atiende en primera visita al paciente identificado a los seis años, acompañado por su madre.

Convive con sus padres y su hermana cuatro años mayor que él. Desde el inicio, se observa una madre sensible y con capacidades. Describe una buena relación de pareja, con implicación del padre en la crianza. Ambos trabajan, ella en el ámbito sanitario y él en el mundo de la cultura.

La madre presenta al niño como muy absorbente, con dificultades ante cualquier cambio y con mucha necesidad de anticipación. Explica que está muy apegado a ella, que es muy demandante y eso, a ella, la desborda y agota.

La madre relata que su hijo fue fruto de un embarazo complicado. Previo a este y posterior al nacimiento de la hermana mayor, sufrió dos pérdidas. La primera, a las 35 semanas de gestación. Era una bebé con un problema genético. La detección tardía del diagnóstico (a las 33 semanas) hizo que el sistema legal de España no permitiera la interrupción de este embarazo, por lo que debieron desplazarse a otro país para provocar el parto, añadiendo esta dificultad a todas las complicaciones emocionales y organizativas que la interrupción suponía. “En el caso de malformaciones severas o limitantes de vida, la madre y su pareja experimentan no solamente el shock de la noticia, sino que también se enfrentan a la necesidad de abordar una serie de decisiones duras. Elegir interrumpir el embarazo es, para muchos, un acto en contra de sus identidades maternas o paternas, aunque sientan que sea la mejor opción para ellos y su bebé (...). El impacto sobre las madres y padres puede ser severo y emocionalmente traumático” (Cassidy et al., 2018).

La segunda pérdida se produce por una rotura de la bolsa intrauterina al realizar una amniocentesis. Esta segunda pérdida agrandó el sentimiento de culpa de la madre por haber quedado embarazada antes de tener los resultados de las pruebas genéticas de las que estaban pendientes. Posteriormente, se descubre que ambos padres son portadores de una misma alteración genética, con el riesgo de que la padezca algún futuro hijo.

Durante el embarazo del paciente y ante la amenaza de parto prematuro, se indica reposo a la madre durante el tercer trimestre. Cuenta la madre que el arranque con el niño fue difícil desde muy bebé, ya que le reclamaba mucho. Durante los dos años de guardería, por ejemplo, lloraba continuamente; podía pasar más de dos horas llorando sin calmarse hasta que la avisaban para que lo fuera a recoger. La mujer nos pide ayuda para saber cómo manejarlo y cómo comportarse con él. Reconoce que va muy cansada por motivos laborales y que tal vez no está suficientemente receptiva a las demandas del hijo.

Una vez explorada la situación, se observa que las dificultades del paciente están muy ligadas a estas vivencias de duelo perinatal previas de la madre y a cómo estas han afectado a la calidad del vínculo madre-bebé, repercutiendo en la relación posterior entre ellos y pudiendo llegar a afectar al desarrollo psicológico del niño de no ser atendidas. Se decide tratar conjuntamente a madre e hijo para trabajar el vínculo entre ellos y se les deriva al “Grupo de vínculo” del CSMIJ.

Paralelamente al trabajo del grupo, en entrevistas con la madre y en conjunto con ambos padres en algunos momentos, van apareciendo aspectos que serán muy reveladores y significativos para todo el proceso familiar.

Entre los padres no había habido la oportunidad de poner en voz alta las vivencias alrededor de las dos pérdidas anteriores al nacimiento del chico, generando entre ellos un espacio de incompreensión y distanciamiento. Ambos fueron presa de la soledad de no poder compartir para no herir al otro. Les sostenía la certeza infundada de que hablar del dolor que se siente provoca más dolor en el otro. La pérdida de un hijo antes del nacimiento es difícil y duro de afrontar y el apoyo entre ambos miembros de la pareja es fundamental para evitar estados de

ansiedad y depresión. Tampoco a nivel social se dio el espacio para sentirse acompañados. “Estos padres y madres no pueden compartir su dolor. No existe la posibilidad de hablar de su hijo, por tanto, no pueden cumplir con una de las principales obligaciones hacia los muertos: recordarlos socialmente” (Cassidy et al., 2018). Y les invade la soledad y la invisibilidad por su hijo no reconocido, ni ellos mismos como padres de este.

En el proceso terapéutico, la madre pudo relatar lo difícil que fue para ella la pérdida de su bebé. Cuando parió a la niña y la sostuvo en brazos, le sobrevino una gran culpabilidad porque se veía una niña saludable. Esta niña ya tenía un nombre, Sandra. El padre creía que ella no había asimilado realmente que Sandra no estaba sana, ya que aparentemente estaba bien y que por eso ella se quedó con una culpa enorme y malestar por haber provocado el parto.

Luego, el padre vivió que la madre había deseado tanto tener otro hijo que llegó a obsesionarse con este deseo, sintiéndose él utilizado. Sin darse tiempo para la elaboración de la pérdida, buscaba y necesitaba embarazarse rápidamente de nuevo para llenar este vacío. Quedó de nuevo embarazada sin esperar el consejo genético fruto del resultado de las pruebas ni darse el tiempo físico de recuperación necesario. Antes de acabar la cuarentena, todavía con sangrado, la madre ya trabajaba de nuevo.

En el transcurso de las entrevistas, subyace el malestar de la madre por la vivencia de cuidar de un bebé que no es el bebé que debería haber sido. El paciente ocupa el lugar de sus dos hermanas muertas. Van apareciendo sentimientos muy íntimos, atribuyendo la madre sus dificultades con su hijo a un castigo por su insistencia en tener otro bebé. Su fantasía era algo del estilo de: “he deseado e insistido tanto en tener un bebé que se me ha castigado con un niño absorbente, del que no me puedo ni separar”. “Las investigaciones de diferentes ramas de la salud señalan (...) que el vínculo no surge en el período posterior al nacimiento, sino que tiene su origen en la etapa prenatal” (Roncallo et al., 2015). Además, “mujeres con altas puntuaciones de ansiedad en la gestación también presentan altas puntuaciones después del parto y muestran tendencia a sentirse más desbordadas ante las

tareas propias de la primera crianza, haciendo, a su vez, valoraciones más negativas de la conducta o temperamento de sus bebés” (Di Prieto, 2012). Podemos imaginar la ansiedad que rodeó el embarazo de este hijo y cómo el miedo a la muerte y la culpa por las pérdidas anteriores condicionaron este vínculo, dificultando, por parte de la madre, el poder ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su hijo. El establecimiento de un vínculo materno-fetal es lo que permite que la madre pueda ir diferenciándose de su bebé, sintiéndolo con su individualidad. En este caso, esta diferenciación quedó muy comprometida.

El no poder hacer espacio mental ni contar con ayuda social ni profesional para poder hacer esta elaboración previa provocó que, con el tiempo, fuera más complicado para la madre sostener a un bebé cada vez más inseguro del vínculo con su madre y más demandante, entrando en un círculo difícil de cortar para ambos. Bebés con menor capacidad de autorregulación y más irritables son percibidos por sus madres de forma más negativa. Estas pueden presentar alteraciones emocionales pre y post natales, influyendo de esta forma significativamente en las interacciones y pautas de cuidados y crianza (Di Prieto, 2012). Seis años más tarde, llegará al CSMIJ con un problema vincular.

Participaron activamente en todas las sesiones del Grupo de Vínculo. Éste sirvió para confirmar el diagnóstico inicial de trastorno del vínculo, poniendo de manifiesto una relación muy fusionada entre ambos y una gran dificultad en la madre para poder ver aspectos positivos en su hijo, además de una tendencia a desconfiar de sus intenciones. El trabajo durante el proceso grupal ayudó a trabajar la diferenciación, empezar a movilizar la situación y poner el foco de trabajo en la relación y no en dificultades propias del niño.

Posterior al grupo, observando que había habido cambios significativos entre ellos, se decide dejar de atender al niño y se ofrece un espacio individual a la madre para reforzar y sostener los cambios iniciales y acompañarla en el proceso de afianzar una nueva relación más sana y satisfactoria entre madre e hijo. De esta manera, también mandamos un mensaje a madre y niño de que él es un niño sano y no requiere en

estos momentos de más intervención directa por nuestra parte.

En este espacio, la madre va aportando su deseo de poder vivir y sentir a su hijo de otra manera y lo difícil que es para ella la relación con él. Queda capturada y encallada por pequeños detalles de la cotidianeidad sin poder contener a su hijo ni leer sus acciones como algo natural y propio de la edad, sino que le percibe como muy complicado. Incluso llega a interpretar algunas actitudes del niño con un punto de maldad. Cuando el niño falla en algo, la madre se siente muy herida, viviéndolo como si fuera ella quien estuviera fallando en su función materna y como persona. Este trabajo posterior al grupo con la madre a solas permitió poner el foco en su mirada y vivencias, liberando al chico de parte de sus proyecciones y ofreciendo un soporte a la madre, desculpabilizándola e integrando su propia historia. Conectar su relación actual con su narrativa permitió identificar aquellos patrones en su forma de estar y de captar a su hijo que tenían que ver con todo lo que ella como madre había depositado en él y con aquello que esperaba de él.

Para estos padres, entender su propia historia gestacional, releer los miedos previos y durante el embarazo de su hijo, y poner en voz alta sus vivencias, les ayudó a sentirse más cercanos, compartir sus procesos y comprenderse mutuamente. Poder renombrar y reconocer a su bebé fallecida, Sandra, como una más de sus hijos y darle su lugar contribuyó a ver al hijo menor de otra manera, con su individualidad, y empezar a gozar de su maternidad y paternidad y de la relación con él.

Caso 2

Veamos, en la siguiente viñeta clínica, un ejemplo de detección precoz de dificultades vinculares durante el embarazo y la intervención realizada desde el CSMIJ con la gestante. Se trata de una mujer que, junto a su marido, acudían a las visitas como padres de una menor en seguimiento por un trastorno del espectro autista. La paciente en cuestión era una niña de cinco años, la cual, desde muy pequeña, había estado siguiendo estrictos controles médicos por diferentes complicaciones neurológicas que, en el

momento de la primera visita psicológica, estaban controladas y no eran motivo de preocupación. Era una niña afable, inteligente, capaz de establecer contacto con otros.

Lo que inquietaba a los padres, en especial a la madre, eran las enormes dificultades de relación que presentaba debido a su elevada impulsividad y rigidez, algo que repercutía en sus diferentes contextos de interacción. Así, la madre se mostraba cansada de tener que disculparse en los parques cuando su hija empujaba a otros niños, expresaba estar harta de mantener reuniones con la tutora para hablar del comportamiento de la niña en el aula (escolarizada en centro ordinario), sentía impotencia teniendo que defender las actuaciones de esta con sus iguales cuando los monitores de las extraescolares cuestionaban que pudiera realizar según qué actividades, etc.

Este malestar de la madre aparecía unido a un sentimiento de soledad por la ausencia del marido en la gestión de los conflictos de la niña. Sentía tanto dolor y desamparo que, en más de una ocasión, había verbalizado la posibilidad de separarse de él. Esta idea, que deambulaba por las visitas sin llegar a materializarse nunca, el padre la había traído también a sesión como una amenaza verbal recurrente de su mujer. Este hecho desconcertaba al marido, ya que, al mismo tiempo, ella mostraba deseos de tener un segundo hijo, algo que él le recriminaba, entremezclado con quejas por la falta de relaciones sexuales. La desesperación de ella, la incompreensión del marido y la falta de comunicación entre ambos, se traducían en visitas de elevada tensión emocional, llenas de reproches y dolor expresado por canales inadecuados que cada vez los alejaba más como pareja. En ese momento, la paciente estaba siendo atendida en un centro psicológico privado con buena evolución y desde el CS-MIJ pudimos centrarnos en atender a la pareja parental.

Coincidiendo con un periodo postvacacional, los padres acudieron a la visita con una noticia. La madre refirió estar embarazada y lo expresó de una manera muy significativa, diciendo “me he hecho un tratamiento de reproducción asistida y estoy embarazada”. Una frase que no dejaba lugar para al marido, para el padre, algo que contrastaba con el procedimiento empleado,

pues el tratamiento había consistido en una *fecundación in vitro* con los propios gametos de la pareja, dando aún más sentido a la queja del padre por la ausencia de relaciones íntimas. La madre no expresó ninguna emoción más que una leve sonrisa al contarlo. No había signos de alegría o ilusión en su rostro. Lo que transmitía era una anestesia emocional, semejante a la desconexión que describe Schore (2022), que llevaba a preguntarse ¿de dónde surgía el deseo de tener otro hijo y cuál era la finalidad de ese embarazo?

Sin necesidad de explorar demasiado, la mujer dejó intuir rápidamente que ese bebé había sido concebido con la idea de ayudar a la hermana mayor en sus dificultades de relación. ¿Qué mejor para su hija, que tener a alguien cerca con quien ensayar las habilidades sociales de las que tanto carecía? Lo que aparecía como una instrumentalización del bebé se fue haciendo cada vez más patente con la falta de vínculo prenatal observable en las visitas, donde la madre sólo podía pensar en el feto como un objeto estimulante y terapéutico para la hermana. Sin darle una identidad propia separada de las limitaciones de la primogénita, su forma de mentalizarlo remitía casi a esos niños llamados *medicamento*, hijos que son engendrados en laboratorios para ayudar a curar a un hermano gravemente enfermo. En su caso, la patología no era somática, sino relacional, y, en su imaginario, la presencia de un otro, un igual, con quien su hija pudiera interaccionar y practicar, podía suponer la cura no solo de los déficits de su trastorno sino también la de su propia pesadumbre y del distanciamiento de la pareja.

Sin entrar en debates morales sobre la finalidad con la que la madre había decidido traer al mundo a ese bebé, pasaban los meses de gestación y preocupaba la falta de mentalización del bebé como sujeto y, por consiguiente, la ausencia de vínculo con él. Esto se constataba con la falta de emociones, pensamiento o conductas para con el bebé. Seguía debidamente los controles ginecológicos rutinarios y se cuidaba como forma de asegurar el bienestar del bebé, pero no había nada más allá de estas conductas funcionales básicas. Siguiendo a Doan y Zimmerman (2008), que definen tres componentes del vínculo prenatal, cognitivo, emocional y

conductual, esta mujer sólo manifestaba algunos aspectos del último de ellos.

Diferentes autores hablan del apego prenatal como un proceso que se da durante el embarazo, en el que emergen sentimientos, emociones y comportamientos de interacción entre la gestante y el feto y que tienen que ver con las representaciones mentales que esta hace de su bebé, las cuales se relacionan con su propia identidad materna (Grimalt y Heresi, 2012; Eswi y Khalil, 2012). Nada de esto se observaba en las visitas, pues la madre no se refería a él, no lo imaginaba, no hacía atribuciones ni se preguntaba nada acerca de su hijo. Su irrupción en la sesión era siempre en términos de estímulo o instrumento favorecedor del desarrollo social de la hija mayor.

Al preguntarle, afirmaba que no le hablaba, ni cantaba, ni se tocaba o acariciaba la barriga como había hecho en su primer embarazo, forma de comunicación habitual con el feto. Tampoco tenía nombre ni en la familia había un espacio para él o ella. Un dato significativo era que, llegados a los seis meses de gestación, aún no había notado los movimientos fetales, pero, además, no mostraba preocupación al respecto (algo que suele angustiar mucho a las embarazadas, ya que es un signo de alarma y motivo para comprobar el bienestar fetal). Esta ausencia de percepción de los movimientos fetales podría interpretarse como una falta de diálogo emocional entre madre e hijo. Según Martínez y Villarraga (en Villa-Gonzalez, 2015), desde las seis o siete semanas de gestación, aun con un sistema sensorial muy inmaduro por parte del embrión, ya existe la posibilidad de un intercambio donde el feto reacciona a los estímulos maternos.

El vínculo prenatal es la primera relación importante para el bebé y que está altamente relacionada con la relación madre-hijo después del nacimiento (Eswi Y Khalil, 2012; Bouchard, 2011; Alhusen, 2008; Condon y Dunn, 1998). Teniendo en cuenta la conducta de riesgo de la madre, se consideró imprescindible la intervención con esta. En ese momento, ella pasó a ocupar el lugar de paciente en las sesiones, aceptando una intervención centrada en acompañarla en el proceso de la bimaternidad y en la construcción del vínculo maternofilial. El objetivo principal

fue aumentar la conciencia de su estado, crear un espacio mental para el bebé que estaba gestando, entendido como sujeto único y diferenciado, para posteriormente generar interacciones que potenciaran la filiación afectiva hacia el bebé y fomentaran la sensibilidad materna y su rol maternal.

A pesar de la presentación inicial, tan disociada y alejada emocionalmente de su bebé, era una mujer que quedaba pensativa cada vez que se le hacía alguna pregunta que la obligaba a conectar con el bebé que llevaba dentro. Con relativa facilidad, la madre pudo darse cuenta de la falta de mentalización de ese nuevo bebé con el que no había establecido aún ningún lazo afectivo, descubrimiento que la llenó de culpa y que necesariamente fue abordada en las sesiones de terapia. Una vez transformada en motor reparatorio, esa culpa la impulsó a adoptar conductas compensatorias que iniciaron el proceso de vinculación natural con el bebé. Así, la madre empezó a presentarse a las visitas con otro semblante, con actitudes de clara filiación con el bebé. Ejemplos de ello eran comportamientos tan sencillos como acariciarse la barriga espontáneamente cuando se sentaba, llevar siempre puesto un colgante con estimulación vibroacústica que golpeaba suavemente su vientre con cada movimiento, explicar ilusionada cómo había empezado a notar las patadas que el bebé le daba o cómo, igual que había hecho con su primera hija, estaba tejiendo una pequeña colcha para su segundo hijo. A la vez que la madre fue generando un espacio interno para ese bebé, la familia al completo fue también construyendo un nido para albergarlo, creando espacio externo para recibirlo y acogerlo.

La gestación terminó casi un mes antes, lo cual dejó a la familia con la sensación de no haberse preparado lo suficiente para la llegada del bebé y a la madre con un sentimiento de vacío y una nostalgia del embarazo ya concluido al que ahora desearía volver para saborear con más detalle. Sin embargo, la pareja de padres también estaba feliz de tener al bebé en casa y del modo en cómo se estaban organizando familiarmente. La madre se presentó a la primera visita postparto, aún en cuarentena, pletórica con su criatura en brazos, mostrando el enamoramiento propio de las madres que aman a sus bebés,

fusionada y en sintonía con su criatura, en palabras de Schore (2022). Explicaba que había pensado solicitar una excedencia laboral para poder ser ella quien cuidara del bebé una vez terminada la baja maternal. Sus preocupaciones en ese momento giraban en torno al manejo de los posibles celos de la mayor, a las limitaciones para llegar a todo y no dejar a ninguno desatendido, angustias típicas de la bimaternidad que indicaban que la mujer estaba transitando adecuadamente el proceso de incorporar un nuevo miembro a la familia, donde cada uno tenía su espacio y lo reclamaba. Se percibía una madre con una mente capaz de conectar con las necesidades de un recién nacido junto a las de una hija que, aunque ahora se la llamara “mayor”, no dejaba de ser una niña con necesidades infantiles y algunas dificultades que debía seguir bajando en espacios terapéuticos.

Reflexiones finales

La gestación es un periodo de importantes cambios biológicos, fisiológicos y también emocionales. “La salud mental materna tiene una influencia en el desarrollo temprano, no sólo a través de la programación fetal, sino debido a sus efectos sobre otras variables como el vínculo (pre y postnatal), la sensibilidad a la crianza y las características del cuidado temprano (...). El desarrollo temprano deviene de una compleja y dinámica interacción de variables biopsicosociales desde el embarazo hasta el periodo postnatal (configuración biológica, entorno familiar, experiencias de cuidado y condiciones psicológicas)” (Roncallo et al., 2015).

Cuando los menores son acogidos desde antes del nacimiento en un entorno familiar que genera seguridad y confianza, donde se recogen y comprenden sus necesidades y estas son atendidas de forma adecuada, las criaturas crecen pudiendo incorporar un sentimiento de seguridad en sí mismos y en su entorno social que les permite desarrollarse con normalidad. Siegel (2016) afirma que “los patrones repetidos de interacción conforman el crisol de experiencias de las cuales está formado el modelo de trabajo interno. El modelo mental permite al niño utilizar la figura de apego como base segura para salir y explorar el mundo”.

Fruto de casos como los expuestos en este artículo, surgió en el CSMIJ la necesidad de dar una respuesta preventiva y especializada, articulándose un proyecto de intervención dirigido a mujeres en situación de riesgo vincular durante la etapa perinatal. El objetivo del programa sería fomentar la salud mental de los menores desde antes del nacimiento, ya que el riesgo de no intervenir podría generar patologías en un futuro. La intervención temprana con la madre gestante podría traducirse en una mejor calidad en las relaciones familiares en su conjunto y a una vivencia de la gestación y de la crianza más gratificante. La población diana serían mujeres embarazadas que fueran madres de pacientes atendidos en el CSMIJ, en las que se detectaran dificultades vinculadas con su futuro bebé y/o mujeres gestantes atendidas en las ABS de zona con una situación de riesgo vincular. Se propone una intervención desde un enfoque interdisciplinar que contemplaría los factores biopsicosociales en juego y la red de apoyo natural de la gestante.

La atención temprana en madres durante la etapa perinatal sería un eslabón previo a la prevención primaria, ya que, hasta el momento actual, la intervención se ha realizado a partir del nacimiento. La intervención precoz y de calidad durante la etapa perinatal debería contemplarse como una oportunidad de mejora del bienestar global del bebé (físico y emocional), del núcleo familiar y la sociedad en su conjunto. Destinar recursos asistenciales en esta línea, debería conducir a resultados satisfactorios y objetivables en el futuro, es decir, disminuir la psicopatología derivada de los trastornos vinculados.

Compartimos por lo tanto la frase de Vivette Glover (Punnet, 2009) cuando afirma que “favorecer el estado emocional de las gestantes es mejorar la sociedad”.

Bibliografía

- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328. <https://10.1111/j.1552-6909.2008.00241>
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, 1997.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination

- of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 1997-2007. <https://10.1080/02646838.2011.592975>
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Cassidy, J., Olza, I. Ancel, A. M., Jort S., Sánchez, D., Claramunt, M. A., Pi-Sunyer, M. T., Bianco, G. y Martínez Serrano, P. (2018). *Informe Umamanita. Encuesta sobre la Calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Unamita. Recuperado de: https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018_1.pdf
- Condon, J. T. y Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 293-299.
- Di Pietro, J. A. (2012). Maternal stress in pregnancy: Considerations for fetal development. *Journal of Adolescent Health*, 51(S3-S8). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.008>
- Doan, H. M. y Zimerman, A. (2008). Prenatal attachment: A developmental model. *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20, 20-28.
- Eswi, A. y Khalil, A. (2012). Prenatal Attachment and Fetal health locus of control among low risk and high-risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*, 18(4), 462-471. Recuperado de [http://www.idosi.org/wasj/wasj18\(4\)12/1.pdf](http://www.idosi.org/wasj/wasj18(4)12/1.pdf)
- Flykt, M., Kanninen, K. y Sinkkonen, J. P. (2010). Maternal depression and dyadic interactions: the role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*, 19, 530-550.
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C. et al. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20, 287-296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Lyons-Ruth, K. (2008). La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego desorganizado. *Revista de Psicoanálisis*, 29.
- Maldonado-Duran, J. M. (2011). *Salud mental perinatal*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Missonier, S. (2013). Génesis y aspectos epistemológicos de la psicología clínica perinatal. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 22, 9-18.
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Ed. Lugar.
- Olza, I. y Gainza, I. (2007). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 24(2,3,4). Recuperado de: <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/98/88>
- Punset, E. (2009). *Redes. Educar desde el útero*. [Documental]. Agencia Planetaria, S.A. Recuperado de: <https://www.rtve.es/play/videos/redes/educacion-emocional/598988/>
- Ramírez-Vélez, R. (2012). Programación fetal in útero y su impacto en la salud del adulto. *Endocrinología y Nutrición*, 59(6), 383-393.
- Roncillo, C., Sanchez de Miguel, M. y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Sánchez, M. (2013). *¿Qué es la psicología perinatal?* [en línea]. Recuperado de: <https://asociacionpsicologiaperinatal.es/ques-la-psicologia-perinatal>
- Schore, A. (2005). Apego, regulación de los afectos y el hemisferio derecho en desarrollo: Relación de la neurociencia del desarrollo en pediatría. *Pediatrics in Review*, 26(9).
- Schore, A. (2022). *El desarrollo de la mente inconsciente*. Eleftheria.
- Siegel, D. J. (2016). *Neurobiología interpersonal*. Barcelona: Eleftheria.
- Simon, E., Boegels, S., Stoel, R. y De Schutter, S. (2009). Risk factors occurring during pregnancy and birth in relation to brain functioning and child anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1024-1030.
- Smoller, J. (2013). *La otra cara de lo normal*. RBA libros.

Van den Bergh, B. R. H. y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development*, 75, 1085-1097.

Villa-González, I. C, Blanco, C. L. M., Giraldo, V. I. C., Ramírez, V. M. A. y Orozco, H. G. (2015).

Vínculo prenatal: la importancia de los Estilos Vinculares en el cuidado gestacional. *Revista Katharsis*, 22, 267-303.

Winnicott, D. (1967). *El concepto del individuo sano*. Conferencia pronunciada en la división de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico-Psicológica.

Presentación / América Latina

HILDA BOTERO

Estamos en un *tiempo* privilegiado para *cuidar*. Los bebés hacen presencia ahora. Y tenemos la oportunidad de demostrar cuán humanos somos para acogerlos y acompañarlos a crecer. En cada lugar del planeta estamos reevaluando nuestras prácticas de cuidado y protección. Y el inicio es la gestación y los primeros años.

En los países Latinoamericanos, la infancia en general ha sido un problema de salud y supervivencia, vulnerable en varios aspectos: pobreza, maltrato, desamparo social, abandono familiar... Varios factores configuran esta realidad. Gestaciones, partos e internación perinatal tradicionalmente han reclamado mayor atención y políticas de cuidado y protección para la madre y el bebé, una mayor vigilancia que ampare las condiciones mínimas necesarias para un vínculo emocional hacia el crecimiento. Se han propuesto modelos de atención emocional con arduo y lento progreso. Ahora bien, precisamente en tiempos difíciles e inéditos, urgencias vitales han convocado la consideración, la cooperación y han exaltado la creatividad para atender esta población de manera cercana y *continente*.

Presentamos cuatro experiencias de atención emocional a la madre y al bebé, que tomaron fuerza durante tiempo de Pandemia y que, por sí mismas, crearon modelos de trabajo, fortaleciendo los ya existentes y abriendo espacio para nuevas expectativas de participación, tanto de la diada madre-hijo, como del padre y la familia. Los psicoanalistas y Observadores de Bebés, Graciela Ball, Lucila de La Serna y Gabriel Federico, conforman desde hace varios años un grupo de trabajo para observar la *vincularidad*. Tiene una característica especial este grupo y es el espíritu musical, de tal manera que han tomado ritmos, secuencias, conectividad, para analizar relaciones entre padres e hijos y trabajar precisamente sus vínculos. Durante el tiempo en el cual se presentó la Pandemia vehiculizaron un dispositivo: *Crianza en Pandemia*, para acompañar durante el aislamiento, contener a las familias y reconectar lazos afectivos vulnerados y/o en riesgo de pérdida de contacto. La experiencia atravesó todo el tiempo de restricción de encuentros y una vez la presencialidad pudo ser rescatada hubo encuentros de gran sensibilidad. Fue una experiencia enriquecedora para quienes la dirigieron, y de manera intensa, para todas las familias que tomaron parte en ella.

Dos psicoanalistas también observadoras de bebés, Lucila Gamarra y Josefina Finzi, implementaron la plataforma solidaria APA COVID19 de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) para la atención en pandemia de las situaciones de alta vulnerabilidad que amenazaba las incipientes maternidades. El trabajo realizado se inspiró en la aplicación del Método de Observación de Bebés en su modalidad de *intervención*. Se ilustra esta tarea con viñetas clínicas que dejan claro cómo la escucha y la atención oportuna, en momentos difíciles y extraños, pudo llegar y quedarse actuando como un sostén afectivo, no sólo para las diadas madre-bebé, sino para la familia en general.

Mariângela Mendes, psicoanalista que trabaja con la temprana infancia, expone, de manera básicamente ilustrativa, el trabajo realizado con el método de *Atención a Padres/Bebés y niños pequeños*. Usa la transcripción detallada de viñetas filmadas y comentadas por el grupo de profesionales en el servicio pediátrico ambulatorio. Ampliando la comprensión de los vínculos relacionales padre-hijos se realizan intervenciones más puntuales y esclarecedoras, *en microscopía*, como lo nomina la autora. Estas experiencias de contención y comprensión entre padres e hijos se replican en casa una vez el vínculo ha sido abordado y señalado.

Un grupo de profesionales en pediatría, enfermería, psicología y terapia física, Lyda, Sandra, Florángela, Aura María, Carmen e Hilda, comprometidas con el *Programa Madre Canguro* en el cuidado y la protección de los bebés, nos exponen, de manera delicada, cómo opera este programa para la atención en momentos de mayor vulnerabilidad y riesgo del recién nacido y su madre. Esta atención, durante el período de pandemia, no paró ni un momento su operatividad, con dificultades y medidas rigurosas consiguió, no sólo mantener el cuidado y la contención, sino que, además, de estos esfuerzos nacieron enormes beneficios para la intimidad madre-bebé y familia. El aislamiento también dio frutos positivos, mejor lactancia, permanente compañía y vínculos en estrecha comunión, como promotores de bienestar y crecimiento. La pregunta que se aborda es: ¿Qué estamos haciendo por nuestros bebés, cómo los pensamos, cómo los cuidamos... cómo los amamos?

Es momento de hacer visibles y presentes a los bebés del mundo. No sólo América Latina sufre con el abandono y la fragilidad de sus niños. Esta responsabilidad no puede eludirse más.

No podría ser más oportuno este número Monográfico de la *Revista de Psicopatología del niño y el adolescente*. Hacer presencia y ser la voz de tantas maternidades, de tantos hijos por quienes reclamar sus derechos, es la oportunidad para la prevención y el planteamiento de mejores sociedades.

Bogotá, Colombia, 26-04-2023

Crianza en pandemia

GRACIELA BALL^{123ABC}, GABRIEL F. FEDERICO^{34BCD} Y LUCILA DE LA SERNA^{235BCE}

RESUMEN

Crianza en pandemia. Los autores vienen trabajando sobre la temática del ritmo como punto de observación de la vincularidad madre-bebé y la sincronía vincular que pueda ir garantizando la salud psíquica del bebé. La llegada de la pandemia incluyó nuevas incertidumbres que interrumpieron el ritmo de lo cotidiano. El tiempo de aislamiento y restricciones en el contacto dejaba muy solos a los padres, sin poder contar con una suficiente red de contención. El dispositivo “Crianza en pandemia” fue un espacio de contención de las familias con el objetivo de restablecer la conectividad perdida. **Palabras clave:** *crianza, ritmo vincular, pandemia, trabajo grupal.*

ABSTRACT

Upbringing in pandemic. The rhythm, as a point of observation of the mother-baby relationship and the synchrony of the relationship that can guarantee the psychic health of the baby are the topics the authors have been working on for a while. The arrival of the pandemic brought new uncertainties that interrupted the rhythm of everyday life. The time of isolation and restrictions on contact meant that parents felt very lonely, unable to count on a sufficient network of support. The “Crianza en pandemia” device was a space of self-restraint for the families with the aim of re-establishing the lost connectivity. **Key words:** *parenting, bonding rhythm, pandemic, group work.*

RESUM

Criança en pandèmia. Els autors treballen sobre la temàtica del ritme com a punt d'observació del vincle mare-bebé i la sincronia vincular que pugui garantir la salut psíquica del nadó. L'arribada de la pandèmia va incloure noves incerteses que van interrompre el ritme del que és quotidià. El temps d'aïllament i restriccions en el contacte deixava els pares molt sols, sense poder comptar amb prou xarxa de contenció. El dispositiu “Criança en pandèmia” va ser un espai de contenció de les famílies amb l'objectiu de restablir la connectivitat perduda. **Paraules clau:** *criança, ritme vincular, pandèmia, treball grupal.*

Introducción

Conformamos un grupo de trabajo con un punto en común: ser observadores de bebés, formados por el método de Esther Bick. Traemos la preocupación por las infancias, el trabajo con familias y un interés profundo por el aspecto social donde la expectativa del futuro está depositada en las nuevas generaciones que comienzan con la llegada de un bebé al mundo.

Las crianzas se encuentran atravesadas por lo social, lo cultural y el ambiente, que influyen en las dinámicas vinculares y hace preciso estar atentos a las nuevas necesidades que van surgiendo en estos nuevos tiempos.

Crianza en la actualidad

Tratar de analizar cómo se desarrolla la crianza hoy implica múltiples aspectos que incluyen la cultura, la época, lo social y lo subjetivo. A veces, se marcan estilos a seguir, que nada tienen que ver con la situación que viven las familias. Por ejemplo, el programa de paternidad de la Asociación Americana de Psicología nos propone cuatro estilos de paternidad respecto de la crianza, dividiéndolos en: padres autoritarios, con autoridad, permisivos y pasivos (American Psychological Association, 2017).

Estos esquemas se usan como parámetros, pero distan mucho de las culturas latinas en las

¹Médico, ²Psicoanalista, ³Formador/a en Observación de lactantes, ⁴Musicoterapeuta, ⁵Psicóloga y Psicopedagoga, ⁶Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), ⁷Sociedad Argentina de Investigación en Observación de bebés (SAIOBB), ⁸Asociación latinoamericana de observación de bebés, método BICK (ALOB), ⁹Centro Camino, ¹⁰Asociación Escuela Argentina para el graduado (AEAPG).

Contacto: graciela.ball@fibertel.com.ar

que nosotros convivimos. Por lo tanto, estas dicotomías nos llevan a enfrentarnos con esquemas rígidos en los cuales debemos encajar como padres. Lo mismo sucede con respecto al desarrollo de los niños, sus etapas evolutivas, su lactancia y futura alimentación.

Al hablar de crianza en la actualidad, se deben incluir múltiples factores que atraviesan e impactan el período más importante de la vida de las personas. En estos tiempos de nativos digitales y de víctimas de la tecnología, no podemos no tener como referente de crianza a las redes sociales, con todo lo que ello implica. Hace años, los programas de televisión tenían como referentes de moda a pediatras. Hoy hay una variada multiplicidad de asesorías en la televisión y las redes sociales. En su mayoría, se privilegia la soltura al hablar, por encima de corroborar los conocimientos y esto hace muy difícil, para la gente común, discernir la formación de quien emite múltiples consejos con mucha elocuencia. Esta situación lleva a padecer una sobredosis de lecciones de cómo criar a los hijos, lo que obliga a las personas más vulnerables y sin referentes de crianza a seguir esas indicaciones, lo que a su vez lleva a padecer situaciones que muchas veces terminan siendo atendidas en los consultorios.

Crianza y ritmo

Trabajamos hace muchos años juntos y nos detuvimos en la observación del ritmo que se desarrolla en diferentes situaciones. La temática temporal nos pareció indispensable para profundizar teóricamente, como también en la experiencia clínica y observacional. Nos reunimos hace ya varios años con el objetivo de trabajar con la observación en la *vincularidad*.

Pusimos el foco de nuestro trabajo en observar esos ritmos, sus características individuales y vinculares, para analizar los vínculos entre los padres y su bebé. Desde los tiempos iniciales en que se produce el primer encuentro, se van desarrollando ritmos propios, el ritmo de la madre, el ritmo del bebé y también el ritmo familiar conformado por padre, hermanos o quienes integren dicha familia. Existen ritmos que se muestran armoniosos en los que se puede observar la conectividad emocional entre los integrantes. En

otros casos, el ritmo se ve perturbado, no resulta ser armonioso.

El tiempo es una categoría que está presente de diferentes modos a lo largo de la vida. Dentro del tiempo, hemos elegido detenernos en la cualidad del *ritmo*.

El ritmo está presente en lo biológico, en todos los procesos vitales de las células del organismo. El ritmo intrauterino es el que percibe el bebé dentro del vientre cuando recibe los sonidos del corazón de su madre, los movimientos respiratorios y la circulación de la sangre plaquetaria. Una vez que nace, se produce una separación física y los ritmos se diferencian: el del bebé y el de la madre se bifurcan; comienzan a definirse los ritmos vinculares con sus características. Estos pueden ser *subjetivantes* y permiten un proceso de individuación, o pueden presentar dificultades en diferentes niveles.

El *tiempo* es la categoría que posibilita la construcción de la historicidad. A medida que el *infans* va creciendo, accede a rutinas ordenadoras que le van marcando los tiempos: tiempo de comer, tiempo de bañarse, tiempo de dormir, entre otros.

El ritmo musical es un orden acompasado en la sucesión de las cosas, que se produce por la ordenación de elementos diferentes. Puede definirse como la combinación armoniosa de sonidos, voces o palabras, que incluyen las pausas, los silencios y los cortes necesarios para que resulte grato a los sentidos. El ritmo puede ir variando y resulta de cómo ordenamos el paso del tiempo dentro del pulso. El ritmo es la manifestación, es lo observable.

Frances Tustin (1987) habla de un ritmo de seguridad que se va desarrollando a partir de una comunicación empática y transformadora entre el niño y su madre. Se produce una interacción rítmica, adaptativa y enriquecedora, que da lugar a la comunicación inicial.

La mamá va conociendo a su bebé a partir de los tiempos de este: su respiración, el momento de alimentación, su sueño o sus llantos. Ella lo va acompañando y se va formando lentamente un proceso rítmico único, acompasado.

En música, el ritmo presenta una nota fuerte, una nota débil y pausas, que en la secuencia van armando un compás creativo. Análogamente, desde esta perspectiva, en el vínculo se

establece una continuidad rítmica que va sucediendo armoniosamente y que le va dando al niño un sentimiento de continuidad corporal. El ritmo va marcando el paso del tiempo, es la experiencia individual en la dinámica vincular.

El término *sincronía* se utiliza para describir un hecho que referencia a dos sucesos que transcurren en el mismo período de tiempo, coexistiendo y/o combinándose, como son en este caso la maternidad y el desarrollo del bebé.

Podemos pensar desde el término de Saussure (1997) y aplicar su origen lingüístico a lo que él planteó como diacronía, es decir, que cada uno de los sucesos tiene su propio desarrollo individual, pero al pensarlo en un mismo período de tiempo como es la crianza, forman parte de la sincronía a la cual nos referimos. La sincronía sería la sumatoria de la vivencia de la maternidad y del desarrollo del bebé.

La sincronía vincular es absolutamente necesaria para poder crear un ritmo saludable entre una madre y un bebé.

La madre va observando y descubriendo a su bebé. De esto surge un peculiar y único entrelazamiento rítmico, que posibilita el surgimiento de una sincronía rítmica, garantizando la futura salud psíquica del bebé. Esta sincronía comienza desde el embarazo.

Esa sincronía vincular se encuentra muy interferida en la actualidad. El exceso de información a disposición de la madre la aleja de la observación de su propio hijo. Así es, que termina comunicándose con un ideal de niño producto del *marketing*, que difiere del niño real, o se frustra como madre por no estar a la altura del modelo propuesto por *influencers* o publicidades. Esta situación ubica a la madre en un lugar de búsqueda en el afuera de lo que su bebé necesita, de cómo ser madre y no da lugar a la posibilidad de que ella perciba a su bebé. La interferencia es tan poderosa que no observa ni da lugar a ese bebé, al vínculo único entre ellos, lo que imposibilita el encuentro con su linaje, que es fundamental de la diada en la cultura. Consideramos que esto puede ser causante de disritmias vinculares.

Decíamos que esta sincronía vincular está muy interferida en la actualidad. En las redes se encuentra un exceso de información sobre temáticas de crianza: sueño blanco, ventanas

del sueño, alimentación, por ejemplo. Este exceso de información, en muchos casos sin fundamentación científica, es también una característica epocal. Podemos pensar, siguiendo a Byung-Chul Han (2014), que hay un exceso de información también en el ámbito de la crianza que deja a los padres sobrecargados de dicha información y que los aleja de la observación de ese bebé concreto, de poderse reconocer como padres de ese hijo real y termina dejándolos impotentes. Se acude a construir un ideal de niño como si fuera un producto de *marketing* muy diferente a ese niño real con sus características y con las características propias de los padres.

La información que se le brinda a la madre interfiere, lo que interpone entre la madre y su bebé una distancia emocional. La madre tiene que lograr objetivos, ya que otros le dicen cómo es el niño perfecto y la alejan de la posibilidad del esfuerzo emocional de decodificar a su hijo. Este esfuerzo va entretejiendo el vínculo entre la madre y el bebé, para que el bebé tenga confianza en la madre, la madre confianza en sí misma y la diada se constituya amorosamente. La madre, en vez de criar a su propio hijo, está criando a alguien que no existe.

Incertidumbres de crianza / incertidumbres epocales

La llegada de un bebé viene acompañada de incertidumbres propias de esta etapa: ¿cómo será? ¿A quién se va a parecer? ¿Qué va a ser cuando sea mayor? ¿Cómo seremos como madre y padre? Estos interrogantes a veces surgen desde el embarazo y despiertan también la posibilidad de ensoñar a ese bebé.

En los últimos años, nos encontramos viviendo en un mundo que nos alarma: el calentamiento global; políticas que no responden a las problemáticas actuales; enfermedades que se consideraban erradicadas que vuelven a aparecer; la pandemia de la COVID 19; dificultades económicas que, en algunos casos, dejan a los sujetos con la incertidumbre sobre el futuro laboral y el temor de quedar fuera del sistema; el estallido de la guerra que día a día nos deja con la inquietud sobre el futuro.

En este contexto mundial, repleto de incertidumbres, se presenta un futuro incierto y también

sombrío. Ante la incertidumbre característica de la etapa del embarazo y la crianza, se suman ahora la incertidumbre sobre el futuro, sobre la posibilidad de soñar ese futuro y cómo va a ser este cuando el mundo se presenta tan incierto.

Pandemia y maternidad

Hace años que venimos trabajando grupalmente generando espacios de manera virtual, con padres, educadores, puericultoras y otros trabajadores de la salud en encuentros en los que pensamos las infancias y las problemáticas actuales.

Con la llegada de la pandemia, nos preguntamos cómo estarían siendo los tiempos de embarazo, de parto y de crianza en este contexto de aislamiento y de restricciones.

En nuestra búsqueda y actualización de información, nos encontramos con situaciones de mucha desolación. En Argentina, desde el año 2004 fue promulgada la ley 25929 de parto respetado, pero durante la pandemia esta ley fue vulnerada por la propia urgencia, la sobrecarga de los servicios de salud, la restricción de los servicios y el desconocimiento que trajo la situación.

En este contexto, a inicios del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), L., una mujer hipoacúsica, se encontraba en trabajo de parto. Fue a parir a un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, acompañada por su pareja, también sordo. Tuvo que ingresar sola, no le permitieron ingresar con su teléfono móvil, ni de nadie que sirviera de traductor. El parto se dio en una situación de total estrés para ella y su bebé, con los agravantes de que tampoco podía leer los labios del personal por el uso de las mascarillas y las máscaras protectoras. Situaciones como esta nos generaron preocupación y nos interpelaron.

Nos estábamos enfrentando a un enemigo de la humanidad que no tenía sensorialidad y no lo podíamos imaginar. Consideramos que el confinamiento y la amenaza de contagio generarían una ruptura de la conectividad social dejando a los padres muy solos con su bebé. Nos preguntamos, ¿qué consecuencias tendrían en los embarazos, nacimientos y en la crianza esta etapa? ¿Cómo generar un entramado de sostén como

apoyatura en estos tiempos?

Un bebé necesita para su *extero-gestación* de un entramado saludable, sostenedor y contenedor, en el cual su aparato psíquico encuentre cobijo para desarrollarse. Esto se lo ofrece su madre o quien cumpla el rol materno. Esta persona le va a traducir todo lo que hay a su alrededor, brindándole una narrativa descriptiva para que vaya incorporando en su mente los objetos; así, luego los puede pensar y, posteriormente, poner en palabras.

Pero para que se den todas las condiciones y que esto suceda, el adulto responsable deberá estar en condiciones de alojar la responsabilidad que exige el vínculo con el bebé y, sobre todo, la garantía de vida, que para mucha gente no es poca cosa. De este panorama, aflora un ritmo vincular que tendrá diferentes características.

La pandemia provocó un corte temporal, una pausa que detuvo el tiempo para transformarlo en uno que generaba extrañeza, con la sensación de estar viviendo un tiempo apocalíptico; la paralización ante lo traumático, el terror que paralizó y tiñó de oscuridad catastrófica, miedo paralizante que no dejaba a dónde huir porque el enemigo se presentaba tan monstruoso y desconocido que todo se transformaba en peligroso, sobre todo el contacto: “la pandemia agudizó estas sensaciones arcaicas en las madres a las que se le agregaron la falta de **textura sensorial**” (Ball et al., 2021, p. 3).

El ritmo vincular de madre y bebé en esa extrema soledad se encontraba en riesgo. Las rutinas familiares en la cuarentena aumentaron las posibilidades de accidentes domésticos, en especial con los niños deambuladores que no contaban con mucho espacio, sin poder practicar la marcha y, al salir a la calle, todo esto generaba torpeza motora. La tolerancia hacia los hijos disminuyó en función de las presiones autoimpuestas; ansiedad que antes de que se desatara la pandemia ya estábamos atravesando por el avance de la tecnología.

En la pandemia, la virtualidad se pensó como un aliado, pero terminó alienando a muchas familias que caían en el uso de los dispositivos como única salida y conexión a un mundo en el que se canalizaban las ansiedades. Uno de los síntomas más significativos que hemos visto en relación con la crianza es la enorme cantidad de

actividades que se sugerían para entretener a los más pequeños.

En este período, las familias debían adaptarse a lo que eran nuevas rutinas con el bebé: en la agenda diaria, incorporar las tareas domésticas, el trabajo, la nueva escuela virtual si había otros niños en la casa y, como si fuera poco, en este esquema debía también incorporarse el posparto con su puerperio. Un océano de incertidumbre se abría paso ante el futuro cada vez más extraño y peligroso.

Dispositivo de trabajo grupal: *Crianza en pandemia*

Ante la situación de la pandemia, como terapeutas, nos encontramos con el riesgo de perder el rumbo. No queríamos que “el apocalipsis” nos paralizara y nos sacara de nuestro rol, que era comprender y pensar como psicoanalistas, observadores de bebés, para ayudar a sus familias. Estas situaciones tan angustiantes, que nos incluyen, nos ponen en riesgo de que, con la angustia, se ataque la posibilidad de pensar; en especial, el pensar colectivo.

Consideramos necesario generar un dispositivo virtual que fuera gratuito y que pudiera ser un punto de encuentro para reunir a las familias, a las mujeres embarazadas, para encontrarnos y conformar una red de contención grupal que contrarrestara los efectos del aislamiento, la soledad física y emocional en estos momentos tan trascendentales de la vida e ir restituyendo el entramado de conectividad social. Pero no podemos dejar de incluirnos y ver que también para nosotros cumplía una función de sostén, a modo de un “auto rescate”; para que la pandemia no nos diluyera en nuestra identidad profesional, no podíamos dejar de ser parte de la humanidad y consideramos indispensable conformar una red mutua de sostén.

En el espacio de *Crianza en Pandemia*, nos encontramos para compartir experiencias, preocupaciones, emociones de lo que iba ocurriendo a cada uno.

Comenzamos reuniéndonos con las madres que llevaban a sus bebés y luego se incorporaron los padres. Nos reunimos durante un año y medio de manera virtual hasta que se fue retomando la presencialidad en lo laboral y las

madres tuvieron que cambiar sus rutinas nuevamente, pero esta vez para la vuelta a su vida laboral.

Concurrieron mujeres embarazadas y madres con sus bebés recién nacidos, que fueron creciendo con el transcurrir de los encuentros.

Las mujeres embarazadas transitaron su embarazo con mucha soledad:

“Mi familia no pudo verme embarazada, nada más que por pantalla”.

“Nadie me pudo tocar la panza”.

“No pude elegir los muebles del cuarto de mi hijo”.

“Tuve que comprar la ropita y hasta los pañales por internet”.

“Toda mi vida soñé con tener un *baby-shower* al lado de mis amigas”.

La pandemia trajo una gran sombra en el sueño de embarazo de estas mujeres. Se vieron afectados los encuentros, pero también la sensorialidad. La pandemia agudizó emociones más arcaicas, a las que se les sumaron la falta de textura sensorial. El embarazo es un momento de regresión y la situación de aislamiento social acrecentó este escenario, dejando a las mamás sin una red de sostén.

La virtualidad, con su imagen plana, fue indispensable para las comunicaciones, para compartir emociones y hasta para comprar todo lo necesario para la llegada del bebé, convirtiéndose en una ventana vinculante. Las visitas al médico, las ecografías, los estudios fueron vividos también en soledad, pero el teléfono móvil ingresó a la consulta médica y, de esa forma, pudieron compartir el avance del embarazo y compartir preguntas. A las ansiedades propias del parto y del parto, se sumaron las vivencias de desamparo. La posibilidad de intercambio que brindaron las pantallas virtuales contribuyó a los intercambios interpersonales, pero con ausencia de otras percepciones: el olor característico del otro, de esa temperatura corporal que da al abrazo. En los intercambios, la incorporación de la emocionalidad facilitó traspasar la dimensionalidad plana impuesta por la pantalla para convertirlo en un encuentro emocional.

Se incorporó al grupo una madre que hacía pocos días había fallecido su mamá por COVID. Se encontraba atravesando un duelo y todos los sueños que había tenido con su embarazo y con

la llegada de su bebé se vieron truncados. Su mamá no pudo verla embarazada, y todo lo que planearon juntas, como cuidar a su bebé con el retorno al trabajo, tampoco.

Vivencias dolorosas pudieron ser compartidas grupalmente de manera virtual con otras personas desconocidas, atravesadas por experiencias que nos unían: la incertidumbre de la pandemia y el deseo de compartir estos tiempos de crianza. Los encuentros tenían el objetivo de generar un espacio que pudiera paliar la vivencia de soledad e incertidumbre y que funcionara como sostén, con la posibilidad de encontrarse con otras madres y padres que estaban en la misma situación. Nosotros funcionábamos como un soporte, compartiendo las alegrías y los momentos de angustias, tratando de potenciar aquellas palabras que daban cuenta de lo bien que estaban desarrollando su maternaje y habilitando los sentimientos de cansancio, las dificultades, el poder compartir la tristeza sin temor a ser juzgadas.

En palabras de A., “en este espacio, yo me siento alojada y puedo compartir cosas que, en otros lados, no”.

Fueron transcurriendo los encuentros, festejamos el primer cumpleaños de algunos bebés, mientras nuevas mamás se incorporaban y se producía un intercambio donde las más experimentadas transmitían sus vivencias. Nos llamó la atención que los bebés no lloraban en los encuentros, como si pudieran compartir ese momento también activamente.

Intentamos pensar ¿qué pasó con el ritmo en la pandemia? La pandemia impuso una pausa, alteró los ritmos, los espacios y cortó el ritmo que venía transcurriendo. El ritmo de continuidad se modificó. La posibilidad que otorgó el dispositivo de *Crianza en pandemia* fue generar un nuevo ritmo que favoreciera una conectividad vincular entre los integrantes, pero también entre ese bebé, su mamá y su papá.

Los bebés fueron creciendo, comenzaron a hacerse notar mediante gorjeos, risas o acercando sus caritas a las pantallas. Con el transcurrir de nuestros encuentros, pudimos observar niños atentos, tranquilos, vinculándose y, día a día, explorando el mundo cercano de su casa. Afuera un mundo impredecible, adentro un mundo más tranquilo y seguro. La sincronía vincular es necesaria para crear un ritmo saludable entre la

mamá, el papá y su bebé. La pandemia obligó a un encuentro muy cercano, sin interrupciones. Una crianza sin apuros, sin prisas y sin tantas interferencias posibilita un mayor encuentro entre la mamá y su hijo.

La experiencia observacional con bebés en pandemia

Nuestra experiencia como observadores de bebés siempre se ha realizado de manera presencial. Sin embargo, tuvimos la oportunidad de observar las dinámicas vinculares entre las mamás, sus bebés y entre todos los integrantes del grupo. Ball (2002) plantea que el método de Esther Bick es un aporte fundamental, no solamente teórico para el psicoanálisis: es, también, “un entrenamiento para ser psicoanalistas” (p. 130).

Crianza en pandemia se dirigía a los padres; sin embargo, con el transcurrir de los encuentros, pudimos ver los efectos en los niños.

Observación del encuentro a través de la pantalla

La siguiente es una breve observación que registra un momento del encuentro. De la Serna (2021) registra:

A. (1 año) gatea por el cuarto, su mamá está frente a la pantalla, sentada en el suelo. A. se acerca a la pantalla, mira, se ríe, pasa su manita por ella, como queriendo tocar lo que hay en la imagen.

M. (6 meses) está en brazos de su mamá. De repente, la aparición de A. le llama la atención: se incorpora, se adelanta a la pantalla, lo mira y sonríe. Comienza a reírse. Ante nuestro asombro, comenzaron a intercambiar risas y gorjeos. A. señala, M. se ríe.

Todos los que estábamos ahí nos sorprendimos del juego que ambos desarrollaban: un juego de dos niños que se conocían hace meses sólo por medio de la pantalla, integrantes que fuimos conformando este grupo de sostén, percibiendo la reacción emocional.

Reflexiones finales

Con el avance de la pandemia, la llegada de

las vacunas, el teletrabajo se fue modificando para pasar a retomar la presencialidad. Se presentaba ahora una nueva situación de angustia: después de haber estado las 24 horas, todos los días juntos, se generaba una situación inédita que era la de la separación por la vuelta al trabajo. Encontramos que la mayor resistencia estaba más depositada del lado de las madres que del lado de los bebés, quienes parecieron disfrutar mucho los nuevos espacios propuestos con el ingreso al jardín maternal. Nuestra hipótesis inicial era que este encuentro vincular intenso entre los padres y el bebé, si es adecuado, iba a ser de beneficio para la seguridad interna del niño.

Las experiencias de los bebés que concurrieron a *Crianza en pandemia* nos demostró que esa separación, pese a haber sido tan extenso el tiempo encerrados en sus casas, otorgó una mayor seguridad en los bebés y posibilitó una separación sin angustia. Tuvimos que trabajar con las madres para sostenerlas a ellas en este momento de separación.

Los encuentros finalizaron y después de casi un año y medio, decidimos encontrarnos de manera presencial en un consultorio en el que podíamos estar y compartir el momento mientras los chiquitos jugaban.

La reunión presencial le dio textura sensorial a la virtualidad. Permitió que todo transcurriera como si nos conociéramos de toda la vida. Había confianza, respaldada en el vínculo previo. Los adultos podían hablar de sus historias personales, ya sean familiares, laborales, los temores que tuvieron para enfrentar el embarazo y el parto, etc. Cómo pensaban que podían comportarse sus hijos, se asombraban de que fueran distintos a los hijos de los amigos, o los primos, porque eran seguros, no tenían miedo, no lloraban, sabían adaptarse rápidamente a situaciones nuevas. Nosotros pensamos que la seguridad que los padres les habían dado configuró internamente en los niños un estado de calma y de observación hacia los otros. Es importante también recordar que estos padres estuvieron acompañados durante un año y medio por la conectividad emocional que se dio en el grupo. Y a nosotros, en nuestro rol de coordinadores, también nos permitió transitar mejor esos tiempos, *nuestros propios*

apocalipsis, ya que todos estamos implicados en la angustia, la incertidumbre y el temor a la muerte.

Para finalizar, compartimos algunas palabras de ese encuentro: “¡No nos alcanzan las palabras para agradecerles el acompañamiento, la guía, la escucha y el sostén en el momento más hermoso y caótico de la vida!... ¡gracias!”

La experiencia de *Crianza en pandemia* para nosotros fue inédita y sumamente enriquecedora. Como profesionales de la salud, nos planteamos los distintos lugares de inserción al servicio de la salud mental. Se puede hacer prevención desde el inicio de la vida teniendo una escucha atenta psicoanalítica. Esta experiencia nos permitió reflexionar sobre varios aspectos. La posibilidad de encontrarnos con el niño que habita en cada uno de nosotros, con lo genuino, lo afectivo y, sobre todo, el aprendizaje espontáneo en las nuevas situaciones difíciles que se imponen para vivir. Los espacios grupales, colectivos, posibilitan este intercambio indispensable. La idea de este trabajo fue generar un espacio de sostén que posibilitara la restitución de una trama conectiva por fuera del consultorio, para facilitar una vincularidad más saludable, una crianza que devuelva la esperanza en el futuro; poder descubrir la resiliencia que tenemos como seres humanos que en grupo apostamos a sostener una red conectiva y que, a su vez, nos sostuvo a nosotros también. Hemos cosido entramados cuando los vimos rotos y los hemos reforzado al descubrirlos rasgados.

Ante un mundo en crisis, que se presenta con un futuro complejo, que hace difícil soñar el futuro, consideramos que es indispensable la inserción de los psicoanalistas y distintos profesionales de la salud en otros dispositivos novedosos, por fuera del consultorio.

Nos preguntamos sobre estos tiempos difíciles que nos atraviesan y la necesidad de generar diferentes dispositivos creativos por fuera del consultorio para sostener a las nuevas familias en estos tiempos de crianza en la actualidad. Es indispensable conformar un entramado de acompañamiento para los padres que favorezca la reconstitución del entramado conectivo social que sostenga a las familias y así dé lugar a una crianza saludable.

Bibliografía

- American Psychological Association (2017). *Estilos de crianza* [en línea]. Recuperado de: <https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza>
- Ball, G. (2022). Cruces, entrecruces y otras crucifixiones. Aportes de la Observación de Lactantes a la práctica psicoanalítica, en *El Psicoanálisis: Cruces con otras disciplinas*. Vergara.
- Ball, G. Federico, G. y de la Serna, L. (2021). *Ritmo y crianza en pandemia*. Trabajo libre 1er congreso de Conecta Perinatal. España.
- Han, Byung-Chul (2014). *La agonía del Eros*. Herder.
- De la Serna, L. (2021). *El sostén de la madre y el bebé en tiempos de pandemia*. Trabajo libre presentado en el XXIX Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de D. W. Winnicott, Montevideo.
- Tustin, F. (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Amorrortu editores.
- Saussure, F. (1997). *Cours de linguistique générale. Édition critique*. Grande bibliothèque Payot.

De la formación en observación de bebés Método Bick a la intervención clínica: embarazo-parto-crianza

M. JOSEFINA SAIZ FINZI^{1A} Y LUCILA GAMARRA TATE^{2A}

RESUMEN

De la formación en observación de bebés Método Bick a la intervención clínica: embarazo-parto-crianza. A partir de la creación de la plataforma solidaria COVID-2019 de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en el comienzo de la pandemia, las experiencias de contacto a distancia con quienes sufrían situaciones extremas de vulnerabilidad transcurrieron ininterrumpidamente hasta hoy. La formación en observación psicoanalítica de bebés Método Bick, en su aplicación “con intervención”, sostiene las posibles intervenciones que promueven transformaciones de bebés y madres-padres. Como institución, la Asociación Latinoamericana de Observadores de Bebés (ALOB) ofrece la contención idónea para no decaer en las funciones mentales que se activan para llevar a cabo nuestros proyectos clínicos. Se transcriben experiencias clínicas, teorías e investigaciones de base. **Palabras clave:** *contratransferencia, desvalimiento, observación, vulnerabilidad, reverie.*

ABSTRACT

From the Bick Method baby observation training to clinical intervention: pregnancy-birth-upbringing. Since the creation of the COVID-2019 solidarity platform of the Argentine Psychoanalytic Association (APA) at the beginning of the pandemic, the experiences of long-distance contact with those suffering extreme situations of vulnerability have continued uninterruptedly until today. The Bick Method psychoanalytic infant observation training, in its application “intervention”, supports possible interventions that promote transformations of infants and mother-parents. As an institution, the Asociación Latinoamericana de Observadores de Bebés (ALOB) offers the ideal support to avoid losing the mental functions that are activated while carrying out our clinical projects. Clinical experiences, theories and basic research are transcribed. **Keywords:** *countertransference, helplessness, observation, vulnerability, reverie.*

RESUM

De la formació en observació de nadons Mètode Bick a la intervenció clínica: embaràs-part-criança. A partir de la creació de la plataforma solidària COVID-2019 de l'Associació Psicoanalítica Argentina (APA) al començament de la pandèmia, les experiències de contacte a distància amb els qui patien situacions extremes de vulnerabilitat van transcórrer ininterrompudament fins avui. La formació en observació psicoanalítica de nadons Mètode Bick, en la seva aplicació “amb intervenció”, sosté les possibles intervencions que promouen transformacions de nadons, mares i pares. Com a institució, l'Associació Llatinoamericana d'Observadors de Nadons (ALOB) ofereix la contenció idònia per no decaure en les funcions mentals que s'activen per dur a terme els nostres projectes clínics. Es transcriuen experiències clíniques, teories i investigacions de base. **Paraules clau:** *contratransferència, desvaliment, observació, vulnerabilitat, reverie.*

Historización

Nuestro aporte en este trabajo surge de considerar el lugar de importancia que tiene para

el psicoanalista y los profesionales de la salud mental la enseñanza y la formación en el método Bick (1967) de observación de bebés. El conocimiento de las investigaciones actuales

¹Psicoanalista, miembro titular Asociación Psicoanalítica Argentina (APA-IPA), Miembro de la Asociación Latinoamericana de Observadores de bebés (ALOB). ²Psicoanalista, consulta privada, ^ACoordinadora del curso de Introducción al método Bick de Observación de Bebés (APA).

Contacto: josefinafinzi@gmail.com

y los desarrollos científicos obtenidos estimulan a pensar nuevas investigaciones. El método Bick proporciona observaciones longitudinales del bebé-mamá-cuidador-familia. En la clínica, las intervenciones tempranas parten de la comprensión de los fenómenos observados con el propósito de favorecer los cambios, especialmente en las interrelaciones mamá-bebé en riesgo, en tiempos de vulnerabilidad social como los que vivimos.

Esther Bick (Przemysl, Polonia, 1902 - Inglaterra, 1983)

En tiempos de la Segunda Guerra Mundial, Esther Bick, formada como psicoanalista en Inglaterra, vivenció los desastres psíquicos que causaban el alejamiento, la separación y la pérdida de los hijos en la relación con sus padres.

Los estragos de la guerra sensibilizaron aún más su agudeza clínica, comprobada en la atención de patologías graves en bebés, niños y adultos. Las ansiedades de derrumbe psíquico afloraban en los bebés y en niños pequeños, por lo que resultaba muy difícil comprenderlos y acompañarlos por terapeutas que no tenían experiencia en el conocimiento vivencial del desarrollo psíquico de bebés normales en familia. En la Clínica Tavistock de Londres, en 1948, se iniciaron sus cursos de observación de bebés para terapeutas de niños. En 1960, el Instituto de Psicoanálisis de Londres lo incluye en el primer año de la formación de los alumnos de psicoanálisis.

E. Bick imaginó que la presencia real del terapeuta observando un bebé que crece en familia lo acerca a conocer su desarrollo psíquico en la relación emocional con sus padres. Así mismo, el observador reconoce sus propias ansiedades despertadas desde lugares primitivos de su mente, su *contratransferencia* (Bick, 1967). El aprendizaje del método y la formación permite ampliar un mundo de recursos mentales en el terapeuta. Ser consciente de las ansiedades que despierta el sufrimiento humano lo lleva a desarrollar su sensibilidad, receptividad y disponibilidad como parte de sus recursos terapéuticos en la clínica.

Pasaron los años. Hoy, una gran proporción de instituciones psicoanalíticas del mundo incluye la

formación en observación de bebés como seminario en la formación general del psicoanalista. Analistas estudiosos nos sentimos atraídos por continuar e investigar sus ideas en un mundo socialmente en riesgo, cambiante e incierto, que convoca nuestra presencia. Desde 2004, nuestra condición de formadoras en el método de observación divulga y recibe en nuestros cursos a profesionales relacionados con la salud mental entre los que se cuentan psicólogos, maestros, pediatras, puericultores, enfermeros, psicoanalistas, interesados en clínica temprana, prevención, crianza y en la vida mental emocional de los bebés y padres.

Relato de una experiencia institucional pandemia - post pandemia

En marzo de 2020, recién iniciada la pandemia y ante la real incertidumbre de un tiempo impredecible, en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), se crea una línea llamada *Solidaria APA COVID19*. Se propone a sus miembros realizar un trabajo comunitario brindando contención y orientación gratuita con demanda espontánea durante el tiempo de pandemia y confinamiento. Este proyecto, por su envergadura social, llega a tener alcance nacional.

En esta realidad angustiosa, el trabajo en red mediante el uso de una línea móvil permitió crear grupos por *WhatsApp* entre los analistas, para encontrarnos conectados, consultar y realizar derivaciones complejas en lugares remotos de la Argentina. La trama grupal del trabajo en red refuerza capacidades y desarrolla nuevas herramientas. Rápidamente, tiene gran repercusión, apoyada por los medios de comunicación, y refleja un número de 500 solicitudes en los primeros dos meses de confinamiento. La Dirección Nacional de Salud Mental invita a incorporarse a un grupo de trabajo integrado por 60 representantes de instituciones de salud mental de toda Argentina llamado *Salud Mental Unida* (SMU).

El proyecto APA COVID19 pasó a formar parte de la Línea Nacional de Emergencias y Catástrofes (Andrade et al., 2021). Se crea la *Plataforma digital APA*, que hoy continúa su funcionamiento, llevando a la comunidad la escucha psicoanalítica mediante un dispositivo de tres a cuatro

encuentros y sus derivaciones a tratamientos cortos. Es en este marco institucional que decidimos ocupar un lugar de compromiso en el proyecto solidario. Nuestra experiencia como psicoanalistas formadoras en el Método Bick de observación de bebés en diálogo con otros pensadores de escuelas psicoanalíticas afirmó nuestra convicción de pertenencia institucional y pasión por el trabajo psicoanalítico con bebés y niños pequeños.

Consideramos que, al brindar una escucha continente, el sostén con el que cuenta el analista es su propia “apuesta pulsional” de vida (Marucco, 2006), es decir: la presencia del analista involucrado con todo su ser y su saber en la tarea analítica, con alma y vida (pág. 17). Reafirmamos que el psicoanálisis rescata el valor de las posibilidades humanas de las transformaciones en los vínculos, en situaciones dolorosas de intenso sufrimiento. Según Green (1990), ese deseo indómito, pulsional, exigente, irrefrenable, se puede transformar en el potencial esperanzador de que aquello deseado pueda realizarse.

Bion (1965), original pensador del psicoanálisis, trabaja profundamente el tema de los cambios, sean individuales o sociales. En el desarrollo de su concepto “cambio catastrófico”, sostiene que se da en un espacio mental multidimensional, abierto y en movimiento. Consiste en un cambio que produce una subversión del orden o sistema de las cosas, acompañado del sentimiento de desastre en quienes participan; es brusco y violento. A pesar de la violencia, implica crecimiento mental; se atraviesa una cesura entre el antes y después. Pandemia, pérdidas, enfermedades, muerte y nacimiento dan lugar a lo nuevo en el psiquismo y no a una catástrofe y destrucción de la personalidad. Es necesario pensar los cambios, no solo como un tiempo cronológico en determinado período de la vida, sino como un estado mental que puede tener lugar en cualquier momento.

La velocidad con que cambió la sociedad afectó la vida de todos. Los cambios impuestos por un extraño virus que lo vimos actuar dejaron situaciones para algunos verdaderamente traumáticas, perdiendo identidad y pertenencia a sus familias, amigos, trabajo. La muerte, expresada desde la pulsión mortífera, se hizo presente. Desde nuestro vértice de sensibilidad y

comprensión del estado de indefensión de los bebés y sus padres-cuidadores, llamaron nuestra atención aquellas consultas en las que la urgencia acuciante se ligaba a la vida de bebés y niños pequeños, madres con depresión en familias muy vulnerables física y mentalmente, faltándoles una contención, un continente, al modelo de la función mental continente-contenido, necesario en los primeros tiempos de la vida (Bion, 1966).

En las ilustraciones elegidas, el *reverie*, concepto descrito por Bion (1962), fundante del sostenimiento y comunicación entre el bebé y su mamá (cuidador), era un ausente en Morena, joven madre deprimida. En Ana, desde el embarazo, su estado depresivo tenía consecuencias para la vida pre-mental de su bebé antes de nacer. Alisa, con COVID a pocos días de parir, la incertidumbre de vida-muerte del bebé o de ella tornaban impredecible la continuidad del vínculo.

Hoy continuamos atendiendo consultas post-pandemia de complejidad diagnóstica, provocadas por el aislamiento afectivo forzado por las necesidades impuestas para enfrentar los riesgos de muerte. En el presente, la precariedad familiar y ambiental continúa en zonas de bajos recursos económicos. Escuchamos a las madres dejar a sus bebés para salir a trabajar, no muy seguras de cómo los encuentran; en las parejas, recrudecen sus conflictos latentes trayendo violencia y maltrato.

En un trabajo anterior (Gamarra de Tate et al., 2020) decimos que los padres buscan quien los escuche, los bebés y niños no pueden esperar. Las palabras nuestras como psicoanalistas calman la angustia, son recibidas con agradecimiento y sorpresa (algunos no conocían una conversación con un psicólogo); es en este punto de inmersión emocional que nos preguntamos: ¿Qué pasa en nosotros? ¿nos angustiamos? ¿cómo sentimos los llantos a través de la cámara, del móvil, a través de los mensajes? Las emociones son parte de nuestras herramientas hasta ligarlas en pensamientos. En parte, revivimos nuestras historias personales en la escucha de relatos dolorosos, con sentimientos en los que el miedo u otro afecto predomina.

Coincidimos con Puget y Wender (2005) cuando tratan el fenómeno de mundos superpuestos: tomamos del profundo texto el planteo

que hacen cuando la realidad externa común a analistas y pacientes puede alterar la escucha y perturbar el devenir de los encuentros. “La recuperación de la función comienza cuando el analista logra discriminarse de las dos historias que se le habían sumado superponiéndose” (pág. 8).

Será necesario hacer consciente qué elementos traumáticos de su actualidad lo remitieron a su propia historia neurótica. Esta es la que le impide disponer de su identidad específica para producir la historización del contexto del aquí y ahora de la situación analítica en función de poder crear o resignificar una nueva historia compartida con un nuevo otro (Baranger et al., 1987, citado en Puget y Wender, 2005, p. 87).

La salida de estos estados traumáticos activados por la pandemia nos lleva a reconocer, en algunos casos, la necesidad del reanálisis personal, así como del efecto transformador de los encuentros grupales reflexivos.

Es necesario pensar que la identidad del analista se encuentra siempre en cambio (Dorado de Lisondo, 2021), en estado de transformación, como una obra de arte que busca encontrar una posición analítica madura. El descubrimiento de sus conmociones afectivas enfrentándose a la realidad de los hechos puede llevar a la creatividad de nuevos pensamientos.

Desde el vértice de nuestra pertenencia y participación en instituciones psicoanalíticas como son APA, IPA, FEPAL y desde ALOBB como institución científica latinoamericana que agrupa a profesionales formados en el Método Bick, observamos que representan un campo de fuerzas donde es posible encontrar sostén emocional e intelectual en momentos de grandes cambios.

Consideraciones de la formación en el método Bick

La formación en observación de bebés transcurre desde el día cero de vida del bebé en familia a lo largo de uno o dos años. Es considerada pre-clínica: su finalidad no es detección de patología, ya que el bebé elegido se encuentra en estado “normal”, sin alteraciones físicas o neurológicas. Pensamos que es transformador para la mente del profesional-observador ser continente de las vicisitudes de las pulsiones vida-muerte en la relación intersubjetiva mamá-

bebé: el bebé, junto a los deseos de ser contenido para vivir y sentir la organización del *self* y el desarrollo del yo, tiene la sensación de no integración, integración-desintegración, si el sostén materno no se cumple. Dramáticamente, aparecen primeras ansiedades de caída, vértigo, emociones de peligro de catástrofe psíquica.

Al mismo tiempo, sabemos del valor de la prehistoria, el estado prenatal, la vida intrauterina, atisbos de una mente interconectada con lo que la madre le transmite. Por la cesura del nacimiento, madre y bebé cambian ese estado interior sensorial placentario por un intercambio externo entre cuerpos posibles de ser tocados, palpados, junto a rudimentarios procesos mentales. El *reverie* o *ensueño materno* (Sor y Sennet, 2010) es un estado que se plantea a partir del intercambio amoroso entre ellos. Por medio del mecanismo de la identificación proyectiva realista, comienzan a comunicarse y, desde los canales de los sentidos, construyen un viaje de emociones. La mamá, con sus palabras, crea el mundo de los pensamientos del bebé.

Bick (1968) observa en su trabajo de observación directa de madres y bebés el inicio de la constitución del psiquismo del bebé normal. Le llama la atención la adherencia de los ojos del bebé a los ojos de la madre, el aferramiento de sus manos al cuerpo de la madre, a su piel. También en su clínica con niños graves, observa cómo el pequeño se pega a los objetos, a sus palabras, a su cuerpo al despedirse de la sesión. Como investigadora, sus inferencias la llevan a enunciar su original concepto *identificación adhesiva*. En sus encuentros con Meltzer (1975), ambos reconocen que esta identificación también está presente en la concepción de la patología del autismo. Es una identificación diferente a lo que hasta ese momento Meltzer llamaba *identificación proyectiva*. El bebé, ante la separación de su madre, siente la angustia catastrófica de desintegración: se “pega” como necesidad de sostén.

Como docente, descubre en la formación en observación de sus alumnos, el efecto terapéutico que produce el observador con su presencia sensible, interesada, al contener estados emocionales desorganizados en el vínculo mamá-bebé. Nos interesa destacarlo porque se relaciona con las intervenciones desde la observación.

El método de observación de bebés

Primer paso: visita semanal

El contacto en la visita semanal a la casa del bebé y su familia, durante el primer año de vida, es una experiencia original, única. El método Bick considera que la formación debe ser presencial, en contacto con el mundo sensorio que emana de los cuerpos, sus olores, colores, ritmos y conexiones sensibles. El observador registra con su atención los movimientos del bebé y de quienes lo acompañan, que integran la familia y los espacios físicos. En estado receptivo, descubre, en relación con el bebé, sus propias emociones, recuerdos, capacidades de su “estado bebé” guardado en capas profundas de su vida mental, en estado *nascente*, imetáfora del útero mental!, posibles de ser transformadas en nuevos pensamientos, desconocidos hasta el momento de la experiencia de observación.

Segundo paso: escritura en soledad

El relato escrito de lo observado es posterior a su visita. A solas, en su intimidad, el observador vuelca en palabras lo que su memoria ha registrado. Desde su atención consciente-inconsciente, recuerda los hechos reales ocurridos en el campo observacional. Al mismo tiempo, aprende a ser un observador calificado de sí mismo.

Tercer paso: grupo de reflexión. Encuentro entre observadores y coordinador

Este encuentro es una reunión semanal grupal, allí se leen las observaciones. El grupo, en su intimidad, favorece la escucha, el intercambio de ideas, emociones, imaginación, asociaciones. En esta experiencia creativa, se interioriza al grupo como función y cada uno de los integrantes asume, inconscientemente, un rol, según su identificación personal con algún aspecto del bebé o persona de la observación (Borensztein y Saiz de Finzi, 2005). Se descubren las identificaciones con distintos aspectos del bebé o la madre, obstáculos, acuerdos, alianzas. Mediante este trabajo de reflexión, el observador puede *desintoxicarse* de sus emociones y volver en cada visita renovado para mantener su capacidad emocional e interés intelectual. El valor que tiene el grupo en la mente del observador es lo que R. Sandri (1998) llama la *creación del grupo interno*.

Las habilidades que el observador puede desarrollar en la formación se observan en los cambios de su escritura, más rica en expresividad y poesía y en la comprensión de sus estados mentales en la discusión grupal.

Al mismo tiempo, reconocemos que las funciones mentales del observador se fortalecen en la capacidad de sostener la escucha junto una atención consciente esforzada y a la atención inconsciente libre.

La disponibilidad mental emocional se da en el tiempo de las visitas, la receptividad continuamente durante el encuentro, la empatía, el silencio, a la espera del contenido que llegará como asociación, sueños o recuerdos en su cuerpo desde las sensaciones enlazadas con las emociones, la transformación en pensamientos. Y, especialmente, el crecimiento de la intuición.

Neborak y Dorado de Lisondo (2020) piensan que la intuición también ocupa un lugar destacado en la receptividad analítica y es parte de nuestro equipo mental con el cual operamos en las intervenciones. Si bien Bick exigía que la escritura reflejara lo más exacto posible la escena del bebé y su madre, Bion, refiriéndose a la observación en la clínica, resalta la necesidad de ejercitar la capacidad de la intuición para ver aquello que los ojos no permiten ver. Como observadoras, consideramos que la intuición se desarrolla como una cualidad valiosa desde el método de observación de bebés de Esther Bick.

De la formación en observación a la intervención clínica

En las intervenciones clínicas que implementamos en situaciones excepcionales pandémicas hasta el presente, la observación en línea, por distintos marcos tecnológicos, permitieron una experiencia intersubjetiva apasionante, tanto por la urgencia de la demanda de quién llama como por el deseo consciente -inconsciente del observador en crear y descubrir las potencialidades saludables del bebé y de la familia.

En las llamadas de urgencia, es la observación nuestro marco o encuadre interno. Nos sostiene para mantener una presencia activa, emocional, un pensamiento dispuesto a recibir, junto a la abstinencia de actuar, ordenar, criticar. Escuchar y esperar hasta que emerja un sentido de ese caos amenazante de emociones que invade

el campo de la observación. Se trata de tolerar el no saber qué decir hasta que un sentido organice el pensamiento y la palabra de forma creativa.

La intimidad pudo encontrarse en esa distancia-presencia al mismo tiempo. En una relación de encuentro, se reedita el estado *reverie*. Somos observadores disponibles para armar un espacio de intercomunicación desde el desamparo.

Encontrar un camino de salida a través de una intervención puntual guiada por la capacidad intuitiva resguarda frente a la angustia que desencadena la pandemia.

Ana: embarazo de cuatro meses

En pandemia, recibimos una llamada telefónica de urgencia. Se escucha un tono de voz quebrada con un ritmo entrecortado: cuenta de sus antecedentes psiquiátricos por depresión, ansiedad y fobias antes de su embarazo; adicta a la medicación ansiolítica, advierte no poder vivir sin ella. Tiene atención psicológica suspendida. No hay turno en los hospitales para consultar medicación o psicología. Se puede notar en su tono de voz, en la construcción de su narrativa, la angustia de no imaginar cómo enfrentarse a las necesidades de su bebé, no poder cuidarlo, sus temores sobre la lactancia futura, sus miedos a dañarlo por los medicamentos psiquiátricos que toma. Habla de su lucha por la vida de su bebé y ella misma, buscando en la escucha de la terapeuta un espacio- continente seguro.

Se suceden mensajes de Whatsapp: "...estoy volviendo de la guardia (urgencias), estoy con mareos y dolor de nuca... estoy en crisis, me atendió una clínica y una obstetra, me mandaron tranquilizantes, clonazepán 0,5, ayer se me murió un abuelo, yo me enteré, entré en crisis fuerte... no lo puedo superar sola (...) Mi marido no está, necesito hablarle, me agarra fobia a la noche, es como un trastorno, cuando va oscureciendo (...) Yo me desperté hace un rato porque me agarra un ataque de angustia a la mañana, ahora estoy muy deprimida, no puedo levantarme de la cama, sin ganas de nada".

La disponibilidad para recibirla sin horarios prefijados, eligiendo el contacto visual por pantalla o desde el sonido de la voz sin imagen, lentamente fue constituyendo un espacio continente receptivo para su ansiedad persecutoria

que, por momentos, la consumía.

Dejarla hablar, recibir mensajes escritos, mirarla, reconocer en sus gestos una expresión nueva y describirla, era una experiencia emocional desconocida para ella. Vivía con sus hijos adolescentes que, sin mirarla, la aturdían con la música, y con un compañero que trabajaba durante la noche, sin capacidad real de acompañarla. De la ansiedad persecutoria reactivada con este nuevo embarazo, pasaba a otra ansiedad primaria catastrófica: sensación de caída, *vértigo* (Bick, 1968), es la muerte, su final angustioso. "No voy a poder seguir, me voy a morir... mi bebé también". Sus sensaciones de pérdida de hoy las relaciona con la mala experiencia del parto de su primera hija prematura, la incubadora y la separación: "Cuando nació mi hija, me anestesiaron, me durmieron toda, quedé asustada. Me intentaban despertar y ni los labios podía mover, ni las piernas para dar alguna señal, [tenía] miedo a no despertarme más... lo veo trágico y no tengo que verlo así (...) Mis sueños ahora son del parto, a veces pesadillas... estoy asustada".

La *preocupación maternal natural* (Winnicott, 1965, pág. 73-82) durante el embarazo de Ana se transforma en preocupación intrusiva; la vulnerabilidad y precariedad de su estructura psíquica, junto a la falta de regulación y contención que puede aportarle la medicación, la vincula con la muerte en la paradoja Eros-embarazo-vida -parto-muerte-Thanatos.

Entendemos que el temor a la anestesia representa el temor a su muerte, a la pérdida de su vida. Los tonos de voz, la adecuación a sus ritmos, la gestualidad, la presencia sostenida, la palabra empática, si bien calma por momentos, la sombra de un parto prematuro es constante; se olvida de tomar la medicación para la presión y corre a urgencias. Desde la técnica de observación, sin interpretaciones explícitas, consideramos que el sostén observacional resulta de un intenso esfuerzo intersubjetivo: estar receptivamente conscientes alojando al bebé y sobrevivir al parto.

En los siguientes meses de embarazo, Ana, entre sus temores, expresa alegría por el crecimiento de su bebé: "Estoy por tomar la pastilla, me da miedo por mi bebé, pero estoy en crisis, me tengo que calmar (...) Estoy *media-media*,

siento temor al parto, se va acercando el mes, me da *miedito* también el post[parto], no sé si voy a estar preparada, cómo lo voy a volver hacer, si voy a tener la misma paciencia... tengo baja autoestima... no valgo... (...) Muchas cosas me vienen a la cabeza, felicidad, ansiedad y miedos... está *regrande*, pateo, está cabeza para abajo”.

Más adelante, muestra la foto de una cuna para pintar. Le da color, vida, disfruta de festejar un *baby shower*. Se la ve vestida con una remera en la que resalta en color rojo el nombre del bebé. Mamá-bebé son protagonistas de su historia.

El método Bick enseña una cualidad llamada por Bion (1970) paciencia: la definió como un estado mental en el que el analista debe evitar aferrarse a lo que sabe para enfrentarse a lo desconocido, tanto dentro de sí mismo como del analizado (pág. 117).

Pensamos junto a Sandri (1998) que ese estado entre paciencia y seguridad de tolerar la frustración, de esperar, demuestra que el trabajo que se hace es valioso. Este punto de reflexión nos acerca también a la capacidad de imaginar a la madre que puede llegar a ser, lidiando con miedos naturales, no invalidantes, y a su necesidad de sentirse en una base segura terapéutica confortada con cuidados sensibles (Bowlby, 1979).

Resaltamos el efecto terapéutico en las intervenciones desde la observación al sostener el encuentro emocional con Ana. El observador fue representando una figura presente, segura, sensible y predecible con quien explorar el vínculo transferencia-contratransferencia presente. De continuar con la desesperanza frente al embarazo y su sentimiento de un hijo alojado como intruso, hubiera impedido el estado *reverie* activo para desarrollar la capacidad materna en la crianza. Las intervenciones abrieron un estado de cambio que hoy lo pensamos como cambio catastrófico. Una vez nacido su bebé continuamos en contacto a partir de fotos e imágenes ricas en expresiones de miradas conectadas.

Morena, joven de 22 años

Llama urgente a la plataforma de APA. En la entrevista telefónica, habla del problema con su pareja: quiere separarse. Tiene una bebé de siete

meses; quedó embarazada y no le fue bien. Siente ansiedad, miedo de quedarse sola. “El padre no me acompañó cuando la tuve (...) Él tiene dos hijos más grandes y no se hace cargo (...) Me siento mal todo el tiempo, pero no puedo dejarlo y tener la hija sola”.

Explorando su situación familiar, no ve a su madre ni a sus hermanos. Nos preocupa su distancia afectiva con su bebé: “la beba está bien. Mi papá la cuida cuando me voy a trabajar”. Le da biberón desde los cuatro días de nacida: “no salió leche desde allí”. Sus padres están separados, de su madre comenta que “mucho bola no me da”.

Percibimos su situación de vulnerabilidad. Sin un apoyo materno durante el embarazo y parto, su padre parece ejercer una función maternal con ella y su nieta. Al continuar los encuentros, preguntamos sobre la bebé: “es llorona, *mariconna*, está enferma, tiene un problema en los pulmones. Tiene mocos, se agita, y fiebre, broncoespasmo, cuando está así me bajoneo y me voy a la cama. La llevo al médico y a mí se me cae el pelo... me angustió”. La derivación al hospital se demora por la falta de atención en pandemia. Morena no quiere hablar de su hija, le molesta que ocupe un espacio de atención que necesita solo para ella. Al calmar su ansiedad persecutoria, relaciona su depresión con la falta de leche; los frecuentes broncoespasmos de la bebé, con la angustia de ella y su miedo de morir. Su bebé comienza a tener existencia en su mente, le saca fotos y las manda, habla, se da cuenta de que, como mamá, está preocupada.

Logramos, con las intervenciones, que ella transforme su angustia en contacto, ser su propia observadora, vinculando su depresión con las enfermedades de la bebé desde la falta de respuesta emocional a su hija.

Alisa: un aliento de esperanza

En una comunicación de Saiz et al. (2020) se describen estados ligados sobre la vida y la muerte en pandemia, actos que transcurren en una soledad aséptica, el contraste de un nacimiento que desafía la enfermedad, el contagio. Qué mejor garantía que las potencialidades de un bebé y el poderoso vínculo con su madre.

Alisa se entera de que está contagiada de COVID. El nacimiento es de inmediato y se adelanta el parto. Sin embargo, entre la urgencia, el

aislamiento hospitalario necesario y la asepsia, pueden encontrarse mamá y bebé en un amantamiento feliz. Desde la observación atenta y nuestra intuición, escuchamos que Alisa nos habla de sensaciones o imágenes que denotan desde el embarazo un vínculo prenatal continente. En íntima ensoñación, la comunicación fluye. Las palabras de que su bebé la sostiene acerca de sus miedos nos permiten conjeturar que la experiencia de encuentro continuará una vez que la cesura entre la vida intrauterina y la realidad dé lugar a verse, tocarse, sentirse... Imaginamos a ese bebé tendiendo una mano a su mamá para cruzar el puente y encontrarse, enseñándole cuánto la conoce desde adentro del útero, los sonidos con sus vibraciones comunican emociones al modo de protoconversaciones.

Diálogo con investigaciones actuales

Sensibilizados por los efectos y consecuencias de la depresión en madres embarazadas, antes de la pandemia surgió el interés en desarrollar la prevención mediante la detección a tiempo de situaciones de riesgo tanto en el embarazo como en la crianza del bebé.

Un grupo de profesionales (Wolfberg et al., 2018) comprometidos con la observación y con el estudio de las condiciones de una crianza saludable de la relación mamá-bebé realizaron, en un hospital de Buenos Aires (Argentina), una investigación-acción sobre la depresión durante el embarazo en futuras madres y padres, durante el 2016 al 2018.

La muestra consistía en 180 embarazadas, de entre 20 y 40 años, de clase social media baja, quienes asistían al departamento de obstetricia del hospital para su control obstétrico mensual.

Los objetivos de la investigación fueron: 1) Determinar la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas que consultaban por control prenatal en un hospital de Buenos Aires; 2) Estimular el estudio de la depresión pre y post natal a escala nacional; 3) Alertar sobre la detección de depresión durante los controles de embarazo, con fines de prevención, indicación de tratamiento y apoyo durante la gestación y posparto.

Se aplicaron dos escalas de depresión estandarizadas. Posteriormente, se entrevistó a las

madres durante 40 minutos en el horario en que asistían para el control con el equipo de obstetricia. Las madres, aliviadas al ser escuchadas, buscaron la posibilidad de conversar y planear una entrevista con el equipo de Salud Mental para continuar la información del compromiso de su depresión en la salud mental del bebé y en la alteración en la crianza. Fue decisivo para las consultas posteriores y la continuación con las intervenciones terapéuticas.

Los resultados encontrados señalan un 23 % de depresión prenatal, y de este 23 %, un 10 % con depresión ligera, un 7 % con depresión moderada y un 6 % con depresión severa. El 35,4 % de las mujeres que han padecido o padecen violencia familiar tienen depresión severa o moderada. La pérdida de seres queridos se expresa en un nivel alto: casi la mitad (43,8 %) de las deprimidas habían tenido pérdidas de seres queridos en los últimos cinco años, o pérdidas por migración o incumplimiento de metas.

Conclusiones

Entre los factores de riesgo que permiten predecir con mayor intensidad la depresión prenatal están las pérdidas, en primer lugar, y la violencia familiar en segundo lugar.

Es importante considerar la urgencia de realizar políticas públicas de prevención y dar a conocer a los profesionales del área de Salud Mental esta preocupante prevalencia. Un 23 % en las 180 embarazadas, casi una de cada cuatro, sufre depresión.

Desde la investigación-acción no sólo se recabaron datos, sino que se proporcionaron breves espacios de intervención y orientación según cada problemática, dentro de los límites impuestos a la tarea. La mayoría de las mujeres encuestadas no reconocían sus sentimientos como depresión. Creían que sus sentimientos eran naturales. Una madre debía pasar por estados de los que no hablaba al estar embarazada. El sufrimiento y el dolor no se mostraban. Se padecía en distancia, retraimiento, miedos, en espera del nacimiento.

Nos preocupa cómo la depresión perinatal no sólo puede afectar el modo en cómo la madre se relaciona con su hijo, sino también en cómo lo percibe. La función materna se ve afectada en

su sensibilidad y su estado emocional, generando un vínculo de apego inseguro con el niño en un 50 % de los casos por sus cuidados irritables y hostiles. (Lartigue et al., 2008, p. 111-131)

Así mismo, Edward Tronick (2008) observó a madres que estuvieron deprimidas en el período posparto y encontraron que “los bebés de madres deprimidas están crónicamente expuestos a la tristeza de ellas y a su efecto negativo”. Tronick y Weinberg (1997, p. 162) sugieren que la insensibilidad materna tiene efectos perjudiciales a corto y largo plazo.

Nuestras observaciones nos demuestran la necesidad de la intervención durante el embarazo una vez enfocado el punto de urgencia. Destacamos la importancia de las intervenciones realizadas por Caron y Sobreira (2015), psicoanalistas y observadoras de bebés. En investigaciones longitudinales, aplicando el Método Bick con madres embarazadas desde la décima semana de gestación, en el parto, y hasta los tres años, realizaron una experiencia de observación completa y fecunda del desarrollo del bebé y de la relación madre-bebé. Consideran que es importante comprender los procesos mentales de las madres durante el embarazo, identificar los cambios en las emociones hacia sus bebés, así como la detección de dificultades en la relación madre-bebé.

Validando la observación como lugar de descubrimiento, Caron y Fonseca (2000) consideran la experiencia que viven los padres con las ecografías de sus hijos. Los padres se conectan desde sus miradas, sus emociones, con la sensorialidad del movimiento del feto en el continente materno. Están acompañados por una ecógrafa con la que conversan. Junto a ellos, la presencia de la observadora sostiene las emociones que circulan y la palabra de los padres que transmiten sus representaciones del hijo. La observadora, desde su función mental receptiva, contiene el impacto emocional, las comunicaciones gestuales y verbales de la embarazada, las reacciones emocionales al ver la imagen ecográfica de su bebé.

Continuando con la experiencia, realizaron observaciones del parto observando las respuestas subjetivas de las madres y las intensas emociones despertadas con el nacimiento de sus bebés.

Finalmente, acompañan con las observaciones los comienzos de la vida del bebé en su ambiente familiar hasta los tres años. En estas secuencias de encuentros y reconocimientos entre los padres con el feto en el embarazo, con el bebé en el parto y en la vida familiar en la casa, se pueden investigar los tipos de patrones-modelos de relación vincular que se van creando entre padres-bebé.

En consonancia con el interés de observar ecografías con técnicas cada vez más sofisticadas, en Italia se realiza otro estudio contemporáneo con ecografías 4D (Ammaniti y Menozzi, 2010), donde se pueden reconocer los gestos de sus hijos con claridad. La importancia de la vida intrauterina rica en sensaciones da lugar a nuestra comprensión de lo que representa ese bebé para los padres. La experiencia de mirar las ecografías durante el embarazo contribuye en la elaboración de las representaciones mentales que los padres tienen de sus bebés. Al principio del embarazo, hay predominio de las fantasías parentales sobre los bebés y, a partir de las imágenes de ultrasonido, se va tornando la percepción más realista de este: se lo reconoce como el bebé real, se le encuentran parecidos al abuelo, tío, padre, madre...

Comentarios finales

Coincidimos que las investigaciones que se vienen realizando, aplicando la observación de madres-bebés durante la gestación, nacimiento y los primeros tiempos en la vida del bebé, aportan nuevos conocimientos sobre el devenir de la maternidad, en la prevención de situaciones de riesgo y posibilidades de intervenciones tempranas.

Así mismo, la aplicación del método de observación de bebés en tiempos de pandemia donde no fue posible la presencia física puso a prueba la necesidad de un cambio en la modalidad de trabajo clínico. La disponibilidad mental del analista observador, a través de la tecnología, es un factor que investigar. Desde las ilustraciones como la historia de Ana, observamos que pudo internalizar en su mente la función del observador confiable, no intrusivo: representa el sostén libidinal que da lugar a la esperanza en el desarrollo de su capacidad maternal.

La presencia sensible, previsible y receptiva de la observadora despierta su fortaleza para tolerar la falta de medicación psiquiátrica. Para pensar, necesita la mente de otro, que represente la figura materna capaz de digerir lo intolerable y reconocer el dilema en que se debate: la fantasía entre la muerte de su bebé por efecto de la medicación o su muerte por el aumento de su propia angustia, no resistir el parto y la crianza de su bebé. Juntas transformaron el dilema en problema para poder pensar y recrear su capacidad como madre, sosteniendo el nacimiento de su bebé.

Pensamos que la formación en observación de bebés añade una experiencia distinta. Como prueba del cambio de Ana, busca el contacto con la observadora desde las imágenes del hijo, acerca la cámara a su cara, capta los estados de risa o llanto, en diálogo intercambian sonidos, palabras y ensueña que es grande. Graba su voz mientras juegan, se miran con alegría, temor, sorpresa. Es un baño emocional que comprende a la observadora mientras piensa en voz alta cómo quiere criar a su bebé.

Con Morena, se puede investigar el contenido de las escenas cuando muestra a su bebé en la pantalla en un juego de espejos: mirarla-mirarse-ser mirada. Desde la observación, conecta su distancia-depresión con el abandono del bebé siempre enfermo. En las fotos, la bebé mira a la madre-observadora, que la ve sonreír; es un momento inefable, es posible que se fortalezca el vínculo de confianza en Morena reconociendo a su bebé, que la espera como la madre anhelada.

A partir de desarrollar su empatía, si se pone en el lugar de su bebé, es capaz de identificar las ansiedades, emociones y de ajustarse a ellas; de darse cuenta si deben ser satisfechas y regular las experiencias emocionales del bebé.

Es posible reparar las pérdidas que Morena sufrió como bebé, una historia de abandono y violencia, la ausencia de su madre, el maltrato de la pareja. Su embarazo fue un accidente. Su bebé no estaba en su mente, le irritan sus necesidades de atención cuando llora, busca ser sostenida para entender qué le pasa y desarrollar un espacio continente para él.

Alisa, en su experiencia de contagio del COVID poco tiempo antes de terminar su embarazo, lucha por su vida y la de su bebé, por la

continuidad del vínculo; es una madre interconectada en un diálogo permanente con el feto transformado en el bebé esperado y recibido.

En estos momentos finales, imaginamos observar junto a Alisa una ecografía 4 D: el bebé se mueve en danza lenta dentro de la envoltura placentaria que lo contiene; en un giro roza las paredes y apoya, acaricia con sus manitas, presiona en un saludo de ternura a su mamá mientras escucha el sonido de la voz que le conversa, como un gran artista la consuela de sus angustias y miedos. Se toma del cordón umbilical y, en un gesto de bienvenida, camina por la cuerda floja como un equilibrista, mientras los aplausos resuenan. Alisa corre el telón y se funden en un abrazo.

Al transmitir los fundamentos del método de observación en los cursos de formación de observación, notamos que se despiertan en el observador un abanico de estados emocionales, de turbulencias de ideas y pensamientos. Investigamos los efectos que llevan al observador a mantener su propio estado de curiosidad científica, pasión por el conocimiento, la fe para el encuentro y desarrollo en la conectividad con su bebé interior. Las investigaciones nos confirman lo que el observador percibe y registra, desde el desarrollo de la fe y la pasión por el conocimiento (Bion, 1962), pasión alejada de la violencia, y sí una emoción experimentada con intensidad y calidez (pág. 31).

Para finalizar, nos interesa relacionar la esperanza con la integración de nuevos conocimientos individuales, colectivos científicos a favor de una mirada en la infancia, desde los primeros momentos de la vida. Cuando las amenazas son realidad, en un mundo por momentos desorientado para ver su destrucción, insistimos con la búsqueda irrefrenable de otro, otra mente que nos reconozca humanos.

Bibliografía

- Ammaniti, M. S. y Menozzi, F. (2010). Estudio de la cogenitalita. *Infanzia y adolescenza*, 9, 151-157.
- Andrade, M. C., Borensztejn, C., Escapa, L., Gómez, A., Pacheco, M. A., Pérez Alarcón, A. y Safdie, E. (2021). Línea solidaria APA-Covid-19. *Revista de Psicoanálisis*, 78(1). Recuperado de: <http://apa.opac.ar/greenstone/collect/>

- revapa/index/assoc/20217812/p0127.dir/REVAPA20217812p0127Andrade.pdf
- Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J. (1987). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. *Revista de psicoanálisis*, XLIV(4).
- Bick, E. (1967). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. *Revista de psicoanálisis*, 24(1). Recuperado de: http://www.asociacionbick.org/pdf/notas_observacion_lactantes_ensenanza_psicoanalisis.pdf
- Bick, E. (1968). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. *International Journal of Psychoanalysis* XLIX(2-3).
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Bion, W. R. (1965). *Transformaciones*. Valencia: Promolibro.
- Bion, W. R. (1966). *Volviendo a pensar*. Paidós
- Bion, W. R. (1970). *Atención e Interpretación*. Paidós.
- Borensztein, C. y Saiz de Finzi, J. (2005). Dificultades de simbolización y observación de bebés. Efectos del entrenamiento con el método de Esther Bick en la clínica psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, LXII(2), 461-472
- Bowlby, J. (1979). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Ibérica.
- Caron, N. A. y Sobreira Lopez, R. C. (2015). *Aprendiendo con las madres y los bebés. Sobre la naturaleza humana y la técnica analítica*. Biebel.
- Caron, N. A. y Fonseca, M. M. (2000). Aplicacao da observacao en ultrassonografia obstétrica. En N. A. Caron (Org.), *A relacao pais-bebe: da observacao a clínica*, pág. 178-206. Casa de Psicólogo.
- Dorado de Lisondo, A. (2021). *La importancia de la observación de bebés E. Bick en la formación de la identidad del analista*. Conferencia.
- Dorado de Lisondo, A. y Neborak S. (2020). *La observación de bebés con el método Esther Bick Una experiencia privilegiada para el desarrollo de la intuición* presentado en Congreso de Bion, España.
- Gamarra de Tate, L., Saiz de Finzi, M. J. y Awiron, S. (2020). Taller de textos breves. Desafíos en las intervenciones online desde la Observación de bebés. *Simposio virtual: "Tiempos de incertidumbre"* Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 58; Congreso Interno 48. Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Amorrortu.
- Lartigue, T., Maldonado-Duran, M., González-Pacheco, I. y Saucedo-García, J. M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatalogía y Reproducción Humana*, 22, 111-131. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>
- Marucco, N. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis*, 63(1), 9-19
- Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis*, 11(3), 289-310.
- Puget, J. y Wender, L. (2005). El mundo superpuesto entre paciente y analista revisitado al cabo de los años. *Revista de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados*, 30.
- Saiz Finzi, M. J., Blanco, S., Etienot, M. J. y Baena Cagnani, J. P. (2020). *Fronteras y cesuras en tiempos de pandemia* [en línea]. Asociación Psicoanalítica Argentina. Recuperado de: https://apa-gestion.net.ar/symposium_apa_2020_full/VER_COMPLETO.php?ID=1809492020202339
- Sandri, R. (1998). *Penser avec les bébés. Parcours, reflexions a partir de l'obsevation du bébé selon Esther Bick*. Eres.
- Sor, D. y Senet, M. R. (2010). *Fanatismo*. Biebel ediciones.
- Tronick, E. (2008). Conexión intersubjetiva, estados de conciencia y significación en primera infancia. En Clara R. Schejtman (comp.), *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. Librería Akadia Editorial.
- Tronick, E. Z. y Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. En L. Murray y P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1965). El desarrollo de la capacidad de preocupación. En D. W. Winnicott (Ed.), *El proceso maduracional y el ambiente facilitador*. Hogarth Press.
- Wolfberg, E., Finzi, J. Mountuori, E. et al. (2022). Depresión durante el embarazo en futuras madres y padres, en E. Wolfberg y M. Marrone (comp.), *Parentalidad y teoría del apego. Dificultades de la Parentalidad, formas de intervención*, Vol II. Psimática.

Grupos de atención a padres y bebés: observación e intervención psicoanalítica en microscopía clínica como facilitador de las relaciones iniciales

MARIÂNGELA MENDES DE ALMEIDA¹

RESUMEN

Grupos de atención a padres y bebés: observación e intervención psicoanalítica en microscopía clínica como facilitador de las relaciones iniciales. Este trabajo discute la microscopía de las intervenciones interpretativas y de la continencia ofrecida por los abordajes vinculares con padres, bebés y niños de corta edad, utilizando, como material ilustrativo e investigativo, viñetas de un Grupo de Atención a padres y a sus hijos de 0 a 3 años y once meses, realizado en ambiente ambulatorio en el Departamento de Pediatría (UNIFESP). A partir de la transcripción y comentarios del material originalmente filmado, buscaremos amplificar la comprensión de las interacciones lúdicas y verbales entre padres, niños y terapeutas en el contexto de grupo, reflexionando sobre detalles sutiles de las interacciones hilvanadas desde una visión psicoanalítica relacional. **Palabras clave:** grupo padres-bebés, intervención en las relaciones tempranas, psicoanálisis infantil, pediatría, microscopía clínica.

ABSTRACT

Parent and infant care groups: observation and psychoanalytic intervention in clinical microscopy as a facilitator of early relationships. This paper discusses the microscopy of interpretative interventions and the continence offered by bonding approaches with parents, babies and young children, using, as illustrative and investigative material, vignettes of a Care Group for parents and their children from 0 to 3 years and eleven months, carried out in an outpatient setting in the Department of Paediatrics (UNIFESP). From the transcription and commentaries of the originally filmed material, we will seek to amplify the understanding of the playful and verbal interactions between parents, children and therapists in the group context, reflecting on subtle details of the interactions threaded from a relational psychoanalytic vision. **Keywords:** parent-infant group, early relationship intervention, child psychoanalysis, paediatrics, clinical microscopy.

RESUM

Grups d'atenció a pares i nadons: observació i intervenció psicoanalítica en microscòpia clínica com a facilitador de les relacions inicials. Aquest treball discuteix la microscòpia de les intervencions interpretatives i de la continència oferta pels abordatges vinculars amb pares, nadons i nens petits, utilitzant, com a material il·lustratiu i d'investigació, vinyetes d'un grup d'atenció a pares i als seus fills de 0 a 3 anys i onze mesos, realitzat en ambient ambulatori al Departament de Pediatria (UNIFESP). A partir de la transcripció i els comentaris del material originalment filmat, buscarem amplificar la comprensió de les interaccions lúdiques i verbals entre pares, nens i terapeutes en el context de grup, reflexionant sobre detalls subtils de les interaccions embastades des d'una visió psicoanalítica relacional. **Paraules clau:** grup pares-nadons, intervenció en les relacions primerenques, psicoanàlisi infantil, pediatria, microscòpia clínica.

Introducción

Con este trabajo, nuestra intención es la de favorecer la posibilidad de debatir la microscopía

de las intervenciones interpretativas y la continencia que puedan ofrecer los enfoques vinculares con padres y bebés y niños pequeños. Utilizaremos como material ilustrativo y de

¹Psicóloga y Psicoanalista, Miembro Asociado de la Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, Asociado Clínico y Master por la Tavistock Clinic y la University of East London, Ph.D. por la UNIFESP. Coordinadora del Centro de Atención Parental-Infantil, Sector Salud Mental, Depto. de Pediatría, UNIFESP. Profesora del Instituto Sedes Sapientiae. Miembro de Alobb, Rieppi, Inspira e Cippa. Contacto: mamendesa@hotmail.com

investigación algunas viñetas transcritas de un grupo de atención a padres y sus hijos de 0 a 3 años y 11 meses, que fue realizado en contexto de ambulatorio en el departamento de Pediatría (UNIFESP).

La comunidad psicoanalítica internacional y latinoamericana pasa por un momento de debate de la investigación clínica.

Este debate parte de nuestras especificidades, de cómo formulamos nuestras intervenciones, qué teorías explícitas o implícitas están presentes en nuestros intercambios intersubjetivos con nuestros pacientes. Este es un campo merecedor de inúmeros grupos de trabajo y actividades cruzadas en red entre varios grupos psicoanalíticos, sobre todo en la psicoanálisis de adultos con cuadros neuróticos. Nos parece importante contribuir para el debate de las peculiaridades de las intervenciones psicoanalíticas en niños, en intervenciones vinculares, de la misma manera como es importante pensar sobre estas cuestiones en los análisis de condiciones límite o de estadios primitivos de la mente.

Necesitamos abrir un espacio para incluir en nuestras sistematizaciones una amplia gama de contribuciones posibles, como por ejemplo: intervenciones no verbales, acciones interpretativas; ofrecimiento de contención a través de comunicaciones posturales; modulación de entonaciones (paralelas de la prosodia de las comunicaciones iniciales padres-bebé); comunicaciones que aun han de tener más investigación en el área de las comunicaciones inconscientes, de los *enactments* como puestas en escena que abren camino a las manifestaciones de aspectos aun no representables; comprensiones en red de sentido de expansión polisémica y transversales cuanto a la integración de diversos niveles de funcionamiento, hipótesis compartidas como aprensiones y génesis de significados contruidos en el espacio-útero de la intersubjetividad, partiendo del acceso por lo que se va metaforizando y produciendo en nuestra función soñante a través de la empatía y sintonía del afecto con los movimientos grupales.

El entrenamiento en Observación Psicoanalítica de la relación Padres-bebé, modelo Bick (Bick, 1964[1987]) nos ayuda a pensar en los detalles emocionales e interactivos y en el caos de estos grupos. El registro filmado y transcrito

permite el rico debate en microscopía y se convierte en un instrumento privilegiado para profundizar en la reflexión acerca de los recursos clínicos potencialmente terapéuticos en el contexto del trabajo vincular grupal con padres y bebés/niños pequeños.

El material filmado transcrito ha estado dividido en algunas viñetas más cortas y acompañado simultáneamente por comentarios breves acerca de los dispositivos clínicos utilizados en este tipo de trabajo y encuadre.

El grupo de padres y bebés/niños pequeños que ha servido de material ilustrativo para este artículo es parte del funcionamiento del Núcleo de Atención a padres y bebés, Sector de Salud Mental, del Departamento de Pediatría de UNIFESP y está incluido en un programa terapéutico y psicoprofiláctico que tuvo su inicio en 1970 por la iniciativa de la psiquiatra y psicoanalista Mary Lise Moisés Silveira (Silveira et al., 2000). Ella ofrecía la oportunidad de un seguimiento regular del desarrollo emocional a niños de cero a tres años, en paralelo al acompañamiento pediátrico rutinario (Mendes De Almeida et al., 2009).

En la parte que aquí exponemos en detalle, están presentes cinco parejas de madres/cuidadoras con sus bebés y dos terapeutas, la autora de este artículo e Ida Bechelli, que en este día se intercambian en la filmación y en la dirección de la cámara para las escenas del registro visual y sonoro. Así como nuestras intervenciones verbales, posturales e interactivas expresamente invitadas por los niños, la filmación también pasa por planos más generales y recortados sobre determinadas interacciones en el intento de alinear para el grupo los movimientos significativos constitutivos de las redes de sentido (Mendes et al., 2004) que surgen de aquel encuentro. La autorización de los padres para la filmación y para su utilización con fines científicos fue solicitada con antelación.

La película (además de facilitar este tipo de trabajo) tiene la finalidad de convertirse en instrumento de expansión de la mirada grupal y terapéutica. Posteriormente, se selecciona el material y se comenta en conjunto en la sesión con el propio grupo de padres y bebé/niños para mostrar evoluciones en proceso compartido.

Grupo de atención a padres y bebé/niños pequeños: promocionando la salud del niño y de la familia

El grupo de padres y bebés/niños pequeños es una de nuestras modalidades de atención. Recibimos derivaciones de bebés y niños de cero a tres años y 11 meses, y sus padres/cuidadores. Se configura como una alternativa terapéutica para díadas padres-bebés que necesiten y se puedan beneficiar de una acogida compartida para ansiedades y dificultades que estén interviniendo (o corran el riesgo de intervenir) en el desarrollo del niño y/o en la construcción de la función parental de los cuidadores (Barandon et al., 2005). Es un grupo semanal, abierto a la participación de hasta ocho díadas, con entrada en cualquier momento (de acuerdo con las plazas) después de la selección hecha en nuestro Sector. Se realizan revisiones semestrales sobre la continuidad del tratamiento valorando si sigue siendo necesario en este periodo de desarrollo de las relaciones iniciales. El grupo ofrece también una posibilidad de acogida inmediata a familias que están en lista de espera para atención en *Intervención en las Relaciones Iniciales* en nuestro servicio.

Los niños y padres presentados en estas viñetas nos fueron derivados por cuestiones varias como alimentación, crecimiento, sueño, agitación y comunicación, que están siendo atendidos en nuestro servicio por tiempo variable. Pueden estar incluidos en otras modalidades de atención que componen un programa de intervención terapéutica y profiláctica que pasa por la realización de cuatro o cinco sesiones de intervención en las relaciones iniciales en cada núcleo familiar padres-niños.

Para intentar integrar lo que hemos oído de las madres/cuidadoras con lo que está pasando en la expresión lúdica de los niños y en el intento de abarcar las manifestaciones grupales y los puntos en común a partir de las expresiones singulares de cada individuo y cada relación ahí presente, hablamos sobre el nerviosismo de Reinaldo, el pegamento de Gabriel, lo “normal” y lo “anormal” del lloro de Ana Laura, la recién adquirida posibilidad de dormir/descansar de Miguel, la necesidad de expresión de intensidad emocional de los niños, lo emocional interviniendo

en lo físico, la necesidad de continencia interna y relacional al lado de la continencia por los procedimientos, normas, límites, que por lo general se acopla a la preocupación parental de intentar contener sus propias ansiedades y de los niños de manera resolutiva de inmediato, sin mucho lugar para tolerar “tumultos” transitorios.

Estas escenas se expresan en las observaciones de las relaciones entre cuidadores y bebés en el grupo y en los relatos acerca de la cotidianidad. Se van “cosiendo”, como en un guion grupal, las manifestaciones e interacciones vividas, explicando las historias de cada uno en lenguaje emocional, en la búsqueda de expandir la experiencia más allá de la conducta concreta y operativa.

Es curioso observar que, cuando las madres presentan nuestro grupo a nuevos participantes, el aspecto que más enfatizan es el de la observación del juego, de la conexión entre jugar y la relación de ellas con los niños.

Viñetas clínicas: pequeño y gran angular en interacción. La mirada psicoanalítica vincular como guía para las secuencias de intervenciones

Llegan madres y bebés y, gradualmente, tenemos cinco parejas de cuidadoras y bebés/niños pequeños en la sala: Reinaldo, Marcos, Gabriel, Miguel y Ana Laura. Los niños se van acercando a los juguetes, mientras les siguen con mirada atenta las madres/cuidadoras y las terapeutas.

Dilemas de la autonomía: la llegada

Madre de Reinaldo: “Vaya, ayer en el colegio me preguntaron qué le había pasado que estaba tan nervioso. Les dije que en casa estaba tranquilo... hoy sí que lo estoy viendo nervioso” (compartiendo miradas sobre el niño).

Terapeuta M: “¿Qué le habrá pasado a Reinaldo, Marcos? ¿Tú crees que Reinaldo está nervioso?” (incluyendo a los niños como interlocutores, solicitando la mirada intersubjetiva y la conexión acción/estado psíquico, estimulando la comunicación grupal).

Reinaldo es el mayor del grupo, con casi cuatro años. Es un niño con muchas dificultades del vínculo y de la comunicación. Hace rodar ruidosamente el cochecito en la mesa, mientras se mira a la madre con aparente desafío y provocación.

Marcos, de tres años y medio, es un niño tímido. Quizás fortalecido allí por nuestra invitación a que opine, observa Reinaldo, sonríe con aparente admiración y mueve el juguete en su mano, siguiendo el ritmo de la excitación de Reinaldo. Marcos parece no poder aguantar la intensa excitación, que dura poco. En seguida pone el juguete en el suelo, con buenos modales, aparentando miedo a perder el control.

Marcos nos llegó al tratamiento como un niño muy contenido y controlado con dificultad para expresarse y ser autónomo, en una relación simbiótica con la madre. Esta, extremadamente angustiada, esperaba de Marcos actitudes previsibles y maduras que no desafiaran su propia necesidad de control, relacionada a su histórico familiar y referencias internas de riguroso cuidado personal.

Llega Gabriel de mano de su madre y mientras esta va a sentarse, se suelta delante de los juguetes donde Marcos está jugando. Gabriel asiste al grupo desde los cinco meses con su madre, que estaba muy deprimida e insegura después del abandono (temporal) de su compañero y de la pérdida anterior de otro bebé. La relación de los padres es aún muy tumultuosa, con conflictos y separaciones. Después de un periodo de tregua, volvieron a ocurrir nuevas decepciones y vuelta a un estado deprimido y melancólico de la madre. Gabriel tiene hoy dos años y ocho meses, y viene con una camiseta que pone "I love Dad".

Terapeuta I: "Gabriel acaba de llegar..." (anunciando hechos importantes del encuadre).

Terapeuta M: "¿Hola, Gabriel, cómo estás?"

Terapeuta M: "Lleva el pelo cortito..." (apuntando cambios).

Madre de Reinaldo: "¡iiiMadre de Dios, Señor!!!" (en relación con la agitación de Reinaldo).

Gabriel se levanta con un estetoscopio de juguete en la mano y Marcos, después de algunas vueltas cerca de la madre, aparenta estar confundido y solicitando su permiso para poder "pedir", dice: "¿Das esto? ¿Me lo das?"

Marcos se rasca la cabeza (ensimismado o confundido), mientras señala a Reinaldo con el juguete (repartiendo la mirada en estas dos direcciones, dividido entre su propio gesto de señalar a algún otro fuera de la relación con la madre y de la mirada que pide permiso).

Madre de Marcos: "Ah, él lo ha cogido... déjame que lo vea, ven aquí..." La madre parece referirse al rascado de cabeza, como si Marcos tuviera alguna molestia física que necesitara su cuidado, sosteniendo así la continuidad de la relación dual y la referencia en lo concreto/*handling* corporal. A pesar de eso y de algunos *tropezones en el camino*, Marcos se siente alentado a ir en búsqueda de lo que necesita, marchando en dirección a Gabriel y su madre.

Terapeuta I: "Hemos empezado con la inquietud de algunos niños, ¿no es así, Mari?" (recapitulando el movimiento grupal, intentando comprender motivaciones internas e invitando a investigar).

Terapeuta M: "¡Sí, así es!" (las terapeutas hacen función de pareja parental en diálogo sobre estados emocionales del grupo).

Terapeuta I: "La mamá está hablando, ¿qué es lo que estará pasando?"

Marcos, cerca de Gabriel, que está estirado en el suelo junto a su madre, se acerca para coger el estetoscopio. La madre de Gabriel y de Marcos hablan con Gabriel y *negocian* con él para que dé el juguete a Marcos, que vuelve entonces para el lado donde está su madre. El trio Marcos, Gabriel y su madre parece que ha logrado llegar a un acuerdo en un contacto/conflicto mediado por el adulto en que los niños pudieron *opinar* (empatía entre subjetividades y diferencia generacional es posible).

Madre de Marcos: "¡Justo él acaba de llegar y tú ya le has cogido el juguete, Marcos!" (Aparentemente, muestra más preocupación crítica con la supuesta *inadecuación* de la conducta de Marcos que por la solución conciliadora que ha encontrado el trio).

Gabriel coje la alfombrita de Eva y se la ofrece a su madre, que empieza a abanicarse.

Madre de Gabriel: "¿Tienes calor? ¿Me lo has traído para mí?" (Señalando hacia la proximidad de las necesidades madre-niño pequeño).

La madre de Marcos observa la relación muy cercana de Gabriel con su madre: "¡Por Dios, cómo ha crecido!" (¿nostalgia por la relación madre niño pequeño? ¿Deseosa de una proximidad y, a la vez, con un posible crecimiento? ¿Valorando esta posibilidad? ¿Miedosa acerca de este crecimiento?). "Uno se queda un tiempo sin verse, cuando se da cuenta... ¡crece muy

rápido!” (transfiriendo aspectos de la propia relación con su hijo para el grupo y sus miembros – ambivalencia en relación con el crecimiento, admiración, susto con la pérdida de control).

Madre de Gabriel: “¿Has visto como está él ahora? Ahora ya no juega... a todos los sitios donde voy, solo quiere estar cerca de mí” (en una mezcla de perplejidad y orgullo).

Terapeuta M: “Sí, Ida lo comentaba el otro día” (construyendo continuidades en el cuidado de la pareja parental). “Gabriel está ahí, en el regazo, en la teta” (conectando conducta y estado psíquico en lenguaje metafórico-polisémico).

Terapeuta I: “Ya veía yo que ahora Gabriel se mostraba más preocupado en dejar a esta mamá, ¿no? Va creciendo, pero parece que necesita estar cerquita” (señalando las ambivalencias como naturales y simultaneas en el proceso de crecimiento).

Madre de Gabriel: “Y él lo dice: mamá, me voy a quedar contigo, ¿vale?” (Interdependencia de la necesidades infantiles y parentales).

Terapeuta M: “¿Le haces compañía a la mamá, Gabriel? ¿Le cuentas un cuento a la mamá?” (Hablando al niño para el grupo)

Terapeuta I: “Es esto, ¿no? Gabriel parece tener la necesidad de cuidar a su mamá, ¿no, Gabriel?” (Señalando la reversión en la relación de continencia)

Terapeuta M: “¿O quieres que la mamá te cuente un cuento a ti... muy cerquita uno del otro?” (volviendo a incluir la otra polaridad de la ambivalencia a partir de la observación de los gestos del niño con el libro en el regazo de la madre; explorando perspectivas, ofreciendo alternativas diferentes, en un movimiento que se compone entre las terapeutas/pareja parental en miradas complementarias para el grupo, sin fusionarse pero con seguimiento compartido; posibilidad de triangulación).

Durante el periodo que frecuentan el grupo estas parejas, se da una gran evolución en el reconocimiento de las competencias mutuas madre-niño, demostrando así la fuerza vital de ambos para la ampliación de las posibilidades de relacionamientos. Gabriel y su madre, aquí en posición de protagonizar un aspecto grupal desafiador, pueden, partiendo de las conversaciones y la mirada del grupo, encontrar una forma de considerar la necesidad infantil y su desarrollo

a la vez que una acogida a los sentimientos de la madre con el fortalecimiento de sus capacidades para cuidar.

Explorando espacios psíquicos: el estetoscopio, la escucha de lo interno

Terapeuta M: “Marcos nos ha traído un aparato para que veamos si todo está bien” (estetoscopio). “¿Quieres que yo vea si todo va bien con Marcos?” (pone el estetoscopio en el pecho del niño, que parece muy interesado en el examen que hacemos en el grupo de cómo ellos se sienten; hablando con el grupo en el lenguaje lúdico de los niños, jugando con ellos). “¡A ver si todo va bien! ¿Hola, va todo bien contigo, Marcos? ¿Te sientes bien?” (conectando lo físico y lo emocional). “¡Qué bien que has vuelto antes incluso de lo que habías dicho!” (habían avisado que faltarían a dos sesiones y hoy aun estarían de viaje). “Os ibais de viaje... ¿ha estado bien el viaje?” (demostrando haber tenido en cuenta lo que se había dicho y valorando las comunicaciones del Grupo y para el Grupo, reafirmando el setting). Marcos va en dirección a la madre con el juguete.

Madre de Marcos: “Ha estado toda la semana con fiebre, 38°!”

Terapeuta M: “¡Ah, entonces creo que es esto lo que Marcos nos está diciendo!” (amplificando el sentido de comunicación del juego)

Terapeuta I: “Sí, mirad; ¡ha traído el aparato!” (empatizando con la percepción y ofreciendo más detalles).

Madre de Marcos: “Pero lo más increíble es que llegamos a casa y al día siguiente ya no tenía fiebre...” (solicitando la escucha para una elaboración en proceso, posiblemente movilizada por el grupo). Alguien del grupo comenta “¡Vaya!”.

Madre de Marcos: “¡Me quedé impresionada!” (solicitando escucha para estados internos, de ella y del niño).

Terapeuta I: “Echaba de menos su casa...” (asociando estados psíquicos y físicos)

Madre de Marcos: “¡Creo que ha sido así!” (incorporando la percepción)

Marcos, con el estetoscopio, se mueve por la sala y se va a juntar con Reinaldo y su madre, que jugaban a poner un juguete en un agujero de la mesa (el agujero para que pasen los cables del

ordenador). Cuando Marcos se acerca, Reinaldo, que estaba en una exploración compartida de un espacio fuera de la madre (el agujero de la mesa), vuelve a una exploración dual, junto al cuerpo de su madre, escondiendo algún juguete en la manga de la blusa de ella. Marcos intenta inserir el estetoscopio en el agujero de la mesa.

Madre de Reinaldo: “¿Estáis todos queriendo esconder juguetes?” (mostrando una capacidad de observar el juego de los niños y comentárselo al Grupo).

Llega un niño más, Miguel, en brazos de su madre, que participa por segunda vez del grupo. Miguel fue derivado por dificultades para dormir.

Terapeuta M: “Hola Miguel... y el nombre de la madre de Miguel, ¿cómo era?”

Madre de Miguel: “Sueli”

Terapeuta M: “Ponte cómoda”

Terapeuta I: “Pasa, ponte cómoda”

Se oye la voz de la madre de Reinaldo, que hace un comentario sobre el juego de esconder: “Lo has escondido en la blusa de mamá”.

Terapeuta M: “Están todos explicando las novedades, uno que se puso enfermo y ha mejorado, uno que está... se queda muy cerca de la mamá para cuidarla y cuidarse, Reinaldo, que muestra inquietud, sí... y Miguel, ¿cómo está?” (rehaciendo el camino del Grupo e insiriendo los que llegan)

Madre de Miguel: “Miguel esta semana ha dormido dos horas y media seguidas”. (reportando evolución sintomática).

Terapeuta I: “Vaya, para quien no dormía nada!” (dando valor al movimiento)

Madre: “No dormía diez minutos seguidos...” (reconociendo el cambio)

Terapeuta I: “Pues sí, dormir dos horas y media seguidas... Miguel está pudiendo descansar ahora, ¿no? Puede descansar más” (amplificando lenguaje y tejiendo sentido: de lo cotidiano físico, para la posible interrelación con lo emocional).

Terapeuta M habla con Reinaldo y Marcos, que juegan alrededor de la madre de Reinaldo.

Terapeuta M: “Marcos ha ido a buscar a Reinaldo, de compañía, ¿no?”

Madre de Reinaldo: “Cada uno de ellos está escondiendo un juguete a su manera...” (observando el juego de los niños y comentándolo al

grupo [¿asimilación del tono de continencia terapéutica?]) “¡Ponlo tú!”

Reinaldo refunfuña.

Madre de Reinaldo: “¡Me estas estropeando la blusa!”

Terapeuta M: “Uno esconde el juguete en el agujerito y el otro en la manga de la blusa de la mamá...”

Madre de Reinaldo: “¡Mira lo que estás haciendo en la manga de mi blusa!”

Terapeuta M: “¿Lo está escondiendo o están queriendo poner dentro de algún sitio? ¿Cómo es? ¿Cosas importantes que ellos quieren guardar?” (intento de comprensión- *reverie*, hace un paralelo entre el juego de los niños y la aptitud observacional amplificada en un intercambio como continencia ofrecida al grupo).

Madre de Reinaldo: “Póntelo tu aquí, en tu manguita”.

Terapeuta I: “Gabriel va mirando a Miguel, pero no se arriesga a salir de cerca de mamá, ¿no es así, Gabriel? Pero creo que quiere que la mamá le lea el libro de historias” (observación y amplificación de movimiento en la conducta asociada al estado emocional y movimiento interno).

Madre de Gabriel: “Y el bebé (Miguel) observa, ¿no?” (uniéndose también en la observación).

Los niños van individualmente y en conjunto hacia varios objetos lúdicos. Gabriel se interesa por otro juguete y señala la mesa. Camina hacia esta y coje el estetoscopio.

Gabriel: “¿Se puede coger?”

Madre de Reinaldo: “No aprietes, Gabriel, haces daño”

Terapeuta M: “Miguel quiere dar algo al nene” (explorando las intenciones a partir de la observación de lo no-verbal del juego del niño-bebé con el juguete-bebé).

Madre de Marcos: “Él quiere cambiar, porque le gusta la música” (deduciendo estados internos).

Miguel tira el juguete.

Madre de Marcos: “Él quiere oír la musiquita del búho, déjale oír”.

Parece que niños y madres ejercitan la posibilidad de interesarse e intercambiar elementos de interés individuales y colectivos, integrando necesidad de mediación por el adulto con posibilidades de autonomía en las comunicaciones y mediaciones directas entre ellos.

Procesando separaciones en ciclos de constitución de autonomía

Terapeuta M camina por la sala y abre la puerta para recibir otro niño.

Terapeuta M: “Hola, ¿cómo estás?”

Madre de André: “¡Entra, hijo!”

André es un niño de tres años voluntarioso e intenso en sus manifestaciones corporales y faciales de control, desagrado y braveza, inicialmente muy enganchado a la madre y en proceso de autonomización.

Terapeuta M: “Quiere entrar con la mama, ¿no?” (amplificando al grupo la percepción de la proximidad corporal madre-niño).

El niño se niega a entrar en la sala.

Terapeuta I: “¿Cómo estás?”

Madre de André: “Bien”

Terapeuta I: “Hoy le cuesta entrar” (comunicando dificultades y solicitando compartición de la continencia al grupo).

El niño se tira por el suelo, la madre intenta cogerlo en brazos pero se resiste, luchando.

Madre de André: “¡No, no, basta, basta!”

Terapeuta I: “Oh, se ha dado un golpe en la cabecita...”

Madre de André: “Basta, André!”

Terapeuta M: “¿Qué pasará que André no quiere entrar?” (recogiendo el aspecto emocional delicado, ahora en interno del espacio grupal, expansión de la conducta para la posibilidad de la conversación).

Madre de André: “Es que el papá nos ha acercado en coche y él quería irse con su padre. Yo le dije “vamos, hijo” y se ha puesto así, llorando” (identificando la separación como el elemento de sufrimiento conflictivo).

Terapeuta M: “¿Papá también quería venir?” (poniendo énfasis en la invitación, siempre abierta y bienvenida, a los padres para la participación en el Grupo, también).

Madre de André: “No, tenía una reunión, y entonces nos dejó aquí cerquita”

Terapeuta M: “Ah, ¿papá no puede venir?”

Madre de André: Había mucho tráfico para venir, estaba todo parado

Terapeuta I: En diciembre todo queda muy lleno... las calles van empezando a agitarse... “(posible diálogo en suspensión, captando los subterráneos psíquicos del tráfico y agitación unida a movimientos de finales de ciclo de necesidad

de protección en proceso de cambio delante de nuevas necesidades identificatorias en triangulación).

El niño sigue llorando en brazos de la madre, dándole golpes como si también la presionara (inicialmente para dentro de la sala y ahora para lejos de él mismo, a la vez que se agarra a las piernas o al regazo, y que también intenta separarse con ansiedad).

Terapeuta M: “Parece que diga *vete, mamá, tú también tienes que irte, ¿no?*” (conectando la manifestación infantil con una expresión relativa a la necesidad de cambio en la relación para favorecer el cambio interno del niño).

Madre de André (de manera firme): “Basta, no se puede”.

Terapeuta I: “Sí... empujar a la mamá...”

Madre de André: “¡Mira, allí esta tu amigo!”

Terapeuta M: “Sí, están todos mirando también... para decirte *hola, André, estamos aquí*” (reafirmando el *setting*).

Mientras tanto, Reinaldo sigue inquieto y se va a la silla detrás del ordenador.

Madre de Reinaldo: “¡Ves a jugar allí!”

Reinaldo sigue sentado al lado de su madre, Marcos con el juguete de búho y el bebé sentado en el suelo. La madre de André intenta ponerlo en el suelo, pero el chico se resiste y vuelve al regazo.

Madre de Reinaldo: “vente para aquí, ahí te harás daño...”

Marcos chilla al tirar el juguete cerca del bebé.

Madre de Marcos: ¡No tires; en él, no!”

Las madres hablan entre ellas del calor (este tema inquieta i caliente).

Madre de André: “¡Por Dios, llegas a estar pegajoso!”

Madres, padres y niños expresan el sufrimiento que hay en los procesos de separación y autonomía, evidente en las relaciones que pasan de diádicas a triádicas, colectivas y en las matrices y en reverberaciones corporales y sensoriales. Estos tránsitos de lo adhesivo a la separación son difíciles, y a veces quedan estancados, y se inquietan y se angustian. Nuestra mirada observacional psicoanalítica registra el clima, la atmósfera emocional, acoge las expresiones en diferentes camadas de manifestaciones, de las más primitivas a las más elaboradas y nos moviliza para las ampliaciones interventoras compartidas.

Comunicando incomodidades

Terapeuta M: “¿Cómo estás, Ana Laura? ¿Ves? Hoy han venido muchos, ¿no?”

Ana Laura entra en la sala y rápidamente se sienta en el suelo y coje el juguete.

Madre de Reinaldo: “Sal de ahí que te vas a hacer daño, ven para aquí”.

Terapeuta M: “Te has acordado de Miguel, que el otro día también estaba aquí, ¿no?” (en la búsqueda de articulaciones de contacto entre los niños).

Reinaldo: “Tadí”

Madre de Reinaldo corrige lo que ha dicho: “Está *allí*, no es *tadí*. Esta *allí*”.

Terapeuta M: “¿Y cómo esta Ana Laura? Estamos hablando un poco de cada uno...”

Terapeuta M pregunta a la cuidadora de Ana Laura (del centro de menores): “¿Ana Laura está bien?”

Cuidadora de Ana Laura: “Sí, aunque este fin de semana nos ha dado un poco de trabajo. Se despertó ya llorando y la mirábamos y lloraba, la reñíamos para que parara y ella ...lloraba mucho, pasó todo el día de sábado llorando. Llorando, llorando, llorando...”

Terapeuta I: “¿Todo el sábado?”

Cuidadora de Ana Laura: “Todo, todo...”

Terapeuta M (a todos): “A veces, los niños demuestran que están sufriendo o están incómodos llorando, y uno no sabe el por qué, ¿no? Intentamos comprender, pero a veces no sabemos el por qué” (poniendo énfasis en la importancia de la exploración, más que en el hecho de adivinar).

Cuidadora de Ana Laura: “Pero me pareció algo fuera de lo normal, porque ella sabía que tenía que dejar de llorar, pero no paraba. Ella nos miraba a la cara, yo le decía: *para, ¿Qué te pasa? ¿Qué ha pasado? ¡Nada, tata!*”

Terapeuta M: “¿Pero qué es lo que consideramos normal? ¿Qué es lo normal? ¿No, I?”

Terapeuta I: “Sí, ¿qué es?”

Terapeuta M: “Cada uno muestra la intensidad de lo que siente. La inquietud de Reinaldo, el lloro de Ana Laura, la idea de que tiene que quedarse fuera porque el padre le ha dejado aquí, ¿no? Cada uno reacciona de una manera... Gabriel, que también quiere estar cerca de su madre...”

Madre de Gabriel (orgullosa): “Gabriel no deja

su madre para nada”.

Terapeuta M: “Miguel, que quiere dormir un poquito más; Marcos, explicando que no estuvo bien... Cada uno explica, como puede, la intensidad de lo que siente...” (alineando las expresiones personales de cada uno en un sustrato grupal colectivo).

Terapeuta I: “Esto es lo que me parece importante, que ellos se están pudiendo manifestar, explicar, ¿no? Ellos no están reprimiendo estas dificultades que van teniendo, ¿no?” (continuando la intervención anterior y profundizando la comprensión en varias maneras posibles de explicación, ofreciendo un modelo de parental colaborativa).

Reinaldo sigue sentado y André juega en la pizarra. Ana Laura juega en la mesita pequeña, Gabriel sigue cerca de su madre y Miguel juega en el suelo. Se alternan varias posibilidades vinculares y lúdicas de búsqueda de un espacio colectivo posible, pero que salvaguarde las necesidades y los momentos de cada uno y de cada vínculo, movilizados por el alimento grupal.

Promocionando asociaciones somato psíquicas: soportando aspectos emocionales y reconociendo competencias (Padres/Niños/Grupo)

Después de una charla grupal sobre el hecho de que Ana Laura se despertó llorando y la dificultad de los cuidadores en saber qué le pasaba...

Madre de Marcos: “¿Un niño puede enfermar por no estar a gusto en el ambiente en el que está? Así, él tenía fiebre y en casa... ¿su fiebre puede haber sido un estado emocional?” (resumiendo aspectos, conceptualizando inquietudes en proceso de formulación durante el Grupo: conexión entre físico/psíquico)

Terapeuta M: “¿Qué os parece?” (ampliando la discusión, invitando el Grupo a pensar y no contestándoles desde un lugar del que sabe)

Madre de Reinaldo: “Yo creo que sí, porque a mi hermana le pasó. Cuando éramos pequeñas, mi madre nos llevó al Nordeste (región bastante pobre de Brasil). Aquí estamos acostumbrados a tener agua del grifo y allí teníamos que ir a buscarla en un sitio donde se acumula el agua de la lluvia, había ranas... Cuando mi hermana lo vio, ya le empezó la fiebre. Estuvo dos semanas

siempre con fiebre, no quería comer, no quería nada. Para bañarla, era una guerra, porque teníamos que coger aquella agua, hervirla y, entonces, ella decía: *Mamá, esta agua está sucia*. Había ranas. Entonces, la fiebre fue a más, más y más. Entonces, mi madre dijo: *Me voy, pues si me quedo, mi hija acabará por morir aquí*. Su fiebre pasó. Solo quiso comer cuando vio a la basílica de Nuestra Señora de Aparecida del Norte. Creo que habrá pensado *ya estoy en casa*. La fiebre se fue, entonces yo creo que es emocional” (ofreciendo asociaciones con vivencias infantiles, disponibles al Grupo como imágenes metafóricas oníricas).

Mientras la madre hablaba, Reinaldo estaba inquieto, frotando el juguete en el teclado del ordenador. La madre lo aguantaba para que parara, intentando ofrecerle un poco de contención, mientras solicitaba la necesidad de silencio para permitir también su propio espacio de comunicación arcaica al grupo, expresando conexiones somato-psíquicas.

Madre de Marcos: “Lo que me llamó la atención fue que llegamos el viernes por la noche, se durmió de viernes para sábado con fiebre, incluso mi marido tampoco me dejó que le diera más medicación. El sábado ya no tenía fiebre. Domingo ya estaba sano y volvió a comer. Allí en Minas (región de Brasil), él tampoco quería comer” (compartiendo interés por movimientos internos/psíquicos de ella y del niño).

Varias personas hablan a la vez.

Terapeuta M: “Como nos vamos sintiendo mejor, más tranquilos, esto puede intervenir en nuestro estado físico... lo que no está pasando... el estado emocional puede intervenir en la condición física... ¿Pensáis que esto pasa? ¿Ya habéis observado esto en los niños?” (intercambiando síntesis con continuidad de exploración del tema con el grupo, dando valor a las competencias observacionales parentales, ofreciendo contribuciones, pero sin saturar).

Madre de Miguel: “sí”.

Madre de Reinaldo: “Yo lo veo así, quizá un juguete, un alimento que el niño quiera, que no sabe expresarlo, puede enfermar... porque mi hijo mayor quería chocolate y mi madre se lo preguntó, si quería. Él dijo que no, pero después tuvo fiebre. Nadie sabía de dónde le venía, pero después de mucho preguntar si había visto algo,

dijo: *ah, he visto aquel chocolate que yo quería*. Le compraron el chocolate y la fiebre se fue. Entonces, quiero decir que creo que pasa mucho eso de que lo emocional ayuda a recuperarse o bien a enfermar”.

Reinaldo va tocando el ordenador.

Madre de Reinaldo: “¡Mira! Que eso no se puede tocar, vente para aquí”.

Terapeuta M: “Porque ella (refiriéndose a la cuidadora de Ana Laura) decía que veía la reacción fuera de lo normal, ¿no? Entonces, algo molestaba tanto que la reacción tuvo que ser muy intensa”.

Cuidadora de Ana Laura: “Yo me senté con ella y le dije: *Ana Laura, ¿qué te pasa, hija, qué quieres? Nada, tata. ¿Te duele algo? ¿Te sientes mal? No. ¿Alguien te ha hecho algo? No*. Pero lo que pasa es que yo tengo otros 22 para cuidar y fue justo en el horario que se despiertan. Entonces, ella se despierta llorando y ya se vuelve todo muy tumultuado, porque entonces todos se pondrán a llorar, todos harán lo mismo, pero se acabó, y ella siguió. Le dije: *¿y eso? Ah por qué me estáis riñendo? Te estamos riñendo porque intentamos controlar una situación que se nos escapa de las manos, ¿vale? Entonces, la tata tiene que reñirte a ver si paras ya*. Llegamos al punto de ponerla... había acabado de bañarse, le saqué la ropa, vamos otra vez a darle otro baño y, entonces, se tranquilizó por unos 20 minutos. Fue el máximo que estuvo tranquila, unos 20 minutos, y, luego, en seguida volvió a empezar y entonces fue la situación de la mano en el cuello para gritar y llorar”.

Terapeuta I: “Yo estaba pensando en lo que ha dicho Mari sobre la intensidad, el llanto va de acuerdo con la intensidad de lo que ella está sintiendo. Nosotros también controlamos mucho, ¿no? Y a veces no se logra, solo estar allí, contener, quizá abrazar, quizá aguantar... Queremos encontrar algo físico que elimine el sufrimiento para el niño y para nosotros” (profundizando la discusión de la relación entre físico y emocional).

Terapeuta M: “Ahora que la cuidadora de Ana Laura estaba hablando, ¿os habéis fijado en cómo Ana Laura estaba mirando? Estaba muy atenta, ¿no? Estaba intentando entender lo que tú habías pensado, lo que habías entendido de lo que pasó” (poniendo énfasis en los

intentos de continencia mental/psíquica, mostrando capacidades y recursos de la cuidadora y de la niña).

Terapeuta I: “Porque para ella tampoco es mensurable, en aquel momento, lo que sentía. Quizá ella tampoco supiera decir lo que le pasaba... no era solo físico, no...”

Cuidadora de Ana Laura: “Entonces solo se tranquilizó cuando ya nos íbamos, que llegaban los de la otra guardia. Le dimos una chuchería: *solo te la comerás si te tranquilizas*. Entonces, ya era después de cenar, fue la hora en que empezó a calmarse para comer la chuchería. Después de comérsela, se tranquilizó y estuvo calmadita y, al día siguiente, estuvo tranquila” (parece que hay poco reconocimiento de los recursos parentales que ayudaron a calmar, además de la chuchería).

Terapeuta I: “Es que ella también se pudo manifestar y comunicar su incomodidad, ¿no?” (dando valor a la expresión de las necesidades y sentimientos de desconformidad).

Cuidadora de Ana Laura: “Al día siguiente, no nos dio ningún trabajo”.

Terapeuta M: “Parece que Reinaldo también ha podido encontrar una manera de estar más tranquilo allí, después de una fase de inquietud. André, también. Quiere decir que habéis hecho algo que permitió que los niños se calmaran, ¿no? (dando valor a las competencias parentales de continencia y ejemplificándolo en el *aquí y ahora* del Grupo)

Terapeuta I: “Exacto” (manifestando sintonía en la percepción e intensificando la alianza parental).

Terapeuta M: “Tanto aquí, como allí, como allí” (*aquí* en la experiencia que han relatado los padres y *allí*, señalando el acallarse de los niños en los relatos y en el grupo)

Terapeuta I: “Es bueno también para nosotros poder confiar que nosotros... que las cosas pasaran también, ¿no? Que podemos vivir un tumulto con ellos y que no necesariamente será eterno, continuará, es cuestión de contener y puede que en poco tiempo se acabe... nos ponemos a luchar en contra, ¿no?” (fortaleciendo la función parental, la capacidad de continencia de padres e hijos, la noción de *proceso* en el desarrollo y la tolerancia a los aspectos emocionales).

Consideraciones finales: observación psicoanalítica y registros de la experiencia somatopsíquica en la relación padres-bebé en alineamiento por microscopía clínica

A lo largo de la atención aquí relatada, vamos tocando y profundizando temas que parecen circular al redor de un eje principal de oscilación entre movimientos de dependencia de los niños junto a sus madres e iniciativas de crecimiento y posibilidad gradual de una relativa autonomía e independencia acompañada. Se evidencia un proceso de creciente subjetivación y discriminación entre movimientos internos de los padres y reconocimiento de los aspectos psíquicos propios también de los niños. Se fortalece la relación inicial con los padres como favorecedora del desarrollo del niño en el contexto social más amplio.

Reproducimos en el grupo de padres y niños una posibilidad de continencia que pasa a ser vivida también en casa, con énfasis en las propias capacidades parentales de tolerar estados emocionales en sí mismos y en los niños: vivir un tumulto y, al contenerlo, poder pasar por esto y aprender con la experiencia emocional.

Esperamos que, con la presentación de las viñetas y comentarios clínicos en microscopía, podamos haber creado un espacio para pensar a partir de la observación e intervención en las relaciones iniciales, como base para la terapéutica psicoanalítica, favoreciendo el procesamiento compartido de la experiencia emocional en sus varios niveles de complejidad y diversidad. Esperamos, también, haber contribuido para el debate sobre instrumentos y dispositivos clínico-institucionales, de enseñanza e investigación en el campo de las configuraciones vinculares.

Traducción del portugués de Montserrat Viñas.

Bibliografía

- Bick, E. (1964). Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training. En M. H. Williams (editor), *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*. The Clunie Press, 1987.
- Barandon, T., Biseo, Broughton, C., James, J. y Joyce, A. (2005). *The practice of psychoanalytic*

- parent – infant psychotherapy*. Routledge.
- Mendes De Almeida, M., Silva, M. C. y Marconato, M. M. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(3).
- Mendes De Almeida, M., Bechelli, I. A. B., Silveira, M. L. M. y Silveira, M. S. (2009). Atendimento conjunto pais-bebês: alternativas em psicoprofilaxia e intervenção clínica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 4.
- Silveira, M. M., Bechelli, I. A. B, Botelho, B., Campos, M. L. F. S., Dittmers, D. B. y Nakagawa, P. Y. (2000). *Aplicação da Psicanálise em Saúde Pública: Sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do Bebê*. Trabajo presentado en el XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria, Fortaleza.

Bebés visibles, bebés presentes*. Programa madre-bebé-canguro, creado para cuidar la vida**

SANDRA TUIRÁN^{1AB}, LYDA ROSERO^{2ABC}, FLORÁNGELA GÓMEZ^{3D}, GLORIA JURADO^{4D},
AURA MARÍA SÁNCHEZ^{5,6}, CARMEN CÓRDOBA⁷ E HILDA BOTERO^{5,6,8,9B}

RESUMEN

Bebés visibles, bebés presentes. Programa madre-bebé-canguro, creado para cuidar la vida. El cuidado de bebés prematuros y de sus padres ha sido la razón de ser del programa *Madre-Bebé-Canguro*. En este artículo queremos visibilizar este empeño desde que se creó en Colombia y destacar algunos de los difíciles estados emocionales del equipo de salud que atiende este servicio, en medio de la COVID-19, en condiciones de intensa sensibilidad y peligro real. Enfrentar la incertidumbre, el riesgo de muerte, en escenarios tan vulnerables como la prematuridad, promueve la creatividad humana y la dedicación prioritaria al cuidado emocional y físico. El sufrimiento emocional que abarcó tantas esferas en la cotidianidad y sus respuestas creativas hicieron de estas experiencias modelos de abordajes sensibles y amorosos para cuidar la vida, en toda su extensión. **Palabras clave:** *programa madre canguro, equipo de salud, trabajo grupal e individual, momentos emocionales.*

ABSTRACT

Visible babies, present babies. Mother-baby-kangaroo programme, created to care for life. Caring for premature babies and their parents has been the fundamental purpose of the Mother-Baby Kangaroo Programme. Since it was created in Colombia, we want to make this endeavour visible and highlight some of the difficult emotional states of the health team that attends to this service, in the midst of COVID-19, in conditions of intense sensitivity and real danger. Facing uncertainty, the risk of death, in scenarios as vulnerable as prematurity, promotes human creativity and priority dedication to emotional and physical care. The emotional suffering that encompassed so many spheres in everyday life and their creative responses made these experiences models of sensitive and loving approaches to caring for life in its fullest extent. **Key words:** *mother kangaroo programme, health team, group and individual work, emotional moments.*

RESUM

Nadons visibles, nadons presents. Programa nadó-mare-cangur, creat per cuidar la vida. La cura dels nadons prematurs i dels seus pares ha estat la raó de ser del programa *mare-nadó-cangur*. En aquest article volem visibilitzar aquest esforç des que es va crear a Colòmbia i ressaltar alguns dels difícils estats emocionals de l'equip de salut que atén aquest servei, enmig de la COVID-19, en condicions de sensibilitat intensa i perill real. Enfrontar la incertesa, el risc de mort, en escenaris tan vulnerables com la prematuritat, promou la creativitat humana i la dedicació prioritària a la cura emocional i física. El patiment emocional que va recórrer tantes esferes a la vida quotidiana i les seves respostes creatives van fer d'aquestes experiències models d'abordatge sensibles i amorosos per a la cura de la vida, en tota la seva extensió. **Paraules clau:** *programa mare cangur, equip de salut, treball grupal i individual, moments emocionals.*

*Parte del contenido de este artículo fue presentado por este mismo grupo de profesionales en la I Jornada Internacional de la Asociación Latinoamericana de Observadores de Bebés Método Bick (ALOB), en noviembre 19-2021.

**Aunque el nombre asignado es Programa Madre-Canguro, consideramos, para este artículo, al bebé como unido, "canguria-do" allí por la madre, desde nuestro título.

¹Médico pediatra, entrenamiento en Método Madre-Canguro, Hospital Barrios Unidos Mederi, Bogotá Colombia. ²Egresada en Medicina. ³Enfermera. Método Madre-Canguro, en ambiente intrahospitalario y ambulatorio. Especializada en Consejería en lactancia materna con la madre, el bebé y la familia. ⁴Fisioterapeuta. Especializada en Desarrollo Infantil con énfasis en niños de alto riesgo. Docente Universitaria, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en práctica hospitalaria. Instructora de profesionales de la Salud, nacionales y Extranjeros en el Método Madre-Canguro, Fundación Canguro, en el campo de la Fisioterapia. ⁵Psicóloga, ⁶Especialista y Master en Clínica Psicoanalítica de la Pontificia Universidad Javeriana. Unidad de Salud Mental con niños adolescentes y adultos Hospital Departamental de Villavicencio. Alta consejería para la Reintegración de Personas alzadas en Armas (ACR). ⁷Psicóloga Clínica Universidad Católica y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. ⁸Observadora de Bebés Método Esther Bick. Psicoanalista APC - IPA. Maestría en Neurociencias Universidad de Barcelona. Implementa programas de atención emocional en las Unidades Neonatales. Docente universitaria. ⁹Universidad Militar Nueva Granada ^BUniversidad Javeriana. ^CPrograma Madre-Canguro Integral, Hospital San Ignacio. ^DUniversidad Nacional. Bogotá, Colombia. Contacto: tuiranartunduagas@gmail.com

Introducción

¿Cómo cuidar la vida? Es una pregunta obligada que propone el vértice de observación de este escrito. Partimos de realidades tan contundentes como la invisibilidad de los bebés, sus necesidades y derechos a ser vistos y asumidos como seres humanos, con una emocionalidad por observar y por atender. Elegimos, para abordar esta propuesta, el *Método Madre-Bebé-Canguro* (MMC), que enmarca la dedicación, esmero y reconocimiento a los bebés y sus llamados por una mejor bienvenida a la familia humana. Es una evidencia que estos momentos iniciales de nuestra llegada al mundo influyen intensamente en la configuración de la personalidad. Este programa, MMC, no se creó específicamente para la atención emocional; sin embargo, ha sido un programa para el que sí han existido los bebés de una manera intensa y cercana. Ahora bien, vamos a asumir que, físico y emocional no son dos *aspectos* diferentes; cabe entonces la observación de cómo, llevando a cabo esta tarea, los bebés, especialmente durante su permanencia piel a piel en el pecho materno están presentes, y tienen el privilegio de conservar los datos más arcaicos de su historia físico-emocional siempre cerca e inmediatos, la historia tejida durante la gestación: la voz, la mirada, la música, el vaivén, el olor, el compás amoroso del corazón.

¿Qué estamos haciendo por nuestros bebés, cómo los pensamos, cómo los cuidamos, cómo los amamos? Exponemos de manera cuidadosa, no exhaustiva, cómo funciona el programa en general y con especial interés en los avatares que nos planteara enfrentar una pandemia, que ha conmovido precisamente el corazón de prácticas como el abrazo, el contacto piel a piel, etc., cómo se atendió, se vivió y cómo también se enriqueció esta relación así propuesta, así cuidada y así mantenida. Es todo un aporte generoso de las profesionales que atienden el programa en diferentes hospitales de Bogotá: pediatría, enfermería, psicología, terapia física. Este artículo es resultado de la experiencia intensa y el trabajo profundo de este grupo, ya que hemos hecho equipo durante muchos años, para implementar la atención emocional en todos y cada uno de los aspectos que nos ponen

en contacto, primordialmente, con los bebés prematuros y sus familias, beneficiados con la práctica del contacto piel a piel propuesta por el MMC.

Toda esta narrativa, estas experiencias, están entrelazadas, momento a momento, con el hilo emocional que da vida al tejido que vamos urdiendo. Así mantenemos la esencia humana: no somos separados cuerpo y emoción; somos, estamos, hacemos, vibramos al unísono.

El cuidado que demos al equipo de salud que trabaja por esta población vulnerable, en riesgo, es de vital importancia para expandir las zonas emocionales que atiendan su propia emocionalidad y las de los bebés y padres durante esta travesía dolorosa y, al mismo tiempo, esperanzadora.

Participaron en esta experiencia Lyda Rosero, Sandra Tuirán, Florangela Gómez, Aura María Sánchez, Gloria Jurado, el apoyo generoso de Carmen Córdoba y el acompañamiento constante de Hilda Botero.

Ideas fértiles, acciones creativas

Parto prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las semanas 22 y la 36,6 de gestación, independientemente del peso del recién nacido (RN). Dependiendo de las semanas de gestación, el bebé se clasificará por: *inmadurez* extrema (menos de 28 semanas), muy prematuro (28 a 32 semanas), prematuro moderado (33 a 34 semanas) y prematuro tardío (35 a 36 semanas).

Epidemiología

15 millones de bebés nacen prematuros cada año. Más de 20 millones de niños nacen con peso inferior a los 2.500 gramos cada año. El parto prematuro tiene una incidencia del 9,6 % a nivel mundial. Difiere en cada país dependiendo del desarrollo tecnológico. En países de bajos recursos, el parto prematuro ha llegado hasta un 40 %.

El nacimiento prematuro es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal y una de cada 10 mujeres gestantes presenta un parto prematuro (OMS, 2018).

Prematuridad

La prematuridad es la complicación más frecuente durante el embarazo (promedio de 10 % en el mundo). El bajo peso al nacer (BPN) es el responsable del 18 % de la mortalidad infantil y del 35 % de la mortalidad neonatal. Hay mejoría en la supervivencia sin disminución de las secuelas, que suelen ser trastornos neurológicos y problemas de integración social y de comportamiento.

Teniendo en cuenta esto, es de vital importancia trabajar a nivel mundial en la prevención de los partos pretérmino: mediante una valoración médica y psicológica preconcepcional a la pareja y a las mujeres en edad fértil; la fortificación preconcepcional con ácido fólico por un año previo al embarazo, ya que se ha visto que disminuye la posibilidad de parto prematuro en un 50 a 70 %; evaluar el estado nutricional antes de la concepción y dar recomendaciones nutricionales para las futuras gestantes; llevar a cabo controles prenatales desde el inicio del embarazo para detectar factores de riesgo; continuar los esfuerzos preventivos, diagnósticos y terapéuticos en reducir la prematuridad; identificar la población de riesgo para parto prematuro y prestar atención especializada a tiempo; la asistencia del parto por personal calificado (Ibídem.).

Factores desencadenantes

La etiología del parto prematuro está poco establecida, aunque se dan componentes tanto multifactoriales, como socio-ambientales, genéticos y biológicos, basados en eventos fisiopatológicos. También puede suceder por infecciones, trastornos vasculares y factores inflamatorios.

Parto pretérmino (PPT) espontáneo

El parto pretérmino espontáneo es el responsable de las dos terceras partes del PPT.

El 15 % tiene antecedentes de PPT, y el 85 % son primigestantes o han tenido embarazos a término (Ibídem.).

Parto pretérmino inducido

Se lleva a cabo por indicación médica, ante la aparición de una complicación del embarazo que impida continuar con la gestación, pues pondría en grave riesgo la vida de la madre, del bebé o de ambos. Estas complicaciones pueden

ser: preeclampsia, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), colestasis intrahepática, rotura prematura de membranas (RPM), placenta previa sangrante, desprendimiento prematuro de la placenta y embarazo múltiple complicado.

Factores de riesgo

Se han descrito los siguientes factores de riesgo: fumar, infecciones vaginales y urinarias, embarazo múltiple, alteraciones en volumen de líquido amniótico, antecedentes de parto prematuro y aborto, peso materno bajo a la captación del embarazo, talla materna inferior a 150 cm, poca ganancia de peso, antecedentes de hipertensión arterial, polución y calentamiento global, carga laboral y estrés, y condición socioeconómica baja. Las mujeres fumadoras tienen más riesgo de parto prematuro y de RCIU.

Método Madre - Canguro

El inicio (1978)

El MMC se inicia en Bogotá en el año 1978 en el Instituto Materno Infantil (IMI), un hospital público de referencia para el alto riesgo materno. El Dr. Edgar Rey Sanabria, como respuesta a una gran dificultad presentada por el sobrecupo en la Unidad Neonatal, y con el único recurso de compartir una incubadora para dos recién nacidos (medida que aumentaba la infección cruzada y una alta morbilidad), tuvo la idea de colocar al bebé en el pecho de la madre de forma tal que así podía dar una salida precoz, tan pronto se estabilizara y terminara tratamiento médico.

Posteriormente, se unieron a esta iniciativa el Dr. Martínez y el Dr. Navarrete y, gracias a esta brillante solución, iniciaron una nueva forma del cuidado neonatal. Fue la respuesta a una necesidad de la Unidad de Recién Nacidos del Instituto Materno Infantil.

1978 - 1989

Este método llamó la atención de muchos investigadores, así que, de 1978 a 1989, recibieron muchas visitas internacionales para conocer el MMC. Se vio, entonces, la necesidad de llevar a cabo una evaluación rigurosa de todo el método y su implementación. Lo que más llamó la atención fue el contacto piel a piel. Es así como

inician evaluaciones en cuanto a regulación térmica, patrones de respiración, frecuencia cardíaca y riesgo de infección.

1989 – 1994

En 1989, las Dras. Nathalie Charpak y Zita Figueroa realizan el primer estudio de dos cohortes y se evidencia que el MMC es seguro, no tiene más mortalidad que el cuidado convencional. Además, encuentran más ventajas a nivel de desarrollo y empoderamiento materno. Estos hallazgos se publican en 1993 y 1994 (Charpak et al., 1994). Se crea entonces la Fundación Canguro con el ánimo de continuar apoyando en la investigación, en la difusión de la técnica y en la capacitación del método, con el cual se ha logrado que, en Colombia, funcionen alrededor de 53 programas canguro y, en el resto del mundo, cerca de 75 países.

Cada bebé comienza a labrar la historia que podemos observar y asumir desde los primeros instantes en el vientre materno. Elegimos este momento de su vida extrauterina para hacerlo visible y presente. El cuidado, la atención y la relación emocional ya se han planteado. La gestación ampara y prepara una vida para su incursión en el mundo humano. Y somos nosotros quienes hemos de dar las mayores garantías para contribuir en esta acción creativa de nuestra especie. No solamente el cuidado físico nos hace seres protectores. El cuidado emocional da cimientos fuertes para afianzar el proceso del crecimiento. Este Programa Canguro se ha propuesto ofrecer y agenciar la defensa de la vida en circunstancias frágiles y amenazantes, en momentos en los que la muerte es un fantasma presente. El parto prematuro plantea un bebé prematuro, una madre prematura y una situación delicada y difícil de contener. Este método ofrece un encuentro constante piel a piel para terminar la tarea de gestación de la forma más cercana posible a la propuesta por la naturaleza en el vientre materno. El acompañamiento emocional da un lapso necesario para reparar el desencuentro y transformarlo en un encuentro de vida y relación amorosa.

La enfermera en el Programa Madre-Canguro

El parto prematuro presenta a los padres bebés con necesidades de cuidado sensible y

especializado para lograr sobrevivir con éxito en su experiencia neonatal, lo que hace una diferencia a la expectativa que tenían.

La hospitalización rompe con la dinámica de cuidado en los padres. Tiene consecuencias emocionales en todos los integrantes del grupo familiar. El recién nacido prematuro cambia funciones familiares, aumenta dudas, temores, y también fortalezas.

El bebé prematuro despierta en sus padres un mundo de sentimientos y emociones variadas que coexisten y evolucionan en el tiempo, de acuerdo con las diferentes circunstancias y personajes que rodean este acontecimiento. Se plantean, de manera contundente, sentimientos de culpabilidad, miedo, impotencia, incertidumbre, fracaso, tristeza y dolor en los padres. Observamos reacciones de ansiedad, depresión, cansancio, estrés, pérdida de control y aislamiento.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (2017), la aplicación del MMC se inicia lo antes posible en el hospital, con la adaptación de la posición y la nutrición canguro, inmediatamente después de estabilizar al bebé (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, apnea, infecciones). Este método tiene tres componentes básicos:

1. *Posición canguro*. Contacto piel a piel en el pecho de la madre 24 horas al día en estricta posición vertical.
2. *Nutrición canguro*, basada en alimentación al seno cuando es posible.
3. *Políticas de salida canguro*. Salida temprana en posición canguro y seguimiento ambulatorio estricto hasta un año como mínimo.

Los padres a quienes les es permitido el contacto temprano con su bebé nacido y participar del cuidado diario, en la medida que la evolución del bebé lo permita, expresan, al momento del egreso, sentirse más seguros para ejercer su función de cuidadores en casa (Ocampo, 2013).

Las actividades propias del Programa Madre-Canguro se empiezan a implementar en el ambiente intrahospitalario y continúan en el Canguro Ambulatorio al egreso del bebé con el apoyo del equipo interdisciplinario.

Para presentar la importancia de este entrenamiento intrahospitalario a las madres, se hace referencia a una parte de la Guía propuesta por

Castiblanco et al. (2015), en la cual se ha puesto en evidencia la aflicción experimentada por muchas de las madres al abandonar a sus otros hijos, a la pareja, su empleo o sus estudios, para dedicarse casi exclusivamente a los cuidados del bebé prematuro. Algunos testimonios fueron: “yo vivía exclusivamente para él”; “Fue muy difícil, sin embargo, valió la pena”. Las autoras concluyen que las madres buscan un camino hacia la adaptación materna con una meta muy clara y precisa: cuidar de su recién nacido prematuro en el hogar o, en lenguaje de las madres, “criar a mi niño”, y describen la adaptación materna como “el acostumbrarse”.

Con apoyo del equipo interdisciplinario y de las directivas de algunos hospitales se viene trabajando en los últimos años cada vez más en la entrada del padre y madre a las unidades neonatales las 24 horas y la recuperación de su papel como cuidadores. Esta práctica permite transferir gradualmente las responsabilidades del cuidado físico y emocional del niño desde el personal de salud hacia los padres y la familia.

Se acompaña permanentemente la experiencia de estar con el bebé en la Unidad como su primer hogar. Se comparten temas de cómo sostener al bebé, temas de educación (signos de alarma, puericultura), escucha en la expresión de temores, apoyo en lactancia a través de la consejería, criterios para egreso temprano del recién nacido, masaje para el bebé en contacto piel a piel y algunas técnicas de relajación para la madre.

Todo este trabajo de la enfermera como parte del equipo interdisciplinario en unidad neonatal facilita la configuración de una Unidad cuya filosofía de cuidado esté basada en la atención al desarrollo, como una forma de aproximación humana y de sentido común para cubrir las necesidades del bebé y su familia. De tal manera que:

- Apoya generando cambio y proponiendo unidades abiertas y amigables
- Atiende el dolor. Promoción del cuidado y encuestas de satisfacción de la Unidad Neonatal
- Capacita la interacción con el bebé de: madres, padres, abuelas-abuelos y hermanos.

El éxito de la lactancia materna (LM) en la neonatología se ve obstruido por situaciones que se imponen como:

- La suposición de que el ambiente *natural* es la

incubadora, no la mamá

- En ocasiones, o en momentos del día, por eventualidades u horarios estrictos, no reciben leche materna
- Unidades neonatales con horarios rígidos para entrada de los padres.

Es muy importante en el área hospitalaria contar con aspectos específicos para favorecer la lactancia materna:

- Brindar una información oportuna sobre el inicio de la extracción de la leche con estimulación en las primeras seis horas del nacimiento (Parker et al., 2015).
- Apoyar la estimulación frecuente con extracción LM (6-8 veces/día) cuyo objetivo es tener una producción 500 ml a los 14-15 días.
- Favorecer experiencias orales placenteras en el bebé con el uso precoz de la LM por medio de alimentación trófica con calostro, LM en manipulaciones por boca (0,5-1cc), estimular con gotas de leche en la boca de los niños.
- Participación de la madre en el plan de alimentación.
- En coordinación con el equipo de salud, el inicio, en la primera media hora de vida, del contacto piel a piel.

Las medidas no farmacológicas, como utilizar el MMC con apoyo de profesionales expertos, conseguirán aumentar la producción de leche: se libera oxitocina, que favorece la salida de la leche, libera prolactina a través de la estimulación del vago, aumenta la ganancia ponderal y permite la instauración del vínculo emocional.

Es muy importante todo este apoyo que se brinda a la diada y familia con respecto a la lactancia materna, como extracción de calostro y su administración, extracción y conservación de la LM lo más temprano que se pueda, ojalá desde salas de partos. También, cuidar todas las actividades que ayudan a promover el MMC y mantener la lactancia materna en las UCI en pretérminos extremos, hasta llegar a obtener una succión madura, la transición de la sonda al seno y -ojalá- una lactancia exitosa.

Se fortalece la identificación de señales de hambre en el recién nacido, por medio de la consejería a la madre en lactancia. Podremos mencionar algunos signos importantes a tener en cuenta en la madre y la relación con su bebé, para una lactancia exitosa: prestar atención si

está relajada y cómoda, detectar signos claros y positivos del vínculo afectivo que se va consolidando, revisar que no presente lesión en pezones, evaluar un buen acople al seno y, por último, una adaptación materna exitosa al MMC.

El éxito de una adaptación canguro intrahospitalaria se continuará en el seguimiento, ya en el Programa Madre-Canguro Ambulatorio, el cual se refuerza y adapta según necesidades identificadas, ya sea en la madre, en el recién nacido o en la familia, que puedan interferir en su adecuado crecimiento y desarrollo.

La tarea de la enfermera en el programa abarca múltiples funciones, todas ellas centradas en el buen proceso y progreso de la atención especial a una madre y su bebé en condiciones de fragilidad. Cada campo ha de estar cubierto de manera generosa y cercana. La interacción demanda una buena formación profesional y una calidad humana dispuesta al cuidado. El ejercicio de la enfermera en este programa afianza una vez más el objetivo de defender y proteger la vida. Tiene una enorme familiaridad, sin ser eso específicamente, con algo de la función materna: estar allí en los momentos de vulnerabilidad y amenaza, asistir a la madre cuando no sabe aún qué hacer, acompañar movimientos emocionales inciertos y dolorosos. Hay muchos impactos por metabolizar y transformar para devolver comprensión, orientación y sensibilidad a esta diada, en primera instancia, y a su entorno familiar que precisa de la guía y asistencia generosas.

Funciones de la psicóloga en el Programa Madre-Canguro

El trabajo psicológico y emocional del Programa Madre-Canguro intrahospitalario y ambulatorio es indispensable para ejercer la *contención emocional*, urgente, para quienes protagonizan esta experiencia tan desestructurante. En términos generales, este trabajo en el PMC se basa en observar y mejorar, si es el caso, el vínculo emocional entre mamá y bebé, contando con la figura paterna y familia extensa como parte importante para cooperar con el cuidado de esa relación. Todas aquellas emociones que han estado rondando en la mente de la ya constituida diada mamá-bebé se exacerban en el ambiente hospitalario. Los miedos,

las ansiedades, las angustias, sentir la muerte y la enfermedad tan cerca hacen que la relación que se ha venido gestando desde el vientre materno tenga una serie de tropiezos. Por ello es urgente atender los pormenores que conlleva ser un bebé prematuro y, por consiguiente, una madre prematura.

En la unidad de neonatos se hace un primer acercamiento a la madre, se realiza una entrevista de forma espontánea y relajada acerca de su gestación, su pareja, familia y red de apoyo y se indaga sobre posibles motivos –conscientes e inconscientes– del parto prematuro. En medio de este acercamiento, se observa cuidadosamente la forma en que mamá y bebé se miran, *hablan* y se relacionan, lo que lleva a hacer algunas apreciaciones al respecto para facilitar así que la madre entre en contacto con sus emociones y con las emociones del bebé. Diariamente, se lleva a cabo una reunión con la madre para conocer un poco más de su historia, lo cual ayuda a entender y, poco a poco, aceptar su realidad externa y a transformar su realidad interna. Al mismo tiempo, se hace un trabajo grupal para madres, padres y/o acompañantes. En ese espacio, se trabaja la importancia emocional de los protocolos del Programa Canguro.

Cuando se da la bienvenida al bebé y a su familia al programa Madre-Canguro Ambulatorio, se gestiona una cita para un taller grupal por psicología. En este espacio de acercamiento por primera vez, o como continuidad al proceso que ya han tenido desde la UCI, los padres y/o acompañantes exponen la forma en la que se han enfrentado a estos cambios y cómo ha sido el regreso a casa. Es un espacio para expresar los miedos a los que se enfrentan los padres ante esta situación. De igual forma, se dan a conocer alegrías y retos que ellos mismos encuentran en su diario vivir. Todo esto va enriqueciendo y tranquilizando la experiencia de la maternidad y la paternidad a lo largo del proceso de crecimiento del bebé. En medio de lo que ocurre en esta reunión, se observan las relaciones que se tejen entre la madre y bebé, se hacen algunos señalamientos generales que cobijan las relaciones que se establecen dentro de la particularidad de un parto prematuro, y se detectan posibles casos para trabajarlos en consulta individual.

Consulta individual

Cuando bebé y mamá llegan a consulta individual, se hace una observación de cómo se está planteando ese vínculo, y cómo las relaciones alrededor de esta diada afectan sus días. Se pretende que esta relación sea lo más tranquila posible en medio de todo el caos que lleva tener citas casi a diario: aumentar o perder peso, ser mamá que amamanta en medio de tanta desinformación, que no colapse la economía familiar, integrar a los demás hermanos, llevar vida de pareja, tener una casa medianamente organizada, seguir trabajando y otras mil labores más que las madres tienen que sortear en esta etapa. Así las cosas, el espacio de psicología debe ser un apoyo para pensar acerca de las emociones que acompañan este proceso de la vida para fortalecer a la madre y fortalecer su vínculo con el bebé en medio de estas difíciles circunstancias.

Otra de las labores que hace psicología es realizar pruebas de desarrollo psicomotor a los seis y a los 12 meses de edad corregida (Vuori Christiansen y Ortiz, 1974; Bayley, 2006). Se trata de una prueba con una serie de ejercicios y preguntas para ubicar el nivel de desarrollo psicomotor que presentan los niños de estas edades. Pero la labor del área debe ir más allá que aplicar esta simple prueba y es tener la capacidad de observar cada ítem con otro vértice de análisis. Las circunstancias, tanto físicas como emocionales, de relación, del porqué el bebé aún no se gira, o no toma los tres cubos correspondientes, o no se interesa por los juguetes, o no balbucea, son aspectos muy importantes para el área de psicología, pues el desarrollo emocional está íntimamente vinculado con lo que hace o deje de hacer el bebé. En este momento, se pueden captar dificultades en el vínculo, que, si no se trabajan desde la emocionalidad, pueden dejar huellas psicológicas que afectarán el natural desarrollo y crecimiento emocional del bebé y sus modelos relacionales. Por esta razón, es de vital importancia no sólo atender los resultados cuantitativos de la prueba, sino ver más allá de un ítem y preguntarse sobre las relaciones que se tejen alrededor del bebé. Es allí cuando la intervención es clave para el mejor crecimiento emocional de la relación entre madre y bebé.

Desde la permanencia en la UCI hasta el final de los días del bebé en el programa, se hace

una observación de los vínculos del niño con su entorno, no sólo en la intimidad de la consulta sino fuera de ella. Cuando mamá y bebé están esperando para ser atendidos, en el momento de pesarlo y medirlo, en algunas ocasiones en las cuales la psicóloga puede estar presente en la valoración por pediatría, allí puede tener indicios y hacer pesquisas de lo que ocurre en la vida emocional del bebé, su madre y su familia.

Esta tarea de atención emocional es un lugar nuclear en la función del cuidado: el cuidado de las emociones. Además del compromiso obvio de hacer un seguimiento minucioso al desarrollo evolutivo del niño, la observación de su emocionalidad dispuesta en la relación madre-hijo es vital para la contención oportuna y puntual de ambos. Es esta profesional, esencialmente formada en atender la emocionalidad, quien dará el protagonismo a quien corresponde para fortalecer el crecimiento emocional. Madre y bebé y, por lo tanto, la relación entre ellos, demarcan la zona turbulenta en la cual la intervención oportuna, el acompañamiento y la contención cumplen con requisitos mínimos para ofrecer ese “nido amoroso” (Botero, 2011) en el que esta diada transita hasta una mayor seguridad y contención de sí misma. El ritmo, la cadencia, el clima creado y mantenido por quien acoge, sostiene y contiene es básico para la formulación o el afianzamiento de modelos de relación que se van desplegando, aún en situaciones de extrema vulnerabilidad y dolorosa incertidumbre. La madre se encuentra en un estado mental frágil y con demandas urgentes de ser contenida para desplegar esta experiencia en y con su bebé. Por eso, esta función es primordial para amparar y proteger del sufrimiento inútil a esta diada madre-bebé.

Método Madre-Canguro Ambulatorio. Salida oportuna a casa

La salida oportuna a casa del bebé prematuro y el seguimiento ambulatorio en el programa es el tercer pilar del MMC. No se podría dar un alta del hospital por los riesgos de morbimortalidad sin asegurarnos de que el bebé prematuro y/o de bajo peso y su familia tendrán un seguimiento adecuado. Al dar el alta, el bebé ya regula su temperatura en posición canguro, ha superado la patología que hacía necesaria su

permanencia en la unidad neonatal, aumenta de peso adecuadamente y su familia se ha preparado para continuar con los cuidados en casa. Es de igual importancia para la familia y el bebé contar con un equipo interdisciplinario que los acompañe en estos primeros años.

Nuestro equipo está conformado por enfermería, psicología, trabajo social, pediatría, fisioterapia, fonoaudiología, oftalmología y optometría. El seguimiento se realiza en una consulta colectiva, abierta; es toda una innovación, muy diferente a las consultas médicas habituales que se realizan en un consultorio a puerta cerrada. En el programa, las familias y sus bebés comparten la atención junto con pediatría en la misma sala de espera. Este tipo de atención permite que los padres se conozcan entre sí y compartan su historia durante su paso por la Unidad Neonatal, a la vez que observan bebés en diferentes edades, lo que anima a los padres recién llegados. Al mismo tiempo, se provee la consulta individual por parte del equipo de salud.

Esta consulta está dividida en dos grandes etapas. La primera abarca desde el ingreso del bebé prematuro y/o de bajo peso hasta que cumpla las 40 semanas de edad corregida y/o hasta que alcance los 2.500 gramos de peso. En esta etapa, se pueden realizar los controles de acuerdo con la necesidad del bebé y la familia. Inicialmente, se hace necesario realizar los controles diariamente hasta asegurar un adecuado crecimiento; luego, semanalmente, para una atención rigurosa que verifica la correcta aplicación de la posición canguro, la lactancia, el uso de medicamentos, el uso de oxígeno si lo necesitan y su estado emocional. La segunda etapa abarca desde las 40 semanas hasta el año corregido. Reconocemos la importancia de un seguimiento más extenso, idealmente hasta los siete años como mínimo; por ahora, ya está en marcha cómo ampliar el seguimiento hasta los dos años.

El control de crecimiento es protocolizado, estandarizado, basado en LM exclusiva en lo posible, reconociendo que no es una tarea sencilla en un bebé prematuro y en una madre prematura. El crecimiento es un indicador de bienestar, y no lograrlo es un signo de alarma por las repercusiones que tiene en el neurodesarrollo. Se pretende que el bebé tenga un

crecimiento similar a cómo crecería in útero hasta las 40 semanas. Llevamos un registro en las tablas recomendadas por Fenton et al. (2017) y después se continúa monitorizando con las recomendaciones de la OMS (2009) en sus curvas de crecimiento. Se realizan valoraciones del desarrollo neurológico y psicomotor (Amiel-Tison y Grosselin, 1998; Vuori Christensen y Ortiz, 1974; Bayley, 2006), lo cual nos permiten detectar si se presenta alguna alteración del neurodesarrollo para intervenir a tiempo con una adecuada remisión a terapia física y neurología, si así lo amerita cada caso, y se ajusta un seguimiento muy cercano de la evolución en las siguientes consultas.

Se realizan otros exámenes como: ecografía cerebral, especialmente en los prematuros menores de 32 semanas de gestación, o a los pacientes con riesgo; exámenes impartidos por el retinólogo, quien asiste al programa para valoración de la retina y detección a tiempo de una retinopatía de la prematuridad (ROP), la cual, si no se detecta puede causar ceguera; atención por audiología, realizada a las 40 semanas, potenciales auditivos de estado estable y emisiones otacústicas; a los tres meses tienen su primera valoración por optometría, algunos tienen corrección con lentes.

Un aporte fundamental de este programa es la adecuada información y los lineamientos educativos que se imparten en la sala de espera abierta, comunitaria. Enfermería y psicología comparten con las familias diferentes temas relevantes para ellos: nutrición, lactancia, signos de alarma respiratoria, vacunación, temores, entre otros. Una vez que el bebé regula la temperatura, crece bien, él mismo pide la salida de la posición canguro; este es un día muy especial y feliz para los padres. Cuando cumplen las 40 semanas de edad corregida, se celebra como un segundo nacimiento. Todos estos bebés canguro se gradúan al año corregido. Este es otro momento importante para la familia, pues se lleva a cabo un reconocimiento por todo el esfuerzo, la dedicación con su hijo. Hay fotos, es un día feliz, de mucha sensibilidad para los padres que han logrado, con el acompañamiento del personal de salud, entender y dar significado y acción a su capacidad de resiliencia.

El serio y juicioso seguimiento con el MMC

permite que el bebé prematuro termine su maduración cerebral, física y emocional junto a sus padres. Es la mejor alternativa para una sobrevivida con calidad. A largo plazo, se han comprobado enormes beneficios:

Reduce el impacto bio-psico-social atribuible a la prematuridad.

- Parálisis cerebral: menos déficit motor, mayor funcionalidad.
- Incremento significativo del volumen cerebral (especialmente el núcleo caudado izquierdo)
- Familias más dedicadas a sus hijos. Estabilidad familiar.

Menor agresión, impulsividad y conducta anti-social en jóvenes.

Durante la pandemia, se logró que los programas madre-canguro de Colombia, que en este momento son 54 en total, mantuvieran la prestación del servicio. Varias de las especialidades en consulta externa fueron canceladas, pero los programas realizaron las modificaciones necesarias para mantener la bioseguridad recomendada. Lamentablemente, durante este tiempo sólo pudo entrar uno de los padres con el bebé para la atención y control; las personas mayores de 60 años no podían ingresar, así como tampoco los hermanos del bebé menores de edad. Se dio continuidad con los talleres educativos y con la lactancia materna, que se consolidó y aumentó su frecuencia, por muchos factores: el deseo de la madre de proteger al bebé contra la infección por Coronavirus SARS COV-2, el hecho de realizar el trabajo desde su casa, menos estrés, mejor nutrición; en fin, con gran satisfacción se pudo observar este incremento en la lactancia materna. Si desde el 2002 hasta el 2019, a las 40 semanas de edad corregida, se tenía un porcentaje de lactancia materna exclusiva del 25,7 %, para el 2021 aumentó al 40 % y el 2022 al 53,6 %; y así, al año de edad corregida, antes del 2019, el porcentaje de lactancia materna era de tan sólo 6,1 %, mientras que para el año 2021 aumentó al 27, 5 % (ver Tabla 1 del anexo).

Otros puntos para destacar fueron la disminución de la hospitalización por infecciones respiratorias. Hasta el año 2019, 6,6 % y para los años 2020, 1,5 %; 0,0 % en el 2021. Y, así mismo, la disminución importante en la mortalidad durante los años 2020 y 2021. Esto como impactos

positivos de las medidas de aislamiento y el trabajo realizado en casa por los padres (ver Tabla 2 del anexo).

Para el equipo de salud fueron años difíciles, por muchas circunstancias: el miedo a contraer la infección, llevarla a sus familias, el distanciamiento social, el uso de los elementos de bioseguridad que, si se puede mirar así, perdías tu identidad, los padres no reconocían al equipo de salud que los trataba (claro que conocían nuestros nombres, pero no nuestra cara), pero al ver los resultados, estamos seguros de que valió la pena y fue la mejor forma de afrontar la pandemia de la COVID-19.

En la experiencia de 20 años del programa con 48.790 bebés y familias, hasta el momento en sus diferentes sedes, condensamos y resaltamos a continuación cuál fue el comportamiento de la LM, las hospitalizaciones y el desarrollo neurológico, especialmente durante los años de pandemia de SARS-COV 2, 2020 y 2021, comparado con los años anteriores (ver tablas 1 a 3 del anexo [1]).

Tendríamos varias explicaciones al respecto que nos permiten valorar algunos aspectos positivos del manejo dado a esta pandemia, como la voluntad materna de querer amamantar para proteger a su bebé del riesgo de enfermarse, tener que estar en casa por el aislamiento obligatorio al inicio de la pandemia, el uso de elementos de bioseguridad, el poder realizar trabajo virtual en casa, que nos permiten valorar algunos aspectos positivos del manejo dado a esta situación.

Un momento de transición importante en todo este proceso es la salida a casa. Podremos decir que es otro nacimiento. ¡Otro más! Y, como tal, despierta otra vez de manera intensa miedos, sospechas, angustias, culpas e incapacidades. La alegría de llevar al bebé a casa coexiste con multitud de instantes emocionales. Es urgente acompañar, sostener y contener esta diada y esta familia para consentir este tránsito de manera pausada y vigilante. Esto da fortaleza y seguridad a cada uno de ellos, tanto en esta transición como en la permanencia en casa. El crecimiento emocional sigue el proceso natural. El personal de salud durante esta etapa del programa canguro es de vital importancia. El trato amoroso a lo largo de este período no se olvidará jamás. Acompañará siempre las experiencias de crecimiento.

La terapia física intrahospitalaria

El bebé prematuro: riesgos y logros en la terapia física

La prematuridad implica desafíos importantes en el cerebro, que cambia rápidamente de un bebé a un niño. Hay dificultades para establecer un estado estable, o diagnósticos basados en funciones, como la rareza de los estudios de plasticidad cerebral específicos para bebés y la escasez de registros de trastornos del desarrollo. Es razonable esperar un progreso exponencial en todas las áreas de la neurohabilitación infantil en un futuro próximo. Estos logros hacen posible que los médicos que atienden a los bebés de la UCIN no sólo hagan predicciones de problemas en el desarrollo, sino también que ofrezcan la esperanza de superarlos. Para lograr mejores resultados es necesario que desde etapas tempranas y en presencia de un daño neurológico se establezca un programa individual de habilitación funcional. No debe hablarse de una lesión neurológica no recuperable, sino de una lesión neurológica *no habilitada*.

Los cuidados intensivos intra neonatales avanzados garantizan que el 85 % de estos recién nacidos muy prematuros sobrevivan. El 55 % sobrevive con deficiencias neuroconductuales; el 22 %, con discapacidad intelectual y el 7 %, con parálisis cerebral. Sinaptogénesis, migración, organización, mielinización: la integridad del sistema nervioso (SN) en los distintos niveles está dada por la motilidad espontánea como elemento integrador multidimensional del neurodesarrollo (Aarnoudse-Moens et al., 2009).

Los niños con prematuridad extrema presentan un alto riesgo de mortalidad y de morbilidades asociadas. La determinación de los factores pronósticos y de la posibilidad de diversos grados de morbilidad es importante para el manejo de estos pacientes. Un modelo multivariable permite predecir morbilidad y mortalidad mediante predictores de fácil determinación en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Este modelo, así como el desarrollo de nuevos métodos de investigación de estos parámetros brindarán información precoz y confiable a los médicos y a las familias (Ge et al., 2013).

A la par de los estudios neuroimagenológicos, los estudios de seguimiento del neurodesarrollo realizados en recién nacidos de muy bajo peso al nacer (< 1.500 g) han permitido establecer que, si bien ellos continúan representando alrededor del 1,5 % de los nacimientos y su sobrevivencia superior o igual al 90 %, los déficits motores se presentan aún en 5-10 % de ellos. Otras discapacidades se presentan en 25-50 % de los casos, e incluyen trastornos del aprendizaje, la conducta y la socialización.

Los estudios volumétricos han permitido realizar análisis cuantitativos del cerebro en desarrollo, a partir de los cuales se han encontrado anomalías asociadas a la prematuridad, como una reducción en el plegamiento cortical cerebral al término, además de reducciones volumétricas en el tálamo y ganglios basales en niños prematuros con enfermedad de la sustancia blanca (SB) no quística difusa.

A pesar de que la leucomalacia periventricular (LPV) se ha considerado la principal causa de disfunción motora y cognitiva en pacientes con parálisis cerebral del tipo diplejía espástica, no todos los pacientes con LPV, según imágenes de resonancia magnética convencional, presentan siempre disfunción motora. Doo Lee et al. (2011) han investigado, mediante estudios neuroimagenológicos funcionales, los patrones cerebrales que se alteran en pacientes con LPV y diplejía espástica, y concluyen que la alteración del tracto motor descendente, junto con la reducción del volumen cortical suprayacente y la conectividad funcional reducida, parecen ser los mecanismos fisiopatológicos principales de disfunción motora en pacientes con LPV (Robaina Castellanos y Riesgo, 2015).

Plasticidad cerebral

La ley de la plasticidad postula que las células nerviosas, en las primeras etapas del desarrollo, son susceptibles de realizar funciones de suplencia o de sustitución de otras células. Esta capacidad de funciones y capacidad de adaptación va disminuyendo progresivamente con la edad. El sistema nervioso central (SNC) es más plástico en los primeros años (cambios morfológicos, neurogénesis). Se estructura recibiendo impulsos y dando respuestas.

Parto prematuro: complicaciones, deterioro, desarrollo neurológico

Desarrollo cognitivo. La cognición se ve apoyada u obstaculizada de acuerdo con la experiencia con el entorno sensorial, físico y socioemocional. Mejorar los resultados cognitivos en la infancia ha sido el foco de la mayoría de las intervenciones tempranas, combinado con el neurodesarrollo motor.

Terapia física pediátrica ambulatoria. Intervención. Se lleva a efecto con la atención concienzuda referente a la función sensorial, función motora, cognición, comunicación y comportamiento. Todo antecedente neurológico es considerado de alto riesgo y requerirá revisiones profilácticas.

En la semana 40, se inicia el desarrollo más ligado al estímulo del medio ambiente, al aprendizaje, a las lesiones sufridas y a la herencia biológica, lo que permite la elaboración compleja de funciones neurológicas. La detección y el tratamiento tempranos ofrecen la mejor oportunidad para optimizar la recuperación funcional de las alteraciones del desarrollo neuronal.

Mielinización: desarrollo neurológico temprano

La mielinización es un proceso largo, que continúa hasta bien entrada la edad escolar. La pérdida de células progenitoras resulta en el fracaso de la mielinización normal. Todo el desarrollo neurológico temprano está impulsado por el crecimiento y medio ambiente. Programas domiciliarios destinados a mejorar las interacciones entre padres e hijos para los bebés prematuros con los ejercicios, el juego, la exposición a los libros y la comunicación eficaz muestran aumentos de puntuaciones cognitivas durante la infancia y hasta la edad preescolar. Intervenciones dirigidas específicamente a la enseñanza de habilidades parentales o que involucren a los padres en el cuidado temprano de su hijo demuestran un aumento significativo a favor del tratamiento. Todo niño nace con capacidades que se desarrollan al interactuar y adaptar su cuerpo y cerebro a los retos de la llamada *integración sensorial*, respuesta adaptativa a una experiencia sensorial provista de un propósito y una meta:

- De 0 a 1 mes: Edad de riesgo.
- 4 meses: Edad de duda

- 9 meses: Edad del diagnóstico global.
- 12 meses: Edad del diagnóstico Preciso
- 18 meses: Edad de pronóstico

Integración sensorial insuficiente

La observación atenta y cariñosa del desempeño del bebé nos arroja señales para tener en cuenta: no se pone de pie, no gatea, no se sienta, sufre constantes caídas o tropiezos, dificultad en el juego, retraso en el lenguaje. La mayor parte del aprendizaje durante la infancia depende del establecimiento previo de habilidades sensoriales y motoras, con el fin de recibir información, interactuar con el entorno y, posteriormente, construir sistemas más complejos.

Evolución

- Primeras adquisiciones, movimientos simples a complejos.
- Repetición de acto motor.
- Creación: secuencia de programa motor, *engrama*.
- Memorización y reutilización por solicitud cortical.
- Liberación de atención: *automatización*.

Neurohabilitación

El desafío es establecer un diagnóstico en los primeros dos años de vida, cuando la intervención puede tener el mayor impacto con estimulación térmica distal, estimulación táctil, visual y auditiva, ejercicios en colchoneta, rollo, balón, estimulación vestibular y propioceptiva. Las conexiones y las redes de orden superior se basan en las funciones más básicas. Es de vital importancia el seguimiento ambulatorio.

Algunos bebés permanecen con secuelas graves por su condición de prematuridad. Cuando esto sucede, el profesional comprometido que atiende esta tarea sabe del dolor emocional. Es toda una incursión en estados intensos y profundos de duelo, por el hijo sano, por el hijo esperado, por la maternidad y paternidad soñadas, etc. Este acompañamiento requiere de la sensibilidad humana para recorrer tal proceso. También de la firmeza y el compromiso de trabajar con la realidad tal cual, para transformarla de manera creativa en logros, éxitos ante adversidades e incertidumbres dolorosas. Durante este trayecto, acompañados por este intenso trabajo, los

padres de estos bebés prematuros conocen a sus hijos, sus posibilidades y su tenacidad. Conocen de ellos mismos su fuerza amorosa, su confianza y la experiencia emocional intensa de ser los padres de su hijo tal cual es, de amarlo y acompañarlo en la configuración de su vida y su crecimiento.

Notas

(1) Estas tablas han sido facilitadas por La Fundación Canguro-Programa Madre Canguro Integral sobre el seguimiento de 20 años de la población atendida. Esta información es inédita y se presentó en AZ Neonatology Summit, Cartagena de Indias, Colombia, el 9 de abril de 2022.

Bibliografía

- Amiel-Tison, C. y Grosselin, J. (1998). *Desarrollo Neurológico de 0 a 6 años*. Narcea.
- Aarnoudse-Moens, C. S., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B. y Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124(2), 717-728. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2816>
- Botero, H. (2011) Relación Madre-hijo. El amor en el desarrollo del cerebro del bebé. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 24(2), 133-175.
- Bayley, N. (2006). *Bayley-III: Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third ed.* Pearson.
- Castiblanco López, N., Arboleda, C., Becerra, M. y Castañeda, P. (2015). *Guía de cuidado de enfermería en la adaptación canguro. Enfermería Basada en Evidencia*. Secretaría distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Charpak, N., Ruiz-Peláez, J. G. y Charpak, Y. (1994). Rey-Martinez Kangaroo Mother Program: An Alternative Way of Caring for Low Birth Weight Infants? One Year Mortality in a Two Cohort Study. *Pediatrics*, 94(6), 804-810
- Doo Lee, J., Park, H. J., Park, E. S., Oh, M. K., Park, B., Rha, D. W., et al. (2011). Motor pathway injury in patients with periventricular leucomalacia and spastic diplegia. *Brain*, 134, 1199-210.
- Fenton, T. R., Chan, H. T., Madhu, A., Griffin, I. J., Hoyos, A., Ziegler, E. E., Groh-Wargo, S., Carlson, S. J., Senterre, T., Anderson, D. y Ehrenkranz, R. A. (2017). Preterm infant growth velocity calculations: A systematic review. *Pediatrics*, 139(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2045>
- Ge, W. J., Mirea, L., Yang, J., Bassil, K. L., Lee, S. K. y Shah, P. S. (2013). On behalf of the Canadian Neonatal Network, Prediction of Neonatal Outcomes in Extremely Preterm Neonates. *Pediatrics*, 132(4): e876-e885. 10.1542/peds.2013-0702
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Actualización de los lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer*. Ministerio de Salud.
- Ocampo, M. P. (2013). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros, hospitalizados. *Aquichán*, 13(1), 69-80.
- OMS (2009). *Curvas OMS*. [en línea]. Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/curvas_oms.pdf
- OMS (2018). *Nacimientos prematuros*. [en línea]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Parker, L. A., Sullivan, S., Krueger, C. y Mueller, M. (2015). Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(2), 84-91. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0089>
- Robaina Castellanos, G. R. y Riesgo Rodriguez, S. (2015). La encefalopatía de la prematuridad, una entidad nosológica en expansión. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(2), 224-240. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n2/ped10215.pdf>
- Vuori Christiansen, L. y Ortiz, N. (1974). Adaptación de la prueba de desarrollo mental de Griffiths a la población de Bogotá. Reordenación de los ítems. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6(3), 347-361. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80560305>

Anexos

Tabla 1. Lactancia materna durante el año de edad corregida (2019-2021)

LACTANCIA MATERNA DURANTE EL AÑO DE EDAD CORREGIDA				
Hito crecimiento	Tipo de alimentación	Hasta 2019	2020	2021
Ingreso PMCI	LME	62,5 %	64,0 %	59,3 %
	LM+LA	33,8 %	30,4 %	35,0 %
	LAE	3,8 %	5,6 %	5,7 %
40 sem	LME	57,1 %	58,5 %	59,1 %
	LM+LA	40,4 %	38,2 %	36,3 %
	LAE	2,5 %	3,3 %	4,6 %
3 meses	LME	25,7 %	40,3 %	53,6 %
	LM+LA	63,0 %	46,2 %	33,8 %
	LAE	11,3 %	13,5 %	12,6 %
6 meses	LME	13,4 %	32,7 %	39,4 %
	LM+LA	61,7 %	43,3 %	35,3 %
	LAE	24,8 %	24,0 %	25,3 %
9 meses	LME	8,7 %	31,7 %	39,8 %
	LM+LA	59,8 %	32,8 %	31,9 %
	LAE	31,4 %	35,5 %	28,3 %
12 meses	LME	6,1 %	27,5 %	
	LM+LwA	53,6 %	27,9 %	
	LAE	40,4 %	44,6 %	

Tabla 2. Hospitalizaciones durante el seguimiento (2019-2021)

HOSPITALIZACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO			
Re hospitalizó al menos una vez	Hasta 2019	2020	2021
40 semanas	6,6 %	1,5 %	0,0 %
40 semanas a 12 meses	17,5 %	2,3 %	

Tabla 3. Resultados del examen neurológico

RESULTADOS EXÁMEN NEUROLÓGICO				
Edad	Resultado	Hasta 2019	2020	2021
40 semanas	Reportado	99,2 %	94,3 %	88,2 %
	Nada por ahora	90,1 %	96,7 %	96,5 %
	Hipotonía	7,5 %	2,7 %	2,2 %
	Hipertonía	1,2 %	0,4 %	0,9 %
	Otros (hipo y hipertonía)	1,2 %	0,1 %	0,5 %
12 meses	Reportado	99,1 %	95,1 %	
	Normal	54,8 %	77,7 %	
	No normal a un momento en el año	45,2 %	22,3 %	

Una ilusión, un destello fugaz...

Mi nombre es Laura, tengo 40 años, casada desde hace 10 años y tengo una bebé de dos años. Trabajo en el área de Ginecología y Obstetricia desde hace 22 años. Tengo una excelente relación con mis colegas y en especial con mi jefe inmediato; hemos creado una relación muy cercana y cariñosa.

El año pasado planeamos con mi esposo tener nuestro segundo bebé, así que quedamos embarazados en febrero de 2018. Pensábamos que todo iba normal. En el tercer mes de embarazo, al hacerme el tamizaje, la translucencia nuchal (TN PLUS [1]) resultó más alta de lo normal. El médico me indicó realizar un estudio genético y este arrojó negativo para Síndrome de Down y otros, pero el médico quedó con la duda y me citó al mes siguiente para hacer ecografía de detalle. Esta no fue muy clara por el movimiento del bebé, aunque el doctor sospechó un “tronco arterial”; por tal motivo, me volvió a citar a los 20 días. Yo estaba muy angustiada y pedí una cita en otra clínica para hacerme otra ecografía. Ese día me confirmaron el tronco arterial que tenía mi hijo. Al siguiente día, fui con mi médico y le conté de la ecografía en la clínica y él me hizo una nueva, confirmándome el diagnóstico. Yo había investigado sobre el tronco arterial y su tratamiento. Cuando leí del tema, sentí que el mundo se acababa y que no era posible que eso le pasara a mi bebé, pero guardaba la esperanza y tenía fe en que fuera un error médico, como los que he visto en mi trabajo. Le hice mil preguntas al doctor, entre ellas “¿él que haría?” y me contestó: “con mucha tristeza, es mejor que un hijo nazca bien”, y dijo también, que la Ley amparaba intervenir y adelantar el parto del bebé, porque este diagnóstico es incompatible con la vida y en 30 años de experiencia médica este era el segundo caso que él veía. El primer caso, como dicen los estudios, después de tres cirugías y un año de mucha lucha en clínicas, el bebé murió.

El diagnóstico del tronco arterial más una CIV (2) sólo se da en el 0,8 % de la población mundial; es decir, son casos muy raros y ese caso me tocó a mí. Igual con mucha tristeza y angustia guardaba la esperanza en mi corazón de que

todo se solucionaría de la mejor manera y que fuera un diagnóstico equivocado. Yo soy católica creyente; todos los días le pedía a Dios que me ayudara, no sabía qué pensar, fueron días tristes y muy difíciles, aun así yo consentía mi vientre –a mi bebé-. Decidimos no contarle a la familia para no angustiarlos, y llegó el día de la cita con la cardióloga. Ella me atendió muy bien y, haciendo la ecografía, confirmó el tronco arterial en el corazón de mi bebé. Ella me dijo que eran casos muy raros, aleatorios... y muy tristes (3). Yo le pregunté que si yo adelantaba el parto y la partida de mi bebé Santiago sería yo una mala madre. Ella me contestó que no, al contrario, -me dijo- si tomábamos la decisión era por el amor que le teníamos a nuestro hijo, pues no queríamos verlo sufrir en clínicas y el resultado iba a ser muy doloroso y triste.

Salimos de la cita con mi esposo y mi jefe. Fuimos a una cafetería, mi jefe nos habló diciendo que la mejor decisión era adelantar el parto y así Santiago se iría tranquilo. Yo sabía que había perdido esta batalla y cualquier esperanza. Les dije que me dieran ocho días para despedirme de mi hijo.

Esa misma noche, nos encontramos con mi mejor amiga y su esposo. Les conté el diagnóstico y nuestra decisión. Ellos me contactaron con Sara, psicoanalista que trabaja intensamente con los bebés y sus madres y atiende situaciones extremas. Ella muy amablemente nos atendió y escuchó nuestra tristeza y dolor, nos habló de lo difícil que es despedir a un hijo. Toda esa semana me orientó para la despedida de mi hijo.

En mi casa, con mucho dolor y tristeza, hablé con mi Santiago y le expliqué lo que sucedía. Le dije que lo amaba con todo mi corazón, pero que no estaba dispuesta a verlo sufrir en una clínica, en cirugías fallidas para finalmente verlo morir, que habíamos tomado la decisión de su partida, por todo... por el amor que le teníamos. Lo hice, así como lo pensamos en las consultas con Sara.

Llegó el día de julio de 2018, tenía cinco meses de embarazo. Decidimos que mi jefe atendiera

**Esta sección pretende dar espacio y voz a las experiencias en primera persona, tanto de profesionales como de pacientes. Si quiere enviarnos la suya o conoce experiencias que considera que pueden ser interesantes, puede hacerlo por correo a revista@fundacioorienta.com. La opinión de los textos no representa la de la Revista sino la de los propios autores.*

nuestro caso, ya que él es como si fuera parte de la familia. Llegamos a la clínica y entramos a cesárea. A mi esposo lo dejaron entrar a la cirugía; él estaba devastado, pero hablamos de que debíamos tener calma para poderle hablar a nuestro hijo y despedirlo con mucho amor. Por mi trabajo en la Clínica, me conocen y el pediatra y las personas que estaban en la sala de cirugía estaban ya advertidos del caso. Estas son las situaciones que trabajan con la psicoanalista, con quien estuve pensando toda esta experiencia, los equipos de salud en diferentes hospitales. Así que solicitamos que tan pronto naciera Santiago me lo entregaran para despedirlo; no pedimos ninguna maniobra de reanimación ni estabilización. Nació mi hijo Santiago, se lo entregaron a mi esposo y él, con nuestro bebé en sus brazos, me lo acercó a mi rostro, besé mucho a mi hijo, le di las gracias por los días que estuvo en mi vientre, pero le dije que él se iba con Dios, y que algún día nos volveríamos a encontrar. Mi esposo, también con mucho dolor, le habló, lo bautizó, lo acarició, y lo despedimos entre lágrimas y mucho dolor. Fue el momento de más tristeza y llanto, pues lo estábamos conociendo y, a la vez, irónicamente, también despidiendo. Mi Santiago respiraba muy lentamente... hasta que se fue. El pediatra estaba pendiente y en la sala de cirugía respetaron nuestro dolor y despedida. Mi jefe lloró y los otros ayudantes estaban en silencio respetando esta partida. Nos dieron más de 40 minutos para estar con nuestro bebé, poder mirarlo, conocer cada detalle, conocer sus ojos, su cara, su boca, sus dedos, sus manos, sus pies, su pelo, era perfecto, muy hermoso. Aunque fue muy triste, hoy podemos decir que fue gratificante el haberle dado besos, acariciarlo y conocerlo. Finalmente, Santi se fue y agradezco poder despedir a mi hijo con tal respeto por parte del grupo médico. Salimos un sábado de la clínica y el domingo cremamos a mi Santiago.

Solo sé que es la decisión más DIFÍCIL y DOLOROSA en mi vida y en la de mi esposo y esta experiencia nos partió la vida en dos. Lo recuerdo y me cuesta mucho no llorar, aunque sé que mi Santi está bien... y lo más importante... No Sufrió... No entiendo por qué, ni para qué, pero sé que tenemos que sobrellevar este episodio en nuestras vidas, tenemos una niña hermosa y ella ha sido mi paz dentro de esta tormenta. También tengo un esposo maravilloso con quien nos hemos acompañado

en esta etapa difícil de nuestras vidas.

Agradezco mucho a Sara por su guía, orientación y comprensión en este caso. Sus palabras y su compañía nos ayudaron a pensar y, aunque con mucho dolor y tristeza, hicimos lo mejor que pudimos. En un momento tan difícil y de desesperación, uno no sabe qué hacer y tampoco piensa con calma cómo despedir a un ser amado.

Son recuerdos dolorosos, pero Santi se ha ido alojando en mi vida y en mi mente con un lugar propio de compañía y amor. Habita mis emociones, es una presencia-ausencia que también agradece haber evitado, no dolor, que allí estará, pero sufrimiento inútil, que no aporta sentimientos de agradecimiento y ausencia tolerada.

Notas

(1) La *translucencia nuchal* es un examen que mide el engrosamiento del pliegue de la nuca. Esta es un área de tejido en la parte posterior del cuello de un feto. Para medir este engrosamiento, se utiliza la técnica del ultrasonido (ecografía), que evalúa el riesgo de que el bebé presente síndrome de Down u otras anomalías cromosómicas, así como problemas cardíacos congénitos importantes. El grosor de la translucencia nuchal aumenta con la edad gestacional, por lo que la importancia de su grosor está en relación con la longitud del feto. En términos generales, una translucencia nuchal inferior a 3 mm es normal en la mayoría de los casos. ... Una medición normal a las 13 semanas, 6 días es hasta de 2,8 mm. Para confirmar el diagnóstico, se realizaron todos los exámenes pertinentes (TN PLUS): translucencia nuchal, ángulo maxilofacial, frecuencia cardíaca, hueso nasal, Doppler de ductus venoso, Doppler de válvula tricúspide, punción placentaria cromosómica.

<https://infogen.org.mx/pliegue-nuchal/>

(2) La comunicación interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita más frecuente, caracterizada por el cierre incompleto del tabique interventricular—la pared que divide los dos ventrículos del corazón—, lo que permite la comunicación libre entre ambos ventrículos.

(3) Incluso me dijo que había pensado en retirarse de su profesión, porque con estos diagnósticos solo veía muerte, ya que ningún caso ha salido adelante y los bebés sufren mucho y el resultado es pésimo.

Botero Cadavid, H. (2023). *Nace un bebé. El bebé en la unidad neonatal*. Paradiso editores.

Si el cuidado de los primeros momentos de la vida resulta fundamental para el buen desarrollo de los individuos, cuánto más si se trata de bebés que, al llegar precipitadamente al mundo, su vida corre enormes riesgos. De eso trata este libro: de cuidar a los neonatos prematuros. La autora ha dedicado buena parte de su trabajo profesional al ámbito de la prematuridad, prestando especial atención a los aspectos emocionales tanto del bebé, su madre, su padre, el entorno familiar y asistencial.

Pues bien, el texto recoge la experiencia llevada a cabo en las unidades de neonatos e intensivos de dos hospitales públicos de la ciudad de Bogotá. Y, en palabras de Hilda, “el modelo de atención que se propone tiene como objetivo hacer efectivas y eficientes varias estrategias para lograr una unidad con trato sensiblemente más humano y, sobre todo, un cuidado que integre física y emocionalmente a cada uno de quienes conviven en una unidad neonatal: el recién nacido, su madre y su familia. El personal de salud es considerado parte del proyecto para ser contenido y acogido dentro de la atención emocional y la capacitación en lo que concierne a la salud emocional. Tendremos una unidad abierta las veinticuatro horas a la familia y con una mente abierta del personal médico y paramédico, conscientes de que su actitud contribuye a la transformación de las relaciones primordiales, de la familia y de la sociedad”.

A partir de este enfoque, y a lo largo de los diferentes capítulos, nos encontramos con un relato pormenorizado en el que se va desgranando desde aspectos teóricos y organizativos, hasta viñetas que detallan apuntes sobre la situación clínica de los neonatos, junto con experiencias y vivencias concretas y variadas tanto de los progenitores como de los miembros del

equipo asistencial. En su recorrido, narrado de forma cercana y rigurosa, aborda cuestiones de gran calado como son la importancia y la gran responsabilidad que supone atender a tan delicadas criaturas con los conocimientos médicos y el equipamiento tecnológico contemporáneo, sin olvidar los aspectos psicológicos y humanos, incluida la ternura. En ese sentido, seremos partícipes de vivencias intrínsecamente humanas y que acontecen en la anodina cotidianidad de un dispositivo asistencial: despedir al paciente que sale de alta de la unidad de cuidados intensivos acompañado de unos padres dichosos y que va al encuentro de su hermano un par de años mayor y de la abuelita que ha estado pendiente de todos ellos. Pero también seremos partícipes de “uno de esos momentos más difíciles con los cuales lidiar en la unidad neonatal [y] se refiere a la manera en la que atendemos a bebés cuya vida se apaga. Cómo comunicar a los padres... qué hacer con la impotencia, tanto de los padres como del personal. Cómo contener este dolor para que la experiencia pueda ser pensada... Mueren también historia, ilusión, promesas, tanto de maternidad como de paternidad ... Cada muerte de un recién nacido en la unidad neonatal es única y particular”.

En definitiva, estamos ante un libro que no solo trata sobre la vida y la muerte. Nos habla, también, del esfuerzo que supone el trabajo en equipo en un gran centro hospitalario, de herramientas de apoyo como son los “círculos de contención” basados en el cuidado y el apoyo mutuo, de la especial experiencia de ser abuelos, del embarazo y de cómo “la madre necesita un compañero cariñoso, sensible y preñado”. Habla de todo eso, y de mucho más. No se lo pierda.

Asunción Soriano Sala es psiquiatra y psicoanalista (SEP-IPA).

¿ERES MADRE Y TE SIENTES DISTINTA A LO QUE ESPERABAS?

A menudo, en la maternidad, hay una cara que no se cuenta. Que no se hable de ello, no significa que no exista. ¡Recibir atención de forma temprana os puede ayudar a ti y a los tuyos!



- ¿Te sientes triste o que no puedes más?
- ¿Te sientes sobrepasada o estresada?
- ¿Has vivido situaciones de violencia en algún momento?
- ¿Tienes pensamientos que te perturban o te asustan?
- ¿Te estás alejando de tus amigos y familia?
- ¿Te da miedo quedarte sola con el bebé?
- ¿No te sientes conectada con el bebé o te sientes excesivamente preocupada por él?

TRISTEZA POSPARTO (Baby blues)

Sentirse triste o desanimada es habitual y dejarás de sentirte así unas semanas después del nacimiento del bebé.

DEPRESIÓN DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO

Frustración, ansiedad, irritabilidad, culpabilidad, fatiga y ganas de llorar persistentes o con tristeza intensa y prolongada.

ANSIEDAD

Ataques de pánico, miedos irracionales y/o un estado de alerta y protección excesivos del bebé.

PSICOSIS POSPARTO

Insomnio, agitación, alucinaciones, pensamientos poco habituales de autolesionarse o lesionar al bebé. **Estos síntomas requieren atención médica inmediata.** Estar 48 horas sin dormir es un factor de riesgo clave.

DEPRESIÓN PATERNA

Sentimientos de tristeza, fatiga, irritabilidad y ansiedad. Pueden enmascararlo saliendo frecuentemente y/o trabajando más horas de lo habitual.

- 1 de cada 5 mujeres sufre un trastorno mental perinatal durante el embarazo y/o en el primer año después del parto



- Habla con la comadrona
- Acude a grupos de apoyo
- Busca apoyo especializado por parte de psicólogos/as perinatales



Espai de suport al desenvolupament emocional
Av. Navarra 15 | 25006 Lleida | Tel. 973526232
WhatsApp: 659 183 493 | essen@essen.cat
www.essen.cat

Con la colaboración de:

Ajuntament de Lleida

Para más información:



SEÑALES DE ALARMA

- ☐ ¿Te sientes triste o que no puedes más?
- ☐ ¿Sientes poco interés o placer haciendo las cosas?
- ☐ ¿Te sientes sobrepasada o estresada?
- ☐ ¿Te sientes culpable o no suficientemente capaz?
- ☐ ¿Has vivido situaciones de violencia en algún momento?
- ☐ ¿Te sientes preocupada o fatigada?
- ☐ ¿Te sientes irritable o enfadada?
- ☐ ¿Tienes ganas de llorar?
- ☐ ¿Tienes problemas para concentrarte, recordar o tomar decisiones?
- ☐ ¿Tienes poca energía?
- ☐ ¿Tienes dificultades para dormir o duermes en exceso?
- ☐ ¿Tienes pensamientos que te perturban o te asustan?
- ☐ ¿Te sobreviene algún pensamiento relacionado con hacerte daño a ti misma o a tu bebé?
- ☐ ¿Te estás alejando de tus amigos y familia?
- ☐ ¿Te da miedo quedarte sola con el bebé?
- ☐ ¿Has perdido el interés en arreglarte?
- ☐ ¿Has perdido el apetito o comes en exceso?
- ☐ ¿No te sientes conectada con el bebé o te sientes excesivamente preocupada por él?
- ☐ ¿Ves u oyes cosas que la gente de tu alrededor no percibe?

RECURSOS

- Habla con la **comadrona**, ginecólogo/a, médico/a de cabecera o pediatra sobre todos los sentimientos derivados de la maternidad
- Acude a **grupos de apoyo** a la lactancia, posparto y acompañamiento en la crianza, busca una "**tribu de madres**"
- Busca apoyo especializado por parte de **psicólogos/as perinatales**



Puedes encontrar más información sobre salud mental perinatal en:

- **Mamá importa.** Fórum en línea de apoyo emocional
<https://saludmentalperinatal.es/mama-importa/>
- **Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal**
<https://saludmentalperinatal.es>
- **Asociación Española de Salud Mental Perinatal**
<https://www.asociacionpsicologiaperinatal.es>
- **Women's Mental Health**
<https://womensmentalhealth.org>
- **Información sobre psicosis puerperal:**
<https://psicosisposparto.org>
<https://www.app-network.org>
- **Información sobre depresión postparto:**
<http://www.joebingleymemorialfoundation.org.uk>



Espai de suport al desenvolupament emocional
Av. Navarra 15 | 25006 Lleida | Tel. 973 526 232
WhatsApp: 659 183 493 | essen@essen.cat
www.essen.cat

Para más información:



Con la colaboración de:



Ajuntament de Lleida

¿ERES MADRE Y TE SIENTES DISTINTA A LO QUE ESPERABAS?



Il·lustradora: Blanca BK | Diseñadora: Anna Carrera

A menudo, en la maternidad, hay una cara que no se cuenta. Que no se hable de ello, no significa que no exista.

Hay una serie de marcadores biológicos, hormonales, emocionales y familiares que se pueden modificar en esta etapa y que pueden cursar con la aparición de algún trastorno perinatal. ¡Recibir atención de forma temprana os puede ayudar a ti y a los tuyos a prevenir estos trastornos!

FACTORES DE RIESGO

- Ser madre adolescente
- Haber sufrido:
 - Un trastorno mental previo
 - Un parto traumático
 - Una pérdida perinatal
 - Dificultades de pareja
 - Aislamiento social
 - Maltrato o abusos en la infancia
 - Tener antecedentes de depresión posparto en la familia



SEGURAMENTE HAS OÍDO HABLAR DE...

TRISTEZA POSPARTO (Baby blues)

Sentirse triste o desanimada es habitual y dejarás de sentirte así unas semanas después del nacimiento del bebé. Si estos sentimientos no disminuyen o perduran de forma intensa más de dos semanas, se debería descartar un posible inicio de depresión posparto o ansiedad.

DEPRESIÓN DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las mujeres embarazadas y las madres primerizas pueden sentirse abatidas, frustradas, ansiosas, irritables, culpables, cansadas, con ganas de llorar persistentes o con tristeza intensa y prolongada. Cuando estos sentimientos son muy intensos o perduran en el tiempo es importante pedir ayuda.



ANSIEDAD

Algunas madres sienten ansiedad más que tristeza: ataques de pánico, miedos irracionales o pensamientos e imágenes intrusivas, que se podrían relacionar con la ansiedad posparto. Son comunes los temores a que algo malo le ocurra al bebé o a los dos, al igual que un estado de alerta y protección excesivos.

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis puerperal es poco habitual, pero muy grave. Los síntomas son severos y pueden incluir: insomnio, agitación, alucinaciones, "paranoia extrema y suspicacia", pensamientos poco habituales de autolesionarse o lesionar al bebé. Estos síntomas requieren atención médica inmediata. Estar 48 horas sin dormir es un factor de riesgo clave.



¿SABÍAS QUE LA DEPRESIÓN PATERNA EXISTE?

Los padres también pueden verse sobrepasados con la nueva paternidad. Sentimientos de tristeza, fatiga, irritabilidad, cambios de humor y ansiedad pueden aparecer durante el primer año después del nacimiento.

También pueden enmascararlo saliendo frecuentemente (amigos, aficiones, ocio, etc.) y/o trabajando más horas de lo habitual.



SABÍAS QUE...



1 de cada 5 mujeres sufre un trastorno mental perinatal durante el embarazo y/o en el primer año después del parto



Entre el 50 y el 80% de las madres primerizas experimentan tristeza posparto



1 de cada 1000 mujeres puede desarrollar una psicosis posparto



1 de cada 10 padres puede sufrir depresión antes o después del nacimiento de su hijo

Consejo Directivo Fundador (2003-2017)

Alfons Icart (director)

Alberto Lasa

Jorge L. Tizón

Francisco Palacio

Juan Manzano

Mercè Mitjavila

Eulàlia Torras de Beà

Consejo Asesor Fundador (2003-2017)

Jaume Aguilar (Barcelona)	Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)
Charo Alonso (Sevilla)	Paulina F. Kernberg (USA)
Marina Altmann (Uruguay)	Lluís Lalucat (Barcelona)
Delza María S. F. Araujo (Brasil)	José María López Sánchez (Granada)
Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)	Montserrat Martínez (Barcelona)
Josep Ballester (Barcelona)	Maite Miró (Barcelona)
Valentín Barenblit (Barcelona)	Josep Moya (Sabadell)
Jaume Baró (Lleida)	Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)
Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)	Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)
Hilda Botero C (Colombia)	Fàtima Pegenaute (Barcelona)
Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)	Fernando Pêgo (Portugal)
María Jesús Buxó (Barcelona)	Alberto Péndola (Perú)
Maria Jose Cordeiro (Portugal)	Esperanza Pérez de Plá (México)
Júlia Corominas (Barcelona)	Roser Pérez Simó (Barcelona)
Bettina Cuevas (Paraguay)	Carles Pérez Testor (Barcelona)
Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)	María Angeles Quiroga (Madrid)
M ^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)	Ignasi Riera (Barcelona)
Robert N. Emde (USA)	Giancarlo Rigon (Italia)
Leticia Escario (Barcelona)	Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)
Consuelo Escudero (Madrid)	Manuel Salamero (Barcelona)
María Edelmira Estrada (Argentina)	Paloma San Román Villalón (Albacete)
Anna Fornós (Barcelona)	Elena Toranzo (Argentina)
Cayetano García-Castrillón (Sevilla)	Josep Toro (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)	Marta Trepas (Lleida)
José García Ibáñez (Reus)	Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)
María Dolores Hierro (Tarragona)	Mercedes Valcarce Avello (Madrid)
Guillem Homet (Premià de Dalt)	Mercedes Valle Traperó (Madrid)
Joaquín Ingelmo (Badajoz)	Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapéutica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés –y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver–, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

Página del título. Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renunciias, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

Resumen y palabras claves. La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

Texto. Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción -exponiendo los objetivos y antecedentes-, material/método, resultados y discusión -destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

Agradecimientos. Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

Bibliografía. Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.

- Revistas. Se citarán de esta forma:

Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.

Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

Tablas y gráficos. Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. La cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Jefe de Redacción
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28
08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
E-mail: revista@fundacioorienta.com

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y

envíelo a: FUNDACIÓ ORIENTA, C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España

o por mail a: revista@fundacioorienta.com

También puede formalizar la suscripción en:

www.fundacioorienta.com/es/publicaciones/revistas/ o llamando al teléfono: +34 93 635 88 10

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- | | |
|---|----------------------------|
| ☐ Suscripción anual papel (2 números): 20 euros | (España y América Latina*) |
| ☐ Suscripción anual papel (2 números): 28 euros | (Otros Países) |
| ☐ Suscripción anual on line (2 números): 15 euros | |
| ☐ Suscripción anual papel + on line (2 números): 25 euros | (España y América Latina*) |
| ☐ Suscripción anual papel + on line (2 números): 30 euros | (Otros Países) |

● ● ●

- ☐ Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) N°
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor:

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- ☐ Transferencia nacional a favor de Fundació Orienta (BANC SABADELL cc: 0081.0006.21.0001290536)
- ☐ Transferencia internacional a favor de Fundació Orienta (BANC DE SABADELL cc: ES66.0081.0006.21.0001290536)
- ☐ Con cargo a mi tarjeta de crédito: ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐

Número tarjeta Fecha caducidad

- ☐ Domiciliación bancaria: Nombre del titular:.....

[illegible]

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeu-
dar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fun-
dació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

MONOGRÁFICO Nº 6 - JUNIO 2023
SALUD MENTAL PERINATAL

Presentación / Europa
Marta Gomà

El entorno del niño comienza en el útero
Vivette Glover

Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño
Dra. Nathalie Nanzer, Dra. Marta Gomà y Antònia Llaió

El abordaje perinatal interdisciplinar desde Atención Primaria de Salud (APS): el desarrollo de una atención bio-psico-social integrada
Emma Prims, Marta Gomà, Adriana Oliván, Eric Cozodoy, Laura Serra, Irene Salas, Carmen Sánchez, Josep Ferrer, Toni Alcocer, Eulàlia Arias-Pujol, Maria Martínez y Antònia Llaió

Documento del Grupo de Estudios Neonatales sobre el acompañamiento de padres y madres a recién nacidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Maternidades durante la pandemia por SARS-CoV-2
Mar Albújar, Laura Castells, Rosario Díez, Mònica Domingo, Gemma Ginovart, Marcos Linés, Anna Lucia Paltrinieri, Roser Porta y Cèsar W. Ruiz-Campillo

Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia
Imke Dachs, Eulàlia Sayrach y Roser Frago

Presentación / América Latina
Hilda Botero

Crianza en pandèmia
Graciela Ball, Gabriel F. Federico y Lucila de la Serna

De la formación en observación de bebés Método Bick a la intervención clínica: embarazo-parto-crianza
M. Josefina Saiz Finzi y Lucila Gamarra Tate

Grupos de atención a padres y bebés: observación e intervención psicoanalítica en microscopía clínica como facilitador de las relaciones iniciales
Mariângela Mendes de Almeida

Bebés visibles, bebés presentes. Programa madre-bebé-canguro, creado para cuidar la vida
Sandra Tuirán, Lyda Rosero, Florángela Gómez, Gloria Jurado, Aura María Sánchez, Carmen Córdoba e Hilda Botero