

DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN PERINATALES (DIP): INSTRUMENTOS EN SALUD MENTAL PERINATAL

*Devices for perinatal intervention: (DPI):
Instruments in perinatal mental health*

Oiberman, Alicia¹; Santos, María Soledad²; Misic, Marcela Inés³

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar Dispositivos de Intervención Perinatal (DIP). Los mismos son: la Entrevista Psicológica Perinatal (**EPP**) aplicada en neonatología y en salas de internación conjunta; la escala de evaluación de la vinculación madre-bebé durante la internación neonatológica. (**N-EOV-INC**) y el Screening de Registro Materno (**SRM**), pesquisa de detección de riesgo vincular durante el postparto inmediato; utilizados actualmente en Hospitales de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

Estos dispositivos han sido elaborados específicamente para intervenir “in situ” en el proceso de inicio de la relación madre-bebé realizando una tarea preventiva vincular. La EPP es aplicada en varios hospitales materno infantiles de la provincia de Buenos Aires desde el año 2000, la escala N-EOV-INC, ha sido aplicada en unidades de Terapia Intensiva Neonatal de CABA y Gran Buenos Aires, y el SRM esta siendo utilizado en el Hospital Materno Infantil Ana Goitía desde el 2008.

La aplicación de técnicas de observación vincular en etapas muy tempranas del desarrollo resultan de gran utilidad para el trabajo psicológico vincular, ya que nos

ABSTRACT

The aim of this article is to present devices in mental health for perinatal intervention (DIP). The devices are: Perinatal psychological Interview (PPI), applied in neonatology and rooming-in; observation scale of the bond mother-baby in NICU (N-EOV-INC), and maternal register screening (SRM) designed to detect risk in the bond mother-baby during the postpartum period. These devices are currently used in hospitals of Buenos Aires, Argentina.

The mentioned DIP were created specifically for early detection and psychological intervention, within a preventive perspective, in the bonding process between the mother and her newborn baby.

The PPI has been applied in several maternity hospitals in Argentina since the year 2000. N-EOV-INC has been applied to dyads mother-baby in Neonatal Intensive Care Units of Buenos Aires, and the SRM is being use in a public maternity hospital of Buenos Aires since 2009.

The use of observation instruments in early moments of life are very useful for psychological interventions related to the bonding process, because it allows to value the non verbal communication between the mother and the newborn baby.

permite aprehender la comunicación no verbal que se desarrolla entre la mamá y su hijo recién nacido.

Key words:

Devices - Perinatal Psychology - Bond Mother-Baby

Palabras clave:

Dispositivos - Psicología Perinatal - Vínculo Madre-Bebé

¹*Dra en Psicología. Investigadora Independiente del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemáticas y Experimental (CIIPME)- Conicet. Profesora y Coordinadora del Programa de Psicología Perinatal de la Facultad de Psicología de la UBA.*

E-Mail: aoiberma@psi.uba.ar

²*Doctora en Psicología (UNSL). Licenciada en Psicología (UBA). Becaria Posdoctoral CIIPME-CONICET. Docente de la práctica profesional: Psicología perinatal. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.*

E-Mail: msoledadsantos@yahoo.com.ar

³*Doctorando en Psicología UBA. Lic. en Psicología. Integrante del Programa de Psicología Perinatal, programa de extensión universitaria de la Facultad de Psicología UBA. Docente de la Práctica Profesional "Psicología Perinatal", Facultad de Psicología UBA.*

E-Mail: marcelamistic@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El abordaje de la Psicología Perinatal se orienta principalmente a la prevención, trabajando simultáneamente con dos sujetos: la madre puérpera, el niño y el vínculo entre ellos. Las características de esta labor específica posibilitaron la creación de dispositivos psicológicos con el fin de detectar tempranamente riesgo vincular e intervenir oportunamente para propiciar un desarrollo salugénico.

El objetivo del presente trabajo es presentar los dispositivos elaborados específicamente para intervenir en la urgencia que representa el proceso de inicio de la relación madre-bebé y las características de la vinculación entre ambos; y de esa ma-

nera realizar una tarea preventiva vincular. Los mismos son: la Entrevista Psicológica Perinatal (**EPP**) aplicada en neonatología y en las salas de internación conjunta; **N-EOV-INC**, escala de observación del proceso vincular en madres con sus bebés internados en UTIN; y el Screening de Registro Materno (**SRM**), pesquisa de riesgo vincular durante el postparto inmediato. Se busca posibilitar - por medio de la detección y posterior intervención - que las primeras interacciones sean una expresión de la salubridad de ambos integrantes de la díada y así, favorecer un desarrollo psicofísico sano.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

La historia nos muestra que siempre existieron rituales, amuletos y matronas para ayudar a ordenar las emociones a través de la palabra ante el nacimiento de un bebé. En todas las culturas existieron elementos asociados a lo mágico que se utilizaban para conjurar el riesgo de muerte para el niño y/o la madre en el momento del parto y luego durante el período puerperal. Todas esas prácticas ocupaban, de alguna manera, el lugar de la palabra en un momento difícil y de gran intensidad emocional: **el nacimiento de un niño**.

La medicalización del parto - que permitió descender bruscamente la mortalidad materna y neonatal, y lograr la sobrevivencia de niños - alejó a las madres de estas prácticas y no hubo quien ocupara el lugar de las matronas en esos momentos.

Es evidente que los avances científicos y tecnológicos de la medicina obstétrica y neonatal permitieron reducir la morbimor-

talidad peri-neonatal, pero a su vez trajeron consigo la *medicalización* del parto y nacimiento.

Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud en su reunión de Fortaleza (Brasil) en el año 1985 realiza una declaración denominada "El nacimiento no es una enfermedad". A partir de allí, se inicia un camino de cambio en relación a los modelos de atención del parto y nacimiento, naciendo iniciativas para "humanizar" la atención perinatal.

Dentro de esta línea surge la propuesta actual de "Maternidades Centradas en la Familia", donde se propone a la asistencia perinatal, como un área común que implica el trabajo conjunto de diferentes especialidades: obstetricia, pediatría, neonatología, enfermería, psicología, trabajo social, genética, diagnóstico por imágenes, nutrición. Dichos equipos de salud perinatal promueven que la mujer y su familia adopten un rol

activo en el cuidado del embarazo, el parto y en los cuidados de su hijo recién nacido, nazca éste sano o con alguna patología que implica su internación en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Se trata fundamentalmente de un cambio de paradigma asistencial: sumar lo humano a la tecnología; instituyendo un verdadero progreso en la asistencia integral perinatal.

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA PERINATAL

Los antecedentes de la psicología perinatal los encontramos en las antiguas matronas, en la psicoprofilaxis obstétrica, en las “doulas” que permitieron acompañar a la madre en el parto, logrando avanzar en partos sin temor, pero dejando el período del puerperio “acéfalo”.

La Escuela Rusa, sobre los cursos de parto (Nikolaiev, A, 1957); los trabajos de Leboyer (1978) sobre el nacimiento sin dolor; los trabajos de Als (1978, 1979) en las unidades de Terapia Neonatal en Estados Unidos; el estudio en España de Salvatierra sobre la psicobiología del embarazo (1998); los aportes de Racamier sobre las psicosis puerperales (1984); y la labor de Molenat (1992) en Francia, con su trabajo de capacitación de los agentes de salud en las maternidades, son algunos antecedentes que permitieron el desarrollo de la psicología perinatal.

En Argentina, las experiencias en la Maternidad de San Isidro durante los años 70 relatadas por Mirta Videla y Grieco (1993), son los antecedentes del trabajo que iniciamos en 1990 desde la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Por lo tanto el ingreso de la Psicología Perinatal en el campo de la medicina perinatal colabora y permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento introduciendo una perspectiva psicológica y aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo inter-

disciplinario.

Desde una mirada histórica, el inicio de los Dispositivos de Intervención Perinatal (DIP) actuales los podemos ubicar a inicios del nuevo milenio: año 2000.

Los dispositivos de intervención perinatal (DIP) desarrollados, se basan principalmente en:

- La Entrevista Psicológica Perinatal, desarrollada a partir de 1998
- La Observación de vínculo madre-bebé en internación conjunta madre-bebe (2008) y en internación en Unidad de Terapia Neonatal (2009)

La aplicación de técnicas de observación vincular en etapas muy tempranas del desarrollo resultan de gran utilidad para el trabajo psicológico vincular, ya que nos permite aprehender la comunicación no verbal que se desarrolla entre la mamá y su hijo recién nacido.

Entre los aspectos esenciales de la observación vincular se encuentran: la capacidad del observador para focalizar la atención y describir la conducta, el contexto en las que éstas tienen lugar, la capacidad de reconocer y detectar las conductas sutiles y no verbales de los bebés. (Oiberman, A., 2008, p.79). La observación vincular aporta invaluable información sobre lo que acontece en la díada y de qué modo acontece. Ambas herramientas, entrevista psicológica y observación vincular, permiten una valoración más completa e integrada del vínculo madre- hijo.

De esta manera, dentro de este paradigma, se crea un lugar de inserción para el Psicólogo Perinatal, cuya labor implica modalida-

des de intervención y la creación de dispositivos de abordaje específicos para la atención materno-neonatal integral.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El proceso de la maternidad - incluyendo en él al embarazo, parto y puerperio - representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar.

La mujer superará esta crisis en función de: su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar (Oiberman, 2000).

Consideramos que la madre atraviesa una doble crisis: una es la crisis vital y la otra es la crisis circunstancial dada por la internación del bebé en un Servicio de Neonatología o por su propia internación a raíz de problemas obstétricos (Oiberman, 1998).

Por otra parte, la relación entre sucesos de vida, prematuridad, bajo peso y/o patología neonatal han sido objeto de algunas investigaciones. Se han realizado numerosos estudios prospectivos sobre la influencia de factores psicológicos en las complicaciones del embarazo y del parto (Boulot, 1992; Arck, P.C., Knackstedt, M.K. & Blois, S.M., 2006)

En efecto, se ha comprobado que el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. Está demostrado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo a su vez están completamente bajo control neurohumoral. Los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática (acetilcolina) mientras que, la progesterona influye indirectamente en la actividad simpática (catecolaminas) (Talge, N. M., Neal, C. H. & Glover, V., 2007; Van den Bergh, B. R., Mulder, E..J., Meneas, M. & Glover, V. 2005).

Por lo tanto, se puede pensar que las secreciones de estas hormonas son aumentadas por las emociones suscitadas por los sucesos significativos ("life event") vividos por las futuras madres. (Brand, M., 1991; Dole, N., 2003; Halbreich, U., 2005; Hobel, C.J., 2004).

En base a lo expuesto, la maternidad debe comprenderse como un hecho que trasciende lo biológico adquiriendo un valor psicológico, social y cultural, lo cual implica poder pensar en el proceso de *maternaje*. Este proceso se refiere al conjunto de cuidados prodigados al niño, dentro del clima de ternura activa, atenta y continuada, que caracteriza el sentimiento maternal (Racamer, 1984). Se desprende entonces la idea de que, si bien puede producirse la maternidad, ello no siempre trae consigo el proceso de *maternaje*.

Al respecto, diversos autores han descrito la existencia de procesos psicológicos presentes en la madre que afectan los cuidados que brinda a su hijo recién nacido. A continuación se presentan los conceptos fundamentales:

En primer lugar, Winnicott (1956) conceptualiza la capacidad empática de la madre para entender y responder oportunamente a las necesidades del bebé como *Preocupación Materna Primaria*. Esta condición psicológica de la madre, caracterizada por un estado de sensibilidad extrema, le permite identificarse plenamente con las necesidades del bebé y así poder satisfacerlas. Para ello, la mujer debe estar sana, lo que supone no sólo su estado psíquico si-

no también incluye el ambiente social y familiar. Este estado (psicológico) materno se complementa con la situación de dependencia absoluta del bebé, siendo los cuidados pacientes y continuos de la madre los que permiten que el desarrollo se inicie sin que se comprometa la unidad "cuerpo-mente" del bebé.

En consecuencia la función del cuidado materno en estas épocas tempranas será especialmente el sostenimiento.

La falla ambiental, entendiendo como ambiente a la madre y a los intercambios que provee, provocará la conformación de una experiencia de vulnerabilidad máxima (Winnicott, D. 1963), afectando así el desarrollo biopsicológico del recién nacido.

Bion, W. (1966) hace referencia a la *Reverie Materna* como la capacidad de la madre para aceptar, alojar y transformar las angustias y los estados altamente desestructurantes del bebé, recibiendo sin pánico lo que él transmite en una atmósfera de urgencia y catástrofe, actuando como modulador del dolor en su respuesta transformadora. Pero si la madre fracasa en esta tarea el lactante, desde su vulnerabilidad, deberá ser quien haga frente a esos estados.

En cuanto al vínculo, Spitz (1965) postula que son las experiencias afectivas que se hallan en el primer año de vida las que actúan como un tractor roturador en los desarrollos posteriores, el establecimiento

del precursor del objeto libidinal inicia el proceso de relacionabilidad con las cosas. De ello se desprende la importancia del establecimiento temprano de un vínculo afectivo saludable entre una madre y su hijo, puesto que impactará positivamente en el desarrollo del niño.

Desde la teoría del apego postulada por Bowlby (1989), el desarrollo de este tipo de vínculo permitirá el establecimiento de una pauta de apego seguro, que influirá en el desarrollo de la personalidad y el modo en que posteriormente el niño se enfrentará al mundo. Es así que el establecimiento de una base segura será indispensable para un funcionamiento óptimo de la salud mental.

En resumen, cabe relevar que el fenómeno de la maternidad conforma un proceso de crisis, en el que se produce una intensa movilización de los aspectos más primarios y una reorganización de la identidad. Estos cambios, requieren ser elaborados para poder ser apropiados internamente, siendo la historia pasada y presente, junto con la estructura de la personalidad y las características del bebé las que configuren las cualidades de la construcción del vínculo entre la madre y el bebé. Dicha configuración biopsicosocial, es abordada por los dispositivos de intervención perinatales (DIP), abriendo un nuevo espacio para la palabra en las maternidades.

DIP: ENTREVISTA PSICOLÓGICA PERINATAL (EEP)

La modalidad de trabajo perinatal consiste en una "guardia hospitalaria diurna". El equipo acompaña diariamente la guardia neonatológica y colabora con obstetras y obstétricas en un trabajo interdisciplinario. El objetivo es ayudar a la madre y el bebé en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Di-

cho trabajo psicológico en la maternidad se desarrolla con ciertas características específicas que implica un posicionamiento diferente al tradicional en el campo de la salud mental.

La necesidad de una mayor sistematización, información y comunicación con los

neonatólogos y obstetras de guardia fue el motor que impulsó la elaboración de la Entrevista Psicológica Perinatal (EEP) en los hospitales donde venimos trabajando: Hospital materno Infantil "Ana Goitía" (Avelaneda), Hospital Meléndez (Adrogué), Hospital Naval Pedro Mallo (C.A.B.A.), y Fundación Hospitalaria (C.A.B.A.)

Sabiendo que la entrevista psicológica como tal es imposible de ser incorporada a la historia clínica, pues contiene información confidencial de los pacientes, se resolvió la elaboración de este dispositivo.

En 1999 y con el propósito de incorporarla a la historia clínica neonatal la entrevista fue transformada en un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo médico (Oiberman, A., 2000).

La resignificación de sucesos de vida relatados por la madre en los momentos de la indagación psicológica, fue lo que llevó a considerar de qué forma estos acontecimientos podían influir en el nacimiento del hijo y de qué manera podía resignificarse para la madre ese niño, tomando en consideración los conceptos de bebé real, bebé imaginado y bebé fantasmático de Lebovici (1996). La Entrevista Psicológica Perinatal (EEP) discrimina a esos tres bebés: A través de la indagatoria sobre sus sucesos significativos (life events) ocurridos en ese último año o los anteriores, allí está en escena el bebé imaginado.

Cuando indagamos sobre posibles conflictos infantiles, estamos trabajando sobre el bebé fantasmático, aquel niño que ella se imaginó cuando jugaba a las muñecas, producto de la elaboración del conflicto edípico.

Y al observar su conducta ante el impacto del nacimiento, donde pueden suceder dificultades en la lactancia, extrañeza ante el bebé, estamos ante el bebé real.

Por lo tanto, la Entrevista Psicológica Peri-

natal (EPP), se transformó en un instrumento de diagnóstico psico-perinatal eficaz para el trabajo de psicólogos y neonatólogos en guardias hospitalarias.

Las características del dispositivo de la Entrevista Psicológica Perinatal (EEP) son:

- Respetar la modalidad de entrevista psicológica
- Ser una entrevista de sesión única
- Tener flexibilidad de encuadre
- Trabajar con los tiempos del proceso de vinculación, es decir, con aparición del bebé real, imaginado y fantasmático, así como también con la resignificación de ese bebé en la historia familiar.

La **Entrevista Psicológica Perinatal** toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos suscitados durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año.

Es de destacar que en relación a los temas que emergen en la EPP, se registran aquellos sucesos significativos que aparecen como la preocupación principal de la madre en ese momento.

Se administra en las siguientes situaciones:

1. Madres internadas por causa materna cuyos bebés no presentan ningún trastorno.
2. Madres sanas (sin patología de posparto) cuyos bebés permanecen internados por patología neonatal o prematuridad.

La aplicación de la entrevista en el Servicio de Neonatología a lo largo de los años permitió clasificar la problemática materna en siete categorías: Pareja, Muertes, Social, Problemas actuales, Preocupación con otros hijos, Problemas Maternos aso-

ciados al Embarazo: Físicos y Psicológicos, y Conflictos en la Infancia.

Así como también permitió subdividir las categorías detectadas como preocupantes para la madre, más detalladamente. Las mismas son:

1. Sucesos significativos (“life event”): de identificaron 22 clases de sucesos significativos.
2. Problemas maternos físicos asociados al embarazo: Internación durante el embarazo, Presión alta, Pérdidas, Diabetes, HIV, ETS, Chagas, otros.
3. Problemas maternos psicológicos: Temor por la salud del bebe, por la salud propia, presentimiento de parto prematuro, angustia, psicosis, otros.
4. Conflictos infantiles: Abandono, fallecimiento de los padres, violación o abuso en la infancia, otros.
5. Impacto ante el nacimiento: Dificultad de vínculo, dificultades de lactancia, angustia por patología del bebé, rechazo hacia el bebé, duelo por fallecimiento del bebé, duelo anticipado.

En relación a los temas que surgen durante la entrevista, se registraron aquellos sucesos significativos que aparecen como la preocupación principal de la madre en el momento de la misma, esté o no relacionada con su maternidad. En el inicio de este trabajo nuestra mirada apuntaba a detectar situaciones que afectaban a la madre y su grupo familiar durante el último año; sin embargo, la construcción de este instrumento nos ha permitido constatar la incidencia de ciertos sucesos significativos, tales como muertes de hijos o personas cercanas ocurridas en años anteriores. Asimismo, vivencias traumáticas de la infancia eran muchas veces resignificadas ante la llegada del hijo.

En el transcurso de la aplicación de este dispositivo se incorporó el embarazo en sí mismo como un elemento de preocupación, ya sea por problemas físicos o psicológicos asociados al embarazo.; así como también el parto ó cesarea puede ser vivido como un suceso estresante en sí mismo. Y por último se detectó el impacto que producía ese nacimiento en la madre y su pareja.

APLICACIÓN DE LA EPP:

La EEP se viene aplicando desde hace varios años en diferentes instituciones de salud materno infantil

Se presentan a continuación los resultados obtenidos de la aplicación de la EPP en el año 2010 en el Hospital Materno Infantil “Ana Goitia” correspondientes a 232 madres:

Con respecto al **número de hijo**, se observó que 106 madres fueron Primíparas (45,7 %) y 126 Multíparas (54,3%),

Sus **edades** oscilaron entre: 10 años: 1 madre, 16 años: 2 madres, 17-19 años: 29 madres (12,5%), 20-29 años: 103 madres

(44,4%), 30-39 años: 55 (23,7%) y 40 en adelante: 42 madres (18%).

En cuanto al **sexo de los bebés**: 101 niñas (43,5%) y 129 varones (55,6%); (en dos casos no hay dato).

El **Nivel educativo de las madres fue el siguiente:**

Primario Incompleto: 16 (6,9%)

Primario Completo: 34 (14,7%)

Secundario Incompleto: 88 (37,9%)

Secundario Completo: 70 (30,2%)

Terciario Incompleto: 4 (1,7%)

Universitario Incompleto: 4 (1,7%)

Universitario Completo: 1 (0,4%)

No datos: 15 (6.5%)

Su **Situación Laboral** fue: 173 madres no trabajan (74,6%) y 48 madres trabajan (20.7%); (en 11 casos no datos: 4,7%)

En cuanto la Situación de pareja se observo lo siguiente::

Estable conviviente: 167 (72%)

Estable no conviviente: 30 (12,9%)

Madre sola con apoyo familiar: 23 (9,9%)

Madre sola sin apoyo familiar: 1 (0.4%)

Madre en situación de pareja inestable: 1 (0.4%)

Separación durante el embarazo: 8 (3.4%).

No datos: 2 (0.9%)

Datos del embarazo:

Control obstétrico del embarazo: 214 (92,2%)

Embarazo sin ningún control: 10 (4,3%)

(No datos del control del embarazo en 8 casos: 3,4%)

Embarazo buscado: 107 (46,1%)

Embarazo no planificado: 116 (50%)

(No datos de la planificación del embarazo en 9 casos 3,9%)

Aceptación del embarazo desde su inicio: 170 madres (73,3%)

Al principio no aceptó el embarazo: 44 (19%)

No lo aceptó durante todo el embarazo: 4 (1,7%)

(No datos de la aceptación del embarazo en 14caoso: 6%)

Por otro lado, en cuanto a los temas que preocuparon a las madres (n=232) se observó lo siguiente:

No manifestaron problemas: 22 (9.5%)

Manifestaron problemas: 210 (90.5%)

De aquellas madres que han manifestado problemas, se observó:

Tipos de problemas manifestados por la madre durante la entrevista:

Life events	156 (67,2%)
Embarazo en sí mismo como life event	27 (11,6%)
Parto en sí mismo como life events	31 (13,4%)
Problemas Físicos	108 (46,6%)
Problemas Psicológicos	80 (34,5%)
Conflictos Infantiles	65 (18%)
Impacto ante el recién nacido	61(26,3%)

Dentro del grupo de madres que han manifestado sucesos significativos ó life-events durante la EPP, los temas que emergieron fueron los siguientes:

Sucesos significativos:

Pareja	58(25%)
Muerte	58 (25%)
Social	55(23,7%)
Problemas Actuales	53(22,8%9
Otros hijos	30 (12.9%)

En síntesis, en este apartado se presentó un dispositivo en salud mental utilizado en Psicología Perinatal, que permite la expresión de emociones y problemáticas en los momentos inmediatos y posteriores al nacimiento, describiendo los datos obtenidos de su aplicación en el año 2010 sobre las problemáticas específicas que emergen durante la misma.

Esta línea de trabajo de investigación - acción, iniciada en 1990, ha permitido el enriquecimiento del campo teórico de la psicología perinatal, en tanto área específica de la psicología de la primera infancia.

DIP: SCREENING DE REGISTRO MATERNO (S.R.M) EN SALA DE INTERNACIÓN CONJUNTA

Se elaboró un dispositivo de pesquisa, para ser utilizado durante el rooming-in médico. Este último consiste en revisar, cama por cama, a los bebés nacidos a término y sanos que se encuentran con sus madres en la sala de internación conjunta (SIC) por un período que puede ser de 48hs. en caso de parto normal o de 72hs. en caso de cesárea.

Conjuntamente con el rooming-in médico, la psicóloga ingresa a la sala y toma registro de la escena que se lleva a cabo en cada día por medio del Screening de Registro Materno (**SRM**), convirtiéndose de esta manera no solamente en una evaluación médica del recién nacido sino también y simultáneamente en una valoración de la situación vincular de esa día.

Definimos *Registro Materno* al constructo que implica la capacidad de empatía de la madre expresada en las conductas activas de cuidado, caracterizadas por un estado de alerta y continuidad en sus cuidados. Los mismos deben ser acordes y oportunos frente a los requerimientos del recién nacido, sustentando la salud psicobiológica del hijo en la etapa de mayor vulnerabilidad. De esta manera, la situación opuesta, es decir la ausencia del Registro Materno (**RM**), estaría expresado en: conductas pasivas, en las que no responde de manera adecuada y oportuna ante las necesidades del bebé recién nacido. La situación extrema es la ausencia de *Registro Materno*, es decir la ausencia de conductas/acciones destinadas al cuidado del recién nacido.

La utilización del concepto **RM**, permite observar y clasificar su presencia o ausencia, favoreciendo a su vez un criterio común en los equipos de salud para la eva-

luación de las condiciones psicológicas en que la madre recibe el alta.

De esta manera, la construcción del dispositivo de SRM - el cual tomó como fundamentación teórica el constructo wininiciano de *Preocupación Maternal Primaria* y de Bion a través del *Reverie Materno*- permite el reconocimiento de conductas maternas saludables y/o de riesgo en relación con su hijo recién nacido.

A su vez, favorece el intercambio con los médicos para así progresivamente ser incluido como criterio de alta psicológica.

Debido al contexto en que dicho dispositivo tiene lugar, resulta necesario trabajar de manera rápida, eficiente y en forma interdisciplinaria para poder intervenir a tiempo frente a las altas, las cuales son decididas a partir de un criterio médico sin tener en cuenta la complejidad que reviste todo el proceso físico y emocional de la maternidad; especialmente en los casos de los hospitales donde las grietas socioeconómicas y las conflictivas que las mismas conllevan, otorgan al fenómeno de la maternidad situaciones que deben ser contempladas y respetadas en beneficio de la madre puérpera y su hijo para evitar dificultades en el proceso vincular.

De acuerdo a lo registrado en el screening se evalúa la urgencia para intervenir a través de una evaluación de la situación general de la madre, el bebé y su entorno familiar. Si de acuerdo a los resultados, se detecta la existencia de alguna situación que reviste riesgo para la vida o salud del niño, ya sea por aspectos emocionales como físicos, o de otra índole, se realiza una evaluación y toma de decisión con los médicos neonatólogos para demorar o dar curso al alta del bebé.

Descripción de los campos y los ítems del DIP del Screening de Registro Materno:

Consignación de datos: En el segmento superior de la grilla se completan los datos de la *sala* y *cama* en que se encuentran la madre y el bebé.

También se consignan: *edad, gestas, parás, cesáreas, abortos* y *número de controles*. Estos datos, son valiosos en tanto las diferentes combinaciones que se pueden observar en la historia clínica, permiten un primer acercamiento a la historia de maternidad de cada paciente. Por ejemplo: número de gestas, en relación a abortos y cantidad de controles.

La observación y consignación de datos se realiza en dos momentos :

• **Al entrar a la sala:**

- *Ubicación* del bebé en relación a la madre: Podría ser un indicador de cercanía o distancia afectiva entre ambos.
- *Actitud Corporal*: se refiere a las características tónicas de los miembros de la díada.
- *Estado de conciencia* del bebe: alerta, llanto , quejoso, dormido.
- *Observaciones*: permite recabar cuestiones que hacen a la singularidad de la escena que se observa, como por ejemplo: comentarios, acompañantes, preguntas por parte del médico o preguntas por parte de la madre o familiar antes de que se inicie la examen clínico, o cualquier información que resulte relevante para quien está observando.

• **Durante y luego del examen clínico:**

En esos momentos la escena inicial se modifica, debido a la necesaria intrusión de un tercero (el neonatólogo) y el cambio de temperatura vivenciada por el bebé al ser desvestido. Estas actividades hacen que sea un período óptimo para observar la pre-

sencia y cualidad de las interacciones.

El campo de Interacciones corporales está compuesto por:

- *Los modos y características del contacto:*
Por parte del bebé se presentan los ítems: *busca el contacto corporal con su madre, acepta el contacto corporal con su madre, se amolda al cuerpo de su madre, mira a su madre.*

En cuanto a la *madre*, los ítems son: *acepta el contacto corporal con su bebé, busca el contacto corporal con su bebé, el sostén es firme y cómodo, manipula a su bebé de manera segura, mira y mantiene la mirada hacia su bebé.*

También aquí se registra el estado de conciencia del bebé, ya que este contacto puede favorecer la disminución de tensiones en el niño o aumentarlas, siendo en ambos casos indicadores a registrar.

- *Lactancia:*

La aceptación o no de ambas partes se torna evidente, no sólo en el modo de sostener sino en la tolerancia a la leche materna, por parte del bebé, y la disposición (consciente e inconsciente) materna para alimentar a su hijo.

En los primeros días es esperable que surjan dificultades en relación a la técnica ya que también es un proceso de aprendizaje para la díada, pero la imposibilidad para ajustarla es un indicador del clima afectivo que están viviendo el bebé y la madre. También es importante observar en qué estado de conciencia se encuentra el bebé cuando la madre le ofrece el pecho, es decir si es el momento adecuado o no. Esto refleja claramente el registro materno.

- *Recursos para calmar a su bebé:*

En este campo, se registra el estado de conciencia del bebé cuando el médico finalizó su examen clínico. En relación a la conducta que presenta el bebé, se señala qué acción lleva a cabo la madre y si esta es

adecuada (en relación al estado de conciencia del recién nacido). En este ítem, lo importante es que se pueda registrar una conducta de la madre tendiente a calmar su bebé. Se señala esto porque es esperable que al ser los primeros encuentros, aún no hayan encontrado el modo satisfactorio para disminuir las tensiones; pero si existe una conducta, las posibilidades de hallar el medio para el bienestar de ambos aumenta las probabilidades. La situación contraria consiste en que ante la expresión de displacer por parte del bebé la madre insista en una acción, aumentando la tensión, o en un caso también opuesto, que no realice ninguna acción.

• Interacción de la tríada (madre-bebé-médico):

En este campo se señala si la madre escucha las indicaciones de los médicos, si les comunica sus inquietudes y si manifiesta confianza hacia ellos.

• Observaciones:

Aquí se consignan situaciones observadas que no están descritas dentro de los campos. Por ejemplo: si no ha sido posible registrar ninguna interacción por parte de la madre, debido a que fue el o la acompañante quien se ocupó del bebé durante el rooming-in.

Dada la complejidad que implica la maternidad, se torna necesario pensarla desde su constelación, desde la ambivalencia que se presenta a partir de la gestación hasta el encuentro con el hijo. Desde allí se parte hacia las salas de internación conjunta acompañando al médico neonatólogo y utilizando el **SRM**, para poder dar cuenta de los modos singulares en que cada madre se acerca a su bebé, pesquisando en esos encuentros la presencia o ausencia del Registro Materno.

De esta manera se pretende optimizar la detección de diadas que presentan dificultades

en su interacción, a través del screening e interviniendo con el instrumento de la Entrevista Psicológica Perinatal (**EPP**) en base a lo registrado, promoviendo la creación de un vínculo más saludable.

Aplicación del SRM:

A continuación se presentan algunos de los resultados obtenidos de la aplicación del SRM en el Hospital Materno Infantil "Ana Goitia" correspondiente a 36 diadas.

Relación de los ítems del campo: Interacciones Corporales

• *El bebé busca contacto corporal con su madre. Ella ¿Acepta?*

En veinticinco bebés, el 69,4 % no se observó la búsqueda de contacto. En 28 casos (77,8 %) la madre no acepta el contacto con el recién nacido.

Sólo en un caso (3,6%) el bebé busca el contacto corporal con su madre y ella no lo acepta. Se registraron cinco casos en los cuales el recién nacido buscaba el contacto y la madre aceptaba (13,9%).

• *Búsqueda de contacto corporal con el bebé*

En veintiocho casos, 77,8% las madres no buscan el contacto. De aquellas diadas donde se registró esta conducta materna en trece casos (46,4%) el bebé no acepta el contacto. Mientras que en igual otros 13 casos los bebés aceptan el contacto a pesar de que su madre no lo busque.

La búsqueda de contacto por parte de la madre se observó en cinco casos (13,5%) en los cuales la respuesta del recién nacido era de aceptación.

• *Relación entre la manipulación segura de la madre y la aceptación -o no por parte del bebé*

En veintidós casos (61,1%) de la muestra la madre manipuló de manera segura a su bebé. Sin embargo, se registra que en seis casos (27,3%) ante esta acción materna el bebé no acepta el contacto corporal. Y en

contraposición, en catorce casos (63,6%) el bebé aceptó el contacto con su madre. La otra conducta posible de la madre es no manipular al bebé.

- *Sostén*

En dieciocho casos (50%) la madre sostiene al bebé de modo firme y seguro. Frente a ello, en catorce casos (77,8%) el recién nacido se amolda al cuerpo de la madre, pero en cuatro casos (22,2%) el bebé no se amolda.

La madre no sostiene al bebé de manera firme y segura en 15 casos (41,7%), de los cuales en trece casos (86,7%) el bebé no se amolda al cuerpo de la madre.

- *La mirada de la madre y la mirada del bebé*

En veintisiete días (75%), la madre no mira al recién nacido, y en veinticinco casos (69%) el bebé tampoco mira a su madre.

A su vez, se logró registrar la interacción visual entre ambos en tres casos. En otros 2 casos la madre miraba al bebé pero éste

no le correspondía

A través de estos resultados, se puede observar las capacidades interactivas del bebé y de qué modo las conductas llevadas a cabo por la madre resultan adecuadas o no para que el niño continúe dispuesto a la interacción y al establecimiento de un vínculo con ella.

Es decir, que la madre debe actuar como reguladora de las tensiones que pueden desorganizar las conductas del recién nacido. Esto sólo es posible mediante un sostén adecuado, manipulación segura y mirada que invita al encuentro con su madre. Es contando con estas interacciones, en las que hay una regulación mutua, como el recién nacido podrá desarrollarse sanamente.

Así, la detección de ausencia de regulaciones maternas, a través del SRM, ha permitido intervenir a favor de la construcción de un vínculo sano.

DIP: ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR SITUACIONES DE VINCULACIÓN EN LA INTERNACION EN INCUBADORA (N-EOV-INC):

Este dispositivo fue específicamente diseñado para desplegarse ante situaciones críticas de nacimiento: la internación en una Unidad de Cuidados Intensivos neonatales - UCIN - de un bebé prematuro o con patología neonatal. Dicho dispositivo comparte su basamento teórico-práctico con las otras áreas de incumbencia de la Psicología perinatal, pero a su vez presenta especificidades dadas por la situación que se aborda y por las demandas que esa situación impone al psicólogo perinatal. Una de las características principales consiste en que, a diferencia de los otros dos dispositivos mencionados, aborda la situación vincular de la mamá, el bebé y la

incubadora.

En relación a esto, existen dos hitos históricos de fundamental importancia:

Por un lado, la creación de las UCIN y los avances en la asistencia neonatal, lo cual posibilitó la reducción de la morbimortalidad neonatal pero a su vez la compleja asistencia que estos bebés suelen requerir, generan largos periodos de internación.

Por otro lado, en los primeros tiempos el ingreso de los padres a las unidades de internación neonatal no estaba permitido. Posteriormente se permitió el ingreso de los padres pero con estrictos horarios de visitas a sus hijos internados, y en la actualidad el abordaje del nacimiento como

un fenómeno familiar, llevó a abrir las puertas de las unidades, accediendo al ingreso irrestricto de los padres. Este fenómeno de apertura de las unidades produjo un cambio fundamental y fundante: los padres pasaron de ser ajenos a la situación, a ser visitantes de sus hijos para finalmente ser *acompañantes de su hijo durante la internación*.

Estos hitos históricos, permitieron el surgimiento de un nuevo fenómeno: la vinculación madre-hijo durante la internación.

Durante ese tiempo de internación, madre y bebé comenzarán a vincularse, a interactuar, a conocerse mutuamente.

Sin embargo, la interacción madre-hijo durante este período no será igual a la que tiene lugar entre una madre y su bebé sano. La diferencia estará dada porque en la díada madre-bebé sano, la mamá cuidará de su hijo en la intimidad de su hogar, rodeada de su familia, lo acunará en brazos. En cambio, en las díadas madre-bebé internado, la madre debe acompañar y cuidar a su bebé en un ambiente medicalizado, aséptico, monitorizado, rodeada de médicos, enfermeros, donde los ritmos y rutinas son indicaciones médicas. La madre deberá poder construir junto a su bebé un clima de intimidad, de contacto afectivo dentro de un ambiente público, dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Este contexto particular implicará que el proceso de vinculación en esta etapa presente características diferentes, propias del contexto de internación. Sin embargo, esa interacción que tiene lugar entre la madre y su hijo en incubadora no es alterada en sí misma, sino que presenta características particulares debido al contexto de internación neonatal.

Con el fin de poder valorar dicho proceso de vinculación madre-bebé internado en incubadora, se desarrolló un instrumento

de observación vincular a ser aplicado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, denominado N-EOV-INC.

El mismo consiste en una escala de observación de vínculo madre-bebé internado en incubadora en UCIN, la cual consta de 21 ítems de conductas observables, divididos en 6 Funciones:

La **Función de acercamiento** contempla la posición y distancia que adoptan ambos miembros de la díada para la interacción. Esta función contiene ítems referentes a la combinación de la posición adoptada por la madre y el bebé para el desarrollo de la interacción diádica, en relación a la distancia física entre la madre y la incubadora donde se encuentra su hijo. Ejemplo: La madre se para al lado de la incubadora donde se encuentra su hijo a una distancia menor de 30 cm entre el cuerpo de la madre y la incubadora. El bebé se encuentra de frente a la madre.

La **Función contacto con la incubadora** se refiere a conductas de contacto y apertura o no de la incubadora donde se encuentra el bebé. Por ejemplo: La madre toca el plástico de la incubadora donde se encuentra su hijo, sin introducir las manos en la incubadora.

La **función corporal** se refiere a conductas de contacto corporal y táctil entre ambos miembros de la díada. Incluye ítems referentes a la ausencia de contacto corporal directo entre la mamá y el bebé, tales como: no toca al bebé; así como también conductas de contacto corporal entre la madre y su hijo, por ejemplo; la madre acaricia la mano del bebé y el bebé acepta este contacto corporal por parte de su mamá.

La **Función visual** contempla conductas de contacto visual y de miradas entre ambos miembros de la díada. Los ítems de esta función evalúan conductas visuales de ambos miembros de la díada y la dis-

tancia entre ambos al realizar las mismas. Por ejemplo: La madre mira alejada al bebé (a una distancia mayor de 30 cm entre el rostro de la madre y el del bebé). El bebé acepta la mirada de la madre.

La **Función verbal** se refiere a conductas de contacto verbal, vocal y de sonidos comunicativos. Esta función contiene ítems que discriminan las conductas vocales comunicativas, por ejemplo: la madre le habla al bebé. El bebé responde al estímulo verbal.

La **Función postural** se refiere a la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y la consecuente modificación - o no - de la postura corporal del otro miembro de la díada, como respuesta al cambio introducido. Esta Función contiene ítems dinámicos de acercamiento y alejamiento para ambos miembros de la díada: contempla la modificación de la postura corporal inicial y la modificación de la postura corporal como respuesta.

Se refiere a las maniobras que realiza la madre con su cuerpo para acercarse o alejarse de la incubadora donde se encuentra su hijo. De parte del bebé, la función postural es el cambio de posición del cuerpo dentro de la incubadora, de manera que esté más cerca o más lejos del plástico de la incubadora al lado del cual se encuentra su mamá. Por ejemplo: el bebé gira todo su cuerpo hasta tocar el plástico de la incubadora al lado del cual se encuentra su madre. La madre inclina su cuerpo - se agacha - de manera tal de estar más cerca al bebé.

La escala N-EOV-INC, ha sido estudiada en sus propiedades de confiabilidad y validez, lo cual permite detectar situaciones de vinculación madre-hijo internado en incubadora en UCIN (Santos, S, 2010). Así mismo, se estimaron los correspondientes percentiles y puntajes Z lo que permite su

valoración en:

- Situación vincular adecuada
- Situación vincular poco adecuada, y
- Situación vincular no adecuada.

Aplicación de N-EOV-INC:

Se realizó un estudio donde se administró la escala N-EOV-INC a 106 díadas madre-hijo internado en incubadora en 3 servicios de neonatología correspondientes a 2 hospitales públicos y una clínica privada de la Provincia de Buenos Aires:

A partir de los resultados de la aplicación de la escala se pudo observar que la interacción madre-bebé internado en incubadora se desarrolla a través de diferentes canales de comunicación que crean la madre y su bebé:

Se observó que la mayoría de las díadas asumen posiciones cercanas y frontales uno al otro para la interacción, abriendo la madre la incubadora para poder tocar y ser tocada por el bebé. Los contactos táctiles y corporales son mayoritariamente iniciados por la madre y se refieren a conductas donde existe contacto directo piel a piel.

Las madres miran a sus hijos que se encuentran dentro de la incubadora, generalmente paradas al lado de ella, recorriendo el cuerpo del bebé con la mirada o mirando el rostro del bebé; así mismo el bebé mira a su madre, presta activa atención visual, si ésta se encuentra cerca (ya sea a través del plástico de la incubadora o con la incubadora abierta).

Durante la interacción, generalmente ambos mantienen la postura corporal que asumen al inicio de la interacción, pero si realizan modificaciones posturales mayoritariamente son acercamientos, es decir buscar posturas donde ambos estén más cerca. Así mismo, más de la mitad de las madres permanecen en silencio durante estos contactos, dejando entrever que la

comunicación madre -bebé es principalmente *no verbal*.

También vemos que aproximadamente 1 de cada 3 díadas responden recíproca y positivamente a todos los contactos interactivos propuestos por su pareja diádica, siendo también común que exista un contacto propuesto por la madre que no sea respondido positiva y recíprocamente por el bebé.

Estos hallazgos nos permiten ver que la interacción madre-bebé, cuando éste último se encuentra en la incubadora es rica en contactos, es decir existe gran variedad de conductas interactivas que pueden desarrollarse.

Estas afirmaciones irían en sentido contrario a aquellos postulados que sostienen que la vinculación e interacción madre-bebé se ve obstaculizada por la situación de internación.

Es cierto que en la situación de internación la interacción madre-bebé es diferente a la situación en la que el bebé se encuentra en su casa con su familia. Sin embargo, esto no significa que las vías de comunicación entre ambos se vean coartadas, sino que encuentran caminos diferentes, propios del contexto de internación, los cuales pueden conducir igualmente a una buena vinculación entre la madre y su bebé.

Por lo tanto, se considera que a pesar de este contexto peculiar, es posible mantener un intercambio afectivo conductal amplio con características propias de la situación de internación.

Consideramos que la incubadora, en tanto dispositivo tecnológico necesario para la vida del neonato en ese momento, puede intervenir en la vinculación de la madre y su hijo de dos maneras:

Por un lado, puede funcionar como "*obstáculo*", es decir a modo de límite de plástico real que impide o dificulta el acercamiento

y el contacto de vinculación con su hijo ó como "*parte de*", es decir como un elemento integrante de la escena pero que no veda o impide el acercamiento mutuo en los distintos registros de contacto: visual, corporal, verbal, acercamientos de posturas corporales, etc.

Si se desarrolla una interacción con las características de esta última opción, podremos observar la marcha de un proceso de construcción de un vínculo materno filial saludable.

De esta manera, la escala constituye un método de observación vincular específicamente desarrollado para estas situaciones de internación prolongada, que contempla las variables particulares de la UCIN y posibilita una evaluación más adecuada de la vinculación madre- hijo internado en Neonatología.

Así mismo, N-EOV-INC, presenta las siguientes propiedades específicas: Toma en cuenta las características particulares de la situación de internación en incubadora (puede ser aplicada por ejemplo en casos de bebés nacidos prematuros, bebés que requieren asistencia respiratoria, alimentación por sonda).

Es de fácil y rápida administración, características esenciales para que el instrumento sea útil en situaciones de urgencia en internación.

Aporta a la labor diaria de los profesionales de la salud neonatal (neonatólogos, enfermeras neonatales y demás agentes de la salud neonatal) una herramienta de trabajo que permita detectar aquellos casos donde una derivación a un agente de salud mental es necesaria. Así mismo, aporta a los psicólogos perinatales, una herramienta práctica para evaluar el desarrollo de la vinculación madre-hijo y su evolución, posibilitando una mirada integral de la situación vincular. Es económi-

ca, ya que no requiere el uso de tecnologías costosas y ha sido creada teniendo en cuenta las características culturales de nuestro país.

Por lo tanto, como primer paso para alcanzar el desafío de cuidar y propiciar el desarrollo de un sano vínculo materno filial, se hace necesario detectar indicadores de establecimiento de situaciones vinculares de riesgo lo más cercano a su origen posible, es decir, en los primeros momentos de vida del niño durante su internación.

En nuestro país, los servicios de Neonatología no contaban con instrumentos validados para la observación de la relación madre-hijo internado en incubadora en UCIN. Los protocolos de observación elaborados para períodos de internación neonatal han sido escasos y no han sido estudiados en sus propiedades de validez y confiabilidad, requeridas para todo instrumento de evaluación psicológica estadísti-

camente probado.

De esta manera, los neonatólogos, enfermeras y demás profesionales que trabajan en dichos servicios observaban diariamente los fenómenos que se producen en la diada y varias veces detectan situaciones vinculares que llaman su atención, pero no contaban con la posibilidad de tipificarlo ni de registrarlo, lo cual impide las evaluaciones epidemiológicas y un trabajo sistemático y generalizado de prevención primaria psicoafectiva, mientras el bebé se encuentra internado en incubadora.

Contar con un instrumento de estas características posibilita la detección temprana y su consiguiente intervención oportuna, fortaleciendo la posibilidad de intervenciones de índole preventiva en salud mental perinatal dentro de un contexto de asistencia como lo son las internaciones en unidades de terapia intensiva neonatal.

CONCLUSIONES

La utilización de los Dispositivos de Intervención Perinatal (DIP) arriba descritos, permite la incorporación de la dimensión psico-vincular a la historia clínica neonatal.

Cabe señalar que la modalidad de incorporación a las historias clínicas permite que estos puedan ser leídas por las sucesivas guardias de Neonatología, facilitando su interpretación al equipo médico, haciendo más efectiva y práctica la comunicación interdisciplinaria del equipo asistencial.

La detección de los sucesos significativos, de problemas vinculares entre la madre y su recién nacido, como así también de alteraciones en el establecimiento del vínculo con un niño internado en UTI, implicó para el equipo de salud tener en cuenta que el sentido del embarazo, del parto y

del puerperio no se puede pensar sólo desde el acto médico sino que la constelación familiar, de pareja y social son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y nacimiento.

Se comprobó que la palabra emerge cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos, siempre y cuando los psicólogos neonatales ofrezcan un espacio y dispositivos específicos para la puesta en marcha de dicho proceso.

El trabajo en equipo de los psicólogos con los neonatólogos, pediatras y obstetras en el seguimiento de las madres y bebés internados en las distintas áreas, implica un

posicionamiento en el campo de la salud. La doble crisis que atraviesa a la madre (vital y circunstancial) es generadora de angustia y ansiedad: se trata de un sujeto humano que acude a otro para pedirle ayuda y no siempre el saber médico puede contemplar ni valorar el aspecto psicológico.

El fenómeno del acto médico no es meramente reductible a la acción técnica, ya que allí hay un sujeto que sufre.

Introducir la dimensión de lo psicosocial de las madres y sus familias en los efectos de atención materno infantil e introducir protocolos específicos de lo “psicológico” en las historias clínicas, implica una manera de aliviar la crisis de la relación médico - paciente (cuando se instituye) para tornarla nuevamente operante en un sentido terapéutico.

Consideramos que el abordaje interdisciplinario, el trabajo en equipo y el desarrollo de ideologías comunes compartidas por todos los profesionales de la salud, es una solución al enfoque parcializado de los problemas de la madre y del bebé. Por ello, es tan necesaria la colaboración plena del psicólogo a los equipos de salud de los hospitales materno infantiles, capacitándolo como agente de salud mental integrado a los servicios de guardia de los hospitales materno infantiles. Es imprescindible incluir al Psicólogo Perinatal como un profesional necesario en toda guardia neonatológica, del mismo modo que son necesarios técnicos radiológicos, de laboratorio, enfermeras, obstétricas y obstetras.

El proceso salud-enfermedad, en esta etapa, es preponderantemente abordado por los médicos y con un enfoque que lleva con frecuencia a la fragmentación en la atención de la salud de la madre puérpera y su bebé (fragmentación entre lo físico y lo psíquico, o entre lo individual y lo fami-

liar-social).

Por el contrario, la salud debe ser considerada como el resultado de un proceso en el que interactúan factores biogénéticos, psicológicos, sociales, culturales o históricos.

La Psicología perinatal permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento desde una perspectiva psicológica, aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Arck PC, Knackstedt MK & Blois SM. (2006). Current Insights and Future Perspectives on Neuro-Endocrine-Immune Circuitry Challenging Pregnancy Maintenance and Fetal Health. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*, 3 (2): 98-102.
- Als H. (1978), Assessing an assessment, in A. Sameroff (ed), Organization and Stability of Newborn Behavior: Commentary on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale, Monograph, Society for Research in Child Development, 43,14-29.
- Als H. Social interaction (1979): Dynamic matrix for developing behavioral organization, in I.C. Uzgiris (ed). Social Interaction and Communication in Infancy: New Directions of Child Development, 4, 21-41.
- Bion (1966) Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Bowlby J.(1989) Una base segura, Paidós, Buenos Aires
- Boulot P. (1992): Hipotrophie foetale: psychopathologie. Revue de la littérature. *Journal Gynecologique Obstetrique Biologique Reprod*, (21): 851-856-
- Brand Mitchell. (1991). Immunologic aspects of preterm labor. Seminary in Perinatology.
- Dole N., Savitz D. A., Hertz-Picciotto I., Siega-Riz A. M., McMahon M.J.& Buekens P. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *Am J Epidemiol*, 157:14-24.
- Halbreich U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions- The need for interdisciplinary integration. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193: 1312-1322.
- Hobel, Calvin.J. (2004). Stress and Preterm Birth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 4 (47): 856-880.
- Jotzo M., Poets, C.F. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics*, 115: 915-919.
- Levoyer. F.(1978)Por un nacimiento sin violencia. Ed.Daimon. México
- Lebovici S.(1996). La Transmission Transgénérationnelle (TGG). En: *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Geneve: Editions Médecine et Hygiene.
- Mancuso R.A., Dunkel Schetter C., Rini C.M., Roesch S.C.& Hobel C.J. (2004). Maternal Prenatal Anxiety and Corticotropin-Releasing Hormone Associated With Timing of Delivery. *Psychosomatic Medicine*, 66:762-769.
- Molénat Françoise. (1992) *Mères Vulnérables. Les maternités s'interrogent*. Stock. Francia: Laurence Pernoud.
- Murray L, Fiori-Cowley A & Hooper R (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev*, 67:2512-2526.
- Newton R.W. & Huntl.P. (1984) Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *British Medical Journal*, (288):1191-1194.
- Nikolaiev, Anatolio.(1957) El parto sin dolor. Car-tago. Buenos Aires
- Oiberman A. & cols. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(5): 77-89.
- Oiberman A, Schneider S, Vega E, Galindez E, Mercado A, Santos S, Mansilla M. & Grisolia E. (2005). *Nacer y después.Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Oiberman A,Vega E. Galindez E. & otros. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato.VI *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología.U.B.A*, 6: 346-358.
- Racamier, P-C. (1984) ." A propósito des psychoses de la maternité," dans *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris. ESF.
- Salvatierra Mateu, V.(1998) *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Editorial Martinez Roca.
- Santos, S. (2010). Nuevo instrumento de evaluación de la vinculación madre-bebe durante la internación neonatológica. En Libro de Resúmenes del Primer Congreso Argentino de Neonatología (p.56) Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría
- Spitz R. (1965) El primer año de vida. Aguilar Ediciones. BuenosAires.
- Talge N.M., Neal Ch.& Glover V. (2007) . Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4 (48) :245-261.
- Van den Bergh B.R., Mulder E.J., Mennesa M. & Gloverd V. (2005) Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of

the fetus and child: links and possible mechanisms. *A review Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29: 237-258.

Videla M.y Grieco A.(1993) *Parir y Nacer en el Hospital*. Ediciones Nueva Vision,Buenos Aires..

Wadhwa P. D., Culhane J. F. ,Rauh V. ,Brave S. S., HoganV. ,Sandman C. A., Hobel C. J.,Chicz-De-met A., Dunkel-Scetter C., Garite T. J.& Glynn L. (2001). Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15 (2) : 17-29.