



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**VÍNCULO DE APEGO TEMPRANO POST INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA.  
ESTUDIO DE UN CASO**

PEREYRA ALEMAÑI, María Luján

SAN JUAN

2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

**VÍNCULO DE APEGO TEMPRANO POST INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA.**

**ESTUDIO DE UN CASO**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA

PEREYRA ALEMAÑI, María Luján

SAN JUAN, 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

**VÍNCULO DE APEGO TEMPRANO POST INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA.  
ESTUDIO DE UN CASO**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL  
ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA

PEREYRA ALEMAÑI, María Luján

Director/a del Área: Mg. Sonia Giménez

Tutor/a Académico: Lic. Luciana Bordas

MAYO, 2026, SAN JUAN.

## Resumen

El presente trabajo se desarrolla en el marco del Programa de Prácticas Profesionales Supervisadas de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Cuyo, con el acompañamiento de la Directora del Área Clínica Sonia Giménez además bajo la tutoría de campo de la Licenciada Natali Trujillo y la tutoría académica de la Licenciada Luciana Bordas.

El objetivo principal del trabajo es describir el vínculo de apego temprano post internación en neonatología de una bebé que nació con un peso de 800 gramos y su madre, quien además se encontraba en situación de desarraigo de su lugar de origen a causa de dicha internación.

En relación con los objetivos específicos, se busca describir y caracterizar la experiencia de la madre respecto del vínculo de apego con su hija durante el período de internación y posteriormente a la misma. Asimismo, se pretende comprender la experiencia atravesada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y las implicancias que conlleva la internación prolongada —en este caso de tres meses— de una bebé recién nacida.

Para la realización del presente Trabajo Integrador Final se llevó a cabo la articulación entre los aspectos teóricos abordados y el análisis de un caso. Para la recolección de información se utilizaron distintas estrategias de carácter cualitativo, tales como entrevistas, cuestionarios y encuestas aplicadas a la paciente del caso analizado.

**Palabras clave:** parto precoz, nacimiento prematuro, casa de alojamiento temporal, internación neonatal, vínculo de apego.

## Abstrac

The present study was carried out within the framework of the Supervised Professional Practice Program of the Faculty of Philosophy and Humanities at the Catholic University of Cuyo, under the supervision of the Clinical Area Director, Sonia Giménez, with field supervision by Lic. Natali Trujillo and academic supervision by Lic. Luciana Bordas.

The main objective of this study is to describe the early attachment bond after the neonatal hospitalization of a baby born weighing 800 grams and her mother, who was also experiencing displacement from her place of origin as a consequence of the hospitalization.

Regarding the specific objectives, this study aims to describe and characterize the mother's experience concerning the attachment bond with her daughter during the period of hospitalization and after discharge. Furthermore, it seeks to understand and explain the experience within the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and the implications associated with the prolonged hospitalization — in this case, three months — of a newborn infant.

For the development of this Final Integrative Project, a connection between the theoretical framework and the analysis of a single case study was established. Different qualitative strategies were used to collect information from the participant involved in the case analyzed, including interviews, questionnaires, and surveys.

**Keywords:** preterm labor, premature birth, temporary accommodation house, neonatal hospitalization, attachment bond.

## INDICE

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AGRADECIMIENTOS.....                                                                | 8  |
| CAPITULO I.....                                                                     | 10 |
| <i>Introducción .....</i>                                                           | 10 |
| <i>Marco teórico.....</i>                                                           | 12 |
| <i>Vínculo de apego temprano.....</i>                                               | 12 |
| <i>Embarazo.....</i>                                                                | 12 |
| <i>Fantasías y expectativas en el embarazo.....</i>                                 | 15 |
| <i>Expectativas sobre la maternidad: .....</i>                                      | 17 |
| <i>Miedos y temores:.....</i>                                                       | 18 |
| <i>Vínculo temprano.....</i>                                                        | 19 |
| <i>Vínculo temprano y prematurez .....</i>                                          | 20 |
| <i>Funciones del vínculo temprano en el desarrollo infantil.....</i>                | 22 |
| <i>Teoría de apego .....</i>                                                        | 24 |
| <i>Diferentes aportes teóricos .....</i>                                            | 24 |
| <i>Fases del apego.....</i>                                                         | 25 |
| <i>Tipos de apego .....</i>                                                         | 26 |
| <i>Apego, embarazo y prematurez.....</i>                                            | 28 |
| <i>Diferencia entre apego y vínculo.....</i>                                        | 29 |
| <i>Internación en neonatología.....</i>                                             | 29 |
| <i>Cuidados intensivos en neonatología: conceptos principales.....</i>              | 29 |
| <i>Características de una internación.....</i>                                      | 30 |
| <i>Estrés parental dentro de la unidad de neonatología y trauma perinatal .....</i> | 31 |
| <i>Estrés parental, trauma perinatal y vulnerabilidad psíquica .....</i>            | 33 |
| <i>Separación temprana madre-bebé.....</i>                                          | 37 |
| <i>Apego y vínculo temprano en el contexto de neonatología.....</i>                 | 42 |
| <i>Duelo por el bebé imaginario .....</i>                                           | 45 |
| <i>Dimensión subjetiva del recién nacido.....</i>                                   | 48 |
| <i>El reencuentro afectivo madre-bebé tras la internación neonatal.....</i>         | 49 |
| <i>¿Cómo continúa el vínculo madre-bebé luego de la internación?.....</i>           | 49 |

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Implicaciones emocionales post internación</i> .....                 | 51  |
| CAPÍTULO II .....                                                       | 54  |
| Materiales y métodos. ....                                              | 54  |
| <i>Fase de acercamiento a la institución:</i> .....                     | 55  |
| <i>Fase de exploración:</i> .....                                       | 55  |
| <i>Fase de descripción:</i> .....                                       | 57  |
| <i>Fase de planificación</i> .....                                      | 58  |
| <i>Fase de intervención</i> .....                                       | 59  |
| <i>Fase de análisis y elaboración.</i> ....                             | 62  |
| CAPÍTULO III .....                                                      | 63  |
| Resultados .....                                                        | 63  |
| <i>Datos iniciales de E. y primeros acercamientos: Anamnesis.</i> ..... | 63  |
| <i>Apego Mamá-Bebé</i> .....                                            | 66  |
| <i>Estrés Parental en Cuidados Intensivos Pediatricos.</i> ....         | 70  |
| <i>Estrés Parental post internación</i> .....                           | 73  |
| <i>Interacciones mamá-bebé- entorno.</i> .....                          | 75  |
| CAPÍTULO IV .....                                                       | 77  |
| Discusiones .....                                                       | 77  |
| <i>Conclusiones generales</i> .....                                     | 77  |
| <i>Síntesis del caso y principales hallazgos</i> .....                  | 77  |
| <i>El proceso de maternidad como reorganización psíquica</i> .....      | 78  |
| <i>Impacto de la prematurez y la internación neonatal</i> .....         | 80  |
| <i>Estrés parental y trauma perinatal</i> .....                         | 83  |
| <i>Duelo por el bebé imaginario</i> .....                               | 85  |
| <i>Construcción del vínculo temprano</i> .....                          | 87  |
| <i>Factores protectores y recursos psíquicos</i> .....                  | 89  |
| <i>Conclusión final</i> .....                                           | 91  |
| ANEXOS .....                                                            | 98  |
| ANEXO I Anamnesis Psicológica – Madre de NEO .....                      | 98  |
| ANEXO II .....                                                          | 101 |

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| <i>ANEXO III</i> .....           | 108 |
| <i>ANEXO IV</i> .....            | 111 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 119 |

## **AGRADECIMIENTOS**

Para la concreción del trabajo fue necesaria la colaboración y participación de distintos sectores. Se cree que, por tan respetables aportes, ameritan ser mencionados.

Así, se agradece a la Universidad Católica de Cuyo por posibilitar la instancia de prácticas y articular los acuerdos necesarios con las instituciones pertinentes.

A la institución donde se ejecutaron las Prácticas Profesionales Supervisadas, por su confianza y abrirme las puertas de su espacio terapéutico, en especial a E. que participo con alegría y entusiasmo.

A la Licenciada Natali Trujillo tutora de campo de las Prácticas Profesionales Supervisadas, por su confianza, orientación y escucha en todo el proceso.

A la vez, se agradece a Licenciada Luciana Bordas, tutora académica del Trabajo Integrador Final, por su generosidad al compartir sus conocimientos, por su comprensión y constante disposición durante el proceso. Se destaca su atención, confianza y acompañamiento continuo, demostrando paciencia y compromiso en todo momento, así como facilitando la integración y conexión con cada paso del proceso de redacción.

También se agradece a la Mg. Sonia Giménez, directora del Programa en Psicología Clínica, por su amabilidad y predisposición ante incertidumbres y temores, junto con la facilitación de las soluciones.

Asimismo, agradezco a mis amigas por su presencia, escucha, apoyo incondicional y la contención brindada a lo largo de este camino.

Quiero agradecer a mi familia, especialmente a mi papá y a mis hermanos, por acompañarme en cada etapa de este proceso y por motivarme constantemente a luchar por mis sueños.

Por último, a mi mamá, quien fue y sigue siendo una parte fundamental de quien soy. Su amor, su enseñanza y su recuerdo me acompañaron en cada etapa de este camino. Aunque su ausencia duela, su presencia vive en cada logro. Este trabajo es, también, un homenaje a su vida.

## CAPITULO I

### Introducción

El siguiente Trabajo Integrador Final (TIF) se encuentra enmarcado dentro de la Práctica Profesional Supervisada de la Universidad Católica de Cuyo, con el fin de concluir el ciclo universitario de la carrera de grado que corresponde a la Licenciatura en Psicología.

La práctica se llevó a cabo en Casa Sanhi en la Provincia de San Juan, bajo la tutoría de campo de la Licenciada Natali Trujillo. A la vez, el presente trabajo, se encuentra encuadrado en el área de Psicología Clínica, con la dirección de Mg. Sonia Giménez, junto con la tutoría académica de la Licenciada Luciana Bordas.

La institución ofrece dos modalidades de abordaje, por un lado, un abordaje integrativo sistémico y por otra cognitivo-conductual, acompañado de contención terapéutica dirigida a niños, familia y mamás de UCIN (*Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*) que se encuentran alojadas en la Casa por cuestiones médicas y están en tratamiento en el Hospital Rawson ya que su vivienda se encuentra en lugares alejados a la Ciudad de San Juan, lo cual imposibilita el tratamiento continuo. La práctica tuvo lugar en Casa Sahni, donde, bajo la supervisión de la psicóloga de la institución, se abordaron diferentes talleres y charlas dependiendo las necesidades.

El objetivo general del presente trabajo es describir el vínculo de apego temprano post internación en neonatología. Los objetivos particulares son caracterizar el vínculo de apego temprano, dilucidar las características de la internación en UCIN y articular los aspectos teóricos a un caso clínico.

El interés por el tema a investigar fue surgiendo tras la realización de las prácticas, donde se conoció a una madre de UCIN que llevaba 3 meses en la Casa, donde se realizaron intervenciones como anamnesis, encuestas, y cuestionarios.

La importancia del tema a investigar es para estudiar en profundidad un caso único y poder observar de qué manera se ve afectado el vínculo, si así lo fuera, de una mamá con hija durante la transición hospitalaria en neonatología y posterior a ello. El nacimiento prematuro es un momento y proceso fluctuante donde el comienzo de la vida se ve amenazada por la prematurez del nacimiento y los sus efectos en la maternidad precoz.

En relación con el párrafo anterior, este trabajo se enfoca directamente en la modalidad de abordaje que propone la institución, donde se aloja, se acompaña y se contiene a mamás que tienen hijos internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

El parto precoz, también conocido como parto prematuro, es aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación (es decir, antes de que el embarazo llegue a término). Cuando el parto ocurre antes de lo esperado, se interrumpe la continuidad del vínculo prenatal, ya que el encuentro con el bebé sucede antes de lo imaginado.

Una interrupción anticipada del proceso de gestación, los bebés nacidos en este contexto se denominan prematuros y suelen requerir internación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) debido a su inmadurez fisiológica.

Desde la psicología perinatal, el parto precoz implica una interrupción emocional y simbólica del proceso de gestación.

La madre puede experimentar sentimientos como angustia, culpa o miedo, especialmente si el bebé necesita internación.

Autores como Serge Lebovici (1983) y Raquel Soifer (1980) explican que el embarazo no solo es biológico, sino también psíquico: la madre necesita tiempo para elaborar la representación del bebé y asumir su rol materno.

Este proceso implica un trabajo de duelo y, a la vez, una reappropriación del rol materno, en el que la madre puede finalmente ejercer sus cuidados y establecer contacto corporal y emocional sostenido.

Una vez que el bebé recibe el alta, la madre necesita reconstruir la relación con su hijo fuera del contexto médico. Lebovici (1983) plantea que en este momento la madre debe “reelaborar el pasaje del bebé imaginario al bebé real”, que estuvo mediado por la fragilidad, la enfermedad o el riesgo vital.

## **Marco teórico**

### ***Vínculo de apego temprano***

#### ***Embarazo***

El embarazo según Raquel Soifer es un proceso tanto biológico como psicológico, no solo implica transformaciones físicas, sino también cambios emocionales y subjetivos en la mujer. Se lo considera un *momento de crisis evolutiva*, ya que la mujer debe reorganizar su identidad para incluir su nuevo rol de madre.

Soifer (1980) describe la presencia de ambivalencia afectiva, donde junto a la ilusión y la alegría por el hijo, pueden aparecer miedos, angustias o rechazos inconscientes. La autora subraya la importancia de la representación del bebé, ya que durante la gestación la madre va elaborando una imagen mental del hijo (fantasías, expectativas y temores), que influirán luego en el vínculo temprano.

La autora indica que esta ambivalencia se expresa en las fantasías maternas, que pueden oscilar entre la idealización del bebé —como un hijo perfecto y deseado— y el temor a la pérdida, la enfermedad o la presencia de dificultades en el parto. De esta forma, la mujer puede simultáneamente idealizar a su hijo y fantasear con escenarios de riesgo o fracaso.

Soifer (1980) destaca que esta coexistencia de emociones opuestas es normal y esperable, y que su adecuada elaboración dependerá del sostén emocional recibido, así como de los recursos internos de la madre para integrar estas vivencias contradictorias.

Asimismo, el embarazo reactiva en la mujer conflictos infantiles y vínculos primarios, especialmente con su propia madre. Por ello, la autora considera fundamental la presencia y el sostén del entorno (pareja, familia y profesionales de la salud) para que la mujer pueda atravesar esta etapa de forma saludable. Finalmente, destaca que es un período de mayor vulnerabilidad psíquica, pero también de gran potencial de crecimiento y elaboración (Soifer, 1980).

Además, se produce una reorganización de la identidad femenina: la mujer transita de ser únicamente hija o pareja para pasar a integrar un nuevo rol, el de madre, lo que implica modificaciones en su autopercepción y en su forma de relacionarse con los demás. Estas transformaciones generan expectativas sobre los cambios que atravesará su vida cotidiana, su vínculo de pareja y sus roles sociales (Soifer, 1980).

En este sentido, el embarazo es comprendido como una crisis evolutiva que exige una reelaboración psíquica, en la cual conviven el deseo de asumir el rol materno y la incertidumbre frente a las modificaciones vitales que conlleva.

Lebovici (1983, 1994) plantea que el embarazo constituye un período de profunda reorganización psíquica para la mujer, en el cual se produce una reelaboración de su historia afectiva y de su identidad. Según su perspectiva psicoanalítica, la gestante construye un “bebé

imaginario”, que no solo representa al hijo esperado, sino que también funciona como espejo de los deseos, miedos y conflictos internos de la madre.

Este proceso implica que la mujer proyecta aspectos de su propia historia, incluyendo experiencias con sus padres y vínculos primarios, sobre la imagen imaginaria del bebé. De esta manera, el embarazo permite revivir y reorganizar la posición subjetiva de hija, al tiempo que integra el rol emergente de madre. Lebovici (1994) sostiene que este doble movimiento, reconexión con la propia historia infantil y construcción de la maternidad— constituye la base para la preparación afectiva y psicológica del vínculo temprano.

La identidad femenina se redefine en este período: la mujer deja de ser únicamente hija o pareja y asume gradualmente el rol de madre, incorporando nuevas expectativas, responsabilidades y cambios en sus relaciones interpersonales. Lebovici enfatiza que la flexibilidad y la capacidad de elaborar estas proyecciones son determinantes para la salud emocional materna y para el desarrollo de un apego seguro con el recién nacido.

En contextos de prematuridad o internación neonatal, el autor advierte que la separación física entre madre e hijo puede dificultar la integración del bebé imaginario con la realidad del niño, generando tensiones adicionales en la identidad y en la reorganización psíquica. Por ello, subraya la importancia de intervenciones tempranas y de un acompañamiento emocional adecuado que permita a la madre vincular sus fantasías, deseos y temores con la experiencia concreta del contacto con el bebé (Lebovici, 1994).

Lebovici (1983, 1994) sostiene que durante el embarazo la mujer experimenta una ambivalencia afectiva intrínseca a la reorganización psíquica y a la construcción del rol materno. Esta ambivalencia se manifiesta en la coexistencia de emociones opuestas: deseo y amor hacia el hijo, junto con temores, ansiedad y sentimientos de rechazo inconsciente.

El autor explica que esta tensión surge en gran parte de la interacción entre la fantasía del bebé imaginario y la realidad del bebé que nacerá. La madre proyecta sobre su hijo expectativas, deseos y miedos, que reflejan tanto conflictos conscientes como inconscientes derivados de su propia historia afectiva y estas fantasías temidas —por ejemplo, que el bebé sea frágil, enfermo o diferente— coexisten con las fantasías idealizadas, y su integración flexible es crucial para la construcción de un apego seguro.

Además, Lebovici enfatiza que la ambivalencia afectiva cumple una función adaptativa: permite que la madre ensaye psicológicamente su rol, explore sus propias capacidades y límites, y se prepare para responder a las necesidades del recién nacido. No obstante, situaciones de prematuridad o internación en UCIN pueden intensificar esta ambivalencia, dificultando la transición del bebé imaginario al bebé real y aumentando la ansiedad materna. Por ello, el autor recomienda intervenciones tempranas que faciliten el contacto físico y emocional, ayudando a que la madre integre sus emociones y consolide el vínculo (Lebovici, 1994).

### ***Fantasías y expectativas en el embarazo***

Según Raquel Soifer durante el embarazo, la madre aún no conoce físicamente a su hijo, pero suele imaginarlo y representarlo mentalmente, proyectando en él rasgos propios, del padre o de la familia. La autora explica que estas representaciones internas constituyen fantasías prenatales y cumplen varias funciones: “preparan psicológicamente a la madre para la llegada del bebé, permiten la elaboración de deseos y temores relacionados con la maternidad y funcionan como un borrador del vínculo” (p. 65).

La autora distingue dos tipos de fantasías: idealizadas y temidas. En las primeras, la madre proyecta un “*bebé ideal, sano, fuerte, simpático, que colme sus deseos*” (Soifer, 1980, p. 68), lo cual refleja expectativas positivas sobre la maternidad y la futura relación con el hijo. En cambio, las fantasías temidas o negativas incluyen imaginar que el bebé será frágil, enfermo,

difícil o distinto a lo esperado. Estas surgen como anticipación de problemas o como expresión de miedos inconscientes respecto al rol materno o a la seguridad del niño.

Soifer (1980) subraya que ambas fantasías coexisten y son parte de la ambivalencia afectiva del embarazo: *“amor y deseo de cercanía se entremezclan con temores, dudas o incluso rechazos inconscientes”* (p. 72). Esta ambivalencia es normal y esperable, aunque requiere un acompañamiento emocional y un entorno de apoyo para favorecer un vínculo sano.

Además, las fantasías no solo expresan deseos sobre el hijo, sino también la historia afectiva de la madre. Durante el embarazo, la mujer puede revivir experiencias con sus propios padres y reactivar conflictos infantiles no resueltos, reorganizando su propia historia como hija y proyectando en el bebé aspectos de sí misma y de su familia (Soifer, 1980).

Finalmente, estas fantasías impactan en el vínculo temprano madre–bebé, ya que influyen en cómo la madre percibe, interpreta y responde a las señales del recién nacido. Según Soifer (1980), *“cuando la madre logra elaborar sus fantasías de manera flexible, se favorece el desarrollo de un vínculo afectivo seguro; en cambio, fantasías rígidas o excesivamente ansiosas pueden interferir en la sensibilidad materna y en la construcción del apego”* (p. 81).

Lebovici (1983) sostiene que durante el embarazo la madre construye un “bebé imaginario”, es decir, una representación fantaseada del hijo que aún no ha nacido. Este bebé imaginario difiere del “bebé real” que llegará al mundo, pero cumple una función estructurante: *“sirve como preparación psicológica para la maternidad y orienta la manera en que la madre recibirá a su hijo”* (Lebovici, 1983, p. 42).

Las fantasías prenatales poseen varias funciones. Permiten anticipar experiencias afectivas ligadas al cuidado, la protección y la cercanía; ayudan a organizar deseos y temores, elaborando conflictos internos vinculados con la historia familiar de la madre; y actúan como un

marco de referencia emocional que influye en la respuesta materna a las señales del recién nacido (Lebovici, 1994).

En cuanto a los contenidos, Lebovici (1994) distingue entre fantasías idealizadas — donde el bebé es imaginado como sano, perfecto y deseado— y fantasías temidas, que proyectan miedos respecto a un hijo frágil, enfermo o diferente. Estas representaciones reflejan tanto deseos conscientes como conflictos inconscientes de la madre.

El pasaje del bebé imaginario al bebé real resulta fundamental: el vínculo temprano se fortalece cuando la madre logra integrar de manera flexible sus fantasías con la realidad del niño. En cambio, *“una fantasía rígida o angustiante puede interferir en la sensibilidad materna y obstaculizar la construcción de un apego seguro”* (Lebovici, 1983, p. 47).

En el caso de la prematurez y la internación en UCIN, Lebovici (1994) advierte que la separación madre-hijo puede dificultar la traducción de estas fantasías en interacciones reales. Por ello subraya la relevancia de intervenciones tempranas que favorezcan el contacto físico y emocional, aun en el contexto hospitalario, para que el vínculo se consolide a pesar de la hospitalización.

### ***Expectativas sobre la maternidad:***

Las expectativas sobre la maternidad constituyen un eje central en la vivencia del embarazo, ya que anticipan cómo la mujer se percibe a sí misma en el rol materno y cómo proyecta el vínculo con su hijo.

De acuerdo con Soifer (1980), el embarazo implica una “crisis evolutiva” que moviliza no solo cambios corporales, sino también una reorganización de la identidad femenina. En este proceso, la mujer construye expectativas acerca de su capacidad de cuidar al bebé, sus competencias maternas y su posibilidad de ser una “buena madre” en relación con las demandas sociales, familiares y personales.

Soifer subraya que estas expectativas pueden oscilar entre la confianza y la inseguridad: algunas mujeres se sienten preparadas y fortalecidas en su rol, mientras que otras vivencian dudas, temores o sentimientos de inadecuación. Además, estas representaciones se relacionan con el modo en que la mujer elabora la figura del bebé: si podrá establecer un vínculo afectivo satisfactorio y responder a las necesidades emocionales del recién nacido.

La autora también enfatiza la ambivalencia afectiva: el deseo de ejercer la maternidad coexiste con temores inconscientes sobre el parto, la pérdida del bebé o la dificultad de sostener el rol. En este sentido, las expectativas se constituyen como un entramado complejo de ilusiones, deseos y ansiedades que influirá en el vínculo temprano.

Por su parte, Lebovici (1983, 1994) sostiene que las expectativas maternas se articulan a partir de la construcción del “bebé imaginario”. Esta representación incluye no solo fantasías sobre el hijo ideal o temido, sino también proyecciones acerca del lugar que la madre ocupará frente a él. En otras palabras, la madre espera ser reconocida como figura protectora, continente y capaz de responder a las demandas del recién nacido.

### ***Miedos y temores:***

El embarazo y el inicio de la maternidad se acompañan de un entramado complejo de emociones que incluyen tanto ilusiones y deseos como ansiedades, miedos y temores. Estas vivencias forman parte de la ambivalencia afectiva característica de esta etapa, que influye directamente en el vínculo temprano madre-hijo.

Soifer (1980) plantea que el embarazo es un período de vulnerabilidad psíquica en el que emergen temores conscientes e inconscientes. Entre ellos, señala los siguientes: *Temores vinculados al bebé* (miedo a que el hijo nazca enfermo, frágil, malformado o que no sobreviva). *Temores sobre el parto* (ansiedad frente al dolor, la pérdida de control o la posibilidad de complicaciones). *Temores sobre la maternidad misma* (dudas acerca de la capacidad de cuidar

y proteger adecuadamente al niño, miedo a no ser una “buena madre” o a repetir vínculos conflictivos de la propia historia infantil).

Soifer enfatiza que estos temores se enlazan con la fantasía inconsciente de pérdida, es decir, la vivencia de que algo malo podría sucederle al bebé o a la madre. No obstante, reconoce que estos miedos cumplen una función adaptativa, ya que movilizan a la madre a prepararse, buscar apoyo y elaborar sus ansiedades (Soifer, 1980).

Lebovici (1983, 1994) analiza los miedos de la maternidad a través de la noción del bebé imaginario. Explica que, junto con las fantasías idealizadas, surgen fantasías temidas, en las que el bebé es percibido como débil, enfermo, difícil o “diferente”. Estas representaciones reflejan tanto miedos conscientes como conflictos inconscientes no resueltos de la madre.

Los temores más frecuentes se relacionan con: La fragilidad del bebé: miedo a que no sobreviva, especialmente en casos de prematurez o enfermedad. El rechazo o la incapacidad materna: temor a no poder responder a las necesidades del hijo o a fallar en la construcción del vínculo. La discrepancia entre el bebé real y el bebé imaginario: angustia frente a la diferencia entre lo esperado y lo que efectivamente acontece.

### ***Vínculo temprano***

Lebovici (1983, 1994) enfatiza que la madre inicia el vínculo incluso antes del nacimiento a través de las fantasías prenatales y la construcción del bebé imaginario. Estas representaciones internas estructuran la manera en que la madre percibirá, interpretará y responderá a las señales del recién nacido, facilitando o dificultando la consolidación de un apego seguro.

Soifer (1980) coincide en que las fantasías, expectativas y temores durante el embarazo constituyen un borrador del vínculo, ya que permiten a la madre ensayar psicológicamente la maternidad y organizar sus respuestas afectivas hacia el hijo. El acompañamiento emocional y

la disponibilidad del entorno familiar y profesional son factores que potencian la formación de un vínculo temprano

Brazelton (1979) destaca que el recién nacido es un participante activo en la interacción: responde a estímulos, expresa emociones y facilita la reciprocidad en el vínculo.

Stern (1985) subraya la importancia de la sintonía afectiva y la percepción de la madre de los estados internos del bebé, como elementos centrales para consolidar un vínculo temprano positivo.

René Spitz (1965) en sus investigaciones observó que en el momento de nacer hay un periodo crítico durante el cual se establece un fuerte lazo de unión (vínculo de afección) entre las crías y sus madres.

En su conocido experimento con monos, Harlow comprobó que el desarrollo del vínculo no depende del amamantamiento, sino de la posibilidad de acurrucarse junto a la madre y abrazarla amorosamente.

Se define el vínculo como el establecimiento de un lazo afectivo intenso, privilegiado y duradero entre dos personas, que se desarrolla a través de interacciones recíprocas.

### ***Vínculo temprano y prematuridad***

Cuando el bebé nace prematuramente, la interacción precoz entre él y su madre se interrumpe de forma dramática. La *empatía cenestésica* descrita por Spitz, que implica la comunicación profunda entre el inconsciente materno y el cuerpo del bebé, queda bloqueada por la puesta en marcha de mecanismos de disociación y negación masivas.

Lebovici (2013) considera que el estudio de la dinámica madre-bebé debe hacerse a partir de la teoría de las interacciones y plantea que la madre recibe acciones de su bebé a

partir de las cuales se hará madre porque el bebé ha actuado sobre ella. El niño inviste a su madre, pero también la crea, la hace madre.

En la unidad de neonatos se encuentran constantemente con madres que sienten que no han podido sostener más a su bebé, que sienten que lo han dotado de una vida demasiado frágil.

Cuando se habla de los niños prematuros, hemos de saber que los receptores sensoriales y las vías de conducción aparecen muy al inicio de la gestación (a partir de la 7ª semana), después se activan sucesivamente los sistemas olfativo, gustativo, auditivo y visual. Estos sistemas operan normalmente en el 6º mes de gestación. En cambio, el crecimiento de las neuronas llega a su máximo desarrollo al final del embarazo y las sinapsis entre ellas se multiplican en el momento del nacimiento.

Abrams (2013), Trevarthen (2011) y otros han confirmado que los bebés, a los pocos días de vida, dan respuestas distintas dependiendo de si la madre les habla en tono triste, alegre o enfadado.

En la observación del recién nacido en contacto con el cuerpo de la madre, se ha podido observar cómo se ponen en marcha esquemas de acción y reflejos posturales arcaicos que le llevarán a la implantación de su boca en el pezón, hecho que desencadenará la succión. La madre y el niño constituyen un sistema de comunicación afectiva desde el mismo momento del nacimiento; Bowlby (1986), Brazelton (1996), Cantavella (2006), Stern (1977), Trevarthen y Tronick (1970) entre otros autores, da constancia de estos hechos en sus observaciones y estudios.

Las madres son excelentes lectoras del estado emocional de sus hijos y muestran una buena capacidad adaptativa de su propio estado afectivo con el del recién nacido.

Cuando el niño prematuro nace se hacen realmente difíciles las identificaciones parentales. Freud (1915) explica que las identificaciones parentales con un niño nacido enfermo, cuya enfermedad interrumpe de forma súbita la investidura del embarazo, y cuyos rasgos no tienen nada en común con los de sus progenitores ni con los otros recién nacidos conocidos por ellos, y mucho menos con el hijo fantaseado, se hacen prácticamente imposibles, dificultando de forma extraordinaria su filiación.

En estas circunstancias, la madre no siente a su hijo como una prolongación de su propia vida, el bebé no tiene vida autónoma, pero tampoco depende de ella sino de las máquinas.

A veces las madres comentan que no han tenido plena conciencia de su embarazo (Pallás y de la Cruz, 2004), hasta que se encuentran ya con su hijo recién nacido. No lo han sentido en su cuerpo, por tanto, se hace muy difícil que estos bebés tengan existencia real para sus madres.

Ante un parto prematuro existe un elevado grado de sufrimiento, tanto en el bebé como en los padres y enfrentan resistencia al sufrimiento tienen cada uno de ellos. Los padres sienten un impacto emocional que modifica el proceso de crianza. El hijo no llega cuando se le esperaba, tampoco es como se lo habían imaginado, y existen problemas médicos que hacen peligrar su vida. La distancia entre lo que se esperaba sentir y lo que se siente delante de este hijo enfermo y demasiado pequeño es enorme (Pallás y de la Cruz, 2004).

### ***Funciones del vínculo temprano en el desarrollo infantil***

El vínculo temprano entre madre y bebé cumple múltiples funciones esenciales para el desarrollo psicológico, emocional y social del niño. Diversos autores destacan su importancia desde perspectivas complementarias: biológica, psicológica y psicoanalítica.

Algunas funciones fundamentales como brindar seguridad emocional y regular afectos, facilitar la exploración y el aprendizaje, contribuir a la construcción de la identidad y representaciones internas, favorecer competencias sociales y empatía, actuar como factor de protección y resiliencia.

La regulación emocional y seguridad según Bowlby (1969/1982, 1988), el apego temprano proporciona al niño una base segura desde la cual explorar el mundo. La presencia y la disponibilidad de la madre permiten que el bebé regule sus emociones, reduzca el estrés y enfrente de manera adaptativa situaciones nuevas. La seguridad del apego se asocia con una mejor regulación emocional, mayor resiliencia y confianza en las relaciones interpersonales futuras.

Con respecto al desarrollo cognitivo y exploración: Brazelton (1979) y Stern (1985) destacan que un vínculo temprano estable fomenta la curiosidad y la exploración del entorno, favoreciendo el desarrollo cognitivo. El bebé, al percibir respuestas sensibles de la madre, se siente seguro para interactuar, aprender y adquirir competencias. La reciprocidad en las interacciones tempranas potencia la atención, la memoria y la capacidad de comunicación.

Además, la construcción de la identidad y representaciones internas: desde la perspectiva psicoanalítica, Lebovici (1983, 1994) resalta que el vínculo temprano contribuye a la formación de representaciones internas del yo y de la relación con el otro. La madre proyecta fantasías, expectativas y miedos sobre el bebé, y la manera en que se integran estas representaciones influye en la identidad y la autoestima del niño.

El desarrollo social y empatía: Ainsworth (1979) y Stern (1985) coinciden en que el vínculo temprano constituye la base para el desarrollo de competencias sociales y emocionales, incluyendo la capacidad de empatía, la comprensión de emociones propias y

ajenas, y la formación de relaciones afectivas posteriores. La interacción sensible y responsiva con el cuidador promueve habilidades de comunicación, cooperación y regulación de conflictos.

La función protectora y de resiliencia: dentro del vínculo temprano también cumple una función protectora frente a situaciones adversas. Niños con apego seguro presentan mayor resiliencia ante estrés, separación o enfermedades, ya que el vínculo les proporciona un refugio emocional al que recurrir en momentos de dificultad (Bowlby, 1988; Brazelton, 1979).

### ***Teoría de apego***

La teoría del apego se centra en el estudio de las relaciones tempranas entre el niño y sus cuidadores, y en cómo estas interacciones influyen en el desarrollo socioemocional y cognitivo a lo largo de la vida. Diversos autores han aportado conceptos y matices que permiten comprender la complejidad de este proceso.

### ***Diferentes aportes teóricos***

El apego puede entenderse como un sistema conductual innato cuya función es mantener la proximidad del niño con su figura de cuidado, favoreciendo la supervivencia. La sensibilidad y disponibilidad del cuidador permiten el desarrollo de un apego seguro, que funciona como base para la exploración del entorno (Bowlby, 1969/1982)

Ainsworth (1979) complementa la perspectiva de Bowlby al identificar patrones de apego a través de la famosa “situación extraña”.

*Apego seguro:* donde el niño utiliza al cuidador como base segura para explorar y busca consuelo al reunirse.

*Apego evitativo:* caracterizado por la aparente indiferencia ante la separación y el regreso.

*Apego ambivalente:* donde el niño muestra ansiedad intensa y dificultad para calmarse.

*Apego desorganizado:* presenta conductas contradictorias o desorientadas frente al cuidador.

La autora enfatiza la sensibilidad materna, es decir, la capacidad de percibir y responder adecuadamente a las señales del niño, como factor determinante para la calidad del apego.

Mary Main (1991) amplió la teoría de apego al ámbito adulto, demostrando que los estilos de apego en la infancia pueden influir en las relaciones afectivas y la regulación emocional en la vida adulta. Introduce la Entrevista de Apego Adulto (AAI) como instrumento para evaluar las representaciones internas del apego y su coherencia narrativa.

Autores como Stern (1985) y Brazelton (1979) aportan desde la psicología del desarrollo que el apego no solo se basa en la proximidad física, sino también en la sintonía afectiva y la comunicación emocional. La capacidad del niño de percibir, responder y regular emociones en interacción con el cuidador es clave para consolidar un apego seguro y un vínculo afectivo temprano saludable.

### ***Fases del apego***

La formación del apego en el niño se desarrolla de manera secuencial, siguiendo un patrón evolutivo que permite consolidar relaciones seguras con la figura de cuidado principal. Bowlby (1969/1982, 1988) identifica cuatro fases principales:

*Fase de preapego* (0-6 semanas): El recién nacido reconoce y responde a la figura materna mediante reflejos y señales básicas como llanto, succión y sonrisa. No hay discriminación clara entre la madre y otras personas; la respuesta es general a cualquier figura que satisfaga sus necesidades.

Esta fase prepara la base biológica y afectiva para el apego.

*Fase de formación del apego* (6 semanas–6/8 meses) El niño comienza a preferir la proximidad de la figura de cuidado principal, mostrando mayor alegría y calma con ella. Se producen primeras conductas de búsqueda de proximidad intencionales, como sonrisas dirigidas y vocalizaciones selectivas. La madre empieza a ser reconocida como fuente de consuelo y seguridad.

Aparece la ansiedad por separación, considerada un signo de apego saludable y seguridad interna. La madre funciona como base segura, desde la cual el niño puede explorar el entorno y aprender.

*Fase de apego claro* (6/8 meses–18/24 meses) Se consolida el apego específico el niño muestra angustia ante la separación y busca activamente la cercanía de la madre u otro cuidador principal.

*Fase de formación de relaciones recíprocas* (18/24 meses en adelante): El niño empieza a comprender expectativas y motivos de la madre, estableciendo relaciones más recíprocas y negociadas. La capacidad de anticipar la disponibilidad de la madre reduce la ansiedad por separación y permite mayor autonomía. Esta fase marca el inicio de la internalización de patrones de apego y de representaciones internas del vínculo.

Ainsworth (1979) agrega que, durante estas fases, la sensibilidad y consistencia materna son determinantes para la calidad del apego (seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado).

### ***Tipos de apego***

El apego se manifiesta en diferentes patrones de relación entre el niño y su figura de cuidado, los cuales reflejan la calidad de la interacción temprana y tienen repercusiones a largo plazo en el desarrollo emocional y social.

*Apego seguro:* El niño confía en que la figura de cuidado estará disponible y responderá a sus necesidades (Bowlby, 1969/1982; Ainsworth, 1979). Se muestra explorador y curioso, utilizando a la madre como base segura.

Ante la separación, puede experimentar angustia, pero se calma fácilmente cuando la madre regresa.

Este patrón favorece el desarrollo de la autoestima, la resiliencia y la capacidad de establecer relaciones saludables.

*Apego evitativo:* El niño aprende que la madre puede no estar disponible o no responder consistentemente a sus necesidades (Ainsworth, 1979). Tiende a minimizar la expresión de emociones y a evitar el contacto cercano con la madre. La exploración del entorno se mantiene, pero sin buscar apoyo emocional en la figura de cuidado.

A largo plazo, puede asociarse con dificultades en la intimidad emocional y la expresión de afecto.

*Apego ambivalente o resistente:* Surge cuando la madre responde de manera inconsistente: a veces disponible y a veces no (Ainsworth, 1979). El niño muestra conductas de protesta y ansiedad intensa ante la separación, y dificultad para calmarse al reencuentro.

Este patrón refleja incertidumbre y dependencia emocional y puede impactar en la regulación afectiva futura.

Apego desorganizado Identificado por Main y Solomon (1990), se observa en contextos de miedo, abuso o inconsistencias graves en la disponibilidad de la madre. El niño presenta conductas contradictorias, confusas o caóticas ante la figura de cuidado.

Este patrón se asocia con mayor riesgo de dificultades emocionales, conductuales y de relación en la infancia y la vida adulta.

### ***Apego, embarazo y prematurez***

Según Bowlby la identificación de estos tipos de apego es especialmente importante en bebés prematuros o en internación neonatal, donde la separación temprana y el estrés parental pueden influir en la formación de apego seguro. Intervenciones de contacto piel a piel, acompañamiento emocional y soporte parental buscan promover patrones de apego más seguros (Bowlby, 1988; Ainsworth, 1979; Lebovici, 1994).

### ***Apego desde el embarazo***

Soifer (1980) describe cómo estas representaciones internas del bebé permiten a la madre ensayar psicológicamente la maternidad, organizar emociones y expectativas, y preparar la futura interacción afectiva.

Durante el embarazo, la madre comienza a construir un vínculo anticipatorio con el hijo a través de fantasías, expectativas y temores.

### ***Prematurez y desafíos para el apego***

Los bebés prematuros presentan características físicas y conductuales especiales que pueden dificultar la interacción temprana y la formación del apego: mayor separación física por internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), signos menos claros de comunicación afectiva, lo que puede aumentar la ansiedad y el estrés parental, mayor riesgo de vínculo inseguro si no se implementan estrategias de apoyo (Browne & Talmi, 2010; Feldman et al., 2002).

El embarazo y la prematurez constituyen momentos críticos para el establecimiento del apego. Las fantasías prenatales, la sensibilidad materna y las intervenciones tempranas son factores determinantes para que la relación madre–hijo se consolide de manera saludable, incluso en contextos de internación neonatal.

### ***Diferencia entre apego y vínculo***

Aunque en la literatura estos términos a veces se usan de manera intercambiable, apego y vínculo presentan diferencias conceptuales importantes.

El término vínculo tiene un alcance más amplio y se refiere a la conexión afectiva y relacional que se establece entre el niño y las figuras significativas, incluyendo la madre, el padre y otros cuidadores. Según Soifer (1980), el vínculo comienza incluso antes del nacimiento, a través de fantasías, expectativas y representaciones internas que preparan a la madre para la relación con el hijo.

Lebovici (1983, 1994) también enfatiza que el vínculo incluye la dimensión emocional, simbólica y representacional: la madre proyecta deseos, miedos y conflictos internos sobre el bebé imaginario, lo que estructurará la interacción con el hijo real. Así, mientras el apego se centra en la búsqueda de seguridad y proximidad física y emocional, el vínculo abarca un conjunto más amplio de relaciones afectivas y representaciones psíquicas que orientan la relación madre–hijo desde el embarazo.

### ***Internación en neonatología***

#### ***Cuidados intensivos en neonatología: conceptos principales***

Los cuidados intensivos en neonatología se refieren a la atención especializada y continua que reciben los recién nacidos en situación de riesgo, especialmente los bebés prematuros, con bajo peso al nacer o con patologías graves (OMS, 2018; UNICEF; Sociedad Argentina de Pediatría). Estas unidades, denominadas UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), están diseñadas para proporcionar soporte médico, tecnológico y emocional, con el objetivo de garantizar la supervivencia y promover un desarrollo saludable.

Los objetivos de los cuidados intensivos son principalmente el soporte fisiológico: mantener funciones vitales como respiración, circulación, temperatura y alimentación. La

prevención y tratamiento de complicaciones: infecciones, problemas respiratorios, neurológicos o metabólicos frecuentes en recién nacidos de alto riesgo. Además, el monitoreo constante: vigilancia continua de signos vitales y parámetros clínicos mediante equipamiento especializado además de la promoción del desarrollo: minimizar estímulos estresantes y favorecer un entorno que respete los ritmos de sueño, alimentación y estimulación sensorial del bebé (Als, 1997; Browne & Talmi, 2010).

### ***Características de una internación***

Entorno tecnológico: incubadoras, ventiladores, monitores de signos vitales y dispositivos de soporte nutricional.

Restricciones de contacto físico: debido a la fragilidad del bebé, el contacto con los padres puede estar limitado, lo que genera impacto en el vínculo temprano.

Equipos multidisciplinarios: médicos neonatólogos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales y nutricionistas trabajan conjuntamente para abordar las necesidades médicas y psicosociales del recién nacido y su familia.

### ***Implicancias psicológicas***

El ingreso a la UCIN representa un estrés importante para los padres, especialmente la madre, afectando la construcción del vínculo temprano y la formación de apego. Factores como la separación física, la incertidumbre sobre la salud del bebé y la exposición a procedimientos médicos invasivos aumentan la ansiedad y pueden interferir en la percepción de las señales del niño (Browne & Talmi, 2010; Feldman et al., 2002).

Por ello, los cuidados intensivos modernos incluyen estrategias para favorecer la interacción temprana, como contacto piel a piel (Kangaroo Care), participación de los padres en cuidados básicos y acompañamiento psicológico, buscando minimizar el estrés y promover un vínculo seguro.

### ***Estrés parental dentro de la unidad de neonatología y trauma perinatal***

La internación de un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) representa un evento altamente estresante para los padres, especialmente la madre, y puede generar experiencias que algunos autores consideran trauma perinatal.

Los factores que contribuyen al estrés parental incluyen (Browne & Talmi, 2010; Holditch-Davis et al., 2003):

*Separación física del recién nacido*, que dificulta la construcción del vínculo temprano y la participación en cuidados básicos además la incertidumbre sobre la salud del bebé, incluyendo riesgo vital, procedimientos invasivos y pronóstico incierto.

*El ambiente hospitalario*: ruido, luces, equipo médico y protocolos que limitan la interacción espontánea.

*Sobrecarga emocional*: sentimientos de culpa, ansiedad, impotencia y temor por la supervivencia del hijo.

Estos factores pueden generar síntomas de estrés agudo, ansiedad, depresión y, en algunos casos, síntomas de estrés postraumático (PTSD), configurando lo que se denomina trauma perinatal (Sweeney & Coates, 2019).

### ***Trauma perinatal***

El trauma perinatal se refiere a la experiencia subjetiva de amenaza física o psicológica durante el embarazo, parto o primeros días del nacimiento, tanto para la madre como para el bebé. Según Lundy et al. (2010), la separación temprana, la percepción de pérdida de control y la exposición a procedimientos médicos invasivos contribuyen a la vivencia traumática.

### ***Consecuencias para el vínculo temprano***

La capacidad de respuesta de los padres puede verse afectada, disminuyendo la sensibilidad materna y paterna. Además, puede interferir con la formación de apego seguro, especialmente si la madre no recibe apoyo emocional o intervención temprana (Feldman et al., 2002).

Un factor principal es la ansiedad parental que puede trasladarse al bebé, generando mayor estrés fisiológico y afectando la interacción temprana.

Los sentimientos percibidos por los padres del bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) generan un impacto emocional significativo en la madre. Diversos estudios en psicología perinatal han identificado una serie de sentimientos frecuentes, que se interrelacionan con el estrés parental y la construcción del vínculo temprano.

*Ansiedad y temor* por la incertidumbre sobre la supervivencia y salud del bebé es una fuente constante de ansiedad (Browne & Talmi, 2010). Temor ante procedimientos médicos invasivos y posibles complicaciones a corto y largo plazo. La ansiedad ligada a la percepción de incapacidad para proteger y cuidar al hijo.

*La culpa y autoevaluación negativa:* Las madres pueden experimentar sentimientos de culpa por el nacimiento prematuro, aunque la mayoría de los factores sean biológicos e involuntarios (Miles et al., 1999).

*Preocupación:* por no cumplir con el rol de “madre ideal” y comparaciones con otras madres.

*Tristeza y duelo:* La separación física y la imposibilidad de interactuar normalmente con el bebé generan sentimientos de pérdida y duelo, a veces similar al duelo por pérdida perinatal (Feldman et al., 2002). La madre puede llorar con frecuencia, sentir vacío emocional y preocupación constante por el desarrollo del niño.

*Ambivalencia afectiva* se combinan sentimientos de amor y deseo de cercanía con emociones de temor, rechazo inconsciente o irritabilidad (Soifer, 1980; Lebovici, 1994). Esta ambivalencia es un fenómeno esperado y refleja la tensión entre la idealización del bebé y la ansiedad ante su fragilidad.

*Estrés y agotamiento*: El entorno hospitalario, junto con la necesidad de adaptarse a horarios estrictos, normas y procedimientos, incrementa los niveles de estrés, pudiendo derivar en fatiga emocional asociada al contexto. Esta situación puede generar desregulación emocional, dificultades en la concentración y alteraciones del sueño (Holditch-Davis et al., 2003).

Estos sentimientos influyen directamente en la sensibilidad materna y en la capacidad de interpretar y responder a las señales del recién nacido. Hay Intervenciones que promuevan contacto piel a piel, participación en cuidados y acompañamiento psicológico pueden ayudar a regular estas emociones y favorecer un vínculo seguro (Feldman et al., 2002; Browne & Talmi, 2010).

### ***Estrés parental, trauma perinatal y vulnerabilidad psíquica***

El Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) desarrollado por Miles (1989) permite evaluar el estrés parental asociado a la internación del recién nacido. Los factores de estrés identificados incluyen, comportamiento y apariencia del bebé: fragilidad, signos clínicos inusuales, dificultad para interpretar sus necesidades, factores relacionados con el entorno UCIN: ruido, luz, equipos médicos y restricciones de contacto, alteración del rol parental: sensación de impotencia, incapacidad para cuidar al hijo y cumplir funciones maternas o paternas (Miles, Funk, & Carlson, 1993).

Esta situación impacta directamente en la vulnerabilidad psíquica parental, incrementando el riesgo de manifestaciones emocionales tales como ansiedad, depresión

posparto, sentimientos de culpa y vivencias de fracaso. Desde la teoría del apego, John Bowlby (1969) plantea que la disponibilidad emocional del cuidador resulta fundamental para el establecimiento de un vínculo seguro, por lo que las alteraciones en el estado emocional de los padres pueden interferir en la calidad del lazo temprano.

Asimismo, las condiciones propias de la internación en UCIN pueden dificultar el desarrollo del vínculo temprano entre padres y bebé. La separación física, las limitaciones en el contacto y la mediación tecnológica pueden obstaculizar la sensibilidad parental y la capacidad de responder adecuadamente a las señales del recién nacido.

En este sentido, Donald Winnicott (1960) destaca la importancia de la función de sostén (*holding*) como organizadora de la experiencia emocional del bebé, mientras que Selma Fraiberg (1975) advierte cómo las ansiedades y conflictos no elaborados de los padres pueden irrumpir en el vínculo, especialmente en contextos de alta carga emocional como la internación neonatal.

No obstante, la literatura también resalta la importancia de los factores protectores en este proceso. La implementación de modelos de atención centrados en la familia, la participación de los padres en el cuidado del bebé, el contacto piel a piel (método canguro) y el acompañamiento psicológico constituyen intervenciones fundamentales para disminuir el estrés parental y favorecer la elaboración psíquica de la experiencia. De este modo, se promueve no solo el bienestar emocional de los progenitores, sino también la construcción de un vínculo temprano más saludable.

### ***Trauma del parto o nacimiento prematuro***

El nacimiento prematuro puede ser comprendido como un evento potencialmente traumático, en tanto implica una ruptura abrupta del curso esperado del embarazo, así como una separación temprana e inesperada del bebé, especialmente cuando requiere internación

en unidades de neonatología (Lundy et al., 2010). Este acontecimiento interrumpe el proceso de anticipación psíquica de la maternidad, generando un desfase entre el bebé imaginado y el bebé real, muchas veces frágil y medicalizado.

Diversos autores han señalado que esta situación puede desencadenar en los progenitores —especialmente en la madre— reacciones emocionales intensas, tales como ansiedad, miedo por la supervivencia del hijo, sentimientos de impotencia y pérdida de control frente a un contexto altamente tecnificado (Daniel Stern, 1995; Donald Winnicott, 1960). En este sentido, la experiencia del parto prematuro no solo impacta a nivel físico, sino que también produce una herida en la continuidad de la experiencia subjetiva materna.

Desde una perspectiva clínica, distintos estudios han evidenciado la presencia de sintomatología compatible con el trastorno de estrés postraumático en madres de bebés prematuros, incluyendo reviviscencias del momento del parto, hipervigilancia, evitación de estímulos asociados y dificultades en la regulación emocional (Richard Shaw et al., 2006; Tiffany Field, 2010). Estas manifestaciones pueden interferir en la construcción del vínculo temprano, dificultando la disponibilidad psíquica de la madre para con su bebé.

Asimismo, el contexto de internación en unidades de cuidados intensivos neonatales suele intensificar el impacto emocional, debido a la exposición a estímulos estresantes (aparatos médicos, sonidos, intervenciones invasivas), la incertidumbre sobre la evolución del niño y la limitación del contacto físico temprano (Heidelise Als, 1995). Esta situación puede obstaculizar procesos fundamentales como el establecimiento del apego y la función materna de sostén.

Desde el psicoanálisis, se ha planteado que el nacimiento prematuro puede vivirse como una experiencia de “ruptura” o “fallo ambiental” (Donald Winnicott), en la medida en que el entorno no logra sostener la continuidad esperada del desarrollo. A su vez, Wilfred Bion

aporta que, en contextos de alto estrés, la capacidad materna de “reverie” —es decir, de contener y transformar las emociones del bebé— puede verse comprometida, dificultando la metabolización de las experiencias emocionales tanto propias como del niño.

Por otra parte, John Bowlby (1969) señala que las separaciones tempranas y prolongadas pueden incidir negativamente en la organización del vínculo de apego, especialmente si no se cuenta con figuras disponibles que funcionen como base segura. En el caso de la prematurez, estas separaciones no solo son físicas, sino también simbólicas, al interponerse el dispositivo médico entre la díada madre-bebé.

### ***Vulnerabilidad psíquica materna y paterna***

La llegada de un hijo constituye un acontecimiento vital que implica profundas transformaciones psíquicas tanto en la madre como en el padre. En este proceso, puede emerger una situación de vulnerabilidad psíquica, entendida como un estado de mayor sensibilidad emocional y reorganización interna frente a las demandas del nuevo rol parental. Según Donald Winnicott, la madre atraviesa durante el embarazo y el puerperio un estado particular denominado *preocupación maternal primaria*, que la dispone a una especial sensibilidad hacia las necesidades del bebé, pero que al mismo tiempo la coloca en una posición de fragilidad psíquica.

En esta misma línea, Daniel Stern introduce el concepto de *constelación maternal*, refiriéndose a una reorganización profunda de la vida psíquica de la madre tras el nacimiento, en la que predominan preocupaciones vinculadas a la supervivencia, el cuidado y el vínculo con el bebé. Este proceso puede implicar tensiones emocionales, ansiedades y sentimientos ambivalentes, especialmente en contextos de riesgo como la prematurez o la internación neonatal.

Por su parte, Serge Lebovici destaca que la parentalidad implica la reactivación de la historia infantil de los propios padres, lo que puede generar conflictos psíquicos y aumentar la vulnerabilidad emocional. En el caso del padre, aunque tradicionalmente menos abordado, también atraviesa un proceso de reconfiguración subjetiva, enfrentando demandas de sostén emocional y adaptación a un nuevo lugar en la dinámica familiar.

Asimismo, autores como Boris Cyrulnik señalan que las situaciones de estrés temprano, como la hospitalización del recién nacido, pueden intensificar esta vulnerabilidad, afectando las capacidades de regulación emocional de los padres y la construcción del vínculo temprano. Sin embargo, también destacan la importancia de los recursos vinculares y del acompañamiento profesional como factores protectores que favorecen procesos de resiliencia.

La prematurez y la internación neonatal activan vulnerabilidades psicológicas previas, reactivando conflictos inconscientes, ambivalencias afectivas y ansiedad parental (Soifer, 1980; Lebovici, 1994).

Los padres con antecedentes de estrés, depresión o dificultades en la regulación emocional son más susceptibles a experimentar angustia intensa, afectando su capacidad de respuesta sensible frente al bebé.

La vulnerabilidad psíquica puede impactar en la sensibilidad materna y paterna, modulando la formación de apego seguro.

### ***Separación temprana madre-bebé***

La separación temprana entre la madre y el recién nacido, frecuente en situaciones de nacimiento prematuro o internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), constituye un factor de riesgo significativo para la construcción del vínculo temprano y el desarrollo de un apego seguro (Browne & Talmi, 2010; Feldman et al., 2002).

Desde la teoría del apego desarrollada por John Bowlby, la proximidad física y emocional con la figura de cuidado es una necesidad biológica primaria del bebé, cuya función es garantizar la supervivencia y la regulación emocional. La interrupción de esta proximidad puede generar respuestas de estrés tanto en el niño como en la madre, afectando la organización del vínculo.

En este sentido, Mary Ainsworth enfatiza que la calidad del apego depende en gran medida de la sensibilidad materna, es decir, de la capacidad de percibir, interpretar y responder adecuadamente a las señales del bebé. La separación temprana limita estas interacciones, dificultando el reconocimiento mutuo y la construcción de una sincronía afectiva.

Desde una perspectiva psicoanalítica, Donald Winnicott sostiene que el sostén físico y emocional brindado por la madre —*holding*— resulta fundamental en las primeras etapas de la vida. La imposibilidad de contacto continuo, como ocurre en la internación neonatal, puede interferir en esta función, generando en la madre sentimientos de ansiedad, culpa e impotencia, y en el bebé dificultades en la integración de sus experiencias tempranas.

Por su parte, investigaciones en neurociencias del desarrollo, como las de Ruth Feldman, han demostrado que el contacto temprano —especialmente el contacto piel a piel— favorece la regulación fisiológica y emocional del recién nacido, así como la consolidación del vínculo afectivo. La ausencia de estas experiencias, producto de la separación, puede afectar los procesos de autorregulación y el desarrollo socioemocional.

Asimismo, autores como Heidelise Als destacan que el entorno de la UCIN, si bien es necesario para la supervivencia, puede resultar altamente estimulante y estresante para el bebé prematuro, lo que refuerza la importancia de la presencia parental como modulador del estrés. En esta línea, Nils Bergman subraya el valor del contacto continuo madre-bebé como condición esencial para el desarrollo neurobiológico adecuado.

La separación física también restringe las oportunidades de interacción temprana, tales como el contacto visual, el reconocimiento de la voz materna y la comunicación afectiva, elementos fundamentales para la construcción del vínculo. Como señalan Holditch-Davis et al. (2003), esta situación puede generar en los padres una vivencia de desconexión y dificultar la apropiación del rol parental.

No obstante, diversos estudios coinciden en que la implementación de intervenciones centradas en la familia —como el método madre canguro o la participación activa de los padres en el cuidado— puede mitigar los efectos negativos de la separación y favorecer la construcción de un vínculo seguro, incluso en contextos de internación neonatal.

La falta de contacto inmediato reduce oportunidades de exploración conjunta y comunicación afectiva, esenciales para consolidar el vínculo temprano (Browne & Talmi, 2010).

### ***Riesgo de interferencia en la sintonía afectiva y apego seguro***

La sintonía afectiva entre la madre y el bebé constituye un proceso fundamental en los inicios de la vida, ya que permite la regulación emocional del recién nacido y la construcción de un vínculo seguro. En contextos de internación neonatal y separación prolongada, esta sintonía puede verse significativamente afectada, generando riesgos en la organización del apego (Feldman et al., 2002). Desde la teoría del apego de John Bowlby, el desarrollo de un apego seguro depende de la capacidad del cuidador para responder de manera consistente y sensible a las señales del bebé, lo cual se ve dificultado cuando las interacciones tempranas son limitadas o interrumpidas.

En esta línea, Mary Ainsworth introduce el concepto de sensibilidad materna como eje central para la formación del apego seguro. La dificultad para interpretar correctamente las señales del bebé —frecuente en situaciones de separación o mediación tecnológica como la

UCIN— puede generar respuestas inconsistentes o desajustadas, incrementando el riesgo de patrones de apego inseguros, tales como el evitativo o el ambivalente.

Desde una perspectiva analítica de la interacción, Daniel Stern plantea que la sintonía afectiva se construye a través de intercambios repetidos donde la madre logra “leer” los estados internos del bebé y responder de manera contingente. Cuando estos intercambios se ven interrumpidos o empobrecidos, se dificulta la construcción de una experiencia compartida, afectando la organización del self temprano del niño.

Asimismo, Edward Tronick, a través del paradigma del *still-face*, demuestra cómo la falta de respuesta emocional del cuidador genera en el bebé reacciones de estrés y desorganización. Estos hallazgos permiten comprender cómo la ausencia o inconsistencia en la respuesta materna —como puede ocurrir en contextos de separación o elevado estrés parental— impacta directamente en la regulación afectiva del niño.

Por otra parte, estudios como los de Miles et al. (1993) evidencian que los padres de bebés internados en UCIN presentan altos niveles de estrés, ansiedad y sentimientos de impotencia, lo cual puede afectar su disponibilidad emocional. En concordancia, Allan Schore sostiene que la regulación emocional del bebé depende de la regulación con el cuidador, proceso que requiere de una presencia emocional estable y receptiva. Cuando el adulto se encuentra desbordado emocionalmente, esta función reguladora puede verse comprometida.

Desde el campo de la neurobiología interpersonal, autores como Daniel Siegel destacan que las experiencias tempranas de interacción moldean las conexiones neuronales implicadas en la regulación emocional y las relaciones interpersonales. Por lo tanto, la falta de sintonía afectiva sostenida puede tener efectos a largo plazo en el desarrollo socioemocional.

### ***Privación afectiva materna temprana***

La privación afectiva materna temprana constituye un fenómeno de gran relevancia en el campo de la psicología del desarrollo, especialmente en contextos donde el recién nacido se encuentra separado de su figura primaria de cuidado, como ocurre en la internación neonatal. Los estudios pioneros de René Spitz (1945, 1965) evidenciaron que los lactantes que experimentaban una separación prolongada de sus cuidadores principales presentaban graves alteraciones en su desarrollo emocional y social. Entre las manifestaciones observadas se incluyen conductas de apatía, retraimiento, ansiedad, así como un marcado retraso en el desarrollo afectivo, fenómeno que el autor describió como *hospitalismo*.

Estos hallazgos pusieron de relieve la importancia del vínculo temprano como organizador central del desarrollo psíquico. En consonancia, John Bowlby amplía esta perspectiva al sostener que la privación prolongada de la figura de apego puede generar consecuencias duraderas en la salud mental del niño, afectando su capacidad para establecer relaciones afectivas seguras en el futuro. Desde este enfoque, la continuidad del vínculo y la disponibilidad emocional del cuidador resultan esenciales para el desarrollo de un apego seguro.

Desde una perspectiva psicoanalítica, Serge Lebovici (1994) introduce la noción de que el nacimiento implica un proceso de transición entre el “bebé imaginario” —construido a partir de las fantasías y representaciones parentales durante el embarazo— y el “bebé real”. La separación temprana puede interferir en este proceso, dificultando la integración de dichas representaciones con la experiencia concreta del hijo. Esta discontinuidad puede generar en la madre sentimientos de extrañamiento, ansiedad e inseguridad, afectando su capacidad de sintonizar emocionalmente con el bebé.

Asimismo, Donald Winnicott destaca que el desarrollo emocional temprano depende en gran medida de la capacidad del entorno de sostener al bebé a través de funciones como el

*holding* y el *handling*. La privación de este sostén, especialmente en los primeros momentos de vida, puede generar fallas en la continuidad de la experiencia del self, afectando la integración psíquica del niño.

Por otra parte, investigaciones contemporáneas en neurociencias del desarrollo, como las de Allan Schore, subrayan que las experiencias tempranas de contacto y regulación afectiva son fundamentales para la maduración de los sistemas neurobiológicos implicados en la regulación emocional. La ausencia de estas experiencias, como ocurre en situaciones de privación afectiva, puede impactar negativamente en el desarrollo cerebral temprano.

No obstante, diversos estudios coinciden en que la implementación de intervenciones tempranas puede mitigar los efectos de la privación. Estrategias como el contacto piel a piel, el método madre canguro y la participación activa de los padres en el cuidado del recién nacido han demostrado favorecer la regulación emocional, fortalecer el vínculo temprano y promover un apego seguro, incluso en contextos adversos..

### ***Apego y vínculo temprano en el contexto de neonatología***

El contexto de neonatología, especialmente en bebés prematuros, representa un desafío para la formación del vínculo temprano y la consolidación del apego, debido a la separación física, intervenciones médicas y estrés parental. Diversos autores de psicología y desarrollo infantil han abordado cómo estos factores afectan la relación madre-hijo y qué estrategias favorecen la interacción y el apego seguro.

### ***La necesidad biológica de proximidad***

John Bowlby (1969/1982, 1988) sostiene que el apego constituye una necesidad biológica primaria, orientada a garantizar la supervivencia del bebé mediante la búsqueda de proximidad con la figura cuidadora. Esta cercanía no solo cumple una función protectora frente

al peligro, sino que también resulta fundamental para la regulación emocional, permitiendo al lactante organizar sus estados internos a través de la presencia del otro significativo.

En continuidad con estos aportes, Mary Ainsworth (1979) profundiza en la importancia de la sensibilidad materna, definida como la capacidad de percibir, interpretar adecuadamente y responder de manera contingente a las señales del bebé. Esta cualidad resulta central para la construcción de un apego seguro, en tanto favorece la experiencia del niño de un entorno predecible y confiable.

Sin embargo, en el contexto de la internación en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), la separación física prolongada y las condiciones médicas pueden interferir en la activación y sostenimiento de las conductas de apego. La presencia de incubadoras, la aparatología y las restricciones en el contacto dificultan la proximidad corporal y la interacción espontánea, lo cual puede afectar la sintonía entre el bebé y sus cuidadores. Según Daniel Stern (1995), estas primeras interacciones son fundamentales para la construcción del sentido de sí mismo en el bebé, por lo que su alteración puede tener efectos en la organización temprana de la experiencia subjetiva.

Asimismo, Donald Winnicott (1960) destaca que el desarrollo emocional temprano depende de un ambiente facilitador, en el cual la función de sostén (*holding*) brindada por la madre o cuidador permite al bebé experimentar continuidad y seguridad. En situaciones de hospitalización neonatal, esta función puede verse parcialmente interrumpida, generando tensiones tanto en el bebé como en los padres.

### ***La sintonía emocional en el encuentro temprano hospitalario***

Stern (1985, 1995) subraya la importancia de la sintonía afectiva (*attunement*): la madre ajusta sus expresiones emocionales y conducta a las señales del bebé, facilitando la regulación emocional mutua.

En neonatología, el encuentro temprano con contacto físico, mirada y vocalización permite establecer bases de vinculación, incluso cuando la interacción es limitada por el entorno hospitalario.

La sintonía emocional temprana contribuye a que el bebé perciba al cuidador como figura de seguridad, promoviendo la confianza y el apego seguro.

Brazelton (1979, 1992) resalta que el recién nacido es un participante activo en la construcción del vínculo, incluso en situaciones hospitalarias.

Los bebés muestran señales de apertura, alerta, movimientos de aproximación y vocalizaciones, que orientan a los padres sobre cómo interactuar.

Reconocer la actividad del bebé permite a los padres responder de manera más sensible, fortaleciendo el apego y la confianza mutua, aun en la UCIN

### ***Rol de la madre y de la familia***

La hospitalización del recién nacido en la UCIN no solo representa un desafío para el bebé, sino también para la madre y la familia, quienes deben adaptarse a nuevas exigencias, roles y emociones, mientras intentan sostener el vínculo temprano.

La maternidad y paternidad se ven reestructuradas frente a la internación del hijo prematuro o enfermo. La madre y el padre deben conciliar su rol de cuidadores con la dependencia del equipo médico y las restricciones hospitalarias (Soifer, 1980; Browne & Talmi, 2010).

Se produce un proceso de reorganización psíquica, donde la identidad parental se construye en paralelo al manejo del estrés, la ansiedad y la adaptación a la nueva rutina hospitalaria.

La familia cumple un rol de soporte emocional, colaborando en la contención mutua y en la participación en el cuidado del bebé.

Competencia parental percibida: ¿se sienten capaces de cuidar al hijo?

La competencia percibida se refiere a la sensación de eficacia de los padres para cuidar y atender las necesidades del bebé. La internación neonatal puede generar dudas, inseguridad y sentimientos de incompetencia, dado que los procedimientos médicos limitan la participación directa y la autonomía en los cuidados (Miles et al., 1993; Holditch-Davis et al., 2003).

### ***Duelo por el bebé imaginario***

La hospitalización neonatal y, especialmente, las situaciones de prematurez o patología en el recién nacido, confrontan a los padres con una ruptura entre el hijo esperado y el bebé real, dando lugar a un proceso de duelo. Este proceso implica la pérdida del bebé imaginado durante el embarazo y la necesidad de reorganizar las expectativas en función de la realidad clínica, lo cual puede generar sentimientos de tristeza, frustración, culpa, angustia e incluso desorientación respecto al rol parental.

Serge Lebovici (1994) plantea que durante la gestación los padres construyen representaciones psíquicas del hijo, dando lugar al denominado “bebé imaginario”, el cual se encuentra cargado de ideales, deseos y proyecciones inconscientes. Este bebé fantaseado convive con el bebé real, pero en contextos de internación neonatal, la distancia entre ambos puede intensificarse, dificultando el encuentro con el hijo tal como es.

En esta misma línea, Donald Winnicott (1960) sostiene que el desarrollo emocional del bebé depende en gran medida de la capacidad de la madre de adaptarse a sus necesidades reales. Sin embargo, cuando la realidad está atravesada por la enfermedad o la hospitalización, esta adaptación puede verse interferida por el impacto emocional que implica la pérdida del bebé idealizado.

Asimismo, Selma Fraiberg (1975) introduce el concepto de los “fantasmas en la nursery”, haciendo referencia a cómo las experiencias pasadas, los conflictos no resueltos y las expectativas parentales influyen en la relación con el bebé. En situaciones de crisis, como la internación en UCIN, estos fantasmas pueden intensificarse, complejizando el proceso de vinculación y el reconocimiento del bebé real.

Por otro lado, Daniel Stern (1995) destaca que el nacimiento de un hijo implica una profunda reorganización psíquica en los padres, a la que denomina “constelación maternal”, donde se reconfiguran identidades, deseos y temores. Cuando este proceso se ve atravesado por la hospitalización neonatal, dicha reorganización puede volverse más compleja, incrementando la vulnerabilidad emocional.

En este contexto, el duelo por el bebé imaginario no debe entenderse como un proceso patológico, sino como una elaboración psíquica necesaria, que permite a los padres integrar la experiencia real del bebé y construir un vínculo basado en sus características singulares. Para ello, resulta fundamental el acompañamiento emocional, tanto desde el equipo de salud como desde el entorno familiar, promoviendo espacios de escucha, validación de emociones y participación activa en el cuidado del recién nacido.

De este modo, la posibilidad de transitar este duelo de manera acompañada favorece no solo el bienestar psíquico de los padres, sino también la construcción de un vínculo temprano más saludable, en el cual el bebé pueda ser reconocido en su singularidad, más allá de las expectativas previas.

### ***Factores de riesgo y factores de protectores.***

La experiencia del nacimiento prematuro y la internación en la UCIN implica riesgos psicológicos para los padres y la posibilidad de desarrollar estrategias de resiliencia que favorezcan la construcción del vínculo temprano y la salud emocional familiar.

Entre los principales riesgos se encuentran la depresión postparto: las madres de bebés prematuros presentan mayor probabilidad de síntomas depresivos, relacionados con la preocupación por la salud del hijo, separación física y percepción de incapacidad parental (Holditch-Davis et al., 2003; Miles et al., 1999).

El estrés postraumático: la experiencia de nacimiento prematuro, procedimientos invasivos y hospitalización prolongada puede generar síntomas similares al estrés postraumático, incluyendo reviviscencias, hipervigilancia y ansiedad (Lundy et al., 2010; Sweeney & Coates, 2019).

Las dificultades vinculares por la separación temprana y la interferencia en la sensibilidad materna pueden comprometer la formación de apego seguro, aumentando el riesgo de relaciones vinculares inseguras y dificultades en la interacción madre-hijo (Feldman et al., 2002).

Existen factores de protección que pueden favorecer el desarrollo del vínculo y la salud emocional: como el contacto piel a piel (Kangaroo Care): promueve la regulación fisiológica del bebé y la sintonía emocional madre-hijo, fortaleciendo la confianza y sensibilidad materna (Feldman et al., 2002), Acompañamiento psicológico y la intervención profesional para padres, psicoeducación, contención emocional y manejo de ansiedad y estrés (Browne & Talmi, 2010). El apoyo social y de pareja: la presencia de familiares y pareja contribuye a la contención emocional, refuerza la percepción de competencia parental y reduce el riesgo de depresión y ansiedad (Holditch-Davis et al., 2003). La participación activa en cuidados: involucrarse en alimentación, higiene y estimulación favorece la autonomía parental, fortalece el vínculo afectivo y la sensación de eficacia (Miles et al., 1993).

### ***Dimensión subjetiva del recién nacido***

El psicoanálisis sostiene que el recién nacido no puede entenderse únicamente desde su condición biológica, sino como un sujeto en constitución, inscrito en el entramado de la historia materna, paterna y familiar. Desde esta perspectiva, la vida psíquica del bebé comienza a configurarse desde el embarazo y se organiza en el encuentro con el otro significativo.

Para Lebovici (1983), la madre construye durante el embarazo un “bebé imaginario”, representación fantaseada que prepara la llegada del niño. El nacimiento confronta a los padres con el bebé real, y la posibilidad de articular ambas imágenes resulta estructurante para la subjetividad infantil. La prematurez o la internación pueden interrumpir este pasaje, dificultando el proceso de simbolización inicial.

Winnicott (1956/1993) resalta que el bebé es inicialmente un ser en estado de dependencia absoluta que requiere de un ambiente facilitador y de una madre suficientemente buena que pueda sostener, cuidar y anticipar sus necesidades. El sostén materno no solo asegura la supervivencia física, sino que constituye el marco para la emergencia del self.

Spitz (1946/1998) demuestra que la privación afectiva temprana puede producir severas perturbaciones en el desarrollo emocional y físico del niño, describiendo el “hospitalismo” en bebés institucionalizados sin contacto materno suficiente. Esto subraya que el recién nacido necesita no solo cuidados médicos, sino también un entorno afectivo que sostenga su constitución psíquica.

Stern (1985) propone que el recién nacido es un ser intersubjetivo desde el inicio, capaz de interactuar activamente con el entorno a través de expresiones afectivas, miradas y ritmos de comunicación. La subjetividad infantil se forja en la sintonía afectiva entre madre y bebé, incluso en contextos de hospitalización.

Dolto (1985) plantea que el bebé es un sujeto de inconsciente y de lenguaje desde antes del nacimiento. La forma en que los padres le hablan, lo nombran y lo representan incide en su inscripción simbólica. Aun en la UCIN, la palabra dirigida al bebé es fundamental para su constitución subjetiva.

### **El reencuentro afectivo madre-bebé tras la internación neonatal**

Flacking (2012, 2021) señala que la hospitalización en neonatología implica una ruptura temporal del vínculo temprano, producto de la separación física y la intervención tecnológica. Durante este período, la madre experimenta emociones ambivalentes —miedo, alivio, tristeza y gratitud— que complejizan el proceso de apego.

Al momento del alta, el vínculo no se establece de manera automática; requiere un “re-tejido afectivo” (*re-weaving the bond*), en el cual madre e hijo deben reencontrarse corporal y emocionalmente. Este reencuentro supone reconstruir la cercanía, reconocer al bebé como propio y reorganizar la identidad materna fuera del contexto hospitalario.

Flacking enfatiza que este proceso es posible cuando la madre cuenta con apoyo emocional, acompañamiento profesional y espacios que favorecen la presencia constante con el bebé, tanto en la UCIN como luego del alta.

### **¿Cómo continúa el vínculo madre-bebé luego de la internación?**

El vínculo madre-bebé posterior a una internación en neonatología suele atravesar un proceso progresivo de recuperación, reconstrucción y consolidación, tal como indican diversos autores clásicos y contemporáneos de la psicología perinatal.

En la primera etapa de recuperación hay un reencuentro y regulación emocional, tras el alta, muchas madres experimentan un fuerte impulso de reestablecer el contacto físico y emocional con el bebé. Este proceso puede entenderse desde la teoría del apego de Bowlby (1969/1982), quien plantea que las separaciones tempranas generan una activación intensa del sistema de apego, que busca reestablecer la cercanía con la figura cuidadora.

Los estudios en UCI neonatal apoyan esta idea: investigaciones cualitativas muestran que las madres viven el reencuentro como una fase de “volver a conectarse” con el bebé, intentando regular el impacto emocional de la separación (Wigert, 2013; Ionio et al., 2017).

La separación inicial puede alterar la continuidad del vínculo, pero el sistema de apego tiende naturalmente a restaurarlo cuando se recupera la proximidad.

Luego se continua con la segunda etapa de reconstrucción del rol materno: Durante la internación, muchas madres sienten que su rol es reemplazado o limitado por el personal de salud. Esto ha sido ampliamente documentado por Flacking et al. (2012), quienes describen el proceso de “*becoming a mother in the NICU*”, donde el rol materno queda suspendido temporalmente.

Después del alta, se produce un movimiento de reapropiación del rol en el cual la madre vuelve a sostener, alimentar y calmar al bebé. Este proceso coincide con la concepción de Winnicott (1956) de “preocupación materna primaria”, entendida como un estado que puede verse interrumpido, pero que se restablece cuando se retoman los cuidados cotidianos.

Asimismo, Als (1986), desde el modelo NIDCAP, muestra que la participación activa en los cuidados favorece la lectura de señales del bebé y mejora la relación madre-hijo.

El rol materno se reconstituye progresivamente y con él se fortalece la capacidad de la madre para responder sensiblemente a las necesidades del bebé.

Para finalizar se llega a la tercera Etapa donde se consolida el vínculo, con el paso de semanas y meses, la interacción cotidiana y el contacto cercano permiten que el vínculo se consolide, incluso cuando la internación fue prolongada.

Ainsworth (1978) sostiene que la sensibilidad materna y las respuestas consistentes son los pilares del desarrollo del apego seguro. Después de la internación, estas condiciones suelen poder restablecerse, reforzando la confianza y la regulación emocional del bebé.

Estudios longitudinales en prematuros muestran que, aunque pueda haber dificultades iniciales, la mayoría de las díadas logran establecer un vínculo sano con el tiempo (Treyvaud, 2014; Ionio & Colombo, 2017).

La consolidación del vínculo no depende exclusivamente del inicio, sino de la continuidad del cuidado sensible en los meses posteriores.

La evidencia muestra que algunas madres pueden presentar ansiedad, hipervigilancia o sensaciones de desconexión emocional luego de la UCI (Ionio et al., 2017; Payne et al., 2019). Sin embargo, estas dificultades son intervenirles y no determinan un vínculo patológico.

*“Aunque la internación neonatal puede generar una interrupción temporal en el proceso de vinculación, diversos autores coinciden en que el vínculo madre–bebé tiende a restablecerse y fortalecerse tras el alta mediante la recuperación del contacto físico, la reconstrucción del rol materno y la consolidación de la sensibilidad y disponibilidad emocional” (Bowlby, 1982; Winnicott, 1956; Flacking et al., 2012; Ionio et al., 2017; Treyvaud, 2014).*

### **Implicaciones emocionales post internación**

El momento del alta hospitalaria representa una etapa de transición emocional intensa para las madres, marcada por sentimientos ambivalentes de alivio, miedo, inseguridad y, en muchos casos, culpa. Según Feldman y Weller (1999), la separación temprana en contextos de internación puede generar una desorganización temporal del vínculo afectivo, que requiere de un proceso de *regulación mutua* entre madre y bebé para restablecer la sincronía emocional. Este proceso implica un reajuste progresivo de las respuestas sensoriales, corporales y afectivas que permiten reconstruir la cercanía y el apego. A su vez, Talmi y Harmon (2003)

describen el alta como un “segundo nacimiento psicológico”, ya que la madre se enfrenta a la necesidad de redefinir su rol, asumir la responsabilidad total del cuidado y reencontrarse con su hijo fuera del entorno controlado de la neonatología. Desde la teoría winnicottiana, este reencuentro puede entenderse como la reconstrucción del espacio de sostén o *holding* (Winnicott, 1965), que posibilita que el bebé vuelva a sentirse contenido y que la madre recupere confianza en su capacidad de cuidado. En este sentido, el acompañamiento emocional y el apoyo profesional post-alta son fundamentales para favorecer una vivencia reparadora del vínculo y prevenir la cronificación de estados de ansiedad o retraimiento afectivo.

En síntesis, el período posterior a la internación no sólo marca la recuperación física del bebé, sino también una reelaboración psíquica profunda del lazo madre-bebé, donde ambos se reconocen nuevamente como parte de una relación viva y recíproca.

El proceso de vinculación madre-bebé posterior a una internación neonatal puede comprenderse como una experiencia de reconstrucción emocional y subjetiva, en la cual se reactiva y resignifica el lazo temprano interrumpido por la separación hospitalaria. Tal como señalan Flacking et al. (2012, 2016), el vínculo se “re-teje” a partir del contacto cotidiano, el cuidado compartido y la posibilidad de recuperar la presencia corporal mutua. Este proceso de reencuentro requiere de una sintonía emocional renovada, tal como plantea Stern (1985) al describir la “danza interactiva” que da forma al mundo relacional del infante.

A su vez, la teoría de la *sincronía bioconductual* de Feldman (1999) aporta una comprensión psicofisiológica del fenómeno: madre y bebé vuelven a regularse mutuamente a través de gestos, miradas y afectos compartidos. En esta misma línea, Talmi (2003) entiende el alta como un segundo nacimiento psicológico, en el que la madre reconstruye su identidad de cuidado y reestablece la continuidad del vínculo.

Desde la perspectiva winnicottiana, este proceso puede leerse como la reconstrucción del entorno facilitador o *holding* (Winnicott, 1965), que brinda al bebé una sensación de seguridad y pertenencia, y permite a la madre recuperar confianza en su función de sostén. Así, el reencuentro post-internación no sólo restituye la cercanía física, sino que implica una reparación simbólica y afectiva, donde el vínculo se redefine desde la experiencia compartida de haber atravesado una situación de fragilidad y supervivencia.

## CAPÍTULO II

### **Materiales y métodos.**

Las Prácticas Profesionales Supervisadas se desarrollaron en Casa Sahni, ubicada en la provincia de San Juan, en su modalidad de acompañamiento y alojamiento de niños y madres embarazadas que se encuentran realizando tratamientos médicos en el Hospital Rawson y que, debido a residir en zonas alejadas, no cuentan con la posibilidad de regresar a sus hogares. En la institución se dispone de un equipo conformado por una psicóloga y una nutricionista, quienes brindan acompañamiento durante el proceso de tratamiento y permanencia en el lugar.

El período de prácticas abarcó los meses de agosto, septiembre y octubre, con una carga de tres días semanales en turno vespertino (de 13:00 a 17:00 hs), alcanzando un total de 150 horas de asistencia. Durante este tiempo, se llevaron a cabo y organizaron diversos encuentros, entrevistas y charlas informativas, dirigidas tanto a las personas alojadas como a los voluntarios que integran la institución.

El trabajo contó con la tutoría académica de la Licenciada Luciana Bordas y la tutoría de campo de la Licenciada Natali Trujillo, coordinadora de Casa Sahni.

El estudio se fundamenta en la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se configura el vínculo madre-bebé durante y después de una internación en neonatología? El objetivo principal consiste en describir, caracterizar y comprender el vínculo entre una madre y su bebé, a partir de un estudio de caso único de una mujer que permaneció alojada en la institución durante tres meses, en el transcurso de la internación de su hija, con el fin de articular los aportes teóricos con la práctica profesional.

El análisis se abordó principalmente desde una perspectiva psicoanalítica, en función del interés de la estudiante. Asimismo, la recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas, cuestionarios y la realización de una anamnesis.

Tal proceso se realizó a partir de la división de las fases que se detallaran a continuación:

### **Fase de acercamiento a la institución:**

Inicialmente, se realizó una reunión presencial con la Licenciada Mónica Gonzales, coordinadora de las Practica supervisadas, para iniciar las practicas. En esta reunión, la practicante expresó su interés en realizar las prácticas en el área clínica. La respuesta fue favorable, ya que la Licenciada Sonia Gimenez, directora de área clínica, se contactó posteriormente con la alumna para informarle sobre el comienzo de la rotación en dicha área y le ofreció la posibilidad de realizar sus prácticas en Casa Sahni.

Posteriormente la alumna tuvo una reunión con la Licenciada Natali Trujillo, coordinadora de la institución y tutora de campo, para informar la misión y objetivos. Con la presentación y planificación de los próximos meses y discutieran los requisitos formales necesarios para habilitación de ingreso de la alumna. Además, dicha reunión permitió que la practicante conociera el funcionamiento de la institución y derivaciones recibidas del hospital.

Durante la primera etapa, la practicante pudo familiarizarse con el entorno y comprender mejor la dinámica de la institución, lo cual fue fundamental para la integración y el rol que iba a ocupar durante los meses posteriores dentro de Casa Sahni.

### **Fase de exploración:**

Al inicio, la practicante adoptó una postura de observación con el fin de comprender en profundidad el funcionamiento del rol del psicólogo dentro de la institución. En este proceso, pudo registrar las dinámicas de los pacientes allí alojados, así como también los roles desempeñados por los distintos profesionales y voluntarios, incluyendo al equipo de nutrición.

Se observó que cada integrante del equipo cumple funciones específicas, lo que favorece el abordaje integral de los pacientes. Asimismo, se llevan a cabo reuniones grupales entre el personal especializado, en las cuales se abordan aspectos relevantes como la evolución de los pacientes, los tiempos de tratamiento y la necesidad de implementar talleres informativos que promuevan un trabajo articulado.

En este contexto, la practicante identificó diversas temáticas recurrentes que podrían ser abordadas mediante la realización de charlas informativas, en función de las necesidades observadas en la institución.

Luego de dos semanas de haber comenzado las prácticas profesionales supervisadas se coordinó junto con la licenciada una reunión para poder dialogar sobre las problemáticas que observó la practicante y poder ofrecer sus conocimientos aprendidos durante la carrera para desarrollar ciertos talleres a los voluntarios y entrevistas con algún paciente para conocer y nutrir el aprendizaje.

Junto con la Licenciada, la practicante buscó posibles fuentes bibliográficas para la realización, coordinación y organización de futuros talleres.

También se consideró la posibilidad de articular un caso clínico y tener contacto con pacientes de la institución.

A su vez, se comenzó a trabajar con la licenciada Luciana Bordas, tutora académica, la delimitación de la problemática, junto con una hoja de ruta hacia el planteamiento de título y objetivos posibles a esta temática de caso único y posibles variables a tener en cuenta.

Esta fase inicial fue fundamental para sentar las bases del trabajo, permitiendo a la practicante no solo familiarizarse con el entorno y los participantes, sino también definir con claridad la dirección de su investigación y las herramientas teóricas que emplearía.

**Fase de descripción:**

Casa Sahni tiene como misión alojar a personas entre 0 y 18 años y madres con hijos en internación neonatológica, derivados desde el Servicio Social del Hospital Guillermo Rawson con sus mamás.

Los pacientes se encuentran en tratamiento ambulatorio y que su vivienda familiar esta fuera de los límites de la capital de San Juan o bien que, por su condición social, su vivienda no esté apta para la recuperación óptima. También se contemplan aquellos casos en los que los pacientes esperan diagnósticos de complejas enfermedades que no requieren internación. Niños que necesiten turnos médicos, entre otros.

El alojamiento consiste en brindarles cama, baño, alimentación adecuada, elementos de higiene personal, de limpieza, ropa, juguetes, y todo lo que se le pueda brindar durante su estadía.

El principal objetivo es ofrecer un espacio propicio para recuperar la salud física y emocional en un ambiente de armonía, bienestar y en un espacio diferente al de internación hospitalaria.

Los criterios de admisión para Casa SAHNI:

Destinada a niños entre 0 y 18 años acompañados por un adulto mayor de sexo femenino.

Madres de neonatología de zonas alejadas y embarazadas de alto riesgo. Si son menores de edad deben asistir con una persona de sexo femenino y mayor de edad como responsable. Si son mayores, las embarazadas pueden venir con una acompañante realizando consulta previa.

Habitaciones individuales para el paciente y su mamá, con posibilidades de alojar a hermanos en periodo de lactancia.

Horario de ingreso de 8hs a 17hs por derivación de servicio social del Hospital Rawson.  
Lunes a viernes. No hay ingresos los fines de semana.

Ingreso por derivación de médico de guardia (la misma con el motivo de ingreso, diagnóstico solicitud de turno y dieta si es necesario)

La situación de salud del niño o adolescente debe permitir su alojamiento, sin necesidad de atención médica o cuidados de enfermería.

La Casa Sahni cuenta con un equipo de personas tanto voluntarios como psicóloga y nutricionista para poder acompañar a los huéspedes y poder cumplir con ayudar a las necesidades de los pacientes.

Esta Casa cuenta con 10 habitaciones para alojar, con una cama y una chucheta con baño, ropa por si llegaran a necesitar, toallones, artículos de higiene personal, alimentación necesaria. Además, hay espacios para recreación tanto de lectura, dibujo, juegos al aire libre para los niños y un espacio de living para ver películas y televisión si gustaran, para poder sentirse “como en casa”.

### **Fase de planificación**

Una vez transcurrido el período de conocimiento y exploración de la institución — incluyendo su funcionamiento, la dinámica de los distintos talleres, el equipo de trabajo y los concurrentes—, se llevó a cabo una reunión con la tutora académica, la Licenciada Luciana Bordas, con el objetivo de delinear posibles intervenciones.

En dicho encuentro, se planteó la necesidad de realizar un seguimiento más preciso de un caso y de profundizar en las particularidades clínicas de un paciente. En este marco, se presentó el caso de E., una madre cuyo bebé se encontraba internado en el servicio de neonatología del Hospital Rawson, nacido con un peso de 800 gramos.

Este espacio resultó fundamental para comenzar a definir el tipo de intervenciones a implementar, procurando que las mismas se articularan tanto con el funcionamiento institucional como con los objetivos del presente trabajo.

### **Fase de intervención**

Casa Sahni brinda contención, acompañamiento, charlas y talleres, dependiendo las necesidades por ejemplo cuando la alumna realizaba las practicas supervisabas existía la necesidad de charlas informativas a voluntarios que estaban acompañando.

Una de las temáticas que más impactaban en los voluntarios del Hospital era la existencia de suicidios adolescentes y el acompañamiento que realizaban voluntarios con estos pacientes. La practicante junto con la tutora de campo visibilizó la falta de conocimiento con respecto a temáticas de salud mental entre los voluntarios.

Razón por la que la practicante, con la orientación de la Tutora de campo, idearon una charla informativa con detalles importantes conceptuales del suicidio adolescente, depresión, aislamiento, sintomatología general y conductas a tener en cuenta, así como qué hacer y no hacer en caso de la asistencia de dichos pacientes.

En el marco de dicha actividad, la principal tarea de la practicante era informar sobre el tema, conceptualizar sobre la situación en la que se encuentran estos jóvenes, dar información con respecto al cuidado de lo que se expresa frente a estos pacientes tan vulnerables y los riesgos que existen si se interviene sin la formación profesional adecuada.

La practicante indagó y registró, a partir del cual, pudo armar un taller de reflexión dirigido a los voluntarios que asistían servicios a la institución donde se compartieron puntos de vista, sentimientos, pudiendo así empatizar no solo con los pacientes sino también con sus compañeros. Además, se ofreció dentro de esta charla diferentes herramientas y actividades para su cuidado emocional.

La practicante tuvo la posibilidad de conocer a algunos de los pacientes, escuchar sus necesidades, padecimientos y avances dentro de sus respectivos tratamientos, tuvo mayor interés por E, una mamá prematura, tenía a su hija internada en Neonatología del hospital Rawson.

Dada la complejidad del caso la practicante, junto con la tutora académica creyeron oportuno realizar entrevistas de relevamiento de datos (ANEXO I) para poder articular el caso del paciente. Para ello, junto con la supervisión y acompañamiento del La Licenciada Natali Trujillo, la practicante realizó una anamnesis a E, una mamá con su bebé prematura. En esta entrevista la practicante indaga sobre aspectos de la vida de la paciente, datos de identificación, motivo de internación, eventos significativos en la gestación, historia del parto, complicaciones, estado emocional, situación actual, antecedentes personales y familiares, historia del embarazo actual, evaluación emocional actual, y áreas de impacto, estrés padecido durante el tratamiento de neonatología, se pudo observar el vínculo mamá bebé luego de la internación.

La anamnesis realizada a la paciente concurrente mediante entrevistas y pequeñas intervenciones que se realizaron con el mismo.

En el segundo encuentro, la practicante administró la escala (ANEXO II) *“Spanish Version of the Maternal Postnatal Attachment Scale”*, cuyo objetivo es evaluar el vínculo de apego materno posnatal. Este instrumento permite explorar distintas dimensiones de la relación madre-bebé, tales como el grado de cercanía emocional, los sentimientos hacia el bebé, la calidad de las interacciones y el comportamiento en presencia de terceros.

Asimismo, indaga aspectos relacionados con el disfrute o la frustración en el ejercicio de la maternidad, la presencia de pensamientos recurrentes o rumiaciones, las vivencias ante la separación de la bebé, la organización de los tiempos personales en relación con sus

necesidades, la toma de decisiones respecto a la crianza y el nivel de confianza en su rol materno, entre otros indicadores relevantes para la comprensión del vínculo temprano.

En el tercer encuentro se administró a la madre un cuestionario (ANEXO III) orientado a evaluar el estrés percibido en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. A través de este, se indagó sobre la exposición a diversas situaciones acontecidas durante la internación neonatal, así como sobre sus reacciones frente al estado físico y emocional de su bebé.

En particular, se exploraron aspectos vinculados a la percepción de cambios en el bebé (como el peso o el color de la piel), la realización de procedimientos médicos (inyecciones, curaciones), la información brindada por el equipo de salud y las distintas conductas y respuestas emocionales del niño/a, entre otros.

Para la finalización de los encuentros se realizó una entrevista (ANEXO IV) para indagar sobre el control parental luego de la internación de su bebé, la mamá pueda responder libremente con respecto, sentimientos con la maternidad, satisfacción de las necesidades de su bebé, responsabilidades, molestias, problemas de pareja, intereses de amistades, sentimientos de madre hacia su hijo, exigencias, etc.

Además, se realizó una entrevista de devolución con respecto al vínculo creado por la practicante y la mamá con un agradecimiento de parte de la practicante y donde E también muestra genuino sentimiento de bienestar y agrado.

A partir de las intervenciones se logró dilucidar distintos aspectos del caso que estaban dispersos y unirlos de una manera más integrada, propiciando así una posible lectura de su entramado.

**Fase de análisis y elaboración.**

Las técnicas utilizadas para la recolección de información e intervención de este trabajo fueron de índole cualitativa y cuantitativa. Se utilizó la técnica de observación con el instrumento de hoja de registro y la técnica de observación participante. También se recurrió a la escucha como principal técnica dentro del enfoque psicoanalítico, que da lugar a que cada sujeto se posicione como tal y de manera activa frente a lo que le sucede. Además de técnicas como anamnesis, escala de medición y entrevistas.

Al trabajar con un caso clínico, dichas observaciones se realizaron teniendo en cuenta la conducta de la mamá y la interacción con su bebé y la practicante. Se focalizó en su modo particular de interacción, verbalización, reacciones, miradas y desenvolvimiento luego de intervenciones, su adecuación a la institución y en su participación en los encuentros.

El análisis y elaboración del material también fue de tipo cualitativo y se enmarcó en la línea teórica del psicoanálisis. Para la construcción del caso se tuvieron en cuenta las técnicas y la propia historia contada por la paciente. Además, se intentó articular dicha información con la conceptualización teórica de embarazo y maternidad, identificaciones, miedos, ansiedades, etc. siguiendo la línea psicoanalítica.

La paciente (mamá) se mostró muy interesada, participativa, receptiva al momento de los encuentros con la practicante, momento en el que ya se encontraba en compañía de su hija.

### CAPÍTULO III

#### **Resultados**

A continuación, se expone la descripción de un caso clínico elegido a partir de los objetivos de este trabajo. Los datos que se presentan fueron modificados a fin de resguardar la identidad de la paciente y su hija.

#### **Datos iniciales de E. y primeros acercamientos: Anamnesis.**

La información que se presenta a continuación fue extraída de la anamnesis realizada por la practicante durante el primer encuentro con E., con el objetivo de relevar datos iniciales y comprender su proceso de embarazo, parto y el vínculo posterior con su hija, así como sus antecedentes familiares y médicos.

E. tiene 34 años y nació en un departamento alejado de la ciudad, donde actualmente convive con su pareja.

También refirió que se encuentra cursando un profesorado y que trabaja en el ámbito comercial. Al momento de quedar embarazada, dedicaba gran parte de su tiempo a sus actividades laborales; sin embargo, tras conocer la noticia, debió reducir algunas de ellas con el objetivo de transitar un embarazo seguro.

La bebé nació en el Hospital Rawson con 27 semanas de gestación, es trasladada inmediatamente a neonatología por estar en riesgo su vida y la de su hija ya que estaba en condiciones de prematuridad extrema. El peso al nacer de 880 gramos, razón por la que fue necesario permanecer 100 días internadas. E., estaba en su domicilio, cuando empieza trabajo de parto, se dirige a un hospital cercano de la zona y ahí deciden trasladarla a Hospital Rawson, donde asistió solo con su pareja y al tiempo llegaron sus padres.

Afirma “tenía mucho miedo de que algo le pasara a la beba, me sentía muy vulnerable y con mucha culpa”.

Durante esta anamnesis la practicante consultó sobre antecedentes psicológicos /y psiquiátricos dentro de la familia y la paciente respondió que no había, además de negar el consumo de medicación

Se indagó sobre de eventos significativos o estresores previos al embarazo, y mencionó la pérdida de un bebé anterior a un año del embarazo actual, con 16 semanas de gestación, “el corazón dejó de latir y no se supo bien la razón”, lo cual la había afectado anímicamente a tal punto de afectar la posible búsqueda de un embarazo. Respecto de la gestación de su actual bebé, aclaró “me quede embarazada de ella en el momento más estresante”, ya que estaba con finales, prácticas y trabajo.

La practicante consultó sobre el vínculo con la pareja y apoyo familiar, E. resaltó la buena relación con su pareja, un vínculo de más de 10 años, se entendían y conocían mucho.

En relación con la historia y planificación del embarazo actual, E. refirió que no se trató de un embarazo planificado, ya que se encontraba atravesando el duelo por la pérdida de un bebé previo, al mismo tiempo que intentaba finalizar sus estudios y experimentaba elevados niveles de estrés laboral.

No obstante, a pesar de lo vivido, expresó que tanto ella como su pareja recibieron la noticia con alegría y grandes expectativas. En sus palabras: “queríamos y pensábamos que todo iba a suceder como es lo normal; habíamos organizado un baby shower y sesiones de fotos durante el embarazo y para después del nacimiento, planes que lamentablemente no pudimos concretar”.

E. refiere que en su hogar ya se encontraba preparada la habitación de la bebé y que el nombre había sido previamente elegido, destacando que transitaban la espera con gran

entusiasmo y felicidad. Asimismo, señala que los controles médicos se desarrollaban conforme a lo esperado.

No obstante, menciona que el curso del embarazo estuvo acompañado de elevados niveles de estrés, vinculados tanto a exigencias académicas —exámenes y prácticas— como al temor asociado a la pérdida previa. En este sentido, adoptó una actitud de extrema precaución respecto a los controles y al cuidado cotidiano, expresando: “trataba de no hacer nada por miedo a que algo saliera mal”.

Cuando la practicante indaga acerca del estado emocional predominante durante el embarazo, E. refiere haber experimentado miedo, principalmente vinculado a la situación previa. Señala que, a partir de ello, adoptó una actitud de mayor cuidado: “no hacía muchas cosas, me cuidaba más”. Asimismo, manifestó dudas frecuentes respecto a su capacidad para ejercer el rol materno, expresando: “tenía dudas sobre si iba a poder desempeñar de buena manera mi rol de madre, en cuanto a los cuidados y necesidades de mi bebé; me apoyaba mucho en la experiencia de mi mamá”.

Por otro lado, comentó que en algunos momentos presentaba pensamientos de carácter catastrófico, relacionados con posibles complicaciones durante el parto o con la salud de su bebé “había días en los que tenía pensamientos terroríficos respecto a que algo me sucediera en el parto o a mi bebé”.

La bebé nació por cesárea debido a la falta de dilatación. Se presentaron complicaciones asociadas a la prematurez extrema. Al momento del parto, E. se encontraba acompañada únicamente por su pareja, mientras que sus padres llegaron posteriormente. Ante la consulta de la practicante sobre su estado emocional durante y después del parto, E. expresó haber experimentado “miedo, soledad y culpa”.

Al ser consultada sobre su situación actual, E. refiere que su hija ya se encuentra de alta; no obstante, continúan alojadas en Casa Sahni debido a la necesidad de realizar controles médicos periódicos. En relación con su estado emocional, manifiesta sentirse más tranquila, destacando la importancia de poder estar en contacto continuo con su hija y no permanecer separadas.

Asimismo, señala que su descanso ha mejorado en comparación con el período de internación, durante el cual el sueño se veía frecuentemente interrumpido.

En cuanto al contacto con su hija durante la internación, refiere que podía verla aproximadamente cuatro veces al día. La bebé permaneció dos meses en terapia intensiva, un mes en terapia intermedia y, posteriormente, requirió dos días adicionales en terapia intensiva.

La practicante consultó qué solía hacer en esas visitas y ella respondió “le doy la teta, la cargo, además nos aconsejaban las enfermeras que les hablemos, cantemos o demostremos afecto, quizás solo está durmiendo, pero si podía cargarla lo hacía, y obvio estar muy atenta al color de su piel, respiración, etc.”

La practicante también pudo observar que, durante la entrevista, la madre se mostraba hipervigilante respecto a su bebé, quien se encontraba durmiendo en el cochecito. De manera frecuente, la miraba, la tocaba, acomodaba su mantita y verificaba su respiración, evidenciando un estado de alerta constante. A pesar de ello, respondía de manera atenta y adecuada a cada una de las preguntas realizadas por la practicante.

### **Apego Mamá-Bebé**

El segundo encuentro fue programado con antelación, considerando los horarios en los que E. se encontraba en Casa Sahni y sin turnos médicos, a fin de propiciar un espacio tranquilo. E. asistió de manera puntual, acompañada por la bebé, quien se encontraba

durmiendo. Se mostró alegre y entusiasmada; al momento del encuentro, hacía aproximadamente dos semanas que su hija había recibido el alta.

En esta oportunidad la practicante utilizó como técnica “SPANISH VEESION OF MATERNAL POSTANATAL ATTACHMENT SCALE” (ANEXO II) es un instrumento diseñado para evaluar la calidad del vínculo afectivo que la madre establece con su bebé durante el período posnatal, considerando dimensiones como el placer en la interacción, la tolerancia y la ausencia de rechazo.

En el presente caso, el resultado obtenido corresponde a un puntaje medio-alto de apego, lo cual indica, en términos generales, que la madre presenta un buen nivel de vínculo afectivo con su hija. Este resultado sugiere la presencia de sentimientos positivos hacia el bebé, disposición para la cercanía emocional y capacidad de respuesta ante sus necesidades.

Asimismo, un puntaje en este rango permite inferir que la madre logra establecer una relación caracterizada por el disfrute del contacto, la implicación emocional y una adecuada sensibilidad materna, elementos fundamentales para el desarrollo de un apego seguro.

No obstante, al tratarse de un nivel medio-alto, podría considerarse la presencia de ciertas ambivalencias o tensiones propias del período posnatal, especialmente en contextos atravesados por situaciones de estrés, como la internación neonatal. En este sentido, resulta relevante continuar promoviendo espacios de acompañamiento que favorezcan el fortalecimiento del vínculo y la elaboración emocional de la experiencia.

La practicante explicó a la mamá lo que es el apego, cómo se manifiesta y qué tipo de información brindaba la escala realizada.

Durante el encuentro, E. se mostró receptiva y con buena predisposición para el encuentro. La bebé se encontraba en el cochecito junto a ella y, aunque permanecía dormida, la madre se mantenía atenta a su presencia, observándola de manera constante. Asimismo, se

registró que E. mecía el cochecito de forma continua, lo cual podría interpretarse como una conducta de cuidado y regulación orientada hacia la bebé.

Con respecto al estado de ánimo de E. se mostraba muy contenta y comentó mientras realizaba la escala que llevaba bien la maternidad, “estamos muy contentos en casa por ya tenerla con nosotros, es una beba muy tranquila”.

Cuando E. realizaba la escala iba leyendo en voz alta y hacia comentarios de sus respuestas, hizo énfasis “a veces me siento irritada cuando estoy cuidando a mi bebe”, la practicante indaga la razón de esta irritación y ella responde que a veces le da miedo estar haciendo algo mal, lastimarla o que haya un accidente, “pero no siento que ella tenga la culpa, es chiquita”.

E. aclaró que en las últimas dos semanas su sentimiento predominante era el cariño intenso y que, durante los últimos meses, durante el periodo de internación habían sido la sensación de miedo intenso a perder a su hija, “ahora que la puedo tener conmigo y sé que va a ir mejorando día a día me deja más tranquila y llena de amor”

“El tiempo que la hemos tenido en casa, rara vez me he sentido tensa o nerviosa solo con algunas excepciones, pero la mayor parte del tiempo me siento bastante competente a satisfacer las necesidades de mi hija, aclaro, aunque obvio a veces tengo mis inseguridades, pero creo que lo estoy haciendo bastante bien para ser primeriza” dijo E.

También resaltó que ha disminuido la intensidad hacia otros vínculos como amigos, que disfruta de ellos y cuando están con la bebé se siente muy orgullosa de la hija fuerte que tiene “cuando la veo me siento muy orgullosa, tan chiquita y fuerte, es increíble”, con mucha emoción en sus ojos.

E. comenta a la practicante que cuando no está cerca de su bebé, o está realizando algún trámite piensa todo el tiempo en su hija, espera llegar a casa para poder cargarla y estar juntas.

La practicante consulta si percibe a su bebé una parte de ella misma; ella respondió “¡Claro, completamente como mi bebé!”, dijo con mucho entusiasmo y felicidad.

E. refiere a la practicante que la maternidad ha implicado la necesidad de realizar diversos sacrificios y resignar actividades personales, lo cual en ocasiones le genera sentimientos de ambivalencia, expresando que “a veces se arrepiente de no priorizarse”. Asimismo, manifiesta la percepción de que “ya no vuelve a estar en primer lugar”; no obstante, destaca que logra organizarse con el padre de la bebé para disponer de espacios destinados a sus propias actividades.

La practicante indaga acerca de la vivencia de la maternidad y las responsabilidades asociadas a este rol. En respuesta, E. expresa que esta nueva etapa representa una gran carga y un desafío significativo, aunque manifiesta confianza en la forma en que ella y el padre están llevando adelante la crianza. Asimismo, refiere percibirse como una persona relativamente tranquila frente a las demandas del cuidado, destacando además el acompañamiento frecuente de su propia madre, lo cual constituye un sostén importante.

No obstante, E. menciona la presencia de temores vinculados a la posibilidad de que ocurra “algún accidente” con su bebé y no poder controlarlo, lo que da cuenta de cierta ansiedad en relación con el cuidado. A pesar de ello, señala que con el paso del tiempo ha logrado sentirse más competente y segura en su rol materno, especialmente en los momentos en que se encuentra a solas con su hija.

**Estrés Parental en Cuidados Intensivos Pediátricos.**

En el tercer encuentro se trabajó sobre el estrés materno de la madre con su hija en cuidados intensivos, este encuentro fue muy movilizante para E. ya que como afirma “no le desearía a ninguna mamá ver a su bebé en ese estado”. Resalta la fortaleza que se debe tener para la inestabilidad diariamente. Expresó su dificultad en el control de ciertas situaciones, pero a su vez muy bien en otras. Refiere haberse sentido “en automático”.

Comentó que aprendió a interpretar el estado de su hija en contexto hospitalario el color de la piel, los movimientos, los ojos, el peso, además afirma que todo puede cambiar de un día al otro. “Una noche te fuiste y está todo bien y al otro día tiene una operación de urgencia, hay mucha inestabilidad y nerviosismo”.

Resalta la necesidad de fortaleza en momentos como operaciones, inyecciones o “ni hablar cuando te sacan de la sala por una urgencia, ya que consideran que es mejor que no presencias ese momento”.

A demás comenta que muchas veces quería prestar mucha atención a los diagnósticos de médicos y enfermeros pero que la angustia no la dejaba escuchar todo, “me disociaba algunas veces y no podía controlarlo”.

La practicante indaga acerca de cómo E. percibía la conducta de su bebé durante la internación. En respuesta, E. refiere que la vivencia fue de gran inestabilidad e incertidumbre, señalando que “todo cambiaba día a día” y que le resultaba difícil interpretar el llanto de su hija, expresando: “no sabía si lloraba por hambre o porque había algo mal adentro de ella, eso me ponía muy nerviosa”. Asimismo, manifiesta que la falta de control sobre la situación y el reconocimiento de que “no todo dependía de ella” le generaban una sensación de colapso emocional.

Además, destaca que atravesó este período en gran medida en soledad, lo que intensificó sus vivencias emocionales, refiriendo que sentía que “tenía que poder con todo sola”. Esto permite inferir la presencia de altos niveles de ansiedad y sentimientos de culpa asociados al cuidado de su bebé en dicho contexto.

En reiteradas oportunidades durante el encuentro, E. expresa que la internación le generaba ansiedad y malestar significativos, especialmente por la imposibilidad de cuidar a su bebé de manera continua debido a los horarios restringidos de visita. Señala que presentaba dificultades para conciliar el sueño, asociadas a la incertidumbre respecto al estado de salud y al diagnóstico diario de la bebé. Asimismo, manifiesta que le resultaba particularmente angustiante saber que su hija podía estar llorando o atravesando alguna situación sin poder estar presente, lo cual se acompañaba de temores relacionados con que la bebé pudiera sentirse “sola” o “sin amor materno”.

Por otro lado, refiere miedo a no estar a la altura para asistir a su bebé ante una posible crisis o empeoramiento, lo que evidencia sentimientos de inseguridad en el ejercicio del rol materno en un contexto de alta complejidad. No obstante, también reconoce que esta experiencia le permitió tomar conciencia de los propios límites, expresando que “no podemos con todo y que necesitamos ayuda”.

Además, menciona que el ambiente hospitalario, el ruido de las máquinas y las luces le generaban mucho estrés “cuando me iba a dormir me quedaba el ruido retumbando” manifestó.

La practicante realizó una evaluación. Utilizando la “Escala de Evaluación de Estresores Parentales en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos” (PSS: PICU), desarrollada por Margaret Carter y Melanie S. Miles (1982), y posteriormente traducida y adaptada al español por Aquilino Polaino-Lorente y Carlos Ochoa (1992), (ANEXO III). Es un

instrumento que permite evaluar el nivel de estrés que experimentan los padres ante la internación de un hijo en una unidad de cuidados intensivos.

Esta escala indaga diferentes dimensiones del estrés parental, tales como:

- El ambiente de la unidad (ruidos, aparatos, luces, dinámica hospitalaria).
- El estado del niño/a (aspecto físico, procedimientos médicos, dolor).
- El rol parental (sensación de pérdida de control, dificultad para cuidar o proteger al hijo).
- La comunicación con el equipo de salud.

En el encuentro clínico, se observó que la paciente se mostraba receptiva y colaboradora, aunque con signos de ansiedad, evidenciados en su actitud atenta y en la lectura minuciosa de cada ítem. Esta conducta puede interpretarse como un intento de comprender y procesar la situación, lo cual es frecuente en contextos de alta carga emocional como la internación neonatal o pediátrica.

El resultado obtenido —puntaje alto de estrés— implica que la madre ha experimentado un nivel significativo de malestar emocional frente a la situación de internación. Este tipo de resultado suele asociarse con:

- Elevada ansiedad y preocupación por la salud del hijo.
- Sentimientos de impotencia o pérdida del rol parental, al no poder ejercer plenamente funciones de cuidado.
- Sobrecarga emocional, que puede incluir miedo, tristeza o angustia.
- Mayor vulnerabilidad psicológica, con riesgo de desarrollar sintomatología como estrés agudo o dificultades en el vínculo temprano.

Desde una perspectiva clínica, este hallazgo es relevante, ya que indica la necesidad de:

- Brindar contención emocional a la madre.
- Favorecer espacios de escucha y expresión emocional.
- Fortalecer su rol parental, promoviendo su participación en el cuidado del bebé en la medida de lo posible.
- Acompañar el proceso de elaboración psíquica de la experiencia de internación.

En síntesis, un puntaje alto en esta escala no solo refleja el impacto emocional de la internación, sino que también funciona como un indicador de riesgo que orienta la intervención psicológica temprana, con el objetivo de proteger tanto la salud mental de la madre como el vínculo madre-bebé.

### **Estrés Parental post internación**

Para finalizar los encuentros con E., la practicante realizó una entrevista semidirigida (ANEXO IV). En la misma, se abordó el nivel de estrés asociado a la maternidad de cuatro meses. E. manifestó percepciones de competencia en relación con la atención de las necesidades de su hija; sin embargo, también señaló dificultades para manejar determinadas situaciones, especialmente al momento de interpretar lo que le sucede a la niña —si presenta hambre, sueño o algún malestar físico—. En este sentido, expresó: “yo solo quiero que no sufra”.

Asimismo, E. manifestó que en esta etapa disfruta compartir momentos con amigos y allegados, ya que considera importante que su bebé comience a desarrollar una vida social más allá del vínculo con sus padres. En este sentido, señaló: “ya no estoy tan pendiente de enviar mensajes para saber cómo están, aunque sí me alegra saber de ellos y verlos cada tanto”.

Comentó que aún no ha retomado su actividad laboral, aunque expresó su deseo de hacerlo en un futuro próximo.

En relación con su hija, refirió que en ocasiones llora o se muestra irritable, pero considera que estas conductas son acordes a su edad. Asimismo, reconoce la importancia de aprender a interpretar sus estados emocionales para poder responder de manera adecuada a sus necesidades.

Ante la consulta de la practicante sobre si se trata de una bebé que demanda mucha atención o presenta llanto excesivo, E. respondió que lo considera “normal”, asociado principalmente a situaciones de hambre o sueño, sin observar aspectos fuera de lo esperado. Agregó que suele despertarse de buen humor, aunque puede reaccionar de manera intensa cuando algo le desagrada.

Como cierre de la entrevista, se le preguntó si percibe que su bebé le exige más que otros niños. E. respondió que considera que su comportamiento es acorde a su edad, destacando: “es una beba muy buena, se las bancó toda durante la internación y ahora es bastante tranquila”.

Para concluir el último encuentro, la practicante realizó un cierre agradeciendo la predisposición de la entrevistada y su valiosa colaboración con la investigación. E. se mostró muy satisfecha y entusiasta por haber participado, destacando la atención recibida durante la internación de su bebé y el acompañamiento brindado por el equipo de salud. Finalmente, expresó que su motivación para colaborar en el trabajo radica en el profundo agradecimiento que siente por la oportunidad de ser madre.

**Interacciones mamá-bebé- entorno.**

Al momento de la entrevista, E. convive con su pareja y su bebé, refiriendo una buena convivencia y un vínculo positivo entre los miembros del grupo familiar. Asimismo, manifiesta una tendencia al control, expresando la necesidad de que “todo salga bien”, lo cual podría vincularse con intentos de organizar y anticipar situaciones en el ejercicio de la maternidad.

En relación con las nuevas responsabilidades, E. señala que no las percibe como sobre cargantes ni considera haber “dejado su vida de lado”, destacando que la maternidad constituye una elección personal. No obstante, al ser consultada sobre las dificultades propias de esta etapa, reconoce enfrentarse a diversos desafíos asociados a la inexperiencia como madre primeriza. A pesar de ello, se percibe como fortalecida tras la experiencia de la internación en neonatología, refiriendo que esta vivencia le ha permitido sentirse más capaz de afrontar futuras dificultades y sostener, junto a su pareja, los desafíos de la crianza.

En cuanto a sus vínculos sociales, E. refiere una disminución en el interés y la disponibilidad hacia otras relaciones, señalando que ya no se encuentra tan atenta a sus amistades, encuentros sociales o a la vida de pareja como antes, dado que actualmente prioriza el bienestar, las necesidades y el cuidado de su bebé. Sin embargo, también expresa que valora y disfruta los espacios compartidos con otros, en tanto le permiten integrar a su hija en su entorno cercano y compartir esta nueva etapa.

Asimismo, menciona que, progresivamente, han ido disminuyendo los temores y ansiedades relacionados con su capacidad para ejercer el rol materno y responder adecuadamente a las necesidades de su bebé, lo que sugiere un proceso de mayor confianza y seguridad en sí misma.

En relación con la figura paterna, E. destaca su importancia como un factor de sostén y estabilidad tanto para ella como para la bebé. A su vez, expresa sentimientos de tristeza y añoranza por los períodos de separación vividos durante la internación —cuando ella se

encontraba en Casa Sahni y él su vivienda por motivos laborales—, señalando que el contacto se limitaba a la comunicación telefónica, lo cual intensificaba la vivencia de distancia.

## **CAPÍTULO IV**

### **Discusiones**

#### **Conclusiones generales**

A partir de los conceptos que se presentan en este trabajo se procede a realizar una articulación entre estos y el caso anteriormente expuesto

#### **Síntesis del caso y principales hallazgos**

El presente trabajo abordó el caso clínico de E., una mujer de 34 años que atravesó un parto prematuro siendo internada de urgencias a la Unidad de Servicios Neonatales con su hija.

Un embarazo no planificado en un contexto de estrés académico, laboral y duelo previo por la pérdida gestacional de un embarazo anterior. Durante la gestación, se evidenciaron elevados niveles de ansiedad y además entusiasmo por la espera de su hija.

El nacimiento de su hija se produjo de manera prematura a las 27 semanas de gestación, requiriendo internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales durante un período prolongado. Esta situación implicó un fuerte impacto emocional para la madre, caracterizado por sentimientos de miedo, culpa, vulnerabilidad y sensación de pérdida de control, así como dificultades asociadas al contexto de separación física y restricciones en el contacto con la bebé.

En relación con los resultados obtenidos en la escala “Estrés parental durante internación en Neonatología”, se identificaron niveles elevados de estrés parental durante la internación, así como manifestaciones de ansiedad persistente, particularmente asociadas a la incertidumbre médica y a la imposibilidad de ejercer plenamente el rol materno. Asimismo, se observaron conductas de hipervigilancia hacia la bebé, tanto durante la internación como en los momentos de los encuentros.

No obstante, también se evidencian recursos psíquicos y factores protectores significativos, tales como el acompañamiento de la pareja y la red familiar, la implicación activa en el cuidado de la bebé y una progresiva disminución de la ansiedad con el paso del tiempo luego de la internación. En este sentido, los resultados de la escala de apego indican un nivel medio-alto, lo cual sugiere la presencia de un vínculo afectivo positivo en construcción.

En síntesis, el caso permite visibilizar la complejidad del proceso de maternidad en contextos de prematuridad e internación neonatal, donde coexisten factores de riesgo y elementos protectores que inciden en la construcción del vínculo temprano.

### **El proceso de maternidad como reorganización psíquica**

En el caso clínico de E., el embarazo puede comprenderse como un proceso de reorganización psíquica profunda, en consonancia con los desarrollos teóricos de Raquel Soifer y Serge Lebovici. Tal como plantea Soifer, el embarazo no solo implica transformaciones biológicas, sino también cambios emocionales y subjetivos que configuran una crisis evolutiva, en la cual la mujer debe redefinir su identidad incorporando el rol materno.

En E., este proceso se evidencia en las modificaciones en su estilo de vida y en su posicionamiento subjetivo frente al embarazo. La paciente refiere que, previo a la gestación, se encontraba fuertemente abocada a sus estudios y trabajo, tras conocer el embarazo, debió reducir actividades y aumentar los cuidados, lo cual da cuenta de una reorganización tanto práctica como psíquica. Este pasaje implica dejar de ocupar exclusivamente el lugar de estudiante y trabajadora para comenzar a construirse como madre, en un proceso de adaptación progresiva a nuevas responsabilidades y significaciones.

Asimismo, Raquel Soifer (1980) describe que, durante el embarazo, la madre aún no conoce físicamente a su hijo, pero suele imaginarlo y representarlo mentalmente, proyectando en él rasgos propios, del padre o de la familia. Estas representaciones internas constituyen fantasías prenatales, las cuales cumplen funciones fundamentales: preparan psicológicamente

a la madre para la llegada del bebé, permiten la elaboración de deseos y temores vinculados a la maternidad y funcionan como un “borrador” del vínculo temprano.

La autora distingue entre fantasías idealizadas y fantasías temidas. En el caso de E., ambas modalidades se hacen presentes. Por un lado, se observan fantasías idealizadas en las expectativas construidas junto a su pareja —como la organización del *baby shower*, la preparación del cuarto y la proyección de un embarazo “normal”—, lo cual refleja una representación positiva del bebé esperado. Por otro lado, emergen con intensidad fantasías temidas, especialmente asociadas a la posibilidad de pérdida o enfermedad, influenciadas por el antecedente de un embarazo previo interrumpido. Expresiones como “tenía mucho miedo de que algo saliera mal” o la presencia de “pensamientos terroríficos” evidencian la carga ansiosa de estas representaciones.

En este sentido, Serge Lebovici (1983, 1994) introduce el concepto de “bebé imaginario”, entendido como una construcción psíquica que orienta la manera en que la madre se prepara para recibir a su hijo. Este bebé imaginario cumple una función estructurante, en tanto permite anticipar experiencias afectivas, organizar deseos y temores, y constituir un marco de referencia emocional que influirá en la relación con el bebé real.

Sin embargo, en el caso de E., la prematuridad extrema y la internación neonatal generan una ruptura abrupta entre el bebé imaginado y el bebé real, produciendo un fuerte impacto emocional. Tal como señalan Pallás y de la Cruz (2004), en estos contextos se amplía la distancia entre lo esperado y lo vivido, lo cual incrementa el sufrimiento parental. Esto se evidencia en E. a través de sentimientos de miedo, culpa y vulnerabilidad, especialmente en el momento del parto y durante la internación.

Por otra parte, la internación en la UCIN introduce un factor adicional de desorganización, ya que implica la separación física temprana entre madre e hija, interfiriendo

con la necesidad de proximidad y dificultando la integración entre las fantasías prenatales y la experiencia real del vínculo. No obstante, como señala Soifer, cuando estas fantasías pueden ser elaboradas de manera flexible, se favorece la construcción de un vínculo afectivo más seguro.

En este sentido, a pesar de las condiciones adversas, en E. se observan recursos psíquicos y procesos de adaptación, evidenciados en su implicación en el cuidado, su atención constante hacia la bebé y la progresiva disminución de la ansiedad en la actualidad. Esto sugiere que, aunque atravesado por la crisis, el proceso de reorganización psíquica logra orientarse hacia la construcción del rol materno y del vínculo temprano.

En síntesis, el caso de E. permite comprender el embarazo como un proceso complejo de reconfiguración identitaria, donde las fantasías, expectativas y temores se entrelazan con la experiencia real, especialmente en contextos de prematuridad.

### **Impacto de la prematuridad y la internación neonatal**

El nacimiento prematuro y la posterior internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) constituyen un evento altamente disruptivo en el proceso de construcción del vínculo temprano, en tanto introducen condiciones de separación, incertidumbre médica y elevada carga emocional. Tal como señalan diversos autores del campo de la psicología perinatal, este contexto representa un desafío significativo tanto para la madre como para el bebé, afectando la consolidación del apego y la experiencia subjetiva de la maternidad.

En el caso de E., la internación de su hija durante un período prolongado —incluyendo terapia intensiva e intermedia— implicó la necesidad de adaptarse a un régimen de contacto restringido, limitado a visitas pautadas. Esta situación interfiere directamente con lo planteado por John Bowlby, quien sostiene que la proximidad física con la figura de apego constituye una necesidad biológica primaria, fundamental para la regulación emocional del bebé. La

imposibilidad de sostener un contacto continuo no solo afecta al recién nacido, sino que también impacta en la vivencia materna, generando sentimientos de angustia e impotencia.

Durante las visitas, E. refiere desplegar conductas orientadas al cuidado y al establecimiento del vínculo, tales como amamantar, cargar a su bebé, hablarle y cantarle. Estas acciones pueden comprenderse como intentos de sostener la cercanía afectiva en un contexto adverso, en línea con los aportes de Mary Ainsworth, quien destaca la importancia de la sensibilidad materna en la construcción del apego. Asimismo, la madre señala haber aprendido a observar indicadores clínicos como el color de la piel, la respiración o los movimientos, lo cual da cuenta de un proceso de ajuste a las condiciones del entorno hospitalario, aunque mediado por una fuerte carga de ansiedad.

En este sentido, el relato de E. evidencia una vivencia marcada por la inestabilidad y la incertidumbre constante, expresada en frases como “todo cambiaba día a día” o “una noche está todo bien y al otro día tiene una operación de urgencia”. Esta imprevisibilidad se constituye como una fuente central de estrés, tal como señalan Browne y Talmi (2010), quienes destacan que la incertidumbre respecto a la salud del bebé incrementa significativamente la ansiedad parental.

Asimismo, la madre refiere haber experimentado estados de desregulación emocional, incluyendo dificultades para procesar la información médica y episodios de desconexión (“me dissociaba y no podía controlarlo”), lo cual puede comprenderse como una respuesta defensiva frente a la sobrecarga emocional. En línea con lo planteado por estudios sobre estrés postraumático en contextos neonatales (Lundy et al., 2010; Sweeney & Coates, 2019), estas manifestaciones dan cuenta del impacto psicológico que puede tener la experiencia de internación prolongada.

Por otra parte, E. expresa sentimientos persistentes de ansiedad, culpa y temor, particularmente asociados a la imposibilidad de estar presente de manera constante y a la percepción de no poder proteger completamente a su hija. El temor a que la bebé pudiera sentirse “sola” o “sin amor materno” refleja la tensión entre el deseo de cuidado y las limitaciones impuestas por el contexto hospitalario. Estos sentimientos coinciden con lo señalado por Miles et al. (1999), quienes describen la culpa y la autoevaluación negativa como respuestas frecuentes en madres de bebés prematuros.

En relación con el vínculo temprano, la separación física y las restricciones en el contacto pueden interferir en la sintonía madre–bebé, dificultando la lectura e interpretación de las señales del recién nacido. Tal como plantea Daniel Stern (1995), las primeras interacciones son fundamentales para la construcción del sentido de sí mismo en el bebé, por lo que su alteración puede generar efectos en la organización temprana de la experiencia subjetiva. En la misma línea, Donald Winnicott (1960) destaca que la función de sostén (*holding*) puede verse comprometida en contextos donde la madre no puede brindar continuidad en el cuidado.

No obstante, a pesar de estos factores de riesgo, también se identifican en el caso de E. elementos que favorecen la construcción del vínculo, tales como su implicación activa en las visitas, su esfuerzo por interactuar con la bebé y su capacidad de adaptación progresiva al entorno hospitalario. En este sentido, intervenciones como el contacto piel a piel — desarrolladas por Nils Bergman— y los modelos de cuidado centrados en el desarrollo — propuestos por Heidelise Als— resultan fundamentales para promover la cercanía y la participación parental, incluso en contextos de alta complejidad médica.

En síntesis, el caso de E. permite visibilizar cómo la prematurez y la internación neonatal generan un impacto significativo a nivel emocional y vincular, caracterizado por altos niveles de estrés, ansiedad e incertidumbre, pero también por la puesta en juego de recursos adaptativos orientados a sostener el vínculo con el bebé. Este escenario pone de relieve la

importancia de intervenciones que contemplen no solo las necesidades médicas del recién nacido, sino también el acompañamiento psicológico de los padres, favoreciendo la construcción de un vínculo temprano más seguro.

### **Estrés parental y trauma perinatal**

La experiencia de internación neonatal, especialmente en contextos de prematuridad extrema, constituye un evento altamente estresante y potencialmente traumático para los padres. Diversas investigaciones en psicología perinatal han señalado que la exposición a situaciones de riesgo vital del recién nacido, la incertidumbre médica y la separación física generan un impacto significativo en la salud emocional de los cuidadores.

En el caso de E., se evidencian niveles elevados de estrés parental durante el período de internación, manifestados a través de ansiedad persistente, dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de culpa y una marcada necesidad de control frente a la inestabilidad del estado de salud de su hija. La paciente refiere que “todo cambiaba día a día” y que la imposibilidad de anticipar la evolución clínica generaba una constante sensación de incertidumbre y nerviosismo.

El instrumento *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)*, desarrollado por Margaret C. Miles, permite comprender estas vivencias a partir de tres dimensiones principales: la apariencia y comportamiento del bebé, el entorno de la UCIN y la alteración del rol parental. En E., estas dimensiones se encuentran claramente presentes. Por un lado, la dificultad para interpretar el llanto de su hija y los cambios en su estado clínico incrementaban la ansiedad; por otro, el entorno hospitalario, caracterizado por la aparatología, los procedimientos invasivos y la dinámica médica, resultaba altamente estresante. Sin embargo, el factor de mayor impacto parece vincularse con la alteración del rol materno, especialmente por la imposibilidad de cuidar a su bebé de manera continua.

Asimismo, E. manifiesta haber experimentado momentos de desregulación emocional, incluyendo episodios de desconexión o disociación frente a la angustia, lo cual puede interpretarse como un mecanismo defensivo ante la sobrecarga psíquica. En este sentido, estudios como los de Lundy et al. (2010) y Sweeney & Coates (2019) señalan que la internación neonatal puede dar lugar a síntomas compatibles con el estrés postraumático, tales como hipervigilancia, ansiedad intensa y dificultades en el procesamiento de la experiencia.

La presencia de sentimientos de culpa también resulta significativa en el relato de E., quien refiere haberse sentido responsable por la situación de su bebé, a pesar de tratarse de condiciones médicas fuera de su control. Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en la literatura (Miles et al., 1999), donde se describe una tendencia a la autoevaluación negativa en madres de bebés prematuros.

Por otra parte, la imposibilidad de estar presente de manera constante junto a su hija genera en E. una profunda angustia, asociada al temor de que la bebé pudiera sentirse “sola” o “sin amor materno”. Esta vivencia se vincula con la interferencia en el ejercicio del rol materno, así como con la dificultad para sostener la proximidad emocional en un contexto de separación física.

No obstante, a pesar de la intensidad del malestar, también se observan en E. procesos de adaptación y afrontamiento. La paciente refiere que, con el paso del tiempo, logró adquirir herramientas para interpretar el estado de su bebé y desenvolverse en el entorno hospitalario, lo cual contribuyó a una progresiva sensación de mayor control y competencia.

En síntesis, el caso de E. pone de manifiesto cómo la internación neonatal puede constituirse como una experiencia de alto impacto emocional, con características potencialmente traumáticas, en la cual el estrés parental se expresa a través de múltiples dimensiones. Al mismo tiempo, evidencia la importancia de reconocer y acompañar estas

vivencias, promoviendo intervenciones que favorezcan la elaboración psíquica de la experiencia y el fortalecimiento del vínculo temprano.

### **Duelo por el bebé imaginario**

En el caso de E., la experiencia de la prematuridad y la internación neonatal implicó una ruptura significativa entre el bebé esperado y el bebé real, dando lugar a un proceso de duelo. Durante el embarazo, la paciente refiere haber construido múltiples expectativas en torno a la llegada de su hija, evidenciadas en la organización de actividades como el *baby shower*, la preparación del espacio físico para la bebé y la anticipación de un nacimiento dentro de parámetros considerados “normales”. Estas representaciones dan cuenta de la presencia de un bebé imaginado, sano y esperado, asociado a sentimientos de ilusión y felicidad.

Sin embargo, el nacimiento prematuro a las 27 semanas de gestación y la posterior internación en la UCIN interrumpieron abruptamente estas expectativas, generando un impacto emocional significativo. E. expresa haber experimentado miedo, culpa y vulnerabilidad, particularmente ante el riesgo vital de su hija y la imposibilidad de ejercer el rol materno de manera continua. Asimismo, la prolongada internación y las restricciones en el contacto contribuyeron a intensificar la distancia entre lo imaginado y lo vivido.

Desde una perspectiva teórica, Serge Lebovici (1983, 1994) plantea que durante el embarazo la madre construye un “bebé imaginario”, el cual funciona como una representación psíquica del hijo, cargada de deseos, expectativas y temores. Este bebé fantaseado cumple una función organizadora, preparando emocionalmente a la madre para el encuentro con el bebé real. No obstante, cuando las condiciones del nacimiento difieren significativamente de lo esperado —como ocurre en la prematuridad—, puede generarse una brecha entre ambas representaciones, dando lugar a un proceso de duelo.

En la misma línea, Raquel Soifer (1980) sostiene que las fantasías prenatales pueden incluir tanto aspectos idealizados como temidos, y que su elaboración flexible resulta

fundamental para la construcción del vínculo temprano. En el caso de E., si bien se observan fantasías idealizadas durante la gestación, la irrupción de la prematuridad intensifica las fantasías temidas, vinculadas a la fragilidad, enfermedad y posible pérdida de la bebé.

Asimismo, la literatura señala que en contextos de internación neonatal este duelo puede verse complejizado por la separación física y la incertidumbre médica, lo cual dificulta la integración entre el bebé imaginado y el bebé real. Tal como refieren Pallás y de la Cruz (2004), la distancia entre lo esperado y lo vivido en estos casos suele ser significativa, generando sentimientos de tristeza, angustia y desorganización emocional en los padres.

En E., este proceso se manifiesta a través de la expresión de emociones intensas y de la necesidad de adaptarse a una realidad inesperada. No obstante, también se observan indicios de elaboración progresiva del duelo, evidenciados en su implicación en el cuidado durante las visitas, su interés por interactuar con su hija y la progresiva disminución de la ansiedad en la actualidad.

En este sentido, el duelo por el bebé imaginario no constituye un proceso patológico, sino una elaboración psíquica necesaria, que permite a la madre reconocer y aceptar al bebé real en su singularidad. La posibilidad de transitar este proceso de manera acompañada resulta fundamental para favorecer la construcción de un vínculo temprano más seguro y ajustado a las características del niño.

En síntesis, el caso de E. permite comprender cómo la prematuridad y la internación neonatal pueden activar un proceso de duelo vinculado a la caída del bebé idealizado, el cual, al ser progresivamente elaborado, posibilita la reorganización psíquica materna y el encuentro con el hijo real.

### **Construcción del vínculo temprano**

La construcción del vínculo temprano entre madre e hijo constituye un proceso complejo que se inicia incluso antes del nacimiento y se consolida a partir de las interacciones tempranas. La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby, plantea que el apego es un sistema conductual innato cuya función es garantizar la proximidad con la figura de cuidado, favoreciendo la supervivencia y la regulación emocional del niño. En este proceso, la disponibilidad y sensibilidad del cuidador resultan fundamentales para la conformación de un apego seguro.

En el caso de E., la evaluación del vínculo madre-bebé a través de la *Spanish Version of Maternal Postnatal Attachment Scale* evidenció un puntaje medio-alto de apego, lo cual indica, en términos generales, la presencia de un vínculo afectivo positivo, caracterizado por cercanía emocional, implicación en el cuidado y disposición para responder a las necesidades de su hija. Este resultado se corresponde con lo observado clínicamente durante los encuentros, donde E. se mostró receptiva, atenta y comprometida con su bebé.

Desde un nivel descriptivo, se destaca que durante el encuentro la madre mantenía una actitud de observación constante, incluso cuando la bebé se encontraba dormida, meciendo el cochecito de manera continua y mostrando conductas orientadas al cuidado. Asimismo, verbaliza sentimientos de cariño intenso y disfrute del contacto, expresando satisfacción con su rol materno y orgullo hacia su hija. También refiere pensamientos frecuentes sobre la bebé cuando no se encuentra con ella, lo cual da cuenta de una fuerte implicación emocional.

No obstante, junto a estos aspectos positivos, emergen también elementos de ambivalencia afectiva, expresados en sentimientos de irritación ocasional durante el cuidado, temores a cometer errores o provocar daño y preocupaciones respecto a posibles accidentes. Estas manifestaciones resultan esperables dentro del período posnatal, especialmente en contextos atravesados por experiencias previas de alta carga emocional, como la internación

neonatal. Tal como señala Mary Ainsworth (1979), la sensibilidad materna no implica ausencia de ansiedad, sino la capacidad de responder de manera adecuada a las necesidades del bebé, aun en presencia de inseguridades.

Asimismo, E. reconoce que la maternidad ha implicado renunciaciones y reorganizaciones personales, expresando que “ya no vuelve a estar en primer lugar”, lo cual refleja un proceso de reconfiguración identitaria propio de esta etapa. Sin embargo, también destaca la presencia de recursos adaptativos, como la organización con su pareja y el acompañamiento de su madre, lo cual constituye un sostén significativo en la crianza.

Desde el punto de vista teórico, autores como Daniel Stern (1985) y T. Berry Brazelton (1979) enfatizan que el vínculo temprano no se limita a la proximidad física, sino que implica procesos de sintonía afectiva y comunicación emocional, donde el bebé y el cuidador co-construyen la interacción. En este sentido, la capacidad de E. para observar, interpretar y responder a su hija —aun con inseguridades— constituye un indicador positivo en la consolidación del vínculo.

Por otra parte, resulta relevante diferenciar los conceptos de apego y vínculo. Mientras el apego refiere específicamente al sistema conductual orientado a la búsqueda de seguridad, el vínculo, tal como plantean Raquel Soifer y Serge Lebovici, incluye una dimensión más amplia que abarca las representaciones psíquicas, las fantasías y las significaciones construidas en torno al bebé desde el embarazo. En E., esta dimensión se evidencia en la fuerte identificación con su hija, expresada en frases como “es completamente mi bebé”, así como en la carga emocional asociada a su historia previa y a la experiencia de internación.

Asimismo, considerando las condiciones de prematuridad, es importante destacar que estos contextos pueden representar un riesgo para la formación de apego seguro, debido a la separación temprana y al estrés parental (Browne & Talmi, 2010; Feldman et al., 2002). Sin

embargo, en el presente caso, la evolución hacia un vínculo positivo sugiere la presencia de factores protectores, tales como la implicación materna, el apoyo familiar y la posibilidad de contacto progresivo con la bebé tras el alta.

En síntesis, el caso de E. permite observar que, a pesar de haber atravesado una experiencia de alta complejidad emocional, se ha logrado establecer un vínculo temprano positivo con características compatibles con un apego en vías de organización segura. La presencia de ambivalencias y temores no constituye un indicador patológico, sino parte del proceso de adaptación a la maternidad, especialmente en contextos de vulnerabilidad. En este sentido, el acompañamiento profesional y el sostén del entorno resultan fundamentales para continuar fortaleciendo la relación madre-hija y favorecer un desarrollo socioemocional saludable.

### **Factores protectores y recursos psíquicos**

En el análisis del caso de E., resulta fundamental no solo considerar los factores de riesgo asociados a la prematurez y la internación neonatal, sino también identificar los factores protectores y recursos psíquicos que han favorecido la adaptación materna y la construcción del vínculo temprano. Estos elementos permiten comprender cómo, a pesar de haber atravesado una experiencia altamente estresante, E. ha logrado desarrollar estrategias de afrontamiento y sostener un vínculo positivo con su hija.

Uno de los principales factores protectores en este caso es el rol del padre, quien aparece como una figura significativa de sostén emocional. E. refiere mantener una relación de pareja estable, basada en la confianza y el conocimiento mutuo, destacando que “organizan todo juntos” en relación con el cuidado de la bebé. Asimismo, menciona haber sentido su ausencia durante el período de internación, lo cual da cuenta de la importancia de su presencia en la regulación emocional de la madre. Desde la teoría del apego, la participación activa del

padre contribuye a ampliar la red vincular del bebé y a distribuir las funciones de cuidado, reduciendo la sobrecarga materna y favoreciendo un entorno más seguro.

En relación con la red de apoyo, se destaca el acompañamiento de la madre de E., quien cumple un rol relevante en el sostenimiento cotidiano. La paciente refiere sentirse acompañada en múltiples ocasiones, lo cual constituye un recurso clave para transitar las demandas de la maternidad, especialmente siendo madre primeriza. La presencia de figuras significativas disponibles permite disminuir la sensación de soledad y facilita la elaboración emocional de la experiencia vivida, en línea con lo planteado por diversos autores en psicología perinatal.

Asimismo, se identifican en E. diversas fortalezas personales que han contribuido a su proceso adaptativo. Entre ellas, se destaca su capacidad de implicación en el cuidado de su hija, su actitud reflexiva durante los encuentros y su disposición para participar activamente en el espacio terapéutico. También se observa una actitud de aprendizaje, evidenciada en su interés por comprender las necesidades de su bebé y adquirir herramientas para su cuidado, incluso en el contexto hospitalario. A esto se suma su capacidad de reconocer sus propias emociones, incluyendo miedos, inseguridades y ambivalencias, lo cual constituye un indicador de buen nivel de insight.

Por otra parte, la paciente presenta una progresiva sensación de competencia materna, expresando que, a pesar de las inseguridades iniciales, “se siente bastante competente para satisfacer las necesidades de su hija”. Este aspecto resulta fundamental, ya que la percepción de autoeficacia influye directamente en la calidad de las interacciones madre-bebé y en la consolidación del vínculo.

En cuanto a la capacidad de afrontamiento, E. ha logrado desplegar estrategias tanto emocionales como conductuales frente a la situación de estrés. Durante la internación, si bien

refiere haberse sentido “en automático” en algunos momentos —lo cual puede interpretarse como un mecanismo defensivo—, también desarrolló habilidades para adaptarse al entorno, como la lectura de signos clínicos de su bebé y la participación activa en los cuidados permitidos. Posteriormente, en el período post alta, se observa una disminución de la ansiedad y una mayor regulación emocional, lo cual indica un proceso de elaboración psíquica progresiva.

Asimismo, la capacidad de E. para reorganizar su vida cotidiana, aceptar cambios en sus prioridades y encontrar sentido en su rol materno da cuenta de un proceso de resiliencia, entendido como la posibilidad de atravesar situaciones adversas y salir fortalecido de ellas. En este sentido, su discurso refleja una transformación subjetiva, donde la experiencia vivida, si bien dolorosa, también es resignificada como fuente de fortaleza.

En síntesis, el caso de E. evidencia la presencia de múltiples factores protectores —vinculares, familiares y personales— que han permitido amortiguar el impacto de la prematuridad y la internación neonatal. La articulación entre estos recursos y el acompañamiento profesional resulta fundamental para sostener el proceso de maternidad y favorecer el desarrollo de un vínculo temprano saludable.

## **Conclusión final**

El análisis del caso de E. permite comprender la complejidad del proceso de maternidad en contextos atravesados por la prematuridad y la internación neonatal, evidenciando cómo factores biológicos, psicológicos y vinculares se entrelazan en la construcción del vínculo temprano.

En primer lugar, se observa que el embarazo constituyó, tal como lo plantean Raquel Soifer y Serge Lebovici, un proceso de reorganización psíquica, donde E. comenzó a construir representaciones, expectativas y fantasías en torno a su hija. Estas configuraciones

anticipatorias se vieron abruptamente interrumpidas por el nacimiento prematuro, dando lugar a una ruptura entre el bebé imaginado y el bebé real, lo que implicó la necesidad de elaborar un proceso de duelo.

Asimismo, la internación neonatal se constituyó como una experiencia de alto impacto emocional, caracterizada por la incertidumbre, la separación física y la exposición a un entorno altamente medicalizado. En este contexto, tal como sostiene John Bowlby, la imposibilidad de sostener la proximidad continua con la figura de apego afecta tanto la regulación emocional del bebé como la vivencia subjetiva de la madre. En el caso de E., esto se tradujo en elevados niveles de estrés, ansiedad, culpa y sentimientos de impotencia, así como en dificultades para ejercer plenamente su rol materno durante la internación.

No obstante, a pesar de estos factores de riesgo, el caso evidencia la presencia de recursos psíquicos y vinculares significativos, que han permitido una evolución favorable en la construcción del vínculo madre-bebé. La implicación activa de E. en el cuidado, su capacidad de reflexión, el acompañamiento de su pareja y su red de apoyo familiar han funcionado como factores protectores clave en su proceso de adaptación.

En relación con la calidad del vínculo, los resultados obtenidos en la *Spanish Version of Maternal Postnatal Attachment Scale* indican un nivel medio-alto de apego, lo cual sugiere la presencia de una relación afectiva positiva, caracterizada por cercanía emocional, sensibilidad materna y disposición al cuidado. Este dato se ve reforzado por la observación clínica, donde se evidencian conductas de atención, regulación y conexión afectiva hacia la bebé.

Desde una perspectiva teórica, autores como Mary Ainsworth y Daniel Stern permiten comprender que el vínculo temprano no se define por la ausencia de dificultades, sino por la capacidad de la díada para reparar, adaptarse y sostener la interacción. En este sentido, las ambivalencias y temores presentes en E. no constituyen indicadores de patología, sino

expresiones propias de un proceso de maternidad atravesado por condiciones de alta exigencia emocional.

Por otra parte, el caso pone de relieve la importancia del acompañamiento profesional en contextos de neonatología, no solo orientado al cuidado del recién nacido, sino también al sostén emocional de los padres. La posibilidad de brindar espacios de escucha, contención y elaboración psíquica resulta fundamental para favorecer la construcción de un vínculo temprano saludable y prevenir posibles dificultades vinculares a futuro.

En síntesis, el recorrido de E. da cuenta de un proceso en el cual, a pesar de la adversidad inicial, se logra una reorganización psíquica y vincular positiva, sostenida en recursos personales, apoyo social y procesos de elaboración emocional. Este caso permite reafirmar la importancia de una mirada integral en el abordaje de la prematurez, que contemple tanto las dimensiones médicas como las subjetivas, promoviendo así el desarrollo de vínculos tempranos seguros y saludables.

### **Acerca de la utilidad de la Practica Profesional Supervisada**

La realización de la Práctica Profesional Supervisada en Casa Sahni permitió un valioso acercamiento al rol del psicólogo, brindando la oportunidad de reconocer las limitaciones inherentes a la práctica profesional y de desarrollar estrategias para su abordaje. Asimismo, esta experiencia favoreció la inmersión en el ámbito institucional, particularmente en el campo de la salud mental.

La práctica posibilitó la integración de los conocimientos teóricos adquiridos durante la formación académica con la experiencia clínica concreta. En este sentido, resultó especialmente significativa la aproximación a los principios éticos de la psicología. A su vez, permitió vislumbrar la relevancia de la clínica en el marco institucional como un eje fundamental para la contención y el acompañamiento de los pacientes.

Durante el proceso de formación se identificaron tanto debilidades como fortalezas. En relación con las primeras, se evidenciaron ciertas inseguridades en la intervención durante los encuentros iniciales, propias del proceso formativo. Sin embargo, a partir del acompañamiento en supervisión, fue posible fortalecer la confianza profesional y afianzar el rol clínico dentro del espacio terapéutico.

Asimismo, surgieron desafíos vinculados al sostenimiento del encuadre, especialmente en lo referido al manejo del tiempo y a la organización de los encuentros. Estos aspectos fueron progresivamente revisados y trabajados, permitiendo consolidar una práctica más estructurada y coherente con los objetivos clínicos. En cuanto a la integración teórico-práctica, se reconoció la necesidad de profundizar en la articulación entre los marcos conceptuales abordados y las situaciones concretas de la práctica. El espacio de supervisión resultó clave para avanzar en la comprensión y aplicación de dichos conceptos.

Por otra parte, el contacto con situaciones de alta vulnerabilidad —como la experiencia de una madre con un/a bebé internado/a en neonatología— implicó un fuerte compromiso emocional. En este sentido, se identificó la importancia de reconocer y elaborar las propias emociones emergentes en el vínculo terapéutico, a fin de sostener una postura clínica empática y, al mismo tiempo, profesional. Este aspecto remite al trabajo sobre la contratransferencia, fundamental en la práctica clínica.

En cuanto a las fortalezas, se destacó la capacidad de escucha activa y empatía, evidenciada en los encuentros con la madre del bebé internado en neonatología, donde se priorizó una escucha atenta, respetuosa y sensible, favoreciendo un espacio de confianza y contención. Asimismo, se puso en juego una actitud reflexiva, manifestada en la capacidad de analizar no solo el discurso verbal de la paciente, sino también su lenguaje corporal y los aspectos implícitos de su comunicación, lo que permitió una comprensión más profunda de su experiencia emocional.

Del mismo modo, se sostuvo un compromiso ético constante, garantizando la confidencialidad y el respeto por la intimidad de la paciente, en consonancia con los principios de la práctica profesional.

En relación con el trabajo interdisciplinario, se destacó la posibilidad de articular con la Lic. Natali Trujillo, supervisora de la práctica, lo cual favoreció el intercambio de perspectivas y el aprendizaje colaborativo dentro del equipo institucional.

Finalmente, esta experiencia despertó un profundo interés por comprender cómo una madre de un/a bebé prematuro/a logra desarrollar recursos y fortalezas para afrontar esta situación y acompañar a su hijo/a. Asimismo, consolidó el interés en profundizar en el enfoque psicoanalítico para el desarrollo del presente Trabajo Integrador Final.

## **Propuestas**

### **A la carrera de Licenciatura en Psicología:**

- Promover la incorporación de actividades prácticas a lo largo de todo el cursado, que permitan una aproximación progresiva y significativa al rol profesional desde las primeras instancias de formación.
- Ampliar la bibliografía y los espacios curriculares vinculados al abordaje institucional y hospitalario.
- Incorporar, en las cátedras, una perspectiva integral que contemple las distintas líneas de abordaje clínico dentro de la psicología.

### **A futuros practicantes:**

- Concebir las Prácticas Profesionales Supervisadas como una instancia fundamental de aprendizaje, orientando la elección del Trabajo Integrador Final en función de sus intereses y de la línea teórico-práctica de preferencia.
- Favorecer el establecimiento de vínculos respetuosos y enriquecedores con los concurrentes de la institución en la que se ejercen las practicas.
- Poder entrecruzar teoría y práctica, utilizando el recurso de la observación, escucha y estudio, para un mayor enriquecimiento de la misma.

### **A la institución:**

- Fortalecer el trabajo interdisciplinario mediante la articulación con los profesionales de salud mental del Hospital Rawson.
- Promover la realización de talleres dirigidos a los voluntarios de la institución, con el fin de optimizar su formación y desempeño.

- Fomentar espacios de información y prevención en salud mental dirigidos a la población alojada.
- Incrementar la disponibilidad de personal capacitado para la atención integral de los pacientes, incorporando, por ejemplo, profesionales del área psicopedagógica para niños que lo requieran.

#### **A los profesionales en psicología:**

- Promover el trabajo interdisciplinario como eje fundamental en el abordaje de la salud mental.
- Fomentar la formación y capacitación continua, a fin de brindar intervenciones actualizadas y acordes a las demandas sociales.
- Sostener espacios de supervisión, reconociendo la importancia del propio posicionamiento subjetivo y de la personalidad del terapeuta como herramientas centrales en la práctica clínica.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I Anamnesis Psicológica – Madre de NEO**

#### **1. Datos de identificación**

Nombre y apellido:

Edad:

Estado civil / tipo de vínculo afectivo:

Nivel educativo:

Ocupación:

Obra social / cobertura médica:

Fecha y lugar de nacimiento del bebé:

Edad gestacional al nacer:

Peso al nacer:

Motivo de internación en NEO:

Tiempo estimado / transcurrido de internación:

#### **2. Antecedentes personales**

Antecedentes médicos relevantes (propios):

Antecedentes psicológicos / psiquiátricos:

Consumo actual o previo de medicación psicotrópica:

Antecedentes obstétricos:

Historia de eventos significativos o estresores previos:

### 3. Antecedentes familiares

Composición familiar y convivientes:

Historia de salud física y mental en la familia:

Vínculo con la pareja y/o apoyo familiar:

Antecedentes de prematuridad o internaciones previas en otros hijos:

### 4. Historia del embarazo actual

Planificación del embarazo:

Curso del embarazo:

Controles prenatales:

Eventos significativos durante la gestación:

Consumo de sustancias:

Estado emocional predominante durante el embarazo:

### 5. Historia del parto

Tipo de parto:

Complicaciones:

Presencia de la madre/padre durante el parto:

Primer contacto con el bebé:

Estado emocional durante y después del parto:

## 6. Situación actual

Estado de salud actual del bebé:

Tiempo de internación hasta la fecha:

Contacto con el bebé:

Relación con el equipo de salud:

Apoyo de la pareja / familia / entorno:

Rutina diaria desde la internación:

## 7. Evaluación emocional actual

Estado de ánimo predominante:

Síntomas (ansiedad, tristeza, irritabilidad, culpa, miedo, desesperanza):

Estrategias de afrontamiento:

Expectativas sobre la evolución del bebé:

Recursos personales percibidos:

Necesidades emocionales identificadas:

## 8. Áreas de impacto

Cambios en la vida cotidiana:

Repercusión económica:

Repercusiones en la pareja:

Cambios en la dinámica familiar:

Apoyo social disponible:

**ANEXO II****SPANISH VERSION OF MATERNAL POSTNATAL ATTACHMENT SCALE (MPAS)**

En las siguientes preguntas, por favor elije la opción que mejor describa tus sentimientos durante el cuidado del bebé.

1. Cuando estoy cuidando al bebé, me siento fastidiada o irritada:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

2. Cuando estoy cuidando al bebé siento que se está portando mal a propósito o intentando fastidiarme:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

3. En las últimas dos semanas, podría describir mis sentimientos hacia el bebé como:

Desagrado.

Falta de sentimientos intensos hacia el bebé.

Ligero cariño.

Cariño moderado.

Cariño intenso.

4. Respecto a mi relación con el bebé, en general:

Me siento muy culpable por no implicarme más.

Me siento bastante culpable por no implicarme más.

Me siento moderadamente culpable por no implicarme más.

Me siento ligeramente culpable por no implicarme más.

No me siento nada culpable por no implicarme más.

5. Cuando interactúo con el bebé me siento:

Muy competente y segura.

Bastante competente y segura.

Moderadamente competente y segura.

Ligeramente competente y segura.

Nada competente y segura.

6. Cuando estoy con el bebé me siento tensa y nerviosa:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

7. Cuando estoy con el bebé y otras personas están presentes, me siento orgullosa

de él/ella:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

8. Intento implicarme jugando con el bebé tanto como me es posible:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

9. Cuando no tengo más remedio que dejar al bebé:

Me cuesta mucho irme.

Me cuesta bastante irme.

Me cuesta algo irme.

Me cuesta poco irme.

No me cuesta nada irme.

10. Cuando estoy con el bebé disfruto:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

11. Cuando no estoy con el bebé, me doy cuenta de que pienso en él/ella:

Casi todo el tiempo.

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Nunca.

12. Cuando estoy con el bebé intento alargar el tiempo que estoy con él/ella:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

13. Cuando he estado un tiempo separada del bebé y estoy a punto de encontrarme con él/ella de nuevo, normalmente siento:

Placer intenso ante la idea.

Placer moderado ante la idea.

Leve placer ante la idea.

Ningún sentimiento ante la idea.

Sentimientos negativos ante la idea.

14. En este momento pienso en el bebé como algo propio, como algo mío:

Completamente como MI bebé.

Bastante como MI bebé.

Algo como MI bebé.

Un poco como MI bebé.

Aún no lo siento como MI bebé.

15. Respecto a las cosas que hemos tenido que dejar por causa del bebé:

Me arrepiento completamente.

Me arrepiento bastante.

Me arrepiento algo.

Me arrepiento poco.

No me arrepiento para nada.

16. En los últimos 3 meses, he sentido que no tenía tiempo para mí misma o para hacer las cosas que me interesan:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

17. Cuidar del bebé es una gran carga de responsabilidad. Estoy:

Completamente de acuerdo con esto.

Bastante de acuerdo con esto.

Algo de acuerdo con esto.

Muy poco de acuerdo con esto.

Nada de acuerdo con esto.

18. Confío en mi propio criterio para decidir lo que el bebé necesita:

Muy frecuentemente.

Frecuentemente.

Ocasionalmente.

Muy raramente.

Nunca.

19. Normalmente cuando estoy con el bebé:

Soy muy impaciente.

Soy bastante impaciente.

Soy moderadamente impaciente.

Soy ligeramente impaciente.

No soy nada impaciente.

**ANEXO III**

A) Siente usted estrés cuando observa que:

1. El niño esta hinchado
2. Cambio de color en el niño (pálido, amarillo)
3. El niño parece sentir siempre frio/calor
4. El niño parece estar más delgado

B) En los tratamientos recibidos por el niño siente usted estrés al ver que:

5. Las inyecciones
6. Los tubos que le colocan
7. Las curaciones
8. Las agujas
9. La auscultación y la toma de presión
10. Las contusiones, las heridas o los cortes

C) Cuando hablan con el personal sanitario de hospital, le causa estrés:

11. Las explicaciones demasiado rápidas
12. El empleo de palabras que no entiende
13. Dicen cosas contradictorias o confusas (para usted) respecto al niño
14. No dicen qué es lo que realmente tiene su hijo
15. Le dicen muy poco acerca del niño

D) Si perciben en el niño conductas y respuestas de tipo emocional como las que se cita abajo ¿Qué grado de estrés siente?

- 16. Confusión
- 17. Conducta rebelde y poco cooperativa
- 18. Lloro y se queja
- 19. Constantemente esta pidiendo algo
- 20. Parece tener dolores
- 21. Está muy cansado
- 22. Muestra incapacidad para gritar o hablar
- 23. Siente miedo
- 24. Muestra reacciones de ira
- 25. Tristeza y depresión

E) Percibe usted estrés cuando el personal sanitario (médicos y enfermeras) se comporta del siguiente modo:

- 26. Le prestan poca atención, o al menos, menor de la que usted cree necesaria.
- 27. Le dicen muy pocas cosas acerca del niño
- 28. Son muchos diferentes los médicos y enfermeras que trata al niño
- 29. Nunca les dicen sus nombres, ni quienes son o, lo que hacen
- 30. Manifiestan conductas que usted no considera respetuosas.

F) ¿Le traspasan o le inquietan las siguientes circunstancias?

31. No puede cuidar de su hijo

32. No puedo visitarlo cuando quiere

33. Dicen cosas contradictorias o confusas (para usted) respecto al niño

34. No puede estar con el cuándo llora para consolarle

35. No puedo tener ni cargar al niño

36. No sabe cómo ayudar a su hijo durante la crisis o empeoramientos

Usando la misma escala de puntuación

37. ¿Cuál es el impacto o grado general de estrés que le ha causado la hospitalización de su hijo?

## ANEXO IV

### CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL, VERSIÓN ESPAÑOLA MODIFICADA CEP (PSI-SF)

**INSTRUCCIONES:** Al contestar el siguiente cuestionario piense en lo que más le preocupa de su hijo(a). En cada una de las oraciones siguientes le pedimos que indique, por favor, con una **X**, la respuesta que mejor describa su situación durante los últimos meses a través de la educación digital. Si encuentra que una respuesta no le describe con exactitud, señale la que más se acerque. DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA ORACIÓN.

| ITEMS                                                                                       | Muy de<br>acuerdo | De<br>acuerdo | No estoy<br>seguro | En<br>desacuerdo | Muy en<br>desacuerdo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|--------------------|------------------|----------------------|
| <b>MALESTAR<br/>PATERNO (MP)</b>                                                            |                   |               |                    |                  |                      |
| 1. A menudo<br>tengo la sensación de que<br>no puedo controlar muy bien<br>las situaciones. |                   |               |                    |                  |                      |
| 2. Siento que<br>dejo más cosas de mi vida                                                  |                   |               |                    |                  |                      |

|                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| de lo que nunca imaginé<br>para satisfacer las<br>necesidades de mi(s) hijo(s).                                    |  |  |  |  |  |
| 3. Me siento<br>atrapado por mis<br>responsabilidades como<br>madre/padre.                                         |  |  |  |  |  |
| 4. Desde que he<br>tenido este hijo(a), no he<br>sido capaz de hacer cosas<br>nuevas y diferentes.                 |  |  |  |  |  |
| 5. Desde que he<br>tenido este hijo(a), siento<br>que casi nunca soy capaz de<br>hacer las cosas que me<br>gustan. |  |  |  |  |  |
| 6. No me siento<br>contento(a) con la ropa que<br>me compré la última vez.                                         |  |  |  |  |  |
| 7. Hay muchas<br>cosas de mi vida que me<br>molestan.                                                              |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 8. Tener un hijo(a) me ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación de mi pareja. |  |  |  |  |  |
| 9. Me siento solo y sin amigos.                                                                  |  |  |  |  |  |
| 10. Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme.                                  |  |  |  |  |  |
| 11. No estoy tan interesado por la gente como antes.                                             |  |  |  |  |  |
| 12. No disfruto de las cosas como antes.                                                         |  |  |  |  |  |
| <b>INTERACCIÓN<br/>DISFUNCIONAL PADRE-<br/>HIJO (ID P-H)</b>                                     |  |  |  |  |  |
| 13. Mi hijo(a) casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.                                   |  |  |  |  |  |
| 14. Casi siempre siento que no le gusto a mi                                                     |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| hijo(a) ni quiere estar cerca de mí.                                                             |  |  |  |  |  |
| 15. Mi hijo(a) me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba.                                      |  |  |  |  |  |
| 16. Cuando le hago cosas a mi hijo(a), tengo la sensación de que mis esfuerzos son despreciados. |  |  |  |  |  |
| 17. Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia.                                           |  |  |  |  |  |
| 18. Me parece que mi hijo(a) no aprende tan rápido como la mayoría de los niños.                 |  |  |  |  |  |
| 19. Me parece que mi hijo(a) no sonríe tanto como los otros niños.                               |  |  |  |  |  |
| 20. Mi hijo(a) no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba.                               |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <p>21. Mi hijo(a)</p> <p>tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas.</p>                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |
| <p>22. Siento que soy:</p> <p>1. No muy bueno(a) como padre/madre.</p> <p>2. Una persona que tiene problemas para ser padre/madre.</p> <p>3. Un(a) padre/madre normal.</p> <p>4. Un(a) padre/madre mejor que el promedio.</p> <p>5. Muy buen(a) padre/madre.</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <p>23. Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo(a) de los que tengo, y eso me molesta.</p>                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |

|                                                                                              |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 24. Algunas veces, mi hijo(a) hace cosas que me molestan sólo por el mero hecho de hacerlas. |  |  |  |  |  |
| <b>NIÑO DIFÍCIL (ND)</b>                                                                     |  |  |  |  |  |
| 25. Mi hijo(a) parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de los niños.            |  |  |  |  |  |
| 26. Mi hijo(a) generalmente se despierta de mal humor.                                       |  |  |  |  |  |
| 27. Siento que mi hijo(a) es muy caprichoso(a) y se enoja con facilidad.                     |  |  |  |  |  |
| 28. Mi hijo(a) algunas veces hace cosas que me molestan mucho.                               |  |  |  |  |  |
| 29. Mi hijo(a) reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta.                 |  |  |  |  |  |

|                                                                                                           |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 30. Mi hijo(a) se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes.                                   |   |   |   |   |   |
| 31. El horario de dormir y comer de mi hijo(a) fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba. |   |   |   |   |   |
| 32. He observado que lograr que mi hijo(a) haga o deje de hacer algo es:                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba.                                                              |   |   |   |   |   |
| 2. Algo más difícil de lo que esperaba.                                                                   |   |   |   |   |   |
| 3. Como esperaba.                                                                                         |   |   |   |   |   |
| 4. Algo menos difícil de lo que esperaba.                                                                 |   |   |   |   |   |
| 5. Mucho más fácil de lo que esperaba.                                                                    |   |   |   |   |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 10+ | 8-9 | 6- | 4-5 | 1-3 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|-----|-----|
| <p>33. Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo(a). Por ejemplo, pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado. Por favor, indique alguna:</p> |     |     | 7  |     |     |
| <p>34. Algunas cosas de las que hace mi hijo(a) me fastidian mucho.</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |    |     |     |
| <p>35. Mi hijo(a) se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba.</p>                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |    |     |     |
| <p>36. Mi hijo(a) me exige más de lo que exigen la mayoría de niños.</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |    |     |     |

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M. D. S. (1979). *Infant–mother attachment*. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.

Als, H. (1997). *The infant's world: The newborn intensive care unit*. *Clinics in Perinatology*, 24(3), 541–563.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books. (Original work published 1969)

Brazelton, T. B. (1979). *The competence of the newborn infant*. *Scientific American*, 241(2), 88–106.

Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints in development*. Da Capo Press.

Browne, J. V., & Talmi, A. (2010). Developmental care for high-risk newborns. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(2), 167–173.

Dolto, F. (1985). *La causa de los niños*. Paidós.

Feldman, R., & Weller, A. (1999). *The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 929–939. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00510>

Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2002). Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother–infant skin-to-skin contact (Kangaroo Care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology*, 16(3), 357–372.

Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K. H., & Starrin, B. (2012). *Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of mothers of extremely preterm infants*. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15–16), 2324–2332. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04161.x>

Flacking, R., Thomson, G., & Axelin, A. (2016). *Pathways to emotional closeness in neonatal units – A meta-ethnography*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 170.

<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0957-3>

Holditch-Davis, D., Bartlett, T., Black, B., & Miles, M. S. (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(2), 161–171.

Lebovici, S. (1983). *El bebé, el psicoanálisis y la pediatría*. Amorrortu.

Lebovici, S. (1983). *El recién nacido, la madre y el psicoanalista*. Amorrortu.

Lebovici, S. (1994). El bebé imaginario, el bebé real y sus interacciones. En S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 5-20). Masson.

Lundy, B. L., Jones, S. M., & Fields, J. (2010). Trauma-informed care in the neonatal intensive care unit: Supporting parents and infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(3), 222–230.

Main, M. (1991). *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and the organization of attachment representations*. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127–156). Routledge

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 121–160.

Miles, M. S. (1989). Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit. *Research in Nursing & Health*, 12(5), 261–270.

Miles, M. S., Funk, S. G., & Carlson, J. (1993). Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit (PSS:NICU). *Nursing Research*, 42(3), 148–152.

Miles, M. S., Funk, S. G., & Carlson, J. (1999). Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 48(5), 275–282.

Soifer, R. (1980). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Paidós.

Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53–74.

Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deprived children*. International Universities Press.

Spitz, R. A. (1998). *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1946).

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books.

Sweeney, S., & Coates, R. (2019). Parental psychological distress in neonatal intensive care units: A review. *Infant Mental Health Journal*, 40(5), 646–661

Talmi, A., & Harmon, R. J. (2003). *Relationships between preterm infants and their mothers after hospital discharge*. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(3), 203–211.  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg004>

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1993). *La preocupación materna primaria*. Paidós. (Obra original publicada en 1956).

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Preterm birth*. World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>