

**Salud Mental:**

**Perspectivas y desafíos para  
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

# **El impacto del nacimiento prematuro: cuidando el neurodesarrollo. Una mirada desde la interdisciplina**

**Marisa Burgueño, Graciela Grandi, Ana Juncal, Ana Olmos, Natalia Siquera**

*Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Uruguay.*



## Resumen

La influencia del contexto familiar, social y del equipo de salud que trabaja en una Unidad Neonatal en los cuidados del desarrollo físico, psíquico, emocional y cognitivo del niñ@ es innegable. En el caso de un nacimiento prematuro, el impacto por lo inesperado de acuerdo a las leyes de la naturaleza, la inmadurez en todos los subsistemas del neonato y las situaciones estresantes que lo atraviesan generan una experiencia traumática con una clara repercusión emocional en la familia. Una situación difícil de procesar psíquicamente por lo sorpresivo, la urgencia y la incertidumbre en relación al pronóstico. En este sentido, el desarrollo y acompañamiento de la integridad neuropsíquica impone la comprensión de ciertas condiciones que deben cuidarse y conservarse. Es necesario cubrir las necesidades básicas y médicas de un bebé prematuro dentro de un clima lo más favorable posible, pero igualmente importante es el cuidado del universo psíquico, lo cual implica agudizar la capacidad de atención, observación y contención ante las manifestaciones de este, de sus referentes afectivos y del equipo técnico, para un accionar con responsa-habilidad. Consideramos fundamental el trabajo de un equipo multi e interdisciplinario, a fin de lograr una atención integral. En este camino de intervención temprana se abrirá, además, la planificación del alta y la inauguración de un nuevo dispositivo clínico: el seguimiento del neurodesarrollo. Esto implica el establecimiento de un nuevo vínculo, con un equipo diferente centrado en la evaluación, orientación y planificación de los abordajes terapéuticos que requiera, atendiendo especialmente el cuidado de las funciones parentales y vinculares en cada situación particular. En este trabajo nos centraremos también en la importancia de la estructuración del psiquismo de un bebé prematuro y en los procesos interactivos que transitan los referentes parentales y su entorno. Transversalmente se abordará la importancia del rol del psicólogo dentro de un equipo de estas características, en su función en la atención, promoción y prevención en salud mental de las infancias y las parentalidades prematuras.

Equipo de Cuidados Centrados en la Familia y el Desarrollo del Neonato, movimiento de intercambio académico, reflexión, producción y difusión integrado por profesionales de diversas disciplinas e instituciones de salud de distintos departamentos del Uruguay.

*“Hace años que se pensaba que no convenía encariñarse con los niños nacidos antes de tiempo, por si no sobrevivían. Hoy se sabe que el amor de sus padres les ayuda a salir adelante”*

*Dra. Ibone Olza*

## Introducción

El nacimiento prematuro constituye un acontecimiento que irrumpe de manera abrupta en la continuidad esperada del embarazo, produciendo un quiebre, tanto en el plano biológico como en el psíquico. Esta irrupción coloca al recién nacido en una situación de especial vulnerabilidad, caracterizada por la inmadurez de sus sistemas fisiológicos y por la exposición temprana a múltiples estímulos y procedimientos médicos necesarios para su supervivencia.

En Uruguay, aproximadamente el 10 % de los nacimientos corresponden a bebés prematuros (Ministerio de Salud Pública, 2024 <https://ulns.msp.gub.uy> ), lo que convierte a la prematuridad en un problema relevante de salud pública. Esta realidad exige el desarrollo de estrategias asistenciales que no sólo aseguren la supervivencia del recién nacido, sino también la protección de su neurodesarrollo y la salud mental de su familia.

En los últimos años a nivel mundial y específicamente en nuestro país se ha planteado y reconocido el tema de los *Cuidados* como un Derecho Humano. Desde esta perspectiva, diversos enfoques contemporáneos han destacado la importancia de los **cuidados centrados en la familia y el desarrollo**, promoviendo modelos asistenciales, humanizados que integren las dimensiones biológica, emocional y vincular del proceso perinatal.

El presente trabajo propone reflexionar sobre el impacto del nacimiento prematuro desde una perspectiva interdisciplinaria, enfatizando el cuidado del neurodesarrollo y la estructuración psíquica temprana, así como el rol del equipo de salud en el acompañamiento del bebé y su familia.

## Marco conceptual: prematurez y vulnerabilidad del recién nacido

- El **nacimiento prematuro** convierte al bebé en un sujeto particularmente vulnerable debido a diferentes factores interrelacionados.

Se define como prematuro el nacimiento de un bebé vivo antes de completar las 37 semanas de gestación. A diferencia de un embarazo a término (40 semanas), los bebés prematuros nacen antes de que sus órganos y sistemas estén totalmente maduros, lo que puede provocar complicaciones de salud y requieren un cuidado más activo que los niños nacidos a término.

Dependiendo de la semana en la que nazcan se clasifican de la siguiente manera:

- **Prematuros extremos:** con menos de 28 semanas de gestación.
- **Muy prematuro:** nacidos entre las 28 y las 32 semanas.
- **Moderadamente prematuro:** nacidos entre las 32 y las 37 semanas. Dentro de este grupo, se conocen como prematuros tardíos los que nacen entre las semanas 34 y 37.
- **Vulnerabilidad neurobiológica** - La inmadurez estructural y funcional de su cerebro, que no ha completado el desarrollo intrauterino, lo hace susceptible a lesiones, infecciones y estrés en el entorno de la unidad de cuidados intensivos. Este riesgo conlleva una mayor probabilidad de trastornos del neurodesarrollo, incluyendo déficits motores, cognitivos, sensoriales y de comportamiento. Esta inmadurez del sistema nervioso central genera una mayor reactividad al estrés, dificultades en los procesos de autorregulación y una marcada dependencia del entorno para la organización de ritmos básicos como el sueño, la vigilia y la alimentación.
- **Vulnerabilidad emocional** - La hospitalización en unidades neonatales y el uso de tecnologías médicas, como la incubadora, introducen una distancia física y simbólica entre el bebé y sus padres. Esta separación temprana puede dificultar el ejercicio espontáneo de las funciones parentales y generar altos niveles de ansiedad e incertidumbre en la familia. En el bebé la separación del cuerpo de su madre, le priva transitoriamente de su lugar en el mundo, al decir del Dr.

Bergman, con la consiguiente vivencia de desamparo. Esto se compensa con la presencia materna y de sus referentes afectivos en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), permitiendo el libre acompañamiento del bebé, sin restricciones horarias y a través del método canguro.

- **Vulnerabilidad vincular** - Las experiencias tempranas de cuidado —contacto corporal, voz, mirada y sostén— constituyen los pilares sobre los cuales se organiza el apego. En los bebés prematuros, estas experiencias suelen verse interrumpidas o mediadas por la tecnología, lo que hace necesario que el equipo de salud facilite activamente la construcción de estos intercambios tempranos, mediante lo mencionado anteriormente. La promoción de este vínculo temprano será una de las funciones principales del equipo de salud y especialmente del psicólogo, como ya lo veremos más adelante.

## Marco Referencial

- **Modelo de cuidados centrados en la familia y el neurodesarrollo.**  
Este tipo de cuidados permite un abordaje integral de cada situación, teniendo como finalidad mejorar la calidad asistencial, disminuir el estrés y la angustia que genera la internación en una Unidad de cuidados neonatales, tanto del bebé como de la familia.

Este enfoque propone:

- Atención individualizada del recién nacido.
- Observación permanente de las señales del bebé.
- Promoción y fortalecimiento del vínculo temprano.
- Participación activa de la familia en los cuidados, decisiones y co-regulación del bebé. La familia y el recién nacido formarán parte del equipo asistencial el cual centrará sus intervenciones en las necesidades y demandas de ellos.

Uno de sus principios fundamentales es la premisa de “**separación cero**”, al decir del Dr. Nils Bergman, que busca reducir al mínimo la distancia entre el bebé y sus referentes parentales, favoreciendo el contacto piel con piel y la participación activa de

la familia en los cuidados. Consideramos esto un derecho básico y fundamental para el recién nacido, ya que promueve su bienestar psíquico y emocional, a la vez que protege su neurodesarrollo.

*“El lugar en el mundo de un recién nacido es el cuerpo de la madre”* Dr. Nils Bergman(2005).

Manteniendo juntos a la madre y el bebé se promueven diversos procesos que fueron interrumpidos o pospuestos en el tiempo, por la separación brusca que implica el nacimiento prematuro. Nos referimos a la preocupación maternal primaria (PMP), denominada así por el Dr. Winnicott, que es un estado psicológico especial y temporal de la madre, desarrollado hacia el final del embarazo y semanas después del parto, que le permite adaptarse sensiblemente a las necesidades del recién nacido, siendo la persona que está con más disponibilidad emocional para captar las señales del bebé.

A partir de un enfoque de cuidados centrados en los derechos y las familias , es que se han realizado cambios que permiten llevar a cabo éstas prácticas, por ejemplo, la utilización del Método Canguro; que las Unidades de Cuidados Neonatales sean de puertas abiertas a la familia las 24 hs.; que según el estado de salud del bebé pueda recibir la visita de sus hermanos/as y abuelos/as. Por otra parte, existen hogares de madres para aquellas que viven a mucha distancia del hospital. Se ha comprobado que los grupos de madres de las Unidades Neonatales, que se forman espontáneamente tienen efectos terapéuticos en sí mismos.

- **Enfoque en clave de Derechos**

UNICEF plantea diez derechos fundamentales según el decálogo del prematuro:

1. **Control del embarazo:** Toda mujer tiene derecho al control prenatal para prevenir la prematuridad.
2. **Lugar adecuado de nacimiento:** Derecho a nacer y ser atendido en centros de salud con recursos preparados para sus necesidades específicas.
3. **Atención de calidad:** Derecho a recibir cuidados especializados según sus semanas de gestación, peso y necesidades individuales.

4. **Cuidados de enfermería:** Derecho a recibir enfermería de alta calidad, centrada en la familia y el desarrollo.
5. **Alimentación con leche materna:** Derecho a ser alimentado con leche materna, esencial para su salud.
6. **Prevención de la ROP:** Derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP) mediante controles oftalmológicos.
7. **Seguimiento post-alta:** Derecho a acceder a programas especiales de seguimiento tras el alta, si el prematuro es de alto riesgo.
8. **Información a la familia:** Derecho a que la familia tenga pleno acceso a la información y participe en la toma de decisiones.
9. **Compañía familiar:** Derecho a estar en compañía de su familia todo el tiempo (contacto piel a piel).
10. **Integración social:** Derecho a la integración social, tanto de los prematuros como de los nacidos a término.

- **Mirada perinatal**

La mirada perinatal es un enfoque que observa y acompaña los procesos que van desde la gestación, el parto y el nacimiento, hasta los primeros años de vida, si consideramos los aspectos psicológicos. Se tiene en cuenta tanto al bebé como a sus figuras cuidadoras y el contexto macro y micro que lo contiene: familia, sociedad, cultura, redes extendidas.

Desde este enfoque se comprende el nacimiento (y especialmente situaciones como la prematuridad) no sólo desde los aspectos médicos, sino como una experiencia integral, donde se entrelazan lo biológico, lo emocional, lo vincular, lo social y lo cultural. Se observa, analiza y se interviene focalizando en el vínculo temprano, las vivencias de las/los cuidadores principales y otros referentes afectivos, la significación del nacimiento prematuro, el impacto del contexto y el vínculo asistencial.

- **Modelo asistencial humanizado.**

Este modelo implica la atención en salud perinatal integrando los avances tecnológicos con una mirada centrada en el bebé prematuro, su familia y el vínculo temprano. No se trata sólo de la atención y el cuidado médico, sino de cómo se cuida, cómo se acompaña y cómo se desarrolla ese bebé en un contexto extremadamente vulnerable.

Es un modelo que:

- Reconoce al recién nacido prematuro como sujeto de derechos.
- Integra a la familia como parte activa del cuidado.
- Promueve el vínculo y el apego tempranos aún en situaciones de internación.
- Prioriza el cuidado del neurodesarrollo.
- Reduce el impacto del entorno hospitalario en el desarrollo, mediante una comunicación empática y la atención desde la interdisciplina.

**Estrategias del modelo asistencial humanizado específicas de la prematurez:**

- **Método Madre Canguro.** Es una práctica de cuidado para bebés prematuros, originada en Colombia, que se basa en el contacto piel con piel entre el recién nacido y quien cumple la función materna.

Consiste en colocar al bebé sobre el pecho desnudo de la madre, padre u otro referente afectivo, en una posición segura y cómoda, durante un tiempo prolongado, en un ambiente tranquilo y cálido. Este contacto debería iniciarse lo antes posible, apenas el estado salud del bebé lo permita, incluso en las situaciones más graves, manteniendo igualmente la cercanía a través de la voz, el tacto y el olor.

Esta práctica aporta múltiples beneficios: favorece la lactancia, ayuda al aumento de peso, regula la temperatura corporal, mejora la respiración y la estabilidad física del bebé, y reduce el estrés. Además, fortalece el vínculo afectivo, promoviendo el apego y la conexión emocional desde los primeros momentos de vida.

Para los adultos, también tiene un impacto positivo: disminuye el estrés, aumenta la sensación de bienestar y seguridad en el cuidado, y facilita una participación activa en la recuperación y el desarrollo del bebé.

El contacto piel con piel no sólo cuida el cuerpo, sino que también construye un lazo emocional, brindando sostén, calma y regulación tanto física como afectiva.

- **Lactancia materna temprana y sostenida.** La lactancia es un derecho, no una obligación. La lactancia materna no es sólo un acto nutritivo fisiológico, es también un proceso profundamente emocional y vincular, con impacto en el desarrollo del bebé y en la salud mental de la madre.

Frente al deseo de amamantar, el equipo cumple un rol fundamental, informando las distintas opciones de alimentación, que van a depender de la edad gestacional y el peso del bebé (pecho directo, pecho ordeñado o leche humana de banco).

Independientemente del método de alimentación elegido, en este acto, el bebé estará recibiendo la nutrición afectiva, que junto al contacto piel a piel, el sostén a través de la mirada, la voz y el olfato, constituyen la base para construir un ritmo único entre madre e hijo (sincronía). Esto colabora además a generar la base de una memoria emocional temprana para el desarrollo del proceso de subjetivación.

- **Cuidados centrados en el desarrollo.** NIDCAP -Newborn Individualized Care and Assessment Program- es un modelo de cuidado del recién nacido individualizado, a partir de la observación del bebé y del conocimiento de su entorno físico y familiar. Su objetivo es mejorar el pronóstico de los bebés ingresados a UCIN.

Los pilares fundamentales de este modelo son: reducir el estrés, ofrecer al bebé un entorno organizador y fomentar la participación de los padres, considerando a éstos últimos los principales cuidadores, por lo que el equipo de salud los habilitará y ayudará a desempeñar ese rol.

Este modelo sitúa al bebé y su familia en el centro de toda intervención y les ofrece a través de la institución hospitalaria un entorno físico y profesional, que trabaja con una visión global del desarrollo y de sus necesidades, de una forma

humanizada.

El objetivo de NIDCAP es proteger el neurodesarrollo evitando la sobrecarga sensorial en un sistema nervioso inmaduro. Los cuidados no se realizan en función de un protocolo sino que dependen de la capacidad que tiene cada bebé de relacionarse con el entorno.

- **Acompañamiento psicológico a la familia** se dará durante la internación y luego del alta hospitalaria en el hogar y en policlínica de atención temprana.
- **Preparación para el alta y seguimiento posterior.** El momento del alta puede generar mucha incertidumbre en los referentes afectivos. Volver a casa con el bebé suele vivirse con alegría, pero también con temores, por lo que es común que aparezcan emociones contradictorias. Por un lado, está la felicidad de finalmente regresar al hogar; por otro, surgen inseguridades respecto a cómo cuidar a un bebé que aún se percibe pequeño e inmaduro.

El rol de los profesionales es clave, no sólo para transmitir información, sino también para escuchar a la familia: sus certezas, sus fortalezas y también sus miedos. Una vez en casa, serán los cuidadores quienes estén a cargo del bebé las 24 horas, sin el apoyo inmediato del personal de salud, por lo que todo lo aprendido en el hospital será fundamental. Es importante que quienes cuidan al bebé cuenten con nociones básicas, como reanimación y sepan a quién acudir ante dudas o emergencias.

Antes del alta, el bebé suele pasar por una etapa en cuidados intermedios y en alojamiento conjunto, lo que permite a la familia practicar y fortalecer sus habilidades de cuidado en un entorno acompañado.

Para que un bebé prematuro pueda irse a casa, los equipos de salud consideran ciertos criterios, que pueden variar levemente según cada unidad, pero en general incluyen:

- Haber alcanzado un peso cercano a los 2 kg.
- Mostrar un aumento sostenido de peso en la última semana.
- No presentar episodios de apnea.
- Respirar por sí mismo (aunque en algunos casos puede requerir oxígeno en el hogar).
- Alimentarse por succión (aunque a veces puede necesitar sonda total o parcialmente).
- Tener controles de seguimiento ya coordinados.

- Contar con información clara sobre posibles consultas frecuentes.
- Disponer de teléfonos de contacto ante dudas o señales de alarma.
- Que exista comunicación entre el médico que otorga el alta y el pediatra que continuará el seguimiento.

Dado que algunos bebés tienen necesidades especiales, es fundamental la articulación entre el equipo hospitalario y los profesionales del primer nivel de atención, para asegurar la continuidad del cuidado.

Al momento del alta, también se entrega el Carné de Control Pediátrico, que contiene información relevante para el seguimiento del crecimiento y desarrollo del bebé prematuro, y que será una herramienta importante en los controles médicos posteriores.

## **Procesos psíquicos y vinculares en la prematuridad**

### **¿Qué se juega en el vínculo temprano?**

El período perinatal constituye un momento particularmente sensible para la estructuración psíquica del bebé y la construcción de los primeros vínculos afectivos. El impacto de un nacimiento prematuro es una experiencia sorpresiva e inesperada que es vivida como traumática, por lo que las emociones intensas que genera son muy difíciles de elaborar psíquicamente. Es un corte abrupto en la continuidad del embarazo no sólo desde lo biológico, sino también desde lo psicológico; la madre no ha tenido el tiempo adecuado para prepararse mentalmente. No sólo ha nacido un bebé antes de tiempo, también ha nacido una madre prematuramente.

La separación física y psíquica queda muy ligada a la angustia, trastocando el vínculo madre-bebé, padres-bebé. La pérdida de aquel bebé idealizado para encontrarse con el bebé real, si bien esto se da en todos los nacimientos, en estas circunstancias es más difícil de elaborar psíquicamente y cobra una implicancia significativa.

Los procesos que el bebé transita en la interacción con su madre y su medio ambiente se consideran ejes estructurantes del psiquismo y están predeterminados por múltiples variables como la prehistoria del vínculo, que va a otorgar la fantasía sobre el bebé y las representaciones psíquicas parentales. Las experiencias sensoriales de integración del sistema nervioso central, nos permiten tomar información de nuestros cinco sentidos, organizarlos y responder adecuadamente. En el caso del bebé la madre oficia

de filtro ante el exceso de estímulos. En el proceso de subjetivación el bebé necesita de un Otro, una experiencia primaria de continencia activa de parte del psiquismo de la madre, con el fin de poder transformar los datos sensoriales de la experiencia en su propia mente pensante.

Ajuriaguerra y Wallon (2006) denominan *diálogo tónico*, al conjunto de intercambios mediatizados por el modo en que el bebé es sostenido por el progenitor y la manera en que el bebé responde a ello. Estos intercambios producen una interacción entre las posturas de ambos y el tono muscular resultante.

El diálogo tónico constituye la base de las emociones, la base de las demás relaciones y el preludio de los demás diálogos.

Las experiencias tempranas de interacción permiten entonces, la regulación de los estímulos ambientales, la organización de la experiencia corporal y la constitución de los primeros lazos afectivos.

En este sentido, el contacto piel a piel, la voz, la mirada y el sostén corporal cumplen una función reguladora que contribuye tanto al bienestar fisiológico como a la integración psíquica del bebé.

La mirada (en el sentido amplio de la palabra) del Otro (madre, padre o quien cumpla dicha función), pueden salvar, cubrir, rellenar esos vacíos; esa mirada esperanzadora, salvadora pasa a ser una caricia hablada, un encuentro de sintonía afectiva.

Estas experiencias vinculares tempranas construyen la matriz necesaria para un desarrollo psíquico adecuado.

## **¿Cómo impacta emocionalmente el nacimiento de un bebé prematuro en la familia?**

Los niños/as prematuros sobreviven gracias a la tecnología y la atención especializada, la cual sustituye en parte a las primeras y naturales relaciones con la madre y sus cuidados. Estos son únicos y diferentes para cada mujer y cada familia y están teñidos de prehistoria vincular y del momento histórico familiar en que llega su hijo/a sus vidas.

La interacción que los referentes afectivos establecen con su hijo/a luego del parto es parte del equilibrio somático que el bebé mantiene a posteriori.

Frente a este suceso inesperado y traumático, pueden reaccionar de distintas maneras, poniendo en juego diversos mecanismos de defensa. Al shock emocional que los paraliza, lo acompañan sentimientos de culpa vivenciados por la madre al no haber podido retener en el vientre a su hijo.

En la madre, surgen asimismo sentimientos de desvalorización y pérdida de confianza en su capacidad de cuidar. A todo esto se suman temores por la sobrevivida o las posibles secuelas que pudiera padecer el bebé.

En ocasiones se observan dificultades para asumir el rol parental frente a ese entorno medicalizado y tecnológico, que aumenta la separación entre el bebé y su familia.

Esto impone coherencia y cohesión interna en los equipos, a partir de una mirada singular e integral, así como solidaria y humanizada evaluando cada caso particular.

En este escenario, el acompañamiento del equipo de salud resulta fundamental para sostener la trama emocional de la familia y facilitar la construcción del vínculo temprano.

### **¿Qué rol cumple el equipo interdisciplinario?**

La atención integral de la prematuridad requiere la articulación de múltiples disciplinas que permitan considerar las distintas dimensiones involucradas. Para abordar el nacimiento de un bebé prematuro y su familia, es necesario contar con un equipo interdisciplinario que además de estar capacitado técnicamente, presente la capacidad emocional para hacerlo y la habilidad para manejar dichas emociones, especialmente las que despierta el trato y el vínculo con las diferentes familias. Destacamos este punto, ya que el vínculo con el equipo asistencial determina, en gran medida, el éxito de las intervenciones clínicas. El equipo está expuesto a la transferencia de afectos empáticos, así como, conflictivos y a la aparición de necesidades, dependencia o resistencia de parte de las familias. La confianza y el respeto mutuo entre el equipo asistencial y las familias es fundamental.

El camino de la prematuridad es largo, con largos plazos de internación en muchos casos y no culmina con el alta hospitalaria. Entendemos que este camino se construye a la luz de la confianza, el respeto y la tolerancia entre los equipos y las familias.

Para ello hemos tratado de sistematizar los requerimientos necesarios para poder lograrlo, desde:

- Llamar al bebé y a la madre por su nombre.
- Acompañar a las y los referentes afectivos al encuentro con los bebés. Esta situación no es fácil para ellos, despierta temores y moviliza emociones que podrían llegar, en algunos casos, a alejar o posponer el encuentro.
- Informar, contar y anticipar tanto al bebé como a la familia sobre la evolución, procedimientos y cambios a realizar. Contarles qué se va a hacer y qué va a suceder.
- Existencia de coherencia entre el pensamiento y la acción de los equipos y entre los integrantes de cada equipo, incluidas las expresiones gestuales en el intercambio con las familias de cada bebé.
- Promover la participación de las familias en los cuidados y en las tomas de decisiones para habilitarlos y disminuir el estrés, la ansiedad y el sentimiento de impotencia que la situación provoca. Explicar que su sola presencia y sus voces ya están ayudando a ese bebé y que sin ellos su progreso sería diferente, que el estar allí para el bebé es insustituible y que ningún integrante del equipo puede reemplazar esa presencia que es vital para la evolución del bebé.
- Respetar las diferentes creencias que pueden responder a formas de crianza, culturales, religiosas, entre otras cosas. Por este motivo hablamos de familias en plural. Porque existen tantas familias como bebés prematuros, cada una es única y diferente a las otras, cada una tiene sus costumbres, sus particularidades. Es responsabilidad de los equipos tener la flexibilidad suficiente como para poder respetar y tener en cuenta esas particularidades en pos del bienestar del bebé.
- Mantener reuniones de equipo sistemáticamente con una frecuencia, al menos semanal, donde poder trabajar las situaciones clínicas, las situaciones vinculares entre el equipo y las familias y entre los propios integrantes.

La reunión es la condición básica necesaria para la interdisciplina, además, de un lenguaje común y compartido que se va construyendo en el seno de ellas. Lograr, al decir de Pichón Rivièrè, un ECRO común, un Esquema Conceptual Referencial y Operativo que sea el sostén de la coherencia de pensamiento y acción del equipo.

- Solicitar acompañamiento psicológico en situaciones que les dificulte su manejo, cuando sientan que la disociación instrumental no está funcionando, o si llegarán a aparecer signos y/o síntomas de Burn Out.

La situación emocional que moviliza la prematurez en los equipos es indiscutible, para afrontarlas se despliegan muchas defensas, conscientes e inconscientes. Las mismas no siempre son operativas, en esos casos se sugiere la consulta al área de salud mental.

En síntesis, los objetivos centrales del equipo de salud incluyen:

- Asegurar la sobrevivencia del recién nacido.
- Proteger el neurodesarrollo.
- Favorecer el establecimiento del vínculo temprano.
- Acompañar emocionalmente a la familia.

“El equipo de salud forma parte del universo psíquico y vincular de las familias que transitan las unidades por lo que su función lo pone en un lugar especial, íntimo y trascendente, para colaborar en la construcción del vínculo temprano madre-bebe, padre- bebé.” (Grandi, G.1 et alli)

## **Rol del psicólogo en neonatología**

Desde una perspectiva clínica y reconociendo la singularidad de cada bebé y su familia, sabemos que la prematurez configura una experiencia potencialmente traumática y compleja, atravesada por vivencias de incertidumbre, vulnerabilidad y reorganización psíquica frente a una temporalidad anticipada.

En este contexto, la función del psicólogo consiste en ofrecer espacios flexibles de escucha y sostén, orientados a favorecer los procesos de comprensión y elaboración psíquica de la angustia que experimenta la madre, el padre y el entorno familiar también prematuros. Por otra parte, integra la especificidad del rol, acompañar, habilitar y contener los procesos individuales de la madre, facilitando la puesta en palabras de las primeras emociones, tales como, sentimientos ambivalentes, culpa y frustración frente a las expectativas no cumplidas. Asimismo, la tarea de sostener y acompañar situaciones inesperadas en relación a la salud del bebé e incluso frente al fallecimiento del recién nacido.

En el ámbito de la internación el psicólogo cumple además, un rol fundamental en la promoción del restablecimiento del vínculo lo más temprano posible, entre el bebé y sus cuidadores principales.

La intervención clínica psicológica se sustenta en la elaboración de un diagnóstico situacional, que toma en cuenta cuatro ejes fundamentales: el biológico, el psicoemocional, el socioeconómico y el asistencial. Este abordaje permite comprender la complejidad de cada situación, orientando estrategias de acompañamiento acordes a las necesidades de cada caso.

- El *eje biológico* considera las condiciones médicas del recién nacido, su edad gestacional, la evolución clínica y las posibles implicancias de la prematurez en su neurodesarrollo y regulación.
- El *eje psicoemocional* aborda las vivencias subjetivas de los cuidadores, las ansiedades y procesos de duelo asociados (nacimiento a término, el bebé ideal, fallecimiento).
- El *eje socioeconómico* contempla las condiciones materiales y contextuales de la familia. Se evalúa la red de apoyos disponibles, la accesibilidad a los recursos de salud y la articulación interdisciplinaria e interinstitucional necesaria para garantizar la continuidad de cuidados tras el alta.
- El *eje asistencial*, valora el tipo de vínculo que establece la familia con el equipo de salud, si es de confianza, de rivalidad, de rechazo, de dependencia, adherencia al/ los tratamiento/s resistencias o pasajes al acto, favoreciendo intervenciones sostenidas en una actitud de respeto y no juicio. En este sentido, se reconoce que las intervenciones y las palabras del equipo inciden directamente en el acercamiento de los cuidadores con su bebé y en la

progresiva construcción de su identidad parental y de estos como pareja.

## Metodología de trabajo

La intervención del psicólogo en el ámbito neonatal se orienta a diagnosticar considerando distintas dimensiones (familiares, socio-culturales y asistenciales) y promover la salud mental en un contexto humano de alta complejidad utilizando:

- La entrevista clínica como instrumento por excelencia para el diagnóstico situacional mediante la cual se construirá un vínculo de confianza, que permita conocer en forma integral los diferentes contextos.
- Las reuniones de equipo son imprescindibles para el intercambio, ya que es lo que brinda cohesión grupal y sustenta la interdisciplina.
- Intervenciones focales en sala de espera, con el objetivo de abordar distintas situaciones emergentes que puedan suceder en la unidad (fallecimientos, patologías asociadas, nuevos ingresos, entre otras).
- Planificar y coordinar con diferentes actores del equipo técnico talleres con grupos de madres, abordando aspectos tales como la autoestima materna, sentimientos de culpa, angustia de separación de su bebé, entre otros.

## El camino de la prematurez

### El proceso de alta y seguimiento del neurodesarrollo

En muchos casos, la internación ha sido larga y emocionalmente exigente para la familia, debido a los desafíos que debieron atravesar hasta llegar a este momento. Por eso, en los días previos al alta, durante el tiempo compartido en el hospital, el equipo de salud acompaña a la familia para que conozca mejor las características y necesidades de su bebé, brindando herramientas que les den mayor seguridad para su cuidado cotidiano.

Los niños que nacieron en forma prematura y debieron recibir cuidados intensivos neonatales, pueden presentar morbilidad luego de ser dados de alta, por lo que

requerirán de un seguimiento preventivo, orientado a detectar y estimular en forma temprana posibles alteraciones en el curso de su desarrollo.

El proceso de alta debe concebirse como un recorrido con diversas etapas escalonadas, en las que se irán abordando distintas transiciones. En primer lugar, el pasaje desde la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) a la sala de internación, y posteriormente el regreso al hogar.

El traslado a sala constituye un logro significativo tanto para la familia como para el equipo de salud, en tanto refleja una evolución favorable del bebé. Este momento suele estar acompañado de sentimientos de alegría, esperanza y alivio. Sin embargo, con frecuencia también emergen sentimientos depresivos, ansiedad, dudas respecto a sus competencias en el rol parental e inseguridad al tener que asumir, con mayor independencia del equipo de enfermería, los cuidados del bebé.

Resulta fundamental planificar el alta considerando no sólo los aspectos médicos, sino también las dimensiones familiares y sociales. En este sentido, se debe atender a la singularidad de cada caso, orientando las intervenciones hacia aspectos biológicos, el microambiente familiar (dinámica vincular, redes de apoyo) y el macroambiente social (condiciones socioeconómicas, culturales, acceso a servicios de salud).

Asimismo, adquiere especial relevancia considerar los procesos psíquicos que atraviesan los padres en esta etapa. La separación del equipo de salud, con el cual se han generado diversos vínculos, puede intensificar sentimientos de abandono e inseguridad respecto de sus competencias en el rol de cuidadores principales de su hijo. Por ello, es importante continuar alentando a los padres, destacando sus habilidades en el cuidado del bebé, brindando acompañamiento y asistencia cuando lo requieran, lo que favorecerá su progresivo empoderamiento.

El alta médica, no necesariamente coincide con el alta hospitalaria. El bebé puede tener ya el alta médica, pero la familia puede sentirse insegura aún de llevarlo a su casa, por lo cual, en estos casos, se puede brindar un plazo breve para trabajar estos sentimientos y fortalecer sus competencias como padres. La familia puede regresar al hogar con el bebé manteniendo ciertos cuidados y muchas veces requiere del acompañamiento del equipo asistencial en el domicilio.

En esta instancia del alta hospitalaria, cobra mayor importancia el reconocimiento y fortalecimiento de las redes familiares y socio comunitarias disponibles.

La valoración del estado emocional de los padres, su capacidad para incorporar los aprendizajes adquiridos durante la internación, su nivel de autonomía, así como su

situación familiar, económica y social, permitirá ajustar el proceso de transición al hogar en cada caso. En este marco, es necesario planificar intervenciones y derivaciones que atiendan las necesidades detectadas, con el fin de reducir el estrés y favorecer tanto los cuidados como el neurodesarrollo del niño.

Además de proporcionar a los padres un informe escrito con los datos relevantes del estado clínico y funcional del bebé, junto con las indicaciones y derivaciones correspondientes, es fundamental transmitir esta información de manera verbal, clara y precisa, adecuando el discurso al nivel de comprensión de la familia y considerando su contexto personal y sociocultural.

El acompañamiento a lo largo de este proceso contribuye a la construcción de vínculos de confianza con los equipos de salud. Tal como se ha señalado anteriormente, los bebés con riesgo biológico que atraviesan internaciones prolongadas, como en el caso de la prematuridad extrema, presentan factores de riesgo para el neurodesarrollo. En este sentido, resulta de vital importancia el acompañamiento interdisciplinario durante la internación, el proceso de alta y el seguimiento posterior, incluyendo al bebé, su madre y sus referentes familiares.

El cuidado en el recorrido del trabajo del alta va generando alianzas, confianza en el equipo de salud lo que favorecerá el acercamiento al equipo interdisciplinario que realizará el seguimiento del crecimiento y el desarrollo del bebé y acompañará a la familia durante varios años. Este seguimiento del neurodesarrollo permite evaluar los hitos evolutivos del niño, identificar factores de riesgo y promover intervenciones preventivas cuando sea necesario.

## **Equipo de seguimiento después del alta hospitalaria**

Durante la estancia de un bebé en la UCIN, no siempre es posible determinar con certeza su evolución futura, pero sí es factible establecer su condición de riesgo y la necesidad de un seguimiento evolutivo. En algunas instituciones de salud, los integrantes del equipo de seguimiento del neurodesarrollo se contactan con la familia antes del alta hospitalaria, a fin de que conozca el espacio físico donde se realizan las consultas, a los profesionales que lo conforman y la modalidad de trabajo. Esto genera cercanía y confianza, lo que favorece la continuidad en la asistencia a los controles y posteriormente, mayor adherencia a los tratamientos.

El seguimiento, realizado por un equipo multi e interdisciplinario facilita la detección temprana de trastornos del desarrollo a partir de controles periódicos, lo que permite

además, conocer las necesidades de cada familia para luego orientarlas de manera adecuada. Este seguimiento se realizará desde el nacimiento hasta los 3 años e incluso hasta el ingreso a la etapa escolar en algunos casos.

Si bien el abordaje se sustenta en una perspectiva multi e interdisciplinaria, cada disciplina realiza sus aportes específicos diagnósticos, orientativos y terapéuticos. En el caso del psicólogo, la entrevista clínica constituye una herramienta central para la atención, promoción y prevención en salud mental. La misma habilita a la madre, padres o figura referente en su rol, así como en el fortalecimiento del vínculo con el bebé.

Por otra parte, permite detectar los factores de riesgo y de protección tanto de la madre como de la familia, lo cual es fundamental para el pronóstico vincular y familiar.

De acuerdo con las necesidades detectadas, pueden implementarse abordajes vinculares focalizados, derivaciones a tratamientos psicológicos individuales y/o con psiquiatra, especialmente considerando la alta prevalencia de depresión materna.

La asistencia telefónica es una herramienta valiosa en el acompañamiento a la familia, al brindar un espacio de contención y orientación, así como para el seguimiento de las sugerencias y derivaciones realizadas. Otro recurso terapéutico son los talleres con padres, ámbito en el cual pueden exteriorizar sus temores y las distintas emociones experimentadas tanto durante la internación como en el seguimiento.

La vigilancia del neurodesarrollo requiere de la observación de la actividad espontánea del bebé (motriz, comunicacional, lúdica, interactiva, cognitiva, etc.), así como también la evaluación a partir de técnicas estandarizadas, que permiten determinar el curso del desarrollo, cómo se va dando el mismo, si se encuentra enlentecido en relación a la media poblacional o presenta elementos de desvío. En algunos casos bastará con realizar orientaciones sobre pautas de estimulación en las áreas comprometidas; en otros, se indicarán intervenciones terapéuticas específicas.

Es importante transmitir con claridad el concepto de “edad corregida”, que se aplica hasta los 2 años de vida, cuando se evalúan los hitos del desarrollo. La edad corregida es la edad que el bebé debería tener si hubiese nacido en la fecha prevista (40 semanas de gestación).

Los equipos integrados por neonatólogos, pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, neuropediatras, trabajadores sociales, psicomotricistas, etc., interactúan con otros profesionales encargados del control evolutivo a nivel sensorial (oftalmología, otorrinolaringología), así como con centros de rehabilitación e

instituciones educativas y psicosociales. En este sentido resulta esencial garantizar un adecuado flujo de información entre los distintos equipos que intervienen en la atención del niño, así como hacia aquellos a los que se lo derive.

Es importante el acompañamiento a las familias ayudándoles a comprender las dificultades de su hijo, brindándoles seguridad en sus actuaciones, proporcionando información clara, en ocasiones acompañada de material impreso y adaptada a su situación emocional y cultural, estableciendo un clima de confianza que constituya un marco apropiado para la toma de decisiones. Asimismo, enfatizar los progresos del niño, por pequeños que sean, fortalece la confianza, contribuye a la construcción de una representación más ajustada del hijo real y favorece la interacción y el desarrollo de un vínculo saludable.

## Conclusiones

El nacimiento prematuro constituye un acontecimiento de alto impacto que involucra dimensiones médicas, psicológicas y sociales. Irrumpe de manera abrupta en la continuidad esperada, confrontando a los equipos de salud y a las familias con escenarios de alta complejidad, incertidumbre y vulnerabilidad. Sin embargo, también abre la posibilidad de construir, desde el cuidado, nuevas formas de encuentro.

Un abordaje integral, basado en el trabajo interdisciplinario y en los cuidados centrados en los derechos y en la familia, resulta fundamental para sostener al bebé y a sus padres en este proceso particularmente sensible del desarrollo. Este enfoque no sólo permite garantizar la sobrevivencia, sino también cuidar el neurodesarrollo y la construcción psíquica, reconociendo que el desarrollo acontece en un entramado de vínculos, miradas y presencias significativas.

En este marco, el rol del psicólogo adquiere una relevancia central al acompañar los procesos emocionales asociados a la prematuridad, alojar la angustia, favorecer la elaboración psíquica de la experiencia y fortalecer las funciones parentales. Su intervención contribuye a generar las condiciones para que el encuentro temprano entre el bebé y sus cuidadores pueda tener lugar, incluso en contextos atravesados por la tecnología y la medicalización.

Allí donde la tecnología sostiene la vida, es el vínculo el que la humaniza. Cada bebé prematuro nos recuerda que no alcanza con vivir: también es necesario tener en

cuenta cómo se es recibido en el mundo. En ese “cómo” se juegan las bases del desarrollo futuro.

Como señala el Dr. Nils Bergman, “no deberíamos medir el tiempo de piel con piel entre padres y bebé, sino el tiempo de separación”. Esta afirmación sintetiza el desafío ético y clínico que atraviesa nuestras prácticas: reducir la distancia, sostener la cercanía y garantizar el derecho fundamental de todo recién nacido a ser cuidado en vínculo.

## Referencias bibliográficas

- Basso,G.(2018) "Neurodesarrollo en Neonatología " Ed. Médica Panamericana.
- Bergman, N. (2005). El paradigma del método canguro.
- Bernardi, R. y otros (1998) "Ritmos y Sincronías tempranas entre la madre y su bebe"  
Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina.
- Borbonet,D. (2015). Revertir la fragilidad. La diaria (entrevista redactada el 17 de noviembre de 2015) Montevideo, Uruguay.
- Bowlby, J. (1989) Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Ed. Paidós. Argentina.
- Bonnet, M. y G. (1978) La comunicación del bebé. Ed Gedisa. Barcelona.
- Brazelton T.B. y Cramer B. (2001) La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial. Ed. Paidós. Argentina
- Cardozo, A., Guerra, V., López, S. Comenzando los vínculos, los bebés sus papás y el jardín de Maternal, 2 Ed. Roca Viva, 1994. Montevideo.
- Charpak, N. (2006). Bebés Canguros. El método humaniza el cuidado de los recién nacidos, mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés. Barcelona: Gedisa,
- Díaz Rosselló, J. y otros (1993). La madre y su bebé: primeras interacciones. Ed. Roca Viva. 1993 Cap. II y V. Uruguay
- Guerra, V. Ritmo, mirada, palabra y juego: hilos que danzan en el proceso de simbolización. En la web con el mismo nombre, como artículo de la Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (119): 74-97 issn 1688 - 7247.

- Guerra, V., El ritmo en la vida psíquica entre pérdida y re-encuen-tro. Vínculos tempranos, clínica y desarrollo infantil, 2007.
- Hallal,R. (2000) “La recién madre”. Escritos inéditos.
- Harillo, D. y otros (2020): La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura.  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>.
- Helman,V. y otros (2000). Niños prematuros. La clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis.
- Lecannelier, F( 2017). Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. LOM Ediciones.
- Migdal, C. y Más, M. (2015) De la mano de mi pequeño bebé. Editorial Libra. Uruguay
- Mathelin,C. (2001). La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros.
- Olza,I. y otros(2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología.
- Pichon-Rivière, E. (1982). El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social. Ediciones Nueva Visión.
- Pose, G. (2008) Impacto de los padres. Programa Universitario: Impacto de la prematuridad en el crecimiento y desarrollo. Hospital Italiano Campus virtual. Argentina
- Prat, R. (2010) Ni tanto ni tan poco: La cuadratura del círculo de la parentalidad.
- SUNEO (2024) Cuidados del neurodesarrollo, buenas prácticas en atención neonatal, ed. Cuadrado, Montevideo.
- Wallon, H (1989) Psicología del niño. Madrid: Pablo del Río.
- Winnicott, D. (1975) El proceso de maduración en el niño. Ed. Laia (Capítulo 7). España