



III Congreso
Internacional
de Psicología

Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Salud Mental:

Perspectivas y desafíos para
la construcción de otros mundos posibles

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

Parentalidad Prematura: “Compartiendo experiencias, desde la vulnerabilidad a la oportunidad”

Natalia Siquera

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



Resumen

Este proyecto de intervención nace con la necesidad de fortalecer el vínculo afectivo entre las figuras afectivas y el recién nacido prematuro hospitalizado, valorando el impacto que ello produce en el proceso en la subjetividad de los padres y/o referentes afectivos.

El proyecto supone un dispositivo de intervención temprana dirigido a los adultos referentes y desarrollado de manera paralela a la hospitalización del niño/a. Se focaliza en ellos, en la medida que se reconoce la existencia de múltiples emociones que invaden en ese periodo a las figuras afectivas de recién nacidos prematuros, y que no siempre son contempladas de manera directa por los equipos de salud intervinientes.

Muchas veces, se identifica en los referentes mecanismos de protección que despliegan para tolerar la angustia que les genera esta situación, esto implica para las figuras afectivas un impacto, una experiencia que es vivida muchas veces como traumática y shockeante. Para ello se propone habilitar un tiempo y un espacio de trabajo para la realización de encuentros grupales con propuestas de actividades flexibles, propiciando la participación de las figuras afectivas.

Este proyecto tiene como propósito generar un espacio para acompañar a las figuras afectivas desde el inicio de la hospitalización del niño/a prematuro y aliviar el estrés emocional que provoca la situación de hospitalización por prematuridad en un determinado contexto, en este caso la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Palabras clave: *Vínculo afectivo, figuras afectivas, prematuro, UCI Neonatal*

Introducción

El tema que se pretende profundizar es el aporte desde el área psicológica a las figuras afectivas durante la internación del niño/a prematuro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y brindar herramientas para facilitar o mejorar la construcción de la parentalidad prematura.

La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de Salto es un Centro de referencia para todo el litoral norte y brinda atención para el área pública y privada.

En una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, cada vez que ingresa un bebé prematuro se vivencian experiencias singulares. Esto me motivó a escribir acerca del tema, ya que me parece muy importante la relación que se produce entre el recién nacido prematuro y las figuras afectivas, y el lugar que ocupa en estos primeros momentos el equipo de salud y la UCIN, siendo éste el campo laboral en el que desempeño mis actividades como enfermera hace ya varios años.

Relevancia y fundamentación

El nacimiento de un bebé implica una serie de cambios abruptos en el seno de la familia, a los cuales, tanto los referentes parentales y/o figuras afectivas como el propio bebé, deben adaptarse. Incluyendo las condiciones bio-psico-socio ambientales que constituyen la posición que tendrán estos referentes ante este acontecimiento.

Dichas condiciones son generadoras de fantasías, expectativas e ideales que giran en torno al nacimiento y reconfiguración filial. Cuando el nacimiento se da de manera prematura, estas fantasías y expectativas se diluyen en una nueva realidad avasallante.

Es muy difícil preparar a los referentes parentales y/o figuras afectivas para el primer encuentro con su hijo/a recién nacido prematuro (de ahora en adelante RNP) luego del nacimiento (y aún más cuando es prematuro extremo). La imagen que se tiene del bebé no es la esperada, está muy lejos de aquella imagen que venían construyendo durante el embarazo. El RNP impresiona como más pequeño, frágil, especialmente si es prematuro extremo y/o de bajo peso, su piel es más delicada, se encuentra rodeado de cables dentro de una incubadora.

Enseguida del nacimiento, el RNP es llevado a un sector especializado para recibir los cuidados que necesita. Debido a sus condiciones delicadas, es indispensable la

asistencia de un entorno médico, técnico y tecnológico (incubadora, monitores, respiradores, etc.) para mantenerlo con vida. Es por eso por lo que los primeros intercambios vinculares entre el RNP y sus figuras afectivas se enmarcan en un ambiente medicalizado, tecnologizado, controlado y con intensa actividad por parte del personal de salud.

Hoffman (2002) plantea que, pesar del contexto peculiar en el que tienen lugar las primeras interacciones entre el RNP y sus figuras afectivas, es posible iniciar y mantener un intercambio entre ellos que posibilite reforzar la “trama vincular” y la sobrevivencia del RNP. Estas experiencias pueden incidir en el proceso de su desarrollo, de modo positivo o negativo según el estímulo del que se trate (UNICEF, 2018).

En este sentido, considero que todas las familias, incluso aquellas que están atravesando una situación crítica tal como la internación de un RNP en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (de ahora en adelante UCIN), tienen aportes esenciales e intransferibles para desplegar en el cuidado de su hijo/a.

En 2010, UNICEF definió diez derechos esenciales del RNP de los cuales destaco: el derecho N° 8 el cual promueve que la familia de un RNP tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica. Y el derecho N° 9, el cual anuncia que el RNP tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

En las UCIN por excelencia prioriza la atención al niño/a para garantizar su vida en desmedro de los factores vinculares y/o emocionales de los referentes, siendo todo ello constituyente de la subjetividad y determinantes del desarrollo salutógeno.

La salud considerada en sus factores bio-psico-socio ambientales no puede atender solamente el cuerpo del RNP. Sino que también debe focalizar su atención en los procesos que inciden en la construcción subjetiva a través del vínculo con las figuras afectivas.

Borbonet (2015) destaca la importancia de atender el costo que puede representar para los padres y la familia tener a un recién nacido hospitalizado (desatención de otros integrantes familiares, pérdidas laborales, etc.). Insistiendo en la necesidad del apoyo de profesionales de salud mental y trabajadores sociales. Si bien en los últimos años Uruguay ha avanzado mucho en la atención de los RNP aún quedan muchos desafíos por delante.

Según la OMS (2012), uno de cada diez niños nace prematuramente (nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación), y más de las tres cuartas partes de los RNP pueden salvarse con medidas asistenciales factibles y costos eficaces.

En Salto, en el año 2020, nacieron 1694 niños, de los cuales el 11,4 % fueron prematuros. La UCIN del Hospital Regional Salto es un centro de referencia para todo el Litoral Norte. Brinda atención tanto para el área pública como el área privada, con una sobrevida del 90%.

A raíz de los datos extraídos de las fuentes oficiales, se denota un problema de salud pública que es necesario considerar desde la perspectiva psicológica, ya que, como decía, no se habría identificados abordajes sobre la trama afectivo-vincular del RNP, y en específico con relación a la situación psicosocial de los referentes afectivos.

En este sentido, Bowlby (1989) propone la teoría del apego, considerando la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con personas determinadas como un componente básico de la naturaleza humana. Su función biológica es la búsqueda de protección y seguridad para asegurar su supervivencia.

Para todo RNP resulta esencial establecer con sus figuras más significativas un vínculo de apego, en el cual experimente proximidad, intimidad, calidez, afecto, continuidad y satisfacción, ya que esto tiene implicancias en el desarrollo somato-psíquico desde el nacimiento hasta la adultez (Freire de Garbarino, 1992).

Por otra parte, Spitz (1959) observó que a los bebés a quienes se les suministra cuidados de forma anónima, en ausencia completa de una figura de apego y sin que se establezca una relación vincular estrecha e íntima, manifiestan alteraciones en el desarrollo, en la adaptación al medio ambiente, disminución de la resistencia a las enfermedades y síntomas más graves; lo que definió como depresión anaclítica. Consideró que existe una necesidad de que el sujeto se constituya desde el afecto.

La interacción de un bebé con la madre, particularmente el “contacto piel a piel” (COPAP) hace una diferencia significativa en el desarrollo de la estructura cerebral y su funcionamiento. Favoreciendo el conocimiento mutuo, incrementando la confianza y competencia entre ellos. (Charpak, 2006).

Sin embargo, cuando la complejidad que presenta un RNP impide el COPAP, la cercanía sostenida con la figura de apego, la comunicación afectiva única y el intercambio emocional que van construyendo ocupan un lugar tan valioso como el del contacto físico (UNICEF, 2018).

Durante este periodo, y efectivizando dichos encuentros entre RNP y sus referentes se van desplegando en este último una multiplicidad de emociones que son necesarias atender.

De esta forma, es que se considera esencial fomentar la sociabilización y el vínculo afectivo entre pares, lo cual supone relacionarse con otras personas que comparten experiencias similares y, por otro lado, intercambian emociones y elaboran estrategias de supervivencia para esta etapa que están transitando.

Por consecuencia, la existencia de espacios de intercambio favorece el fortalecimiento de la “trama vincular”, entre el RNP y las figuras afectivas a través de la promoción de un diálogo y expresión de las construcciones narrativas singulares (Salazar, 2011).

Por otro lado, Berenstein (1995) expresa que “todo sujeto es y existe vinculado, no existe el sujeto separado y verlo así es resultado de la percepción consciente” (p. 239), por lo tanto, el sujeto es emergente de una compleja trama de vínculos y relaciones sociales, producido y determinado, pero también, actor y protagonista de la misma.

Es fundamental integrar a la familia en la atención y cuidados del RNP en la UCIN, ya que el desarrollo de un sujeto no puede ocurrir sin la familia, especialmente su figura afectiva discriminada a la cual apegarse (Altimier, 2016). La figura afectiva discriminada es la figura o figuras de referencia que propiciarán la continuidad vital del RNP a través del vínculo de apego que gesten con él. Por lo cual para que se establezca un vínculo es importante que la figura afectiva también debe estar sostenida y acompañada desde el equipo de UCIN.

Resulta pertinente la implementación de dispositivos grupales con las figuras afectivas, que promuevan una mayor integralidad en la atención y que permita la expresión narrativa (Salazar, 2011) de las figuras afectivas que rodean a los RNP, para la tramitación de las ansiedades y angustias propias del proceso.

Para ello, se pretende desplegar un proceso de intervención profesional e institucional que podría llevarse a cabo a través de un dispositivo grupal, cuyo propósito sea acompañar a los referentes afectivos de los RNP con un carácter netamente preventivo e integral.

Antecedentes

Para la confección de antecedentes realicé una búsqueda en las revistas científicas de Scielo y Redalyc, así como también en las bibliotecas en línea de la Universidad de la República Timbó y Biur.

En función a la búsqueda sistemática de material, no se logró acceder a intervenciones específicas con figuras afectivas, pudiendo de esta manera fundamentar la pertinencia de desplegar intervenciones de este tipo.

Los resultados por su parte dieron cuenta de investigaciones relacionadas con el tema, destacándose un artículo descrito en un Hospital Universitario Español que tomé como punto de partida para este proyecto de intervención. La investigación fue realizada mediante un programa enlace entre Neonatología y psiquiatría perinatal. Con un total de 383 RNP que ingresaron a la UCIN y que tuvieron una estancia media de 9,2 días.

En dicho artículo, Olza et al (2014) expresa que la hospitalización de un RNP supone un estrés psíquico muy significativo para las familias, lo que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial. La investigación concluye que la etapa perinatal es un período crítico. Las familias están más sensibles, y el tener un hijo/a hospitalizado es un período de alto riesgo para el inicio del apego y posterior vínculo afectivo. Los resultados manifestaron que las intervenciones realizadas con las familias en la UCIN mejoran el conocimiento materno, logrando una mejor adaptación.

Otro estudio realizado por Lisseth Barra y colaboradores (2020) en un Hospital Chileno sobre los cuidados en el desarrollo del RNP, refieren que, debido a la larga permanencia de los RNP extremos en la UCIN han ido incorporando “Cuidados Centrados en el Desarrollo” (CCD). Los resultados de la investigación dan cuenta de la importancia de estos CCD para prevenir y disminuir el estrés en los RNP extremos, favoreciendo también en la participación de los padres en sus cuidados. Se ha mejorado la calidad en la atención hacia los bebés, contribuyendo a lograr el mejor potencial de desarrollo posible.

A nivel nacional, si bien no se han encontrado investigaciones académicas que focalicen en los referentes adultos al cuidado de RNP, es de destacar aspectos normativos que benefician a las familias de los RNP, en el cual logran tener a través de la “Ley Federica”, una extensión de la licencia por maternidad y paternidad. Dicha Ley fue aprobada en el año 2021. El objetivo de la Ley pone en foco las situaciones de los RNP que presentan riesgos y necesitan el contacto de sus progenitores por mayor

período de tiempo. La creación de la ley fue inspirada en un caso de trillizas uruguayas, en la que una de ellas peso 580 grs, y estuvo internada en la UCIN hasta los 5 meses.

Planteamiento del problema

La situación de vulnerabilidad extrema del RNP lleva a la necesidad de condiciones asistenciales complejas instrumentadas por la UCIN. Las cuales dificultan las primeras interacciones entre el RNP y sus referentes parentales y/o figuras afectivas. Transformando el establecimiento del vínculo de apego saludable.

Cuidar a un RNP en la UCIN resulta ser una experiencia estresante para los referentes parentales y/o figuras afectivas discriminadas en general. Por este motivo, el desarrollo de la función parental tiende a asumir una postura menos activa en lo que refiere a los cuidados.

Cotidianamente se aprecia que no resulta fácil cuando estamos frente a un RNP, debido a que el impacto emocional es muy intenso, sus referentes afectivos suelen sentir culpa, les cuesta encariñarse con el RNP por miedo a que no sobreviva, aún entendiendo que el amor de sus padres les ayuda a salir adelante (Olza,2013).

Es importante rescatar la importancia de las figuras afectivas que rodean al RNP, ya que el fortalecimiento de la trama vincular en estos primeros momentos de la vida propicia el neurodesarrollo.

Hallal (2000) refiere que con un RNP nace también una madre prematura, y desde nuestra postura podemos decir una “familia” prematura que se va a su casa sin su bebé en brazos y no tiene nada para poner en la cuna. En estas circunstancias las figuras afectivas, que son las personas que están disponibles en la construcción de un vínculo de apego, es importante que también reciban sostén, contención, acompañamiento e información.

Las intervenciones propuestas se focalizan en esta trama vincular y principalmente en cómo estos adultos referentes transitan los cambios y emergencias propias de esta circunstancia. Por ejemplo, he observado en mi experiencia en la UCIN, que el encuentro madre-bebé se da de manera particular, primero a través de fotos y relatos, generando ansiedades y angustias propias del proceso.

Será entonces importante que las figuras afectivas expresen sus incertidumbres a partir del relato narrativo, y construyan nuevas maneras de lidiar con esta realidad avasallante.

Al mismo tiempo que las familias experimentan estos sentimientos, los profesionales que trabajan en la UCIN les resulta dificultoso la inclusión de la familia en los procesos de cuidado, por lo que es importante la introducción de profesionales de la salud, y espacios que permitan elaborar también la imposición de horarios de visita, las razones impositivas para que se retiren de al lado de su hijo y las incomodidades propia de la UCIN para permanecer allí.(Quiroga, 2018).Estos hechos complejizan aún más el sentir de los referentes afectivos del RNP, siendo necesario contemplarlo también con los propios equipos de salud.

Las figuras afectivas pueden ayudar a disminuir el estrés, y mejor evolución de los RNP, pero para esto, ellas mismas deben poder mantenerse en calma. Desde la psicología pretenderé establecer encuentros que faciliten una adecuada integración de la experiencia por parte de las figuras y, consecuentemente, una adecuada interacción entre esta y el RNP.

Morales (1999), expresa que el profesional de la psicología debe acompañar y atender a la díada madre-hijo y a la familia del RNP. Su trabajo no está centrado solo en el individuo, sino que va más allá, incluyendo el trabajo con la familia y la comunidad, denotando la importancia del abordaje en equipo interdisciplinario en la atención neonatal.

En esta línea interventiva, considero que se debe apuntar a elaborar el duelo por el bebé fantaseado e imaginado para aceptar al bebé real. Aliviar los sentimientos de culpa, frustración, angustia y de impotencia ante la sensación de no poder cuidar a su bebé y tener que dejarlo en manos del equipo de Salud. Pudiendo desde allí reconstruir un verdadero encuentro con su niño/a.

Es fundamental mediante un dispositivo grupal, detectar precozmente la presencia de sentimientos de culpa en las figuras afectivas, para mitigar desde el inicio y ofrecer la posibilidad de poner en palabras esos sentimientos de manera singular y colectiva (Hounie, en De León 2013).

Institucionalmente también se debe tratar de promover la relación RNP con sus figuras afectivas instando a que tengan mayor participación a dichas figuras en el proceso, no solo por el RNP, sino por ellos. Porque ahora ya no es solo “mirarlo” como si no fuera a

sobrevivir. Es “mirarlo e investirlo” logrando una mejor sobrevivencia sin miedos y culpa, impactando en la construcción identitaria de ese niño/a y de ese referente.

Marco conceptual

Recién Nacido Prematuro

Según la OMS (2019), los bebés prematuros son los que nacen antes de las 37 semanas de gestación. Llegan al mundo sin completar su desarrollo dentro del útero materno, por lo que son más vulnerables que quienes lo hacen a término. Los riesgos de vida se encuentran en relación proporcional a la edad gestacional. Vinculado a esto se divide la prematuridad en, pretérmino extremo (menor a 28 semanas), pretérmino severo (menor o igual a 31 semanas) pretérmino moderado (entre 32 y 34 semanas) y pretérmino leve (entre 35 y 36 semanas) según las semanas de gestación.

El requerimiento de internación a la UCIN de los RNP dependerá de la edad gestacional, peso o según el estado clínico al nacimiento.

Cuando nace un RNP, que necesita cuidados especiales siempre es separado de su madre/padre.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Es aquella dependencia de neonatología destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuna a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con tecnología de alta complejidad. La atención se centra en el estado de salud del RNP, pero considero que las familias también necesitan atención y ser acompañados.

Vignolo (2011), describe que la UCIN ofrece un tercer nivel de atención. Se refiere a la atención de patologías complejas que requieran procedimientos especializados y de alta tecnología. Y un tercer nivel de complejidad que se caracteriza por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, brindando asistencia a los RNP.

Las UCIN son recintos donde los recién nacidos experimentan procedimientos agresivos frecuentes, manipulación indiscriminada, interrupción del sueño, medicamentos desagradables y exceso de ruidos y luz. Implicando gran movilización emocional y estrés en las figuras afectivas. Generando malestar psicológico significativo, provocando en los referentes parentales y/o figuras afectivas dificultades

para adaptarse al medio hospitalario, menos participación en los cuidados de su hijo/a RNP, lo que lleva a estar menos preparados para el alta y proveer cuidados deficientes (Meyer et al, 1995)

Por su parte, Puig et al. (2018), expresan que cuidar a un RNP en una UCIN, resulta estresante. Aquí el desarrollo del rol parental se dificulta y los padres se ven obligados a asumir una postura menos activa en lo que refiere a los cuidados de su hijo/a, lo que puede afectar la percepción que tienen sobre sus competencias parentales. En ocasiones, las madres manifiestan no sentirse incluidas ni capacitadas para cuidar de su bebé. En este sentido para evitar estas situaciones y promover una competencia materna exitosa será necesario que el equipo de Salud que trabaja en la UCIN facilite una adecuada interacción entre la madre y su bebé prematuro (Puig, et al 2018).

Referentes Parentales/Figuras afectivas

La parentalidad es el proceso psicológico de convertirse en padre o madre de su hijo/a y supone un trabajo que cada persona realiza en su interior día a día (Lebovici, 1970). Es un proceso psíquico que se diferencia de la reproducción biológica (ya que la consanguinidad no garantiza parentalidad) ésta es independiente del parentesco, ya que no asume necesariamente un vínculo jurídico.

Bornstein (1995) expresa que particularmente la parentalidad se refiere a las actividades que realizan el padre y la madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas; es un proceso biológico y psicosocial.

Por lo tanto, la influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del RNP, desde el nacimiento, es primordial.

El primer hábitat del bebé: el cuerpo del otro como lugar privilegiado

El ser humano necesita como todos los mamíferos, de una serie de hábitats que hagan posible su vida. El útero materno, el contacto cuerpo a cuerpo con la madre, la familia, y el resto del entorno humano, son los diferentes espacios que hacen posible la vida y el desarrollo (Bergman, 2005).

Según Alberts (1994) es en cada uno de estos hábitats que el organismo está neuro biológicamente programado para comportarse de manera que le permita satisfacer sus necesidades. Se considera que esta premisa debe ser relativizada, especialmente si el bebé nace en condiciones de prematurez o en presencia de patologías o síndromes.

Díaz Roselló et al. (1991), refieren que el bebé viene preparado para el encuentro de quien lo tuvo en su propio cuerpo durante el embarazo, pero muchas veces esto no sucede debido a múltiples factores, en este caso la prematurez como proceso biológico, al que se le suman factores psicosociales incluyendo las fantasías de la madre y las expectativas parentales, pero también las acciones de atención y cuidado a esta problemática de salud.

En realidad, para una buena salud física y mental, los bebés necesitan un cuidado sensible y un buen apego con sus figuras de referencia, que le permitirán desarrollar con el tiempo la capacidad de autocontrol, las habilidades sociales y la empatía (Schoore, 2022).

Vínculo temprano

Si consideramos una población particular como son los RNP, quienes sobreviven gracias a la tecnología y la atención especializada, la misma sustituye a las primeras y naturales relaciones con la madre y sus cuidados.

En muchas ocasiones, durante el embarazo la madre se va imaginando cómo será su hijo/a, mediante un proceso mental que la prepara para la llegada del bebé y la dispone a maternar, lo que Winnicott (1989) denomina preocupación maternal primaria (PMP). Un nacimiento inesperado, prematuro, da inicio al trabajo de duelo porque la ansiada alegría de un nacimiento pasa a ser reemplazada por la angustia, la pérdida y la tristeza (Mahler, 1975).

Objetivos

6.1 Objetivo General:

Beneficiar la salud integral del RNP hospitalizado en la UCIN y sus referentes a través de la creación de un espacio de comunicación y expresión para las figuras afectivas.

6.2 Objetivos específicos:

Potenciar las funciones parentales y de apego de las figuras afectivas del RNP hospitalizado.

Promover la salud integral del RNP y sus referentes a través de la participación activa de las figuras afectivas.

Prevenir enfermedades del orden biopsicosocial del RNP que puedan desarrollarse a través del estrés generado por la situación de internación.

Metodología

La intervención propuesta es de carácter preventivo y de promoción, y está dirigida a figuras afectivas de RNP internados en la UCIN del HRS. Dicha participación es voluntaria y se gestionará a través del intercambio con el equipo de salud.

El abordaje de intervención supone en primera instancia la aplicación de una Escala de Observación del vínculo madre-bebé desarrollada por Santos (2009). La misma se aplica de manera espontánea una vez que ingrese el RNP a la UCIN, con el fin de observar la relación entre las figuras afectivas y el RNP.

La Escala también se utilizará al finalizar los encuentros con el objetivo de valorar modificaciones en relación con el vínculo.

Posteriormente se presenta la propuesta de manera personal a las diversas familias participantes, una vez aceptada se procede a firmar un consentimiento informado de los alcances de las actividades y resultados e informes de la misma.

Ello dará paso a la realización de una primera entrevista semiestructurada a las figuras afectivas. La entrevista es un instrumento fundamental de los profesionales de la psicología que permite una aproximación a la realidad singular, a través de la generación de un espacio de escucha y contención que propicia un vínculo de confianza, propiciando que las figuras afectivas pueden ser empáticamente acompañadas (Perpiñá, 2012).

En dicha entrevista se aplicará a una de las figuras afectivas el Cuestionario de Neonatología propuesto por León, et al. (2005) que tiene como objeto medir las reacciones emocionales de los referentes en la hospitalización del RNP.

Posteriormente, la intervención se centrará en la grupalidad, en donde se propiciará la instalación de un tiempo y un espacio para el aprendizaje grupal y participativo privilegiando la producción colectiva. El punto de partida será el saber que cada participante aporta y comparte (González Cuberes, 1989) lo cual promoverá reflexión, contención, apoyo y escucha.

Las experiencias por las cuales se encuentran transitando las figuras afectivas son únicas e intransferibles para cada participante debido a su historia personal, familiar y/o social. De esta forma en los encuentros se pretenderá constituir instancias de sensibilización, conocimiento y sostén de las experiencias que traen las figuras afectivas en cuanto al RNP.

Una vez finalizado los encuentros colectivos, se aplicará nuevamente la Escala de Observación del vínculo madre-bebé con el objetivo de comparar los resultados actuales frente a los resultados de la primera aplicación de la Escala. Para culminar la evaluación del proceso se realizará una entrevista individual dirigida a cada referente afectivo del RNP que haya participado.

Se dispondrá de un espacio en UCIN a fin de poder implementar una encuesta anónima de satisfacción, orientada a los adultos referentes del RNP hospitalizado.

Por su parte, de manera paralela, se fijará un encuentro con el equipo de salud, a fin de integrar a su mirada actual de las figuras afectivas y su relación con el RNP.

El procedimiento a seguir se ordenará en tres etapas, la etapa inicial, la de ejecución y la de cierre y evaluaciones.

Etapas iniciales

- a) Presentación del Proyecto de Intervención para su aprobación ante la Dirección de HRS - ASSE, y al personal asistencial que trabaja de manera directa con RNP en UCIN.
- b) Primer encuentro con equipo de salud para intercambiar los datos actuales de la situación de la UCIN y obtener acceso a la historia clínica del RNP y su familia.
- c) Armado de la ficha por cada RNP, la cual contendrá la Escala de Observación inicial y final, registro de entrevista/cuestionario Inicial; registro de entrevista final y otros.
- d) Divulgación de las fechas de los encuentros individuales y/o grupales a los referentes afectivos en la UCIN del HRS que participarán de la intervención, al igual que al personal de salud.

Etapas de ejecución

- a) Aplicación de la Escala de Observación del vínculo madre-bebé desarrollada por Santos (2009).

b) Realización de la entrevista semiestructurada inicial y aplicación del Cuestionario de Neonatología propuesto por León, et al. (2005), tomando un primer contacto con el equipo asistencial.

c) Estructuración y organización de cinco encuentros tentativos (ya que existirán insumos que surgen del propio encuentro).

Etapa de cierre y evaluación

a) Se realizará una entrevista individual con las figuras afectivas participantes, con el fin de vehicular sus experiencias personales y grupales, buscando con ello evaluar la percepción sobre la incidencia en su vínculo con el RNP.

b) Se aplicará la Escala de Observación del vínculo madre-bebé desarrollada por Santos (2009).

c) Se facilitará la realización de una encuesta anónima de satisfacción a los adultos participantes para evaluar incidencias de la intervención.

d) Por último, se elaborará un informe final que organice y especifique la sistematización de las experiencias desde lo cuantitativo y cualitativo explicitando los logros obtenidos con esta intervención.

e) Se considerará la posibilidad de generar instancias de devolución a la Institución.

Breve descripción de las actividades tentativas

Debido a las características de movilidad de la población participante, y el promedio de internación del RNP, se aplicarán actividades de observación y encuentros colectivos. En dichos encuentros se prevé un tiempo estimado de 90 minutos por encuentro, con una frecuencia de dos veces a la semana.

Para alcanzar los objetivos planteados, se buscará conjugar lo singular y lo colectivo, dando lugar a los distintos emergentes que puedan darse en cada uno de los encuentros.

Estos, funcionarán de forma dinámica, enmarcando un espacio que propiciará el compartir sentimientos, temores y formas de enfrentar la situación de los RNP hospitalizados. Provocando la emergencia y elaboración de temáticas tales como, los

sentimientos de culpa, las etapas de duelo, los miedos y tristezas que puedan estar implícitas en lo que se manifieste.

Encuentro 1: Se realizará una dinámica de presentación, para conocer a los participantes y que se conozcan entre sí, logrando cohesión, y adherencia a los próximos encuentros.

Encuentro 2 al 4: Se estructurará en función a dinámicas específicas siguiendo los contenidos emergentes en las entrevistas y el primer encuentro. Se abordarán aspectos tales como: el duelo, la ansiedad, la identidad, la construcción narrativa singular, entre otras. Para ello se utilizarán diversas técnicas participativas ajustadas al perfil de la población participante.

Encuentro 5: El último encuentro estará enfocado en la realización de un cierre global y la apreciación de resonancias emergentes lo que dará lugar a la autoevaluación grupal.

Debido al posible recambio de participantes (alta de RNP, traslados a otros centros hospitalarios, entre otros), en cada encuentro se realizará una introducción y un cierre del mismo. En esta línea, desde el inicio se mantendrá el propósito de crear proximidad entre los participantes, ya que se requiere establecer una malla de confianza a fin de poder potenciar los comportamientos saludables de las figuras afectivas.

Cronograma de ejecución

Semanas, Año 2022												
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación y autorizaciones												
Acceso a datos de los RNP												
Escala de Observación Vincular												
Cuestionario a figuras afectivas												
Realización de los 5 encuentros												
Evaluación del proceso												
Sistematización de experiencias												
Devolución e informe final para la institución												

Consideraciones Éticas

Toda intervención se adaptará al Código de Ética Profesional del Psicólogo/a del Uruguay.

El presente proyecto de intervención se realizará luego de la obtención de las autorizaciones correspondientes de la institución en la que se va a llevar a cabo. En cuanto a las personas que manifiesten su deseo de participar en este proyecto, deberán firmar un consentimiento informado, aceptando el uso académico de toda información obtenida durante este proceso. Previa transmisión clara del alcance de la

intervención e informe, el cual supone la reserva de la identidad de los participantes, incluyendo en esto las vivencias y expresiones compartidas.

Se explicará la importancia del respeto colectivo con las experiencias socializadas, así como se asegurará la confidencialidad del material obtenido en cualquier tipo de publicación, utilizando códigos que no reporten identificar a los participantes.

Recursos Humanos

Se considera relevante conformar un equipo de trabajo con profesionales para poder llevar adelante los encuentros. El mismo contará con el personal de enfermería de la UCIN que proporcionará los datos de ingreso de los RNP a la UCIN, e informará a las figuras afectivas de los encuentros, fomentando el contacto de éstas con los profesionales de la psicología.

Todo el proceso será llevado a cabo por dos psicólogos/as, quienes participarán de forma conjunta en los encuentros.

Recursos materiales

Según las circunstancias institucionales, y de intereses particulares del grupo, se emplean espacios internos o al aire libre.

Se requerirá de mesa, sillas, material de collage y escritura (hojas, lápices), así como también, de dispositivo para reproducir música y/o vídeos.

Resultados esperados

Este proyecto de intervención pretende demostrar que aquellas figuras afectivas que participen obtendrán directamente herramientas para fortalecer el vínculo afectivo, mejorar su autoestima y sentirse más competentes en los cuidados con su hijo/a RNP.

El abordaje interdisciplinario y multidisciplinario permitirá un aporte muy importante en las figuras afectivas de los RNP hospitalizados en cuanto a los aspectos afectivos, funcionales y psicosociales. Se espera obtener resultados a nivel individual y colectivo, a corto, mediano y largo plazo.

Con esta contribución quiero demostrar la validez y utilidad de un dispositivo grupal para figuras afectivas en la UCIN. Además, servirá de antecedente para la implementación de dispositivos grupales de otras UCIN.

Bibliografía

- Alberts, S. (1994). *Vigilance in young baboons: effects of habitat, age, sex, and maternal rank on glance rate*. *Animal Behaviour*, 47(4), 749-755.
- Altimier, L. (2016) *The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care*. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 16(4):230-44.
- Berenstein, I. (1995). *Psicoanálisis de familia y pareja*. APdeBA. Vol. XVII. Nº (2). Buenos Aires. Argentina. Recuperado de:
- Bergman, N. (2005). El paradigma del método canguro. In *Simposio internacional de Lactancia Materna. El Método Madre Canguro Nov*.
- Borbonet, D. (2015). *Revertir la fragilidad*. La diaria (entrevista redactada el 17 de noviembre de 2015, por Amanda Muñoz). Recuperado de:
- Bornstein, M (1995). *Handbook of Parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Ed. Paidós. Argentina.
- Charpak, N. (2006). *Bebés Canguros. El método que 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 Rosello, J.; Guerra, V.; Strauch, M., et al. (1991). *La madre y su bebé, primeras interacciones*. (CLAP), Montevideo: Roca Viva.
- del Uruguay, C. D. P. (2001). Código de ética profesional del psicólogo/a. Recuperado de: <http://>
- Freire de Garbarino, M. (coord.), Correa, V., Escudero, M., Freifeld, F., García, C., García, R., Guerra, V., Lanza, V., Marqués, M., O'Neill, Z., Ortega, M., Oyenard, R., Santiago, G., Sapriza, M., Sburlati, M., Weignsberg, A. (1992). *Interacción temprana: investigación terapéutica breve*. Montevideo: Editorial Roca Viva.
- González Cuberes, M.T. (1989). *El Taller de los talleres; aportes a talleres educativos*. Editorial Estrada. Argentina.
- Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2004; Vol 19 (4): 209-23
- Hallal, R. (2000) "La recién madre". Escritos inéditos.
- Hoffman, M, J. (2002). *Los árboles no crecen tirando de las hojas: El desarrollo humano durante el primer año de vida*. 1 ed. Buenos Aires. Argentina. Nuevo Extremo.

- Hounie, A. (2013) “ Disponer espacios: poder pensar, poder hablar”. En Nelson de León (Coord) “Salud Mental en Debate” pp.119- 124
- In, P. I. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre medicina*, 16(2), 130-139.
- Lebovici,S. & Soulé(1970): *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México:Fondo de la cultura económica.
- Ley 20.000: “Ley Federica”. Subsidio por maternidad, paternidad y para cuidados de recién nacidos .
- Mahler, M.(1975) *Separación -individuación*. Buenos Aires. Ed.Paidós.
- Morales, F. (1999) *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós. OMS (2012) 15 millones de bebés nacen demasiado pronto. Recuperado en https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/pretaerm_20120502/es/ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Nacimientos prematuros. Consultado el 13 de mayo de 2019, de <http://www.who.int/es/news room/factsheets/detail/preterm-birth>
- Olza I., Palanca I., González-Villalobos I., Malalana A. y Contreras A. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (109), 45-51. Recuperado de.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Madrid. Ed. Pirámide. Puig S., Obregón N., Calle del Fresno S., Escalé M., Cantó L. y Goberna J. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 19(1): 21-27. Recuperado de.
- Quiroga, A. (2018). Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar.
- Santos, M. (2017) *Encontrarnos dentro de la incubadora*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Spitz, R.(1959) *Hospitalismo*. New York: Prensa Universitaria.
- Schore, A. (2022) *El desarrollo de la mente inconsciente*. Barcelona. Elefthería.
- UNICEF (2010). Derechos de los recién nacidos prematuros. Recuperado de:
- Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.*Archivos de Medicina Interna*,33(1), 7-11. Recuperado de
- Winnicott, D. (1989) *Exploraciones psicoanalíticas*. Argentina. Paidós