



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

"ESTUDIO EVALUATIVO-COMPARATIVO ACERCA DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL A MADRES CON HIJOS PREMATUROS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ, EN RELACIÓN AL VÍNCULO TEMPRANO MATERNO-INFANTIL, DESDE LA TEORÍA DEL APEGO"

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Profesor guía:

Ps. Analía Stutman Zapata

Integrantes:

María Elena Bascur Campos

Carolina Calvo Fernández de la Peña

Laura Monge Aramburú

Metodólogo:

Sr. Diego Escobar Riffo



Santiago, Noviembre 2003

A mis papás, Mari y Jorge, por su constante comprensión. A Francisco por acompañarme desde lejos. Y a Felipe por su continua ayuda y apoyo incondicional.
Carolina.

A mis papás, Carlos por su cooperación y contención y Mimí por su entrega y apoyo constante. A Daniela y Aitana, por acompañarme en este gran desafío.
Laura.

A mis papás, Lionel y Luisa, por su constante apoyo y dedicación. A Malú, Cata y Lio, por su ayuda, paciencia y comprensión en esta etapa de mi vida. A Fernando, por su entrega y amor incondicional siempre.
María Elena.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer muy especialmente a Analía, nuestra supervisora, quien siempre supo acoger nuestras inquietudes e interrogantes. Gracias por la paciencia y entrega.

Al personal del Hospital San José, en especial a Verónica Robles, por su disponibilidad para que esta investigación pudiese desarrollarse. En general, a toda la Unidad de Neonatología.

Agradecemos especialmente a las madres que participaron de nuestro estudio por su disponibilidad, tiempo y motivación.

A Hans, Leonardo, Jeremy, Matilde, David, Isabel, Christopher, Alessandro, Matías y Enrique, por su energía y ganas de vivir.

A Esteban, por su disponibilidad y comprensión durante este proceso.

A nuestros amigos y a todas aquellas personas, que de alguna u otra manera colaboraron con nosotras haciendo posible este trabajo.

Universidad Nacional Andrés Bello
Facultad de Humanidades
Escuela de Psicología

RESUMEN

Autoras: María Elena Bascur Campos
Carolina Calvo Fernández de la Peña
Laura Monge Aramburú

La presente investigación tuvo por finalidad diseñar e implementar una intervención dirigida a madres de recién nacidos prematuros. El objetivo de la investigación es la contribución a través de la intervención del fortalecimiento del vínculo de la pareja madre-bebé.

La población se constituyó con madres —entre 16 y 35 años— que durante el segundo semestre del 2003 dieron a luz a sus hijos de manera prematura. Para fines de nuestra investigación se escogió una muestra de diez madres del Hospital San José, las que en primera instancia atravesaron por un proceso de evaluación que constó de la aplicación de instrumentos de diversa índole —entrevista de despistaje (PERI), entrevista de fantasías, Pauta de apego en adultos (P.B.I)—. Posteriormente, se dividió la muestra en un grupo control y uno experimental. Este último fue escogido para participar en el taller diseñado por las investigadoras, cuyo objetivo principal consistió en entregarles herramientas a las madres para que pudiesen establecer un apego más seguro y confiable con sus hijos, impartiendo contenidos —madre suficientemente buena, bebé imaginario y real, mentalización, sintonía afectiva, *reverie*, etc.— y generando un ambiente de contención donde tuviesen la oportunidad de desplegar sus ansiedades y temores.

La metodología empleada para evaluar a ambos grupos una vez terminada la intervención, consistió en la observación de las díadas en su ambiente natural.

Dicho procedimiento se llevó a cabo una vez a la semana durante un mes, con una duración de una hora por visita —de acuerdo al modelo propuesto por la clínica Tavistock, Londres—. Posteriormente, se sistematizó lo observado en una pauta de perfil de la observación del vínculo madre-bebé.

Esta pauta fue utilizada para poder comparar a ambos grupos después de haber realizado la intervención.

Los resultados confirman la efectividad de la realización de una intervención temprana en díadas, generando aportes en el establecimiento de un apego más seguro en la pareja madre-bebé.

ABSTRACT

The objective of this study is to design and implement an intervention aimed at mothers with premature new-born babies. Moreover, this intervention will contribute to strengthen the link between the mother and her child.

The group studied was constituted by mothers between the ages of 16 and 35 years, who had given birth to a premature child during the last six months of the year 2003. For the purposes of this study, a test-group of ten mothers from the *Hospital San José* was chosen. These mothers underwent, in the first instance, a period of evaluation where diverse tools were applied, such as interviews to make sure that there were no pathologies associated (PERI), fantasy interviews and a Parental Bonding Instrument (PBI). The samples were then divided into two groups, a control group and an experimental group. This latter group was chosen to participate in the workshop designed by the research team. The main objective of this workshop was to provide the mothers with tools to further strengthen their relation with the new-born child. This could be done using the following tools: explaining to the mothers the concepts of sufficiently good mother, imagined baby and real baby, mentalization, affective syntony, reverie, etc., as well as by generating an atmosphere of contension where the mothers could express their anxieties and fears.

The methodology used to evaluate both groups once finalised the intervention was to observe the interaction between mothers and their newborn babies in their natural environment. Such a procedure took place once a week during one month. The duration of the visit was of one hour, using the time-frame proposed by the Tavistock Clinic in London. Further to this, the observations were recorded in a profile guideline of the mother-baby link. These guidelines were used to analyse and compare both groups after the intervention had taken place. The results confirm the effectiveness of carrying out this intervention at an early stage with mothers and their newborn babies in order to contribute to the strengthening and securing of mother-child ties.

ÍNDICE

Introducción	1-4
Hipótesis	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
Relevancias	6-8
- Social	6
- Práctica	7
- Metodológica	7-8
Marco Teórico	9-48
- Relación madre-hijo desde Freud.....	9-10
- Postulados de Melanie Klein.....	11-13
- Postulados de Winnicott y Mahler	14-17
- Teoría del apego y otros aportes empíricos	18-20
- Conducta de apego	20-28
- Funciones maternas	29-34
- Perturbaciones del vínculo	34-35
- Observación de bebés	36-39
- Bebés prematuros.....	40-45
- Implicancias del nacimiento prematuro.....	45-48
Marco Metodológico	49-65
- Definición del tipo y diseño de investigación	49-51
- Descripción de la muestra	52
- Descripción de instrumentos	53-57
- Plan de análisis	57-60
- Confianza y validez.....	60
- Definición operacional de variables	61-65
Resultados	65-88
- Procedimientos para la constitución de la muestra.....	65-66
- Aplicación de la intervención.....	66-67

Análisis de los resultados	67-88
- Análisis de las fantasías.....	69-73
- Resultados pre-intervención (P.B.I)	74-76
- Resultados post-intervención, observación de las díadas.....	76-84
- Análisis intragrupos.....	85-86
- Análisis intergrupos.....	86-87
Conclusiones y recomendaciones	88-95
Bibliografía	96-98

INTRODUCCIÓN

Según Hugo Bleichmar (2001, citado en Mario Marrone en el mismo año):

Durante mucho tiempo hubo en psicoanálisis una tendencia a hacer depender el apego de la gratificación sexual que el encuentro con el otro proporciona. Desde esta perspectiva, el apego supuestamente se apoyaría en que permitiría mantener el vínculo con aquel o aquella que satisface las pulsiones sexuales. Sin embargo, las relaciones entre apego, sexualidad, narcisismo y autoconservación son mucho más complejas. Algunas personas, por sus necesidades de apego, son capaces de renunciar a la sexualidad, sufrir toda clase de humillaciones y correr grandes peligros. Lo que pone en evidencia el carácter del apego como sistema motivacional con fuerza por sí mismo. (p.8)

Actualmente la teoría del apego está en pleno auge y cobra importancia debido al actual reconocimiento que la investigación ha permitido dar a los vínculos tempranos del bebé y sus padres, especialmente con su madre, ya que ésta genera una poderosa influencia en el desarrollo de la personalidad, y en algunos casos en el origen de la psicopatología. La relación temprana del bebé con su madre configurará un patrón relacional que organizará el psiquismo del niño y determinará las relaciones que éste establezca en el futuro.

Las investigaciones sobre la infancia enfatizan la importancia que tienen los tres primeros meses de vida del bebé, en relación al vínculo afectivo que la madre establece con él, ya que no se ha desarrollado aún desde el punto de vista psicológico y tampoco del físico; por lo tanto, esta actitud afectiva es fundamental como guía de su desarrollo.

La idea fundamental de esta investigación es poder realizar una intervención grupal a través de un taller para madres que recientemente han dado a luz a hijos

nacidos prematuramente —los que nacen antes de la semana 37 de gestación, y cuyo peso es inferior a 2,50 kilos—.

El taller se desarrollará en la Unidad de Neonatología del Hospital San José y el objetivo general es generar el aprendizaje de ciertas conductas esperadas de parte de las madres para lograr patrones de apego más eficientes y seguros, en relación a las funciones de maternaje, *holding*, *handling*, etc.

En relación a la temática a abordar en el taller es importante enfatizar el concepto de *privación materna*, que no sólo tiene que ver con una separación real, sino que puede ocurrir en su presencia, en la forma de un “abandono”, si la madre, el padre o el sustituto parental permanente es incapaz de darle al niño el grado necesario de respuesta amorosa, cuidado continuo y apoyo.

Los niños que han experimentado un cuidado parental fiable y empático tienden a tener un apego seguro. Las madres de niños nacidos prematuramente podrían vivenciar una serie de fantasías en relación al nacimiento anticipado de sus hijos, lo que, de acuerdo a nuestra mirada, aumentaría sus angustias y sentimientos de incapacidad con respecto a la crianza y desempeño maternal en un futuro. Nuestra investigación pretende detectar inicialmente las fantasías existentes y las pautas de apego que estas madres tuvieron con sus propias madres, con la finalidad de prevenir en un futuro pautas de apego no funcionales con sus propios hijos. Previo a esto, se realizará una entrevista para descartar patología en las madres, con el fin de no interferir la investigación con otras variables.

Las causas del nacimiento prematuro de un bebé pueden ser atribuidas tanto a la madre como al niño. En general, en lo que se refiere a la madre, los factores que favorecen un nacimiento prematuro son múltiples. Sin embargo, el objetivo de este estudio no es identificar las posibles causas del nacimiento en condiciones

desfavorables del bebé, sino las fantasías de la madre que giran en torno a esto y que podrían intervenir o afectar de una u otra forma el vínculo con él.

Fonagy y sus colaboradores (1991) han demostrado que los adultos seguros tienen tres o cuatro veces más probabilidad de tener niños apegados con seguridad a ellos. Los adultos con apego seguro son más sensibles a las necesidades de sus niños y, por lo tanto, actúan como mejores reguladores de la vida emocional infantil. En otras palabras, en condiciones óptimas, lo que se transmite son experiencias positivas que generan modelos operativos internos de calidad similar.

La relevancia de esta investigación radica en lo oportuno y valioso que sería contar con un modelo de intervención para madres de hijos prematuros que sea una herramienta aplicable en los servicios de Salud públicos y privados; en este caso específicamente en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, a cargo del médico Jefe Dr. Germán Mülhausen.

La experiencia de haber participado en una investigación de esta categoría ha significado aportes en términos de aprendizaje, no sólo en un sentido teórico, sino que el realizar un seguimiento en terreno nos proporcionó la experiencia necesaria para desenvolvemos en otras áreas, y conocer la realidad del funcionamiento de una institución de salud pública.

Por otro lado, es importante resaltar lo beneficioso de observar ciertos conceptos teóricos en la realidad, en la interacción de las dadas en el aquí y el ahora, en el momento preciso en que determinadas conductas se manifiestan espontáneamente.

La motivación que guió esta investigación se basó fundamentalmente en la posibilidad de generar un espacio de escucha en instituciones donde prevalece la rapidez y eficiencia. Creemos que de esta manera se estaría generando una

nueva forma de intervención, que se sumaría a la labor desarrollada por médicos, enfermeras y técnicos de la salud, estableciendo una mirada transdisciplinaria que enriquecería el ejercicio profesional.

HIPÓTESIS

El taller de maternaje ofrecido a madres de hijos prematuros entregará herramientas que generarán un apego más seguro con sus hijos, en comparación con las madres que no participen en dicha actividad.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de intervención grupal para madres entre 16 y 35 años con hijos nacidos en condiciones desfavorables —prematuros— en el Hospital San José, para identificar el impacto provocado por el taller, de acuerdo a su rol, en la relación que establezcan con el recién nacido para luego compararlo con un grupo que no va a participar en dicha actividad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los patrones de apego que cada madre haya establecido en la relación con su propia madre durante su infancia.
2. Identificar las fantasías predominantes de cada madre en relación al nacimiento prematuro de su hijo/a.
3. Desarrollar un taller para el grupo experimental -en el cual participarán cinco madres- que contemple funciones básicas de maternaje, con el fin de entregarles un espacio de contención, además de conocimientos que podrían beneficiar la relación madre- recién nacido.
4. Realizar observaciones de la interacción madre-bebé en su ambiente natural, con el fin de identificar las pautas de apego de los bebés de ambos grupos.
5. Comparar y describir la interacción madre-hijo, entre el grupo de madres que participó en el taller (grupo experimental) y el que no (grupo control).

RELEVANCIAS

Relevancia social

Klaus, M. & Kennell, J. (1978, citado en Lebovici, 1988) señala que:

La formación de lazos afectivos es una necesidad vital del ser humano, pues proporcionan la base de su desarrollo biopsicosocial. Desde su nacimiento el hombre depende totalmente de un adulto para su supervivencia y, posteriormente, el vínculo que forma con él, constituye el medio a través del cual logra elaborar un sentido de sí mismo. De esta forma se reconoce y adquiere la seguridad necesaria para aventurarse hacia la conducta exploratoria, fuente principal de su aprendizaje. (p.23)

La teoría del apego ha tomado mayor fuerza en la actualidad, debido a la realización de múltiples investigaciones que han constatado la importancia de las relaciones tempranas para un adecuado desarrollo integral. La importancia de esta investigación, en particular, radica en el desarrollo de un espacio de contención para madres que deben enfrentar la realidad del nacimiento prematuro de sus hijos/as.

La idea general es brindar en los servicios públicos (inicialmente en el Hospital San José), una instancia donde las madres puedan adquirir nuevas herramientas que contribuyan a la relación con su hijo/a, y de este modo generar un apego más seguro, para poder prevenir la aparición de posibles patologías.

Relevancia práctica

Esta investigación tiene como objetivo concreto la creación de un taller dirigido a madres de bebés prematuros, con el fin de entregar herramientas que sirvan de apoyo a los cuidados básicos que estos requieren, permitiendo así, establecer un vínculo más adecuado y sano con sus madres.

La finalidad de esta investigación es facilitar el material recolectado a la institución patrocinante, la cual tendrá acceso al taller para ser reutilizado por cualquier profesional del área de la salud, previamente entrenado en el manejo de este tipo de material. Por otro lado, es importante recalcar que el taller puede ser transferido a otras instituciones públicas y privadas que deseen implementarlo, realizando las adaptaciones que dichas instituciones requieran.

Relevancia metodológica

“La observación de bebés es una herramienta de gran utilidad para lograr el acercamiento al mundo interno del bebé, esta práctica es importante en la formación de psicoterapeutas de niños: Esta experiencia es importante por diversas razones, pero principalmente porque sirve de ayuda para que los estudiantes puedan comprender más claramente la experiencia infantil de sus pequeños pacientes...” (Bick, 1963, citada en Erika Guzmán, 1970, p.12).

Esta técnica ha sido muy poco utilizada en Chile, por lo que consideramos relevante realizar una investigación que contemple este tipo de metodología. Si bien es cierto que para formarse como psicoanalista infantil se requiere de un año de observación de bebés, esta práctica queda fuera del ámbito en el que se encuentran psicólogos formados desde otras teorías, por lo cual se deja muchas veces de usar una herramienta que entrega información completa acerca del “niño

en formación". La observación nos da una mirada profunda de la interacción en el aquí y ahora de la relación madre-hijo.

La utilización de esta técnica aporta un registro exhaustivo de las conductas observables de la madre y el impacto que éstas producen sobre el observador. Por otro lado, se pueden realizar inferencias sobre los estados mentales del bebé y la madre. En estos casos el observador no participará en forma activa, se espera de él una "atención flotante", al estilo de la técnica psicoanalítica.

De acuerdo a nuestra mirada y respaldando nuestra postura en los postulados de Humberto Maturana, observaremos las díadas desde la premisa de la imposibilidad de mantener la objetividad de lo que se registra en la realidad. Por lo tanto, las observaciones contendrán matices incorporados por la subjetividad de quienes realizan esta experiencia

I- MARCO TEÓRICO

1- VÍNCULO MADRE-HIJO

1.a. La relación madre-hijo en la teoría psicoanalítica desde Freud hasta los años '70.

La relación que el niño mantiene con la madre durante la infancia se establecería sobre la resonancia de la madre con el niño y la satisfacción que ésta le proporciona a sus necesidades. Sun (1991) al respecto señala que :

La base de la relación afectiva madre-hijo, sería la función satisfactoria de necesidades que cumple la primera y sólo posteriormente la figura materna se establecería como objeto de amor hasta formar la persona total de la madre, que no sólo alimenta, sino también cuida al niño y le despierta muchas otras sensaciones corporales tanto placenteras como displacenteras. (p.1)

La relación con la madre será el cimiento para todas las posteriores relaciones de objeto. La madre se establece en la vida de su hijo como el primero y más poderoso objeto libidinal y el prototipo de todas las vinculaciones amorosas ulteriores. Sin embargo, en psicoanálisis no existe una concepción única acerca de la naturaleza de la relación madre-hijo y de las funciones maternas, a pesar de la importancia que todas las escuelas asignan al lugar que ocupa la madre en la formación de la personalidad.

La teoría psicoanalítica clásica considera al conflicto como puramente intrapsíquico, no incluyendo la dimensión interpersonal. En relación a esto, Freud

(936, citado en Marrone, *op. cit.*) propone un modelo en que el niño se halla en un estado de narcisismo primario, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo, subrayando la incapacidad de éste para mantenerse vivo por sus propios medios. Freud basaba su técnica en la observación y el tratamiento de adultos, captando la dimensión evolutiva de los fenómenos en la reconstrucción, utilizando de esta manera una mirada retrospectiva, en que el infante es reconstruido desde la mirada del adulto.

De acuerdo a la perspectiva de Freud, se plantea que los vínculos interpersonales se desarrollan porque el individuo descubre que necesita a otro ser humano para satisfacer ciertos impulsos, enfatizando la importancia de la gratificación oral y libidinal como punto de partida para el establecimiento del apego, que se consideraría como un factor secundario frente a la satisfacción de dichos impulsos primarios.

Del pensamiento freudiano surgieron dos líneas teóricas más, consideradas hoy como clásicas: por un lado, la Psicología del Yo en Estados Unidos, donde se destaca como gran exponente Heinz Hartman; y por otra parte la escuela Inglesa, donde destaca Melanie Klein. Sin embargo, hoy en día, existen más paradigmas, especialmente a partir de los años '80, que se centran en el vínculo madre-hijo como foco y se alejan de la teoría pulsional clásica. De esta manera el concepto de "interjuego diádico" reemplaza al modelo "pulsión-conflicto".

De acuerdo a este nuevo paradigma, apoyado en múltiples investigaciones, se afirma que los recién nacidos poseen un repertorio amplio de comportamientos posibles, que los prepara para relaciones interactivas en un ambiente de cuidado.

"Desde el inicio el comportamiento del bebé muestra organización y orden, es sólo debido a la inadecuación de nuestros métodos de registro que el niño parece estar en un estado de confusión" (Schaffer, 1964, citado en Fonagy, 1991, p.22); de acuerdo a esto se ha demostrado que los niños desde el inicio son capaces de demostrar preferencias, generar hábitos o sorprenderse.

1.a.1. Postulados de Melanie Klein

A diferencia de la teoría freudiana clásica, esta escuela enfatiza el desarrollo preedípico, la relación temprana con la madre, las ansiedades y defensas más primitivas y la dimensión intrapsíquica de las relaciones objetales. En la teoría específica de Klein predomina la perspectiva dinámica y objetal, en donde los fenómenos mentales se enfocan siempre desde el punto de vista de la relación y de los factores pulsionales involucrados en ella.

Esta escuela enfatiza los aspectos subjetivos, particularmente inconscientes de la relación objetal. En cuanto a la madre real, Klein plantea que su actitud es de vital importancia desde el comienzo de la vida, y sigue siendo fundamental en el desarrollo posterior. Si bien, Klein no trata explícitamente las funciones de la madre real, sí sostiene su influencia como la relación más importante de la vida afectiva temprana y la base de un desarrollo emocional estable.

Los aportes extraídos desde esta teoría estarán enfocados, específicamente, a los postulados de Klein, que rescatan la importancia de la actitud de la madre desde el comienzo de la vida, ya que la percepción de un ambiente favorable disminuye en el niño el conflicto interno y de ese modo facilita su desarrollo, ayudando a crear una mente mejor estructurada.

Es importante hacer una revisión de los conceptos más relevantes que fundamentan la teoría de Melanie Klein.

Las fantasías para la autora tienen un significado especial: son inconscientes, siempre están presentes en la vida de las personas y son la expresión mental de las pulsiones. "Las fantasías no son sólo una fuga de la realidad, sino también una concomitante constante e inevitable de las experiencias

reales, en constante interacción con ellas” (Hanna Segal, 1987, p.65). Las fantasías inconscientes influyen y alteran la percepción o la interpretación de la realidad, pero a su vez lo real ejerce impacto sobre ellas.

Melanie Klein menciona dos posiciones por las que el bebé atraviesa: la esquizo-paranoide y la depresiva:

La posición esquizo-paranoide se caracteriza por tener un yo muy desorganizado y frágil. Este yo inmaduro está expuesto desde que nace al constante conflicto entre pulsión de vida y de muerte, y por otro lado a la realidad externa que le produce ansiedad. El yo frente a la ansiedad del instinto de muerte lo deflexiona y lo convierte en agresión, la cual es proyectada sobre el objeto externo original.

El objetivo del bebé en esta fase es adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, identificarse con él y mantener fuera las partes del yo que contienen instinto de muerte. La ansiedad predominante en esta posición es la paranoide y tanto el yo como sus objetos son escindidos. Lo importante es que en esta posición predominen las experiencias buenas por sobre las malas, y que el instinto de vida sea más fuerte que el de muerte; de esta manera el yo se identificaría con el objeto ideal.

La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo, donde el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar al objeto amado. La ansiedad surge por el temor de que los impulsos agresivos pudiesen destruir no sólo al objeto bueno externo, sino también al objeto bueno introyectado. Esta posición surge cuando la tendencia integradora se hace más estable. Es el momento, en que el bebé se reconoce como un objeto total, a la vez que reconoce a la madre como un individuo separado de él y con vida propia.

El reconocer que ama y odia a una misma persona le trae conflictos al bebé, contactándose con ansiedades, que principalmente derivan de la ambivalencia que esta situación le produce. Esta ansiedad consiste en que sus propios impulsos destructivos pudiesen destruir al objeto amado del cual depende totalmente. La experiencia de depresión en el bebé lo moviliza a intentar reparar a su objeto u objetos destruidos y creer que su amor y cuidados podrán deshacer los efectos de su agresión.

Si se alcanza y elabora la posición depresiva, el bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres diferenciados, reconocer impulsos, responsabilizarse por ellos y tolerar la culpa. Esta posición se considera análoga a la función reflexiva (Fonagy, *op. cit.*), ya que en ambas es necesario el reconocimiento de daño y sufrimiento en el otro, como el reconocimiento del propio rol en el proceso.

Sería incorrecto plantear que Klein olvidó la realidad externa, puesto que en otros escritos realizó comentarios importantes sobre la calidad del cuidado y otros factores del entorno que afectan al niño. Klein (1976, citada en Marrone, *op.cit.*) postuló que las experiencias desagradables o la falta de experiencias de satisfacción en el niño —especialmente la falta de contacto alegre y cercano con los seres amados— aumentan la ambivalencia, reducen la confianza y la esperanza, y confirman las ansiedades sobre la aniquilación interna y la persecución externa; más aún, retardan o frenan permanentemente el proceso beneficioso a través del cual a largo plazo se consigue la seguridad interna.

En esta cita ella parece decir que la ansiedad y la ambivalencia pueden incrementarse, más que ser creadas por experiencias interpersonales, ya que pone el énfasis especialmente en los factores internos.

1.a.2. Postulados de Donald Winnicott y Margaret Mahler

Si bien Winnicott en un inicio comenzó su carrera dentro de la escuela Kleiniana, posteriormente, debido a su desarrollo profesional como pediatra y psicoanalista, se acercó cada vez más a la relación entre las madres y sus bebés, transformándose en el eje central de sus trabajos posteriores. Enfatizó la habilidad de la madre para responder a los deseos del bebé de una forma empática, con dedicación oportuna y receptiva, lo cual describe como un factor fundamental que facilita el desarrollo saludable del niño. Es así como el niño comienza a comprender la realidad del mundo a través de la relación entre él y su cuidador.

Nicola Diamond (1998, citado en Marrone, *op. cit.*) plantea que la unidad primaria de la existencia no es el individuo sino la relación. Con respecto a esto, Winnicott propone la idea fundamental de la necesidad del niño, desde sus estadios más tempranos, de contar con un ambiente que lo provea de las condiciones mínimas para desarrollarse, tanto en su crecimiento físico como emocional. Desde recién nacido, el bebé está en una relación de dependencia absoluta y requiere de estabilidad y continuidad ambiental, siendo su madre el primer introyecto del ambiente.

En el marco de referencia de Winnicott, el *self* surge y adquiere coherencia a través de las experiencias con una madre empática que realiza una función de sostén como organizador psíquico.

El autor propone tres funciones específicas que debe cumplir una madre suficientemente buena: holding, handling y presentación de objeto. Plantea que en un inicio el bebé se relaciona con la madre de dos formas diferentes y necesarias para un buen desarrollo: una es la madre ambiente, la madre del holding y handling, la que sostiene desde lejos y que no interrumpe al bebé ni es

atacada por éste, es aquella que está presente cuando el bebé está en calma. La otra, su opuesto complementario, es la madre objeto (de la pulsión), es la madre que será atacada y usada, que el bebé querrá devorar, la que recoge las excitaciones del bebé —la crueldad primitiva, su aspecto despiadado, no intencionado—.

A medida que la madre sobrevive reiteradamente a estas experiencias va creando en el bebé una confianza de que el objeto va a poder sobrevivir, y así él podrá ir integrando su agresión y a ambas madres (alrededor de los cuatro meses, lo que coincide con la posición depresiva descrita por Melanie Klein). La experiencia de sobrevivencia reiterada de la madre va a permitir al niño: aceptar como propios los sentimientos y pensamientos ligados a la experiencia pulsional (no necesita proyectarlo); distinguirlos progresivamente de lo que sucede en la realidad exterior, vivir la experiencia de una relación de excitación pulsional no destructiva ni desestructurante¹.

En *"El papel del espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño"* (1971), Winnicott explica que la mirada de la madre le devuelve al bebé su propia imagen, a través del embelesamiento que él provoca en ella y del amor con que ella lo mira. En realidad, lo que él ve es la reacción de amor de ella y cómo se refleja en una mirada colmada y satisfecha. Cuando la madre está ausente emocionalmente, deprimida y fatigada o no responde a su mirada, el niño ve eso. Esto afecta el intercambio del niño con su ambiente, ya que no logra encontrar significado a sus experiencias, no pudiéndoles dar sentido ni produciéndose sintonía con él.

A partir de esto, se considera que un buen cuidado justamente se notará por la ausencia de consecuencias negativas, donde el niño pueda sostener una sensación de continuidad del ser, no interrumpida desde el ambiente que altere el

¹ Stutman, Analía. *"Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madre"*, 2001.

curso de sus acciones. O quizás habrá intrusiones que podrán elicitar una adecuada reacción en el niño, sin que signifiquen un daño en su estado de continuidad. Esto constituirá la base de la fuerza del yo.

En relación a los postulados de Margaret Mahler, que al igual que Winnicott se encontraba muy familiarizada con la relación temprana entre madre e hijo debido a su carrera como pediatra, se enfatizó la importancia de la conducta parental en el desarrollo temprano, determinando de este modo que el camino que un niño siga será el resultado de la interacción entre sus propias necesidades y la personalidad de sus padres. Se desprende de esto que en los primeros meses de vida del bebé, la madre constituye el "organizador simbiótico" de su hijo, y que toda diferenciación lograda por la psique de éste depende de la compatibilidad que exista entre su capacidad de moldeamiento adaptativo y la conducta materna de sostenimiento. "Los dos factores de interacción consisten en una madre con su individualidad formada y un niño con su individualidad en formación: pareja simbólica" (Mahler, 1975 citada en Spitz, 1986, p.65).

Mahler destaca que la adaptación materna estrecha no significa una ausencia de frustraciones, sino que se trata de garantizar que no existan tensiones tan intensas o sostenidas en el tiempo que resulten traumáticas para el bebé, lo que coincide con el concepto de madre suficientemente buena postulado por Winnicott (1966).

La autora explica que a medida que el niño crece, las regulaciones y fluctuaciones de la distancia entre él y la madre promueven un sentimiento de separación e individualización que el niño en crecimiento necesita para poder sentir un apego seguro y ser capaz también de aventurarse solo por el mundo con el propósito de explorar y aprender de ello. Para Mahler el niño se convierte en una persona mediante este proceso pendular *sumergirse en y emerger de* la personalidad de su madre.

Mahler propuso que el desarrollo normal ocurre en cuatro fases: (1) fase autística normal, (2) fase simbiótica normal, (3) fase de separación-individuación, (4) fase de constancia del objeto libidinal². En este esquema, la fase de separación-individuación es crucial porque abre el camino al establecimiento de un concepto estable del self y del otro significativo. No obstante, en su opinión, el niño debe negociar con éxito un conflicto entre el miedo a que la separación de su madre, cuando se aleja, pueda tener como resultado la pérdida del amor de ésta y, por otro lado, su miedo a que la reunión con su madre pueda tener como resultado el ser capturado, atrapado o verse fusionado en una relación simbiótica. La negociación exitosa de este conflicto depende, al menos parcialmente, de la respuesta sensible por parte de la madre y de su capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes de su hijo.

Si bien, para fines de nuestra investigación nos basamos en ciertos aspectos de la teoría de Mahler, específicamente lo fundamental de la relación infante-progenitor, la fase propuesta por la autora —fase autística normal— ha sido desconfirmada por los estudiosos del apego, lo que implica que no sea considerada en nuestra postura teórica.

Mahler fue uno de los muchos autores de su generación que preparó el camino para que otros hicieran cambios fundamentales en la teoría psicoanalítica. Expuso que existe una conexión entre la historia de una relación materno-infantil bien regulada y la transición suave hacia formas de funcionamiento más autónomas. En este proceso la representación mental que la madre tiene de su niño cumple una función importante que influye en la calidad de la relación.

²Mahler, M.S; Pine, f., y Bergam, A. (1975), *The psychological birth of the human Infant*. New York.

1.b. Teoría del apego y otros aportes empíricos sobre vínculo

Hasta mediados de los años '50, entre los psicoanalistas prevalecía una visión de la naturaleza y orígenes de los lazos afectivos —el apego entre un niño y su madre— que se desarrollaba porque el bebé descubría que era necesaria una figura materna, con el objetivo de reducir la tensión instintiva, como, por ejemplo, “el hambre”. Según esta mirada, el niño necesita ser alimentado y gratificado oralmente, pero la especificidad de su relación con una figura maternal singular no se enfatiza en ningún momento.

Bowlby, a partir de sus estudios sobre *etología*, llegó a la conclusión de que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia arcaica, cuya función es la supervivencia de la especie. Esta tendencia es relativamente independiente de la oralidad y de la alimentación, estableciendo el carácter primario del apego, con status por sí mismo.

En 1957, Bowlby comenzó a desarrollar un nuevo paradigma psicoanalítico. Propuso la idea de que varias respuestas evolutivas instintivas que maduran en el transcurso del primer año —colgarse, llorar, sonreír, succionar y seguir—, se organizan en la conducta de apego con respecto a una figura maternal específica durante la segunda mitad del primer año de vida.

Por otro lado, Peter Fonagy³ refiere que las relaciones de apego desempeñan un papel muy importante en la transmisión intergeneracional de inseguridad o seguridad. Según Fonagy, los adultos con apego seguro son más sensibles a las necesidades de sus niños y, por lo tanto, actúan como mejores reguladores de la vida emocional infantil. Fonagy hizo una contribución importante a este tema al desarrollar el concepto de función reflexiva, la cual puede definirse como "la capacidad de darse cuenta de que tanto uno mismo como el otro (cada uno por su cuenta y en forma separada) tienen pensamientos, sentimientos, creencias y deseos que le son propios, otorgan sentido a la experiencia interpersonal y permiten atribuir significado y anticipar las acciones de los demás" (Marrone, *op. cit.*, p.147).

La capacidad de los padres para observar la vida subjetiva de sus niños facilita el desarrollo de la comprensión reflexiva. Según el autor, "las madres con puntajes altos en función reflexiva tienen mayor probabilidad de tener hijos apegados en forma segura" (Fonagy, 1991 citado en Marrone, *op. cit.*, p.147). Explicando de este modo, que la capacidad de los padres de reflexionar en la intencionalidad de la conducta de sus hijos aumenta el autocontrol y la regulación afectiva de estos.

De acuerdo a estos hallazgos se resalta la importancia de la teoría del apego como una respuesta a un nuevo modo de intervenir en la primera infancia, que hasta ese momento había sido poco explorada, ya que autores como Sigmund Freud, Anna Freud y otros, sostenían que sólo se podía intervenir en la segunda infancia, después de la entrada a la latencia.

Por su parte, Klein incursionó en atenciones más precoces, desde una concepción de aparato psíquico completo y complejo, donde el énfasis estaba puesto

³Psicoanalista inglés, cuya contribución a la teoría del apego tiene una importancia singular.

en el mundo interno, los objetos internalizados y sus fantasías inconscientes concomitantes, dejando en segundo plano a la madre y el ambiente real.

1.b.1 Conducta de apego

John Bowlby, como psiquiatra infantil consolidó su creencia de que la psicopatología se origina en experiencias reales de la vida interpersonal. Su principal interés era el estudio de la naturaleza y las vicisitudes del vínculo fuerte y duradero que se desarrolla en la temprana infancia entre el individuo y sus cuidadores. De acuerdo a sus postulados un niño debe tener una relación cálida, íntima y continuada con sus figuras parentales para poder desarrollarse de una manera óptima.

Según Bowlby, J. (1969) la *conducta de apego* es:

cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Saber que la figura de apego es accesible y sensible le da al bebé un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, que lo alienta a valorar y continuar la relación. (p. 123).

Establecer esta relación sería una de las necesidades primarias del ser humano, tanto como la de alimentación o abrigo, las cuales están presentes por su valor para la supervivencia.

Bowlby señala al respecto: "Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego, es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento

de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se produce como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”⁴

Se ha descubierto que resulta útil considerar la naturaleza del *vínculo del niño con su madre*, al que tradicionalmente nos referimos como dependencia, como el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte preprogramadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna⁵.

Es así como la conducta de apego en el niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante, y también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible. Las condiciones que hacen que cese esta conducta varían de acuerdo con la intensidad de su activación.

Complementariamente, si el desarrollo transcurre de manera positiva, esta conducta cesará y dará paso a la conducta de exploración del ambiente, la que será interrumpida si el niño vuelve a percibir vulnerabilidad o señales de alejamiento de una figura significativa, reinstalándose la conducta de apego, en búsqueda de reestablecer su equilibrio emocional.

Un rasgo de la conducta de apego de importancia clínica es la intensidad de la emoción que la acompaña, dependiendo del tipo de emoción originada, de cómo se desarrolle la relación entre el individuo apegado y la figura del apego. Si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad; en cambio, de resultar amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira. Si esta

⁴ Bowlby, J., “The making and breaking of affectional bonds” *British Journal of Psychiatry*, 130, 1977.

⁵ Bowlby, J., “*El vínculo afectivo*”. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1969.

vivencia es más intensa y duradera se daña aún más el patrón de apego, generando dolor y depresión.

Peter Fonagy es un psicoanalista londinense, cuya contribución a la teoría del apego tiene una importancia singular, ya que realizó aportes muy novedosos en relación a la comprensión de los mecanismos de transmisión intergeneracional de los patrones de apego. Fonagy postuló que el sistema de apego es, primero y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional, ya que nadie nacería con la capacidad de regular sus propias emociones.

Según Fonagy (1991), las conductas de los bebés seguros están basadas en la experiencia de interacciones bien coordinadas, adecuadas y recíprocas, que le ayudan a mantener su organización interna en situaciones de estrés. Este sentimiento de estabilidad permite al niño moverse en su ambiente, sintiéndose dueño de su experiencia interna. Sobre esta base adquiere la noción de que tiene estados mentales propios, pensamientos, sentimientos, creencias y deseos.

De este modo, a medida que el bebé se va desarrollando, la pauta de apego se convierte cada vez más en una característica propia del niño, lo que significa que tiende a imponerla en las nuevas relaciones a través del proceso de introyección. Los modelos operativos descritos por Bowlby se construyen a partir de las primeras interacciones con su madre, estableciéndose así como estructuras cognitivas-emocionales influyentes en el futuro.

Sander (1962, citado en Stern, 1991) detectó que durante los dos primeros meses de vida del bebé, la madre pasa la mayor parte de su tiempo regulando y estabilizando los ciclos de sueño-vigilia, hambre-saciedad, a lo que denominó "regulación fisiológica". Las tareas de comer, dormir, etc., van acompañadas por conductas sociales de los padres (tocan, acarician, mecen, etc.) en respuesta a las conductas del infante principalmente sociales (llorar, patear, etc.), por lo

tanto, los padres ven a sus hijos como sistemas fisiológicos y con un sentido de sí mismos en crecimiento.

Daniel Stern, ha focalizado su atención en el desarrollo de la estructura del self en los primeros años de vida. El punto de mayor contacto entre la obra de Stern y la teoría del apego es su elaboración de los modelos operativos, los cuales son estructuras dinámicas que definen la experiencia subjetiva del niño, y se organizan como esquemas de estar en el mundo con los otros.

Stern (1991) postula que el infante está con otro que regula la experiencia del sí mismo del bebé; por lo tanto, el otro es para el infante otro *regulador del sí mismo*. Todos los acontecimientos que regulan los sentimientos de apego, proximidad física y seguridad son experiencias creadas en reciprocidad. Según Stern, el sí mismo requiere de la presencia y acción de otro, pero no en un estado de fusión, ya que durante la experiencia, el otro sigue siendo percibido como un otro separado. Las RIG (representaciones de interacciones generalizadas) son episodios específicos —ej.: pecho-leche—, acompañados de sensaciones, afectos, etc., que al repetirse van conformando episodios generalizados, los que determinan finalmente una representación.

Cada una de las múltiples y diferentes relaciones con un mismo otro regulador (ej.: la madre), tendrán su propia RIG distintiva, y cuando se activen diferentes RIG el infante volverá a experimentar diferentes formas o modos de estar con otro regulador del sí mismo. La RIG es una representación y en la recuperación evoca un recuerdo activado que se llama *compañero evocado* (experiencia de estar en presencia de otro, regulador). De este modo las RIG son lentamente actualizadas por la experiencia en curso —puede cambiar cuando sea reactualizada por un episodio similar pero no idéntico—. Bowlby (1980) señala que un *compañero evocado* es la historia de tipos específicos de relaciones o recuerdos prototípicos de muchos modos específicos de estar con la madre. Las

experiencias subjetivas son, en gran medida, sociales, sea que se produzcan a solas o no.

El infante interactúa con compañeros externos reales parte del tiempo y con compañeros evocados casi constantemente. El desarrollo requiere ese diálogo incesante. La madre también participa en los mismos episodios interactivos, observables y su propia historia también influye en la experiencia subjetiva que tiene de la interacción observable en curso. En efecto, la interacción observable en la que participan ambos compañeros es el puente entre dos mundos subjetivos separables. "La madre no sólo cuenta un modelo guía de su bebé, sino también de su propia madre, lo cual también estará en juego" (Main, 1985, en Stern, 1991, p. 152).

En cuanto al "cuidador", su influencia sobre las experiencias infantiles de apego dependería fundamentalmente de su capacidad o incapacidad para proporcionar a su hijo "una base segura", y promover así una adecuada confianza, de tal manera que la función esencial de la madre sería constituirse en una figura digna de confianza para el niño, capaz y dispuesta a proporcionar ayuda, consuelo y estímulo cuando lo requiera.

Además de Bowlby, la importancia de la conducta del cuidador ha sido estudiada por otros importantes autores psicoanalíticos como Winnicott y sus conceptos de "madre suficientemente buena" y "ambiente facilitador"; y Wilfred Bion y la necesidad del *reverie* materno.

Fonagy plantea que el sistema de apego es primordial y base de todo, un regulador de la experiencia emocional, puesto que nadie nace con la capacidad de regular sus propias emociones. Por lo que es fundamental que se desarrolle un sistema regulador diádico, mediante el cual las señales que da el pequeño de sus cambios de estado anímico sean entendidos y respondidos por la madre o la figura de apego.

Los padres serán los responsables de reflejar comprensivamente las experiencias internas de sus hijos y responder de acuerdo a éstas, brindándoles de esta manera la estructura nuclear que necesitan para desarrollar un sentido viable del self. Esto es lo que Fonagy denomina función reflexiva o mentalización, que se refiere a la capacidad de percibir y comprenderse a sí mismo y a los otros en términos de los estados mentales; es decir, la capacidad de razonar acerca de las conductas propias y de los demás.

Esta función depende de la capacidad del adulto de percibir de manera adecuada, más o menos exacta, la intencionalidad del bebé. Se refleja la conducta del niño y se responde de una manera que al mismo tiempo alivia el malestar, promoviendo por un lado la intimidad y por otro la autonomía y la separación. De esta manera, la función reflexiva fomentará las conexiones significativas entre el mundo interno y externo, ayudando al sujeto a tener experiencias más profundas con los otros y experimentar, en último término, la vida como significativa. Así, esta función también mejorará la comunicación, puesto que el comunicador afectivo debe tener en mente el punto de vista de la otra persona.

En relación a esto mismo, Bion (1962, citado en Fonagy, *op. cit.*) describe la función alfa, para explicar cómo los eventos internos experimentados como concretos (elementos beta), se transforman en elementos pensables y tolerables. Bion también postuló la relación madre-hijo como la raíz de la capacidad simbólica.

Para dicho autor la tolerancia a la frustración es un aspecto innato del niño y, por lo tanto, de mucha importancia en el proceso de formación de pensamientos y de la capacidad para pensar. Frente a la frustración, él explica que hay varios caminos: evadirla cuando la intolerancia es grande, a través de la evacuación de elementos beta (cosas en sí mismas); o modificarla cuando es más adecuada generando elementos alfa y pensamientos que representan la cosa en sí misma.



Otro elemento fundamental en los postulados de Bion es la importancia que se le asigna a los factores ambientales, específicamente la madre con capacidad de reverie. Este concepto se refiere a que la madre deberá ser capaz de acoger la ansiedad del niño a través de la identificación proyectiva, para que el bebé deposite en ella su temor y éste sea devuelto por su madre de una manera más soportable y leve⁶.

De acuerdo a estos postulados, la madre funcionaría como "continente", ya que se ofrece como receptáculo pasivo para ser depositaria de las sensaciones, imágenes y afectos del bebé. El continente es el aspecto activo al ejercicio de la función alfa. De esta manera la madre cumple el papel de favorecer el desarrollo mental, ya que la capacidad de continente que ella posee, es lo que estimula el desarrollo.

A partir de esto se puede concluir que el desarrollo de los pensamientos y del pensar dependen de dos factores en interjuego: los factores innatos (tolerancia o no a la frustración) y factores ambientales (capacidad de reverie de la madre). Esto determina el desarrollo y la posterior evolución positiva de la capacidad para pensar, y, en caso de que ésta sea positiva, se irá incrementando hasta formar conceptos, abstracciones, etc.

Es por ello que en la teoría de apego se presta especial atención al papel que tienen los padres de un niño en el modo en que éste se desarrolla. Existen tres pautas principales de apego, descritas por M. Ainsworth (1969), que están actualmente bien identificadas, junto con las circunstancias familiares que las favorecen. A estas pautas se agrega una cuarta: "apego desorganizado-desorientado", propuesto por Peter Fonagy en el 2001:

⁶ Bion, Wilfred (1966) " *Aprendiendo de la experiencia* " .

- *Pauta del apego seguro*: el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad se atreve a hacer exploraciones del mundo.
- *Pauta del apego ansioso resistente*: el individuo está inseguro de que su progenitor será accesible, sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta en la que el conflicto es evidente, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras.
- *Pauta de apego ansioso elusivo-evitativo*: el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino, por el contrario, espera ser desairado; intenta así volverse emocionalmente autosuficiente .
- *Pauta de apego desorganizado-desorientado*: son niños que muestran conductas aparentemente poco claras en su intencionalidad, manifiestan actitudes denominadas *freezing* (congelamiento, golpear las manos, se golpean la cabeza, desean escapar de la situación aún en presencia del cuidador). Se sostiene generalmente que para tales niños, el cuidador ha servido como fuente tanto de reaseguramiento como de temor, y por lo tanto la puesta en funcionamiento del sistema conductual de apego produce motivaciones fuertemente conflictivas. No es sorprendente que una historia de negligencia grave o abuso físico o sexual a menudo se asocie con este patrón.

Fonagy (1995) señala que cuando existen relaciones de apego seguras se produce un aumento del control del niño, que le permite moverse hacia un

sentido de posesión de su propia experiencia interior y una comprensión de sí mismo y de los demás como seres intencionales, cuyo comportamiento está organizado por estados mentales. Sroufe (1990, citado en Fonagy, *op. cit.*) señala que los estudios longitudinales prospectivos han demostrado que los niños con una historia de apego seguro son puntuados en forma independiente como más resilientes, confiados en sí mismos y con mayor orientación social, empáticos en relación al sufrimiento ajeno y con vínculos más profundos.

De acuerdo a los postulados de Fonagy, el valor pronóstico de las experiencias de apego o de déficit de apego es alto para el desarrollo social posterior del niño, para su propia imagen, autoestima, competencias cognitivas y sociales.

1.c. FUNCIONES MATERNAS

Existe la necesidad del niño desde sus estadios tempranos de contar con un ambiente que lo provea de las condiciones mínimas para que pueda darse su crecimiento y desarrollo tanto físico como emocional.

Winnicott hace referencia al concepto de madre suficientemente buena la que debe ser capaz de identificarse con las necesidades de su hijo, responder a los gestos espontáneos y necesidades del bebé y no sustituirlos por los propios. Es por esto, que se explica la adaptación que debe sufrir cada madre al tener un hijo/a. La madre, a través de la identificación con su hijo recién nacido, conoce lo que necesita (ser sostenido, dado vuelta, acostado, alzado, manipulado y alimentado). Winnicott (1956) ha llamado a esta actitud "preocupación maternal primaria".

Por el contrario, una madre insuficientemente buena será aquella que para el bebé resulte imprevisible, que pase de una actitud a otra de manera súbita, sin que el niño pueda confiar en ella ni prever su conducta.

Según Winnicott, lo importante con respecto a lo maternal es que es algo que se puede aprender. Una mujer es buena madre por dos razones: porque ha tenido una buena madre o porque ha aprendido a ser buena en el mismo rol. No hay madres ideales lo importante es ser lo suficientemente buena.

Winnicott⁷ (1987) explica tres funciones específicas que debe cumplir la madre para ayudar al bebé a subjetivizarse, habitar su cuerpo, comenzar a conocer para luego reconocer-se, conocer y reconocer a la madre y todos los

⁷ Winnicott, D. , "Los bebés y sus madres", 1987.

objetos que ella le irá presentando, en simultáneo a la vivencia de él, de ir creándolos :

- Holding o capacidad de sostener emocionalmente al niño: constituye un factor básico del cuidado. Naturalmente habrán emociones plácidas y otras altamente displacenteras y ahí requerirá que la madre le preste su capacidad de contención y sostén para que él logre sobrevivir a la intensidad de lo vivenciado. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que evoca una sensación de desintegración.

Bion (1968) se refiere a esto a través del concepto de reverie de la madre, como la capacidad de "ensoñación". La madre deberá ser capaz de recibir las angustias, molestias y llantos del niño y transformarlos, devolviéndolos descargadas de angustias, de una forma más apropiada en que sí puedan ser toleradas y recibidas por el niño.

- Handling (manipular): se refiere más a los soportes y cuidados concretos y reales que da la madre. En resonancia con lo que el niño necesita, los padres deben estar atentos y sintonizados a las necesidades de cuidado y alivio sobre el cuerpo real de sus bebés. En relación a esto, la madre deberá ser capaz de proteger al bebé con respecto al ambiente, controlando el nivel de estimulación para que éste sea apropiado a la edad del bebé. Es decir, deberá modular los estímulos innecesarios o extraños y constituir una barrera frente a estos, para que el niño no se sienta bombardeado, pero al mismo tiempo reciba estimulación. Esto contribuye a que en el niño se de una asociación psicosomática y del desarrollo del tono muscular y la coordinación. Con ello se permite que el infante disfrute la experiencia del funcionamiento corporal y del ser; acepte su cuerpo como parte de su "propio ser" y a que establezcan los límites del "yo" y "no yo".

Este proceso, que Winnicott denomina "personalización", constituye la base de la identidad, permitiendo que el niño logre habitar a sí mismo, sentirse una unidad desde lo psicológico, con el holding, y desde lo corporal con el handling.

Ambas funciones descritas anteriormente apuntan a que la madre sea capaz de entregarle una continuidad a este nuevo ser que acaba de nacer. "El bebé es una panza unida a un tórax y tiene miembros flojos, y en particular, una cabeza floja: todas estas partes son unidas por la madre que ampara al niño y en las manos de ella se suman en unidad" (Winnicott, 1969, citado en Sosman, 1999, p.45).

- **Presentación del objeto:** apunta a la cualidad especial que debieran desarrollar las madres y tiene que ver con la posibilidad de crear una ilusión en el niño. El asunto consiste en poder presentarle el objeto, en sintonía con un momento en que el niño lo está deseando o necesitando, y de esta manera para el niño, el objeto llega porque él lo creó. Juan David Nasio (1994, citado en Stutman, 2001) dice al respecto:

Al ofrecer el pecho en el momento aproximadamente oportuno procura al bebé la ilusión de que él mismo ha creado el objeto cuya necesidad siente confusamente. Al darle la ilusión de esta creación, la madre posibilita en el bebé una experiencia de omnipotencia, o sea que el objeto en el momento de ser esperado, adquiere una existencia real. (p. 2)

La meta de esta función es lograr la realización del bebé, la sensación de su gran capacidad de creación es la ilusión omnipotente necesaria y sana, que luego dará paso a la creatividad. Además de ser el precursor del establecimiento de las relaciones con los otros, de las relaciones objetales.

A medida que se va desarrollando la relación del bebé con su madre se pueden identificar ciertas características fundamentales, que pueden dar cuenta de la calidad de la interacción. A partir de esto, Brazelton (1993) sistematiza los

aspectos esenciales de la relación, que hacen posible el desarrollo temprano del vínculo:

- La sincronía: consiste en enseñar a los recién nacidos a regular sus diversos sistemas fisiológicos. Cuando los padres reconocen intuitivamente, este sistema regulador, ayudan al bebé a aprender a prestar y dejar de prestar atención. El adulto tiene que comenzar por adaptar sus conductas al ritmo de su bebé; también debería ayudar al bebé a reducir o controlar respuestas motrices que interfieren en la capacidad para prestar atención. Durante la comunicación sincrónica, el bebé aprende a ver a su progenitor como un ser merecedor de confianza, receptivo y empieza a intervenir en el diálogo. Es posible modelar la atención y el repliegue sincrónico para los padres. Cuando logran ponerlos en práctica ellos solos, hasta los más inseguros de los padres podrán sentir que ejercen control sobre la vulnerabilidad de su hijo y sobre la suya propia. (Brazelton y Yogman, 1986, citado en Brazelton, *op. cit.*)

- La simetría: es la capacidad de prestar atención del bebé, su estilo y sus preferencias tanto para recibir como para responder. En el diálogo simétrico el progenitor respeta los umbrales del niño y su independencia; por lo tanto, renuncia a una parte de sí mismo para suscitar los ritmos y las respuestas del bebé. En el fondo se tienen que ajustar los padres a la individualidad de sus hijos.

- La contingencia: consiste en que las madres responden eventualmente, cuando pueden interpretar los mensajes transmitidos a las señales que da el niño (vocalizaciones, sonrisas, etc.). Al responder, la madre aprende el éxito o fracaso de cada una de sus acciones a partir de la conducta del bebé. De este modo la madre va refinando sus respuestas y desarrollando un repertorio de "lo que da resultado". La contingencia

requiere que la madre esté disponible tanto cognitiva como emocionalmente para su hijo.

- El arrastre: se produce cuando ambos han aprendido los requisitos del otro y establecen un ritmo, como una obediencia a una serie de reglas. El poder de este ritmo pronto crea una expectativa, tanto para seguir con el mismo como para interrumpirlo. Tan fuerte es esta expectativa que parece arrastrar a cada miembro de la díada. Por lo tanto, podemos decir que un miembro puede arrastrar la conducta del otro, instituyendo el ritmo de atención y desatención que ya ha sido establecido como base de su sincronía; de esta manera la interacción asume un nuevo nivel de participación. Cada participante ha utilizado la imitación de los ritmos y vocalizaciones del otro para captar, tenerlo y guiarlo a una forma de interacción cada vez más rica. Este es un incentivo tanto para la madre como para el bebé, así como un poderoso factor en el crecimiento del vínculo.

- El juego: se basa en el arrastre, si uno de ellos inicia la interacción de determinado modo, el otro tenderá a responderle del mismo modo. De esta manera la madre intensificará más el intercambio. Estos juegos tienen un conjunto de reglas que son rápidamente establecidas y reconocidas por cada participante. Es así como éstas regirán los tonos, tiempos, intensidad, duración y modo elegido. Durante el juego los progenitores y el bebé tendrán la oportunidad de ampliar su aprendizaje el uno del otro.

- Autonomía y flexibilidad: se refiere al momento en que el bebé se da cuenta que puede controlar la interacción. A los cinco meses domina la conducta de la madre a través de su capacidad, tanto para iniciar la interacción como para abandonarla; se pone a prueba la situación y la capacidad de dominar a su interlocutor. El bebé en esta etapa tiende a

desviar la mirada hacia otra parte para interrumpir el diálogo. La madre, por su lado, hace un esfuerzo para que el bebé vuelva su atención a la interacción, y volver a atraerlo hacia ella. Es por ello que se deduce que el objetivo del bebé es la autonomía, porque realiza nuevos esfuerzos visuales, auditivos y motores. Esta conducta autónoma es signo de una relación saludable, un vínculo deficiente sería fusional o simbiótico.

1.c.1. Perturbaciones en el vínculo

En los planteamientos de Bowlby se explica que la experiencia temprana constituye la base para la elactancia (resiliencia), concepto que se refiere a la capacidad que tiene un individuo de mantener sus capacidades adaptativas y utilizar sus recursos internos de manera competente ante los problemas evolutivos de las distintas etapas del ciclo vital, pudiendo de este modo enfrentar las adversidades de la vida de manera positiva. Es decir, a partir de los primeros vínculos se podría establecer una cierta vulnerabilidad en el bebé, pero, en ningún caso se determina la aparición de psicopatología o normalidad.

Es por esto que Sroufe (1999, en Marrone, *op. cit.*) afirma que la naturaleza de los vínculos de apego constituye los cimientos, pero lo que se construye a partir de esto no sólo dependerá de esta base; dependerá de la interacción entre la capacidad de elactancia del individuo y los factores protectores o desestabilizantes del medio socio-ambiental en que se desenvuelva.

En relación a esto, se han realizado diversas investigaciones sobre los posibles efectos negativos que podrían producir las prácticas disfuncionales de los padres. La teoría del apego de Bowlby propone la idea de que ciertos patrones en la relación que un individuo ha establecido con sus figuras principales de apego, pueden determinar ciertos aspectos importantes de su organización psíquica —en relación a los vínculos

de apego—. De esta forma, en las conceptualizaciones iniciales de Bowlby se plantean tres categorías importantes para clasificar tales patrones de organización psíquica: de tipo seguro, evitativo, y ambivalente. Por su parte, Fonagy en su artículo “El uso de múltiples métodos” (2002) cita a M. Aynsworth y desarrolla un cuarto patrón, denominado apego desorganizado-desorientado.

Cabe destacar que Bowlby siempre habla de una disposición, ya que desde su punto de vista, lo que se puede observar en la mayoría de los casos es una disposición o tendencia, más que una organización fija y definida.

Se plantea que estos patrones de interacción entre la madre y su bebé, una vez establecidos, tienden a persistir en la mayoría de los casos, explicándose que una causa de dicha persistencia es el modo en que el progenitor trata al bebé, ya que para bien o para mal, tiende a continuar sin cambios.

Es por ello que en muchas ocasiones, para promover la seguridad de apego, se considera fundamental romper la cadena intergeneracional, en donde se han detectado ciertas disfunciones en los patrones de apego, las cuales, sumadas a otros factores, podrían afectar a la salud mental de los bebés.

2. ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBSERVACIÓN DE BEBÉS

Bick (1963) parece haber sido la primera psicoanalista que incluye la observación de bebés en la formación de terapeutas de niños y más tarde de analistas. Los niños ya habían sido observados antes, pero lo que se había descrito representa lo que Stern denominó infante clínico.

Stern (1991) realiza una distinción entre el infante clínico y el infante observado. El primero representa la construcción basada en un cuerpo particular de teorías que llevará a un investigador a conceptualizar lo que el infante es, era o podría haber sido, en la línea de lo que algunos analistas llaman "el niño en el adulto". El infante clínico está construido por recuerdos, reactualizaciones presentes en la transferencia, etc.; es una creación conjunta entre dos personas: el adulto y el terapeuta.

El infante observado es aquel cuyas conductas se examinan en el momento mismo de su aparición, aportando, según Stern las aptitudes que son más fáciles de percibir.

Esther Bick ha sido una de las psicoanalistas que más ha escrito sobre el estudio de los bebés, proponiendo un método que es "la observación de bebés" (citado en Erika Guzmán, *op.cit.*). A través de este método ella pudo entender más acerca del desarrollo temprano del bebé, específicamente acerca de la función de la piel. Ella, a diferencia de Bion, propone que el niño tiene que construir un espacio interno a través de la experiencia, y esto implica que no siempre se logre.

La piel, de acuerdo a lo que ella observó, cobra una importancia fundamental ya que se liga a las experiencias iniciales de la interacción madre e hijo, que se refieren a todos los contactos físicos que estimulan el cuerpo del recién nacido.

Desde el psicoanálisis la observación de bebés ha sido una herramienta muy útil para poder acercarse al mundo interno de los bebés y la relación con sus madres. Esther Bick (*op. cit* en Guzmán, *op. cit.*) con respecto a la observación de bebés postula lo siguiente:

Consideré que esta experiencia era importante por numerosas razones, pero principalmente porque servía de ayuda para que los estudiantes pudieran comprender más claramente la experiencia infantil de sus pequeños pacientes... (p.99)

Se trata de realizar un registro lo más exacto posible de las conductas observadas de la madre y el impacto que éstas producen sobre el observador. Esta técnica nos ayuda a conocer más acerca de los estados mentales del niño y de sus madres, lo que nos permite acercarnos al mundo interno de cada uno de ellos.

La persona que observa debe utilizar la técnica de la "atención flotante", donde se trata de evitar la interferencia en la interacción del bebé con su madre. Esta técnica se emplea en el psicoanálisis y se diferencia de una observación experimental, la cual ocurre en un laboratorio porque se buscan ciertas respuestas.

"La conducta del observador es muy importante. Presenciar y ver cómo una madre atiende a su bebé, despierta con gran frecuencia una fuerte reacción emocional que puede perturbar la capacidad de observación e impulsar al observador hacia actitudes inadecuadas" (Guzmán,1970, p.5). Es por ello, que el rol del observador debiera ser, sin criticar, aconsejar, guiar, prescribir, contradecir,

reasegurar, alabar, felicitar, apoyar, entrometerse, imponerse, dar opiniones, ponerse en favor de alguien, comportarse de manera fría y clínica.

Se debe recordar que cada sujeto tendrá a menudo una interpretación particular de las interacciones que observa; lo importante es la capacidad del estudiante para percibir y evaluar el comportamiento de una madre y considerar la posible conexión entre ésta y alguna interpretación del observador.

Estos planteamientos fueron centrales en la formación de analistas en el mundo por muchas décadas y su valor ha sido central para dejar de inducir a partir de los pacientes adultos, sentimientos y sensaciones que podría experimentar un bebé en la relación con su ambiente. Aún así, hoy en día parte del mundo psicoanalítico, específicamente los intersubjetivistas, cuestionarían la posibilidad de pensarse a sí mismos como observadores neutros, sin interferencias en la experiencia observada. Ellos se acercan más a los planteamientos de Humberto Maturana del observador participante.

Los planteamientos de Maturana son importantes de considerar en la observación de bebés, ya que rechazan la premisa de una realidad objetiva independiente del observador y, como lo planteó en su *"Ontología del observar"*, se reconoce al observador como un participante constitutivo de lo que observa. El cambio que aquí propone es evidentemente radical: pasa de una realidad objetiva unívoca que es igual para todos, a un mundo construido por el observador como igualmente válido y único respecto de otros.

"No es posible conocer 'objetivamente' fenómenos en los que el propio observador-investigador describe el fenómeno en el que está involucrado. Es desde esta noción de conocer que se comprenden los fenómenos sociales" (Maturana, 1990, p. 32).

Otro autor que se ha dedicado al estudio de los bebés es Daniel Stern, quien ha hecho enormes aportes desde sus hallazgos, especialmente hacia las últimas décadas del siglo XX e inicios del siglo XXI, específicamente en relación a la

definición del infante observado, infante dotado de capacidades que maduran y que pueden ser observadas.

En cuanto a la observación de la conducta del bebé, Brazelton (1997) plantea que como los niños no pueden expresar sus estados interiores a través de la verbalización y el juego simbólico, hay que examinar su conducta manifiesta tomándola como una expresión de la experiencia subjetiva. Para este autor la observación de la conducta del bebé es fundamental para su evaluación; de este modo una descripción clara de los síntomas reales que presenta el bebé serán parte de la evaluación de la interacción.

Brazelton también considera que la observación de la conducta de un bebé nunca debe considerarse como puramente "objetiva", dado que el observador constituye una presencia y una influencia activa. El observador es parte del sistema y su participación podría modificar la interacción familiar.

2.2. BEBÉS PREMATUROS

Los avances de la tecnología y de la ciencia han posibilitado adelantos en el campo del nacimiento de un bebé que años atrás eran inimaginables: mantener vivo a un bebé nacido de 24 semanas, con menos de 1000 grs.; bebés que parecen haber quedado a nivel de gesto. A este recién nacido lo recibe un sustituto del útero que lo albergaba: la incubadora tiene como misión protegerlo y hacer que viva, para poder concluir este gesto de bebé inconcluso.

"Un bebé prematuro se define en términos de peso, talla y comportamiento, además de la edad de gestación —28-37 semanas—. El peso debe ser inferior a 2.500 gr., y talla inferior a 47 cm.. En su comportamiento debe presentar inmadurez de ciertos reflejos normales y de habilidad para desempeñar funciones vitales" (Pilar Flores, 1996, p.1).

Se considera que entre el 12% al 20% de los niños prematuros muere, ya que poseen menores probabilidades de sobrevivida que un bebé de término. Las causas de muerte son diversas, entre las cuales se mencionan: inmadurez por sí misma, fallas respiratorias, lesión cerebral, malformaciones congénitas, infecciones, etc. (Flores, *op. cit.*)

Los factores que favorecen la sobrevivida son: pesar más de 1.500 gramos, presentar buen tono muscular, actividad respiratoria normal, respuesta activa a la estimulación, ausencia de otras complicaciones. El niño prematuro alcanzará el peso normal, pero a un ritmo más lento que un niño de término, aunque existen variaciones individuales. En relación a esto, el comité de expertos de salud materno-infantil de la Organización Mundial de la Salud (Flores, *op. cit*) declara:

Se ha demostrado que el niño prematuro puede crecer rápido, tener puntajes de inteligencia más altos y mayor handicaps mental y físico, que niños de peso neonatal mayor. La pobreza en el crecimiento y desarrollo puede ser el reflejo de un ambiente desfavorable. (P.7)

La evolución neurológica de estos niños se evalúa en base al tono muscular y a la presencia de reflejos primitivos (hipotónico, reflejo de moro, etc.) Los criterios externos de evaluación incluyen: textura y color de la piel, edema, presentación de los genitales, lanugo (vello), firmeza de la oreja, etc (Flores, *op. cit.*). De acuerdo a estos, se saca un puntaje que se convierte en la edad gestacional del bebé, el que constituye un indicador más preciso respecto al peso neonatal, que indica con mayor exactitud el grado de prematurez del recién nacido. El bebé prematuro manifiesta una inestabilidad en el control de la homeostasis, mientras más baja sea la edad gestacional, más inestable será el control sobre la modulación de la información ambiental.

Existen varias causas que podrían determinar que el bebé nazca antes de tiempo; por ejemplo: si la madre padece preeclampsia, que se desarrolla en el segundo trimestre del embarazo y se presenta con presión alta y retención de líquidos.

Hay otros factores que influyen, como en el caso de alguna patología que presente la madre: enfermedad en los riñones, diabetes mellitus, infecciones o algún problema al corazón. También se consideran como factores de riesgo: embarazo juvenil, no contar con asistencia médica durante el embarazo, tener un nivel socioeconómico bajo y una mala alimentación (www.bbmundo.com).

Los problemas que puede desarrollar un bebé prematuro se deben a la falta de madurez de sus órganos (Fava Vizziello, G.; Zorzi, C.; Bottos, M., 1992). En relación a esto, las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son:

enfermedades respiratorias, problemas ligados a la inmadurez del tracto gastrointestinal y a la dificultad para alimentarse correctamente por vía oral, ictericia (puesto que el hígado no se ha desarrollado por completo), infecciones e inexperiencias del sistema inmunológico (porque falta un importante suministro de anticuerpos que suministra la leche materna), retinopatía de la prematurez y, con menor frecuencia, hemorragia cerebral.

Es por esto, que se hace indispensable que el bebé reciba ciertos cuidados en el hospital después de su nacimiento, al menos hasta que esté listo para estar en casa y no requiera atención especial. De acuerdo a ello, los cuidados especiales pueden tomar semanas o incluso meses (dependerá del grado de madurez del bebé).

Brazelton (1990) señala que todos los recién nacidos, incluso los prematuros, poseen una disposición para el aprendizaje. Esto implica considerar al recién nacido como participante, ya que nace con capacidades sensoriales desarrolladas; por este motivo, ya no se considera al recién nacido como un objeto pasivo e indefenso.

De acuerdo a esto, es importante mencionar los cinco sentidos del bebé como aspectos fundamentales en la interacción temprana. "Su potencial genético humano, presente desde el nacimiento será moldeado por su experiencia de vida y por las respuestas que obtenga de quienes lo rodean en su llegada al mundo"⁸.

- vista: La madre del bebé prematuro deberá establecer un contacto visual con sus hijos mientras estos están aún en la incubadora, con el fin de asegurarse de que el bebé esté bien y de sentir que les pertenece, pese a las dificultades por las que está pasando. Se ha comprobado que los bebés prematuros también ven, aunque tienen una visión menos segura

⁸ Mathelin, Catherine (2001) "*Clinica psicoanalítica con bebés prematuros*". Ediciones Nva Visión, Bs As.

y son aún más cortos de vista que los bebés de término. La capacidad visual del recién nacido tiene gran importancia para la adaptación, pues contribuye a vincular a la madre con su bebé.

- **Audición:** Hay una clara predilección de los recién nacidos por la voz femenina. Cuando las madres comprueban esto, su vínculo con el bebé parece tomar gran ímpetu. El bebé escucha la voz de su madre, de su padre y los ruidos intra y extrauterinos desde el sexto mes de gestación, según Benedicte de Boysson-Bardies (1996, citada en Mathelin, 1998), el recién nacido se interesa mucho en la voz y distingue ya ciertos elementos del lenguaje; de esta manera muy pronto es capaz de diferenciar los sonidos que le son familiares. La madre debe aprender qué tonos captan la atención de su bebé. William Condon y Luis Sander (1975, citado en Brazelton, 1993) refieren que después de nacer los bebés pueden sincronizar sus movimientos al ritmo de la voz de la madre.
- **Olfato:** El sentido del olfato es altamente desarrollado en los recién nacidos, pues ellos son capaces de reconocer olores agradables y desagradables, lo que les permite aprender lo que esperar de cada una de las personas que lo cuidan.
- **Gusto:** En relación a la alimentación la leche materna genera expectativas en cuanto a estímulos sociales (caricias, palabras, etc.). En el caso de los prematuros esta acción se lleva a cabo mediante sondas nasogástricas, requiriendo igualmente la presencia de la madre que debe aportar un ambiente agradable que el niño asocie con esta situación.
- **Tacto:** Es el primer ámbito importante de la comunicación. Cuando el bebé está molesto la madre debe ser capaz de contenerlo y hacer de

alguna manera cesar su actividad motriz. El tacto, por lo tanto, es un sistema de mensajes entre el bebé y su madre, ya sea para calmarlo o animarlo.

Con respecto a lo anteriormente expuesto, se sugiere que las madres hablen con sus hijos, los toquen en la incubadora, ya que el bebé es capaz de reconocer la voz y el olor de la madre; así, sus experiencias son rotundas y fundamentales para el desarrollo psicológico del bebé. Debido a esto se afirma que todos los humanos necesitan de comunicación; la inmadurez extrema no imposibilita al bebé el deseo de ser oído por un otro

“Todos los lactantes programados para establecer un contacto con quienes lo rodean necesitan respuestas a sus intentos de comunicación para desarrollarse adecuadamente” (Brazelton en Mathelin, 2001). La existencia del niño esta indisociablemente vinculada con la presencia del OTRO, ya sea la madre o quien se haga cargo de él, ocupando así la posición de continente que le permitirá construirse (Mathelin, 2001).

Antes se pensaba que el recién nacido era neurológicamente insuficiente, lo que no se ajusta al tipo de respuestas dirigidas y predecibles que se observan en él cuando interactúa socialmente con un adulto atento. Para que el adulto capte estas respuestas es necesario que tenga conocimiento de los estados de consciencia presentes en el bebé. Según el estado de consciencia, la estimulación será o no adecuada. Si se ofrece la estimulación en el momento apropiado se observará un sistema nervioso central sano, hasta en el más prematuro de los bebés. El progenitor debe conocer en qué estado se encuentra el bebé, con el fin de saber si estará o no accesible para ser alimentado, dormir o interactuar (Brazelton, 1990). Los bebés inmaduros o hipersensibles tienen ciclos de sueño más breves y su capacidad de cesar la estimulación para pasar de un sueño ligero a uno profundo son deficientes; por lo tanto, es importante que la madre sea capaz de servir de barrera y protegerlo de una estimulación excesiva para esa situación.

Otro factor fundamental en los recién nacidos prematuros es la deficiencia en su capacidad de habituación —respuesta protectora, que genera una clausura del sistema nervioso contra un exceso de estimulación proveniente del exterior—, ya que los estímulos ambientales no tendrán respuestas gradualmente decrecientes. En relación a esto, se supone al recién nacido prematuramente hipersensible, pues la inmadurez de su equipamiento neurobioquímico no le permitiría aún la puesta en marcha de sistemas inhibidores del dolor. Es por ello que es imposible pensar que el bebé no sufre, incluso frecuentemente se puede decir que sufre mucho (Mathelin, *op cit*).

2.2.1. IMPLICANCIAS DEL NACIMIENTO PREMATURO

La madre, debe asumir en el momento del nacimiento de su hijo, el abrupto término de la sensación de estar fusionada con el feto y abandonar las fantasías de integridad y omnipotencia entregadas por el embarazo. Este término la llevará a adaptarse a un nuevo ser que provoca sentimientos de extrañeza —cualquier nacimiento implica que la madre abandone al hijo perfecto imaginario y se adapte a las características específicas del bebé real—. Ella debe ser capaz de luchar contra el temor de dañar al bebé indefenso. Las madres deben aprender a tolerar y disfrutar las enormes exigencias que le imponen la dependencia total del bebé. En particular, tiene que soportar la intensas apetencias orales del bebé y gratificarlas con su cuerpo (Brazelton, 1990).

Según Catherine Mathelin, esta situación se complejizará en el caso de los bebés prematuros, donde la madre se siente decepcionada de no haber podido completar el período de embarazo y de no haber sido capaz de traer al mundo un hijo saludable. Las dificultades relacionales aumentan si el niño nace con problemas, ya que los padres sólo aceptan la situación con dificultad. Al principio,

demuestran una conducta afectiva conflictiva, donde se observa por un lado mucha ansiedad, preocupación, frustración, culpa por no haber tenido un hijo normal y sano; y por otro, hostilidad y rechazo hacia el hijo porque no cumplió con las expectativas.

El duelo del hijo imaginario siempre debe hacerse en el nacimiento. En el caso de los niños prematuros, este duelo parece volverse más difícil, incluso imposible. En el caso de la prematuridad, vida y muerte demasiado estrechamente mezcladas, se estrellan una contra otra. La madre, engullida por lo real, no puede serenarse ya que el niño prematuro no puede venir en su ayuda; él mismo está impedido por su debilidad, por lo que deja a la madre sola ante su angustia.

Si bien la ambivalencia está presente durante todo el tiempo del embarazo, el nacimiento sin problemas vuelve a narcisizar a la madre al entregarle un bebé sano, que la tranquiliza y gratifica. Cuando el nacimiento se precipita, la realidad se junta con el fantasma y surge el trauma sintiéndose sumergida en una ola de culpabilidad. Ellas vivirán con un hijo que las hirió narcisísticamente y que les hizo experimentar el fracaso.

Brazelton explica que la experiencia de tener un hijo prematuro lleva consigo una decepción por su falta de éxito en todo el esfuerzo que se ha realizado durante el embarazo y, además, implica una pérdida del bebé perfecto con el cual se soñó. Klaus y Kennell mencionan la fantasía universal del hijo perfecto y como en el caso de los prematuros ésta se aleja aún más de la realidad, lo cual genera una intensa desconfianza de parte de las madres acerca de su capacidad materna.

Durante el tiempo de hospitalización del prematuro, los padres son testigos de una eficacia profesional que los vuelve aún más temerosos, cuestionando su propia capacidad perceptiva y de decodificación de las necesidades de su propio hijo. En muchos casos, esta inseguridad se pone de manifiesto en una constante

queja contra el personal de la institución, como una manera de proyectar esta angustia.

Considerando todo esto, se recomienda un trabajo conjunto con estos padres —con hijos prematuros— reconociendo los sentimientos de culpa y la ambivalencia que provoca esta situación, aceptándolos como propios del proceso por el que están atravesando. Para esto es necesario realizar un trabajo de pérdida y separación, elaborando el duelo que conlleva el nacimiento prematuro.

Para favorecer un vínculo sano y seguro se debería desde el inicio involucrar a los padres en los cuidados del neonato, explicándoles en qué situación están sus hijos, permitiéndoles, al mismo tiempo, tocarlos, hablarles y nutrirlos, aunque sea sólo por sonda. Se debería asistir discretamente a los padres en los cuidados del niño, ayudándolos si tienen dificultades o si piden explicaciones, dándoselas de manera simple y procurando que éstas sean tranquilizadoras. Es necesario entregarle valor a los padres para que manifiesten una actitud hostil, y los sentimientos negativos que puedan sentir en ese momento. Es positivo investigar las dificultades socioambientales de los padres para evaluar la posibilidad de ayudarlos en ese sentido (Fava Vizziello, *et al*, 1992).

Se debería estimular, asimismo, al niño a través de masajes, ya que esto tiene un efecto positivo en el terreno de la afectividad en la relación con el bebé. Al adoptar la posición de hamaca, el infante parece reconstruir la posición del regazo materno. Todo esto es muy importante para poder formar un vínculo sano de los padres con sus hijos, ya que a pesar de que no están en contacto físico íntimo, pueden construir nuevos escenarios para acercarse a ellos.

En los primeros días después del nacimiento se produce el acercamiento entre el niño y el adulto; por lo tanto, si los padres y el neonato permanecen

alejados durante este período, el proceso de vinculación se hace cada vez más complejo. Klaus y Kennell (1978, citados en Levobici, 1988) señalaron la importancia que revisten los instantes posteriores al nacimiento, ya que las madres cuentan con una particular sensibilidad para el bebé que favorece el proceso de apego que los une. En los casos de alumbramiento prematuro, el vínculo que une al hijo con su madre desde las primeras horas de vida supone una cierta demora en el establecimiento del mismo.

El *bonding* se define como una relación específica y privilegiada que se caracteriza en la madre por la tendencia a tocar, acariciar, sostener y cuidar a su bebé. Estas conductas sobrevienen en un período sensible de la madre y se vinculan con circunstancias tanto bioquímicas como sensoriales. Según Klaus y Kennell, los movimientos intrauterinos del bebé también preparan la sincronía que después se establece con él. Por esto los autores preconizaron el desarrollo del *extend contact* (EC) "contacto extensivo e intensivo", ya que creen que las madres que tienen la oportunidad de acostarse desnudas con sus bebés contra ellas, durante la primera hora, entre las dos primeras horas que siguen al nacimiento, organizan de mejor manera el diálogo cara a cara con sus bebés y esto repercute en los futuros logros de aquellos. Esto confirma la existencia de una fase sensible para el referido contacto piel a piel y la práctica de los *rooming-in* en los servicios de maternidad.

II- MARCO METODOLÓGICO

2.1. Definición del tipo y diseño de investigación

Es una investigación *cualitativa*, debido a que la información será recolectada a través de entrevistas; pautas de apego en adultos y en bebés, entrevista de fantasías, y observaciones sistemáticas de las díadas en su ambiente natural. Más específicamente esto se refiere a:

a) La entrevista de fantasías es aplicada en la primera etapa a las madres de la investigación y nos permitirá una visión más amplia acerca de ellas y sus pensamientos predominantes, con el fin de obtener puntos en común, entre mujeres que han atravesado por situaciones similares.

b) Con respecto a la pauta de apego para adultos se obtendrá un puntaje que corresponderá a una categoría del tipo de vínculo — vínculo óptimo, ausente o débil, constricción cariñosa, control sin afecto, promedio—⁹ que establecieron las madres, con sus propias madres en su infancia más temprana. Previamente a la aplicación de este instrumento se despejarán las dudas acerca de posibles patologías en las madres, a partir de las respuestas de las mismas a la entrevista PERI (entrevista de despistaje de patologías). Con la pauta de apego para adultos se espera más que identificar a que categoría pertenece cada madre, visualizar la experiencia de apego con sus madres y como esto podría influir en la relación actual con sus bebés.

c) La información recolectada a través de la observación de las díadas, se sistematizará en una tabla del perfil de la observación del vínculo madre- bebé.

⁹ Dávila, María de los Angeles, Vera Valeria, Ormeño Verónica (1998) "Estandarización del P.B.I (Parental Bonding Instrument, versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago", Santiago.

Con el fin de esclarecer los procedimientos que se llevarán a cabo en la investigación, se intentará desglosar el concepto apego en dimensiones más específicas (Ver anexo 1), con el fin de evaluar a los grupos del estudio— control y experimental— a lo largo del tiempo y compararlos entre sí, en un tiempo inicial (T1) y uno terminal (T2). Se considerarán en su construcción, las variables que se miden en el instrumento utilizado en el T1 (P.B.I) y el aplicado en el T2 (perfil de observación de bebés) (Ver anexos 2 y 3).

La posibilidad de evaluar a través del tiempo permitirá identificar la influencia que pudo haber tenido la asistencia al taller de maternaje (grupo experimental), ya que partimos de la hipótesis de que las madres tenderían a repetir el patrón de apego establecido con sus madres, en la relación actual con sus hijos. Por lo tanto, el saber cuál es su experiencia de apego nos permite hacer inferencias sobre el impacto del taller en la relación con sus hijos, por el hecho de evaluar el posible enriquecimiento del vínculo en la actualidad.

El objetivo principal de esta investigación es la puesta en marcha de un taller de maternaje dirigido a madres con hijos prematuros nacidos durante el segundo semestre del 2003 en la Unidad de Neonatología del Hospital San José (ver anexo 4). El taller estará dirigido al abordaje de temáticas que giran en torno a las funciones maternas: contención, manejo, sostén, conocimiento de las características madurativas del bebé prematuro, representaciones mentales, bebé imaginario y real, etc. Por lo tanto, más que realizar un estudio, estaríamos implementando una intervención, donde se pondrá énfasis en el carácter *evaluativo* y *comparativo* de dicha actividad: Se observará la repercusión que este taller provoque en el apego de las madres con sus hijos y se determinarán las diferencias que se establezcan con el grupo que no asista a dicho taller.

De acuerdo a Hernández, R., Fernández, C., Bastista (1992), el diseño de nuestra investigación es *cuasiexperimental* debido a que la población a estudiar se encuentra conformada con anterioridad —madres que dan a luz en el Hospital San José—, por lo cual no se maneja la manipulación de variables con el fin de conformar la muestra¹⁰. La muestra abarcará diez madres y se dividirá en dos: el grupo control, integrado por cinco madres, y el experimental, con la misma cantidad. Posteriormente, se evaluará la incidencia que el taller provoque en el grupo que participe en él.

Al hablar de una intervención debemos tener en cuenta la elaboración de un diseño *longitudinal*, debido a que los resultados del taller se verificarán a través del tiempo en puntos o períodos especificados, utilizando una pauta de apego en bebés que servirá para categorizar la interacción madre-hijo. Anteriormente a la realización del taller se aplicará una pauta de apego para adultos, con el fin de observar de manera retrospectiva cómo era la vinculación de estas madres con sus propias madres, partiendo de la hipótesis de que ellas repetirían la misma pauta de interacción con su hijos. Al mismo tiempo, se pretende realizar una observación sistemática que sea útil para hacer inferencias respecto al cambio, y consecuencias que se pudiesen establecer en la relación. "Es de tipo longitudinal panel ya que es el mismo grupo de sujetos medidos en distintos tiempos" (Hernández, *et al*, 1992, p. 96)

¹⁰ La razón por la cual no se manipulan las variables es porque dichos grupos ya estaban formados antes del experimento y la manera cómo se formaron fue independiente de éste. Hernández *et al.* (1992) "Metodología de la investigación" p.173.

2.2. Descripción de la muestra

Nuestro *universo* estará conformado por díadas —madres con hijos prematuros recién nacidos— de la Unidad de Neonatología del Hospital San José. La muestra deberá cumplir ciertos requisitos: mujeres entre 16 y 35 años, de nivel socioeconómico medio bajo/bajo y que no presenten patologías severas.

La investigación se realizará a partir de una muestra *no probabilística*, la cual quedará conformada por un grupo de diez díadas, ya que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra”¹¹.

La muestra será elegida en forma *intencionada*, ya que se busca un grupo con características determinadas. Los sujetos que participen en este estudio deben acceder a él en forma *voluntaria*. La idea es promocionar en la Unidad de Neonatología los beneficios que dicha intervención podría generar en sus modelos de maternaje para motivar la participación de las madres y así contar con el *quórum* suficiente para dar marcha a la intervención.

Luego de conformar el grupo de madres, se realizará una entrevista para descartar patologías severas (PERI), y de esa manera determinar si son aptas para nuestra investigación. Luego de constatar la ausencia de patologías, se aplicará la entrevista de fantasías y el *Parental Bonding Instrument* (P.B.I.), para posteriormente dividir la muestra en dos: grupo control y grupo experimental.

¹¹ Hernández, *et al*, Pág. 213.

2.3. Descripción de los instrumentos

Entrevista para la investigación epidemiológica (PERI)

Esta entrevista permite facilitar el despistaje de dimensiones psicopatológicas específicas y no específicas en estudios de tipo poblacional o comunitario. Fue elaborada por Bruce P. Dohrenwend en la Universidad de Columbia (Nueva York, 1973, 1978, 1982). Todos los ítems indagan acerca de lo ocurrido durante el último año. La versión final contempla 25 escalas, con sus respectivos ítems, que se encuentran asociadas a algún tipo de desorden, pero que no se corresponden con una categoría diagnóstica específica. Un puntaje alto es indicador de disfuncionalidad, pero la ausencia de puntajes altos no implica ausencia de conflictos.

Se evidenció que 8 de las 25 escalas miden problemas no específicos, mientras que el resto sí. Estas ocho escalas son: ansiedad, confusión del pensamiento, desmoralización, temores, salud física, autoestima pobre, sistema psicofísico y tristeza. Tanto la versión completa como la abreviada tienen la estructura de inventarios autoadministrados, que pueden ser respondidos en forma grupal o individual; no hay límite de tiempo. Se recomienda a quienes responden tener en cuenta sólo el *último año*. Los puntajes obtenidos se van a evaluar de acuerdo a los parámetros establecidos por el instrumento, pero se tendrán en cuenta las condiciones físicas y emocionales que presentan las madres debido a lo reciente del parto. En este sentido se establecerá una evaluación subjetiva de parte de las evaluadoras, al momento de discriminar entre las madres que cumplan con el requisito de no presentar patologías, para participar en la investigación (ver Anexo 5).

Entrevista semi- estructurada

Consta de una pauta de preguntas dirigidas a las madres de los bebés prematuros, con el fin de obtener información específica acerca de las fantasías que poseen las madres con respecto al nacimiento prematuro de sus hijos. Esto posibilitará conocer factores dinámicos y/o sociales que mediante el uso de test no se pueden inferir. La duración de esta entrevista será acotada a 45 minutos aproximadamente. Además, las fantasías se relacionarían con la manera de apegarse que tienen con sus hijos (ver Anexo 6).

Pauta de apego en adultos

El instrumento utilizado para identificar patrones de apego en adultos es el P.B.I (Parental Bonding Instrument). Cuestionario desarrollado por Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown, de la Universidad de New South Wales (Australia), en 1979. Dicho instrumento se basa en la teoría de apego de John Bowlby y tiene como objetivo medir los estilos vinculares tempranos.

Es un cuestionario de autorreporte, para personas mayores de 16 años de ambos sexos, que puede ser aplicado en forma individual o grupal. Se realizan cuestionarios separados para cada uno de los padres, pero como el objetivo de nuestra investigación es indagar en el vínculo con la madre, sólo se aplicará dicho cuestionario.

Este instrumento está compuesto por dos escalas: cuidado y sobreprotección:

- Factor cuidado: está definido, por un lado, como afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía; y, por otro, como frialdad

emotiva, indiferencia y negligencia, detectando de esta manera la presencia o ausencia de esta variable.

- Factor sobreprotección: apunta de igual manera a la presencia o ausencia de ésta, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Taller de maternaje

El taller se desarrollará en ocho sesiones y se implementará en el Hospital San José, después de que las madres alimenten a sus bebés, aprovechando el momento en que ellas los visitan. Sólo cinco de las madres participarán en la actividad para luego contrastar los resultados con el grupo control.

La temática principal del taller girará en torno a las funciones de maternaje y las condiciones adecuadas para el desarrollo sano de los bebés (ver Anexo 7).

Observación de bebés y pauta de apego en bebés

Para fines de nuestra investigación se consideró la operacionalización de variables que desarrolló Viviana Sosman¹² para la estandarización de la pauta de apego en bebés:

- Interacción madre-recién nacido: comportamientos que ejercen recíprocamente la madre y el recién nacido.
- Contacto físico: modo en que la madre se acerca, toca, toma, sostiene y acaricia a su hijo. Esto puede darse desde un polo cariñoso y cuidadoso hasta una forma agresiva o ansiosa.

¹² Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología en la Universidad Diego Portales, 1999, Santiago, Chile.

- **Contacto visual:** acto en el cual coincide la mirada de la madre con la del bebé. Aquí se observará en qué momento se efectúa y con cuánta frecuencia.
- **Verbalizaciones:** lenguaje oral que utiliza la madre cuando le habla a su recién nacido y los contenidos que expresa. Es esperable que la madre haga ciertas modificaciones cuando se trate de hablarle a su hijo, diferenciándose del modo en que lo hace con un adulto.
- **Actitud de la madre en general:** se refiere a la conducta observable de la madre, en diversas circunstancias, que aparece como producto de factores cognitivos, afectivos y del comportamiento. Se pueden observar formas variadas:
 - **Flexible y contenedora:** se trata de una madre colaboradora, sensible a las necesidades de su bebé, que es capaz de ponerse en el lugar de su hijo, de acuerdo a lo que éste va requiriendo.
 - **Ansiosa:** es aquella actitud donde la madre no logra manejar la angustia, y se deja invadir por la intranquilidad, llanto o demanda del niño sin lograr la calma necesaria para encontrar una solución adecuada.
 - **Ambivalente:** en la madre coexisten actitudes contradictorias; se muestra colaboradora en algunas ocasiones, pero no en otras; es decir, su conducta es inconsistente.
 - **Rechazante:** la madre se aleja de su hijo cuando éste la necesita; rehúsa cuidarlo.

Para sistematizar la información recolectada se utilizó un perfil de la observación del vínculo madre-bebé creada por la Licenciada Alicia Oberman de Tello y Carlos Robles Garriti, para la realización de un proyecto CONICET en el

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Dicho perfil fue utilizado en el proyecto mencionado anteriormente; sin embargo, no se especifica la fecha de su creación.

2.4. Plan de análisis

Pauta de apego en adultos

El instrumento consta de 25 ítems, los que componen dos escalas: cuidado (12 ítems) y sobreprotección (13 ítems). Cada ítem se puntúa a través del método Likert, en donde 1 significa muy en desacuerdo, 2 moderadamente en desacuerdo, 3 moderadamente en acuerdo, 4 muy de acuerdo. De este modo cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 en cada ítem, quedando la escala de cuidado con un puntaje máximo de 36 puntos y la de sobreprotección, 39. De acuerdo al puntaje se pueden establecer cinco tipos de vínculos: vínculo óptimo, ausente o débil, constricción cariñosa, control sin afecto y promedio:

- **Vínculo óptimo:** son aquellas madres que obtienen puntaje en el P.B.I , altos en la escala de cuidado y bajo en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosas, empáticas y contenedoras emocionalmente. Favorecen, al mismo tiempo, la independencia y la autonomía.
- **Vínculo ausente o débil:** son aquellas madres que obtienen puntajes bajos en cuidado y sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia. Al mismo tiempo favorecen la independencia y la autonomía.
- **Constricción cariñosa:** son aquellas madres que puntúan alto en cuidado y sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad,

contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.

- **Control sin afecto:** son aquellas madres que puntúan bajo en cuidado y alta protección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladoras, intrusivas, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.
- **Promedio:** son aquellos padres que obtienen puntajes promedios en ambas escalas.



Si bien este instrumento presenta una serie de errores internos, detectados por las investigadoras que lo estandarizaron en el país — no todas las madres de acuerdo a los resultados se encasillan en alguna de las cinco categorías—, su aplicación nos proveerá de un marco de referencia acerca del vínculo de las madres de la investigación con sus madres, a partir de una evaluación cualitativa del instrumento, considerando la inclusión de sus ítems en las dimensiones que cruzan toda la investigación.

Pauta de apego en bebés

El perfil de la observación del vínculo madre-bebé permitirá la sistematización de las observaciones en el ambiente natural de las díadas que han sido transcritas anteriormente. En este registro se especificará la presencia o ausencia de ciertas variables dadas en la interacción -ej.: la madre le sonrío; modo de respuesta: SÍ, NO, NO SE APRECIA-. Esto nos dará cuenta del tipo de vínculo que las madres establecen con sus bebés, en relación a la interacción visual, corporal, verbal y la sonrisa:

- Condición interacción visual: en el bebé esto se observa en conductas como: mira a la mamá con atención, busca que la madre lo mire, responde a la mirada de la madre. En relación a la madre se puede observar: si ella mira al bebé, responde a su mirada, y si busca que el bebé la mire.
- Condición interacción corporal: se observa en: si ambos aceptan el contacto, buscan el contacto, si el bebé se lame la cara y si la madre le entrega caricias y besos.

- Condición interacción verbal: en la observación del bebé se evalúa si éste vocaliza, emite quejidos o llora; y si la madre, a su vez, le habla, responde a los quejidos y los llantos.
- Sonrisa: se observa en el bebé: si le sonríe a la mamá y si ésta le sonríe como respuesta. Y, por otro lado, si él responde a la sonrisa de la madre.

2.5. Confianza y validez

La pauta PERI, fue elaborada inicialmente por Bruce P. Dohrenwend en la Universidad de Columbia (Nueva York, 1973, 1978, 1982). Se ha adaptado al español¹³, en Argentina por María Casullo y otros en los años '90.

Las pautas de apego en guaguas y en adultos fueron estandarizadas y adaptadas a la población chilena por alumnas de la Universidad Diego Portales en los años 1999 y 1998, respectivamente.

¹³Basándose en los hallazgos hechos por Vernon y Roberts (1981)

2.6. Definición operacional de variables

Apego:

Es el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte preprogramadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (Bowlby, 1969).

Funciones maternas:

Procedimientos, habilidades y actitudes de maternaje que las madres implementan con sus hijos. De acuerdo a Winnicott (1987), se plantean tres funciones específicas que debe cumplir la madre para ayudar al bebé a subjetivarse: integración, personalización y realización. Estos logros serían posibles gracias al abordaje materno y el desarrollo de las funciones antes descritas, como el holding, handling y presentación de objetos, entre las principales. Durante este estudio sólo podremos apreciar el efecto de las dos primeras funciones, especialmente la de holding, dada la corta vida de los bebés que se encuentran aún en etapa de dependencia absoluta, según lo propuesto por el autor.

Madre suficientemente buena:

El niño recién nacido depende del ambiente que le es creado por la madre, y esto tiene un valor fundamental para su desarrollo.

Winnicott (1966) hace hincapié en este concepto, explicando que no existen las madres perfectas y aunque las hubiese, no sirven a los procesos por los que debe atravesar el bebé (frustrarse, recibir un poco de *imprinting*); y que basta con una madre suficientemente buena, que sea capaz de identificarse con las necesidades

de su hijo, capaz de responder a los gestos espontáneos y necesidades del bebé, sin sustituirlos por los propios. Una madre insuficientemente buena será aquella que para el bebé resulta imprevisible, que pasa de una actitud a otra de manera súbita, sin que el niño pueda confiar en ella ni prever su conducta.

Handling (manipular):

Función materna que se refiere, según Winnicott (1987), a los soportes y cuidados concretos y reales que brinda la madre, en resonancia con lo que el niño necesita; es decir, la madre debe estar atenta y sintonizada a las necesidades de cuidado y alivio sobre el cuerpo real de su bebé (mirarlo, tocarlo, acariciarlo, limpiarlo, etc).

Holding (sostén):

Es la capacidad de sostener emocionalmente al niño, en todo momento y en todos los estados por los que pueda atravesar su afectividad e impulsividad. Naturalmente habrá emociones plácidas y otras altamente displacenteras, y ahí se requerirá que la madre le preste su capacidad de contención y sostén para que él logre sobrevivir a la intensidad de lo vivenciado. La meta es la capacidad de integración psicológica del bebé (Winnicott, 1987).

Reverie:

Es la capacidad de la madre de contener emocionalmente al bebé. Es esperable que la madre, en primera instancia, y también el padre, sean capaces de recibir las angustias, molestias y llantos del niño y transformarlos, devolviéndolos descargados de angustias, de una forma más apropiada en que sí puedan ser toleradas y recibidas por el niño. Reverie quiere decir capacidad de contención o ensueño, cuando la madre recibe las identificaciones proyectivas de

su bebé y las transforma, para poder devolverlas de una forma más apropiada y que sean integradas por el bebé (Bion, 1966).

Actitud general de la madre:

Capacidad de la madre que le permite identificarse con el recién nacido y ocuparse intensamente durante los primeros meses de vida de satisfacer sus necesidades fisiológicas. "Es una sensibilidad exaltada que permite la identificación emocional con el hijo, por la cual la madre tiende a saber con suficiente exactitud cuáles son las necesidades del hijo y además gusta de satisfacerlas (Winnicott, 1958). Según Sosman (1999), la actitud de la madre se puede manifestar de distintas formas:

- Flexible y contenedora: se trata de una madre colaboradora, sensible a las necesidades de su bebé, que es capaz de ponerse en el lugar de su hijo, de acuerdo a lo que éste va requiriendo.
- Ansiosa: es aquella actitud donde la madre no logra manejar la angustia, se invade por la intranquilidad, llanto o demanda del niño sin lograr la calma necesaria para encontrar una solución adecuada.
- Ambivalente: en la madre coexisten actitudes contradictorias; se muestra colaboradora en algunas ocasiones, pero no en otras; es decir, su conducta es inconsistente.
- Rechazante: la madre se aleja de su hijo cuando éste la necesita; rehusa cuidarlo.

Mentalización:

También llamada función reflexiva, con un origen inherentemente interpersonal. El self psicológico se desarrolla a través de la percepción de uno mismo como pensante y sintiente en la mente de otra persona. Aquellos padres que no pueden reflejar comprensivamente las experiencias internas de sus hijos, y

responder de acuerdo a esta comprensión, privan a sus hijos de una estructura psicológica nuclear que necesitan para desarrollar un sentido viable del self. La función reflexiva es la adquisición evolutiva que le permite a los niños responder no sólo a la conducta de los otros, sino a la concepción del niño de las creencias, emociones, actitudes, deseos, esperanza, conocimiento, imaginación, pretensiones, engaño, intenciones, planes, etc. (Fonagy, 1991).

Sintonía afectiva:

La sintonía afectiva está asociada al tiempo e intensidad de la expresión emocional experimentada por ambas partes de la díada (Brazelton,1997). Así la capacidad de la díada de compartir un mismo foco de atención, e intenciones y estados afectivos, se da a través del entonamiento afectivo. Stern señala que se trata de la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta exterior.

Observación de bebés:

Es una herramienta para poder acercarse al mundo interno de los bebés y la relación con sus madres. La persona que observa tiene que estar haciéndolo a través de la "atención flotante", donde no interviene en lo que está observando. Esta técnica se utiliza en el psicoanálisis, se diferencia de una observación experimental que ocurre en el laboratorio porque en esta última se buscan ciertas respuestas (Bick, 1963).

Bebés prematuros:

Un bebé prematuro se define en términos de peso, talla y comportamiento, además de la edad de gestación —28-37 semanas—. El peso debe ser inferior a 2.500 gr., y talla inferior a 47 cm.. En su comportamiento debe presentar

inmadurez de ciertos reflejos normales y de habilidad para desempeñar funciones vitales (Flores, 1996).

2.7. Procedimientos para la constitución de la muestra y recolección de la información.

El primer contacto se realizó en el Hospital San José, a través de una entrevista con el Doctor German Mulhausen —Jefe de Neonatología—, cuyo objetivo consistió en dar a conocer nuestra investigación, e iniciar el contacto con madres que contaran con los requisitos necesarios para participar en dicho proyecto. La persona que supervisó nuestra labor fue Verónica Robles, Matrona Jefa de Neonatología, quien nos adiestró en relación a la higiene y cuidados básicos con los que se debe contar para ingresar a la Unidad.

En un segundo momento realizamos visitas a los distintos sectores de la Unidad —Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Intermedia y Mínimos—. En esta instancia, se revisaron las fichas, se hizo un primer contacto con los padres, y se les informó sobre una reunión, con el fin de explicar detalladamente los pasos a seguir de la investigación. En este encuentro, sólo se citó a las madres que contaban con los requisitos necesarios para ser parte de nuestra muestra.

Durante el mes de Agosto se agendó un calendario con fechas de entrevistas a las madres escogidas (PERI, entrevista de fantasías y P.B.I). El primer instrumento cumplió el objetivo de detectar a las madres que presentaban algún tipo de patología. De acuerdo a los resultados obtenidos sólo una de las 14 madres fue eliminada de la investigación, por presentar un puntaje de PERI excesivamente elevado, trascendiendo los parámetros que habíamos ampliado de antemano, considerando el estado sensible de exaltación emocional vivenciado luego del parto (Ver Anexo 8).

Luego de haber pasado por esta primera etapa de despistaje, las madres contaban con lo necesario para poder participar en la investigación.

Para la constitución del grupo control y experimental, se tuvo que realizar ajustes debido a la situación a la que nos vimos enfrentadas, ya que muchas de las madres contactadas desde un primer momento estaban prontas a ser dadas de alta, lo que imposibilitaba que acudiesen regularmente al taller.

Para constituir el grupo experimental se debió recurrir a las madres que, de acuerdo al peso de sus hijos y madurez, tenían una alta probabilidad de pasar mayor tiempo sin ser dados de alta, con el fin de facilitar su asistencia al taller y contenerlas en todo el proceso de hospitalización. El grupo control se constituyó con las madres cuyos hijos estaban más cercanos a ser dados de alta. De acuerdo a esto, la metodología no fue al azar, como se pensó en un primer momento, ya que se interfirió en la forma de elección de los grupos.

El grupo experimental contó con la participación de las madres escogidas para el estudio, abriendo la posibilidad de que otras madres interesadas pudiesen acudir, de manera independiente a la investigación. Las cinco primeras madres dadas de alta fueron las escogidas para continuar el proceso de observación en sus casas — grupo control—.

2.8. Aplicación de la intervención

El taller se realizó durante cuatro semanas —martes y jueves de 14:00 a 15:30—, contando con un alto porcentaje de asistencia y participación. Los objetivos se cumplieron a cabalidad — se registraron las observaciones de cada una de las sesiones, de las cuales se infirió el entendimiento de los conceptos y temas tratados— (ver Anexo 9) y las actividades fueron desarrolladas en su totalidad. La evaluación realizada por las madres, en general, fue bastante positiva

y se cumplieron las expectativas recogidas en el inicio del proceso —todas las madres al inicio del taller escribieron sus expectativas, y al final las leyeron para comprobar si se habían cumplido—. Al finalizar el taller se les hizo entrega de un manual con conceptos relevantes que se trataron en sesión y con recomendaciones y ejemplos concretos que les pudiesen servir para poner en práctica en la relación con sus bebés. Terminado el taller se estipuló que las observaciones en su ambiente natural comenzarían dos semanas después de ser dadas de alta, para que tuviesen tiempo de adaptarse a esta nueva situación. Esta misma medida se llevó a cabo con el grupo control.

Las diez madres de ambos grupos fueron divididas al azar por las investigadoras para comenzar la observación en el ambiente natural. Las sesiones se desarrollaron durante un mes, una vez por semana, en un horario estipulado por las madres y las observadoras, con una duración de una hora por sesión observada.

2.9. Análisis de los resultados

Para llevar a cabo el ordenamiento de los resultados y su posterior análisis, se recurrió al desglose del concepto de apego en dimensiones más específicas —sintonía afectiva, actitud general de la madre, reverie, relación madre-hijo— que contribuyeran a la medición de las mismas variables a lo largo del tiempo de la investigación, y así poder observar las diferencias significativas que surgieran en ambos grupos, de acuerdo al análisis de éstas. La finalidad de este procedimiento es controlar las variables del estudio, y evitar que surjan otros aspectos que pudiesen perturbar los objetivos estipulados en una primera instancia de la investigación.

En las dimensiones no se incluirá el concepto desarrollado por Winnicott de presentación de objeto, debido a un factor evolutivo del desarrollo del niño. La

razón de esto radica en que nuestra investigación se basó en la observación de las díadas, hasta aproximadamente los tres meses del niño. Antes de esta edad los niños presentan una precariedad del aparato psíquico, que imposibilita la presentación de objetos externos, ya sea de parte de la madre o de cualquier otra persona. Esto da cuenta de que el niño se encuentra en una fase de dependencia absoluta con la madre. La presentación de objetos se establecerá en la fase de dependencia relativa propuesta por Winnicott, en que el niño es capaz de separarse en forma gradual de la figura materna.

Las dimensiones establecidas permitieron hacer un análisis de los instrumentos utilizados, con el fin de detectar su presencia, en los indicadores de ambas pautas de apego. Cada instrumento permitirá hacer un análisis del tiempo uno y del tiempo dos. La idea es que la mirada de las investigadoras se detenga en los mismas variables durante toda la investigación, para detectar las diferencias que pudiesen establecerse en ambos grupos, comparándolos entre sí en diferentes tiempos —intergrupos—, u observando las diferencias que se podrían establecer en el mismo grupo en distintos tiempos —intragrupos—.

Tomando en cuenta que ambos grupos serán sometidos a las mismas presiones, y, por otro lado, poseen características similares, se puede pensar que cualquier cambio que ocurriese en términos de resultados podría ser atribuido a la experiencia de haber pasado por el taller de matemaje, ya que independientemente de la participación en él, ambos grupos fueron sometidos a la misma situación de estrés, en cuanto al nacimiento prematuro de sus hijos y a los mismos procedimientos en términos de la investigación.

2.9.1. Análisis de Fantasías

Considerando el relato de las madres en la entrevista sobre fantasías, pudimos observar una gran coincidencia en sus respuestas; manifestándose fantasías bastante comunes dentro del grupo, en relación a las complicaciones del parto y el nacimiento prematuro de sus bebés. La mayoría de las madres reconoció sentir gran temor e inseguridad durante el embarazo. Al momento de verse enfrentadas y expuestas a una complicación real sus temores se incrementaron aún más, apareciendo fundamentalmente fantasías de enfermedad y de muerte, provocando en ellas un intenso sentimiento de culpa. Todas ellas manifestaron el “impacto” que vivenciaron al momento de ver por primera vez a sus hijos, lo que generó un quiebre entre sus expectativas en relación al hijo imaginario y el bebé real. Una de las madres entrevistadas reconoce: “Era tan impresionante, casi me muero al verlo... Era tan pequeñito, tan frágil.”

Al analizar las entrevistas fue posible observar una gran homogeneidad en las respuestas, por lo cual mencionaremos las categorías establecidas de acuerdo a las fantasías más recurrentes con citas de sus propios discursos (ver Gráfico 1)

a) Fantasías de enfermedad orgánica en el bebé

Seis madres presentaron fantasías en relación a la posible presencia de enfermedades orgánicas en sus hijos, previo a su nacimiento, considerando las dificultades presentes durante el embarazo. Es así como éstas se manifiestan en sus discursos de la siguiente manera: “ Siempre tuve miedo a que naciera con problemas ..”; “ pensábamos que nacería con síndrome Down”; “ tenía miedo que naciera con un defecto congénito”; “miedo a que me diera preclamsia o diabetes gestacional”.

b) Fantasías de muerte en el niño y en la madre

Otra fantasía recurrente en las madres fue el temor de muerte tanto de ellas como de sus hijos, explicado fundamentalmente por las complicaciones en el embarazo y el largo proceso de reposo absoluto en que se vieron involucradas. Ocho madres manifestaron este temor a través de los siguientes relatos: " Mi mayor temor es que no estuviera bien, que se podía ahogar"; " tenía miedo que se me muriera porque era demasiado pequeño"; " tenía temor a morirme yo o mi guagua"; " soñé que mi guagua se estaba asfixiando"; " pensé que lo perdería..."

c) Fantasías sobre el sexo

La mayoría de las madres expresó el deseo de que su hijo fuera mujer u hombre. Las razones fueron variadas, y a través de los siguientes ejemplos se dará cuenta de los motivos de algunas de las nueve madres: " Un deseo mínimo para arreglarla y vestirla bonita"; " yo quería sí o sí hombre"; " quería hombre porque las mujeres siempre sufrimos mucho"; "me gustan los hombres, con ellos estoy más acostumbrada", "yo quería una mujer para tener una parejita"; "yo quería que fuera hombre porque no me gustan las niñas". En estas citas se puede visualizar el encubrimiento de fantasías más narcisistas o compensatorias de parte de las madres. Finalmente, se debe recalcar que los bebés del estudio cumplieron con el deseo de sus progenitoras.

d) Fantasías sobre el parto

Cuatro madres presentaron fantasías con respecto al parto. " Estaba muy nerviosa... no sabía que iba a pasar"; " tenía miedo que en el parto, le pasaría algo al bebé por el cambio (del medio externo)"; " tenía miedo a los dolores, era lo único que pensaba"; " sólo quería que naciera pronto porque tenía miedo a todo lo del parto"; " miedo de cómo es la cesárea, cómo te abren, y si iba a doler o no".

e) Fantasías en relación a la culpa

Seis madres del estudio manifestaron sentir culpa por la situación crítica por la cual tuvieron que atravesar sus bebés. Algunas citas desprendidas de sus discursos son: "Yo creo que pudo haber influido que yo haya tenido fiebre.."; " es que yo no me cuide lo suficiente"; " pensé que podía perderlo porque yo siempre tengo problemas en los embarazos"; " yo no pude mantenerlo hasta el final del embarazo..."

f) Fantasías sobre el rol de madre

La mayoría de las madres refinó ciertas ideas en torno a las características de su rol materno. Nueve madres enfatizaron la importancia de los cuidados y los afectos que ellas debían entregar a sus hijos como una manera de retribuir los malos momentos que habían vivido mientras se encontraron hospitalizados. Algunos ejemplos son: "Tengo miedo de ser muy sobreprotectora"; " yo creo que voy a regalonearlo hartito por ser el conchito"; " espero ser la mejor mamá"; " voy a sacarla adelante, de alguna manera.."; "voy a estar con ella todo el rato".

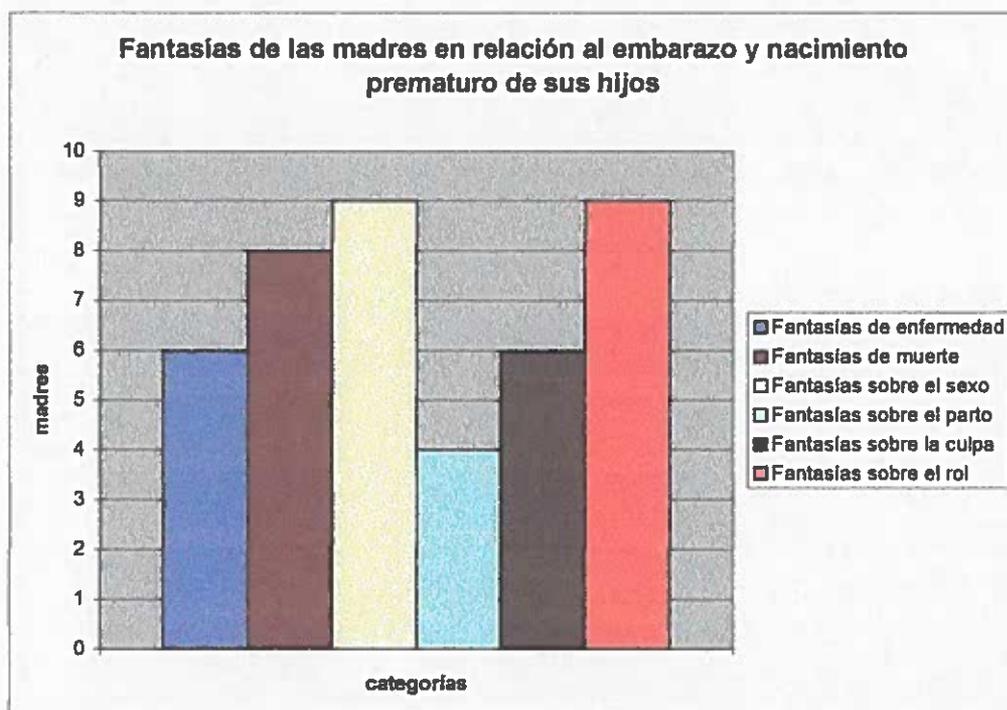


Gráfico 1

En relación a la entrevista realizada a las madres sobre fantasías, el 70 % de ellas reconoció no haber planeado el embarazo. Sin embargo, todas relataron que al momento de verificar su estado, enfrentaron la situación de la manera más positiva posible. Durante el período de embarazo, todas reconocieron sentir una gran inseguridad y ansiedad, manifestándose en fantasías de enfermedad y muerte, y todas relataron sentir intenso temor de que algo les pudiese pasar tanto a ellas como a sus bebés. En relación a esto, una de ellas comenta: "Tenía miedo a que saliera con alguna enfermedad congénita o que se incrustará el dispositivo en su cabecita" .

Durante el embarazo se enfatizó la importancia de la pareja: el 80% de las madres se sintieron apoyadas y acogidas; el 20% que no se sintió así, reconoció sentir más dolencias físicas y un estado anímico más desfavorable, presentando mayores dificultades en este período.

En relación a las expectativas sobre el bebé, el grupo manifestó una coincidencia en sus respuestas. El 90% reconoció el deseo de llevar a cabo un embarazo a término; es decir, dar a luz un bebé grande y sano. Esto provocó un quiebre al ver a sus hijos por primera vez. Una de las madres refiere en relación a esto: "Fue tan impresionante, quería puro llorar... ¡me dio tanta pena!, era tan chico, tan frágil que pensé que no sobreviviría".

2.9.2. Análisis de los resultados generales, agrupados por dimensiones y categorías (ver Anexo 1)

2.9.2.1. Resultados P.B.I, pre-intervención grupo control y experimental (ver Anexo 2)

A través de la recolección de la información de los instrumentos aplicados en primera instancia (P.B.I), pudimos apreciar que no se detectaron mayores diferencias entre ambos grupos, razón por la cual revisaremos a ambos conjuntamente. El objetivo es identificar las dimensiones para el análisis post-intervención, las que fueron creadas y agrupadas por nosotras en base a la bibliografía revisada, para darle coherencia interna a la investigación. Por esta razón, no nos detuvimos en la categoría final que se obtuviera a partir de la sumatoria de todos los ítems, sino que el análisis se realizó de acuerdo a las dimensiones estipuladas anteriormente. La descripción de ambos grupos se realizará partiendo de la premisa de que la mayoría resultó pertenecer a la misma categoría, de acuerdo a los puntajes obtenidos.

- **Sintonía afectiva:** En esta dimensión se consideraron factores relacionados con conductas concretas de la madre hacia el recién nacido como, por ejemplo: sonrisa, voz y contacto físico. De acuerdo a los resultados, pudimos apreciar que, en general, las madres de ambos grupos recuerdan la relación con sus propias madres como adecuada, en términos de satisfacción de las necesidades básicas, pero exentas muchas veces de contacto físico y afectivo.

- **Actitud general de la madre:** Esta dimensión especifica la capacidad de la madre de comprender, acompañar, confiar y respetar los estados de sus

hijos. Algunos de los ítems incluidos en dicha dimensión son: (1) le gustaba que tomará mis propias decisiones, (2) parecía entender mis problemas y preocupaciones, (3) me elogiaba, etc. En general, se pudo apreciar una actitud más bien ambivalente de parte de las madres de las madres del estudio, ya que en ciertas ocasiones se mostraban dispuestas o colaboradoras, mientras en otras su conducta era inconsistente y no concordante con las necesidades de sus hijos. La mayoría de las madres de ambos grupos refirieron que sus madres no las entendían en cuanto a sus problemas y preocupaciones; si bien eran madres presentes en cuanto a tareas instrumentales, muchas veces no había una comprensión en cuanto a sus sentimientos.

- **Reverie:** Esta dimensión implica de parte de la madre reconocer las necesidades de sus hijos y responder de manera adecuada a ellas. Las madres de ambos grupos relatan que si bien sus madres las recibían o estaban presentes cuando ellas se sentían angustiadas, no reaccionaban de manera adecuada. En relación a esto, la mayoría reconoció que sus madres no parecían entender lo que ellas querían o necesitaban.

- **Relación madre-hijo:** Esta dimensión implica la capacidad de la madre de percibir a su hijo como alguien distinto, apoyarlo y contenerlo, y ser capaz de satisfacer sus necesidades sin imponer las propias. Esta dimensión incluye ítems como: (1) no quería que creciera, (2) invadía mi privacidad, (3) me hacía sentir que no era deseado, (4) tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado. En cuanto a la relación general de las madres con sus propias madres, se pudo inferir que la mayoría presentó un control excesivo de ellas, con poco espacio y autonomía, predominando una actitud más bien intrusiva. Se pudo observar que la mayoría se reconoció con poca libertad en la toma de decisiones generándose una importante dependencia hacia su figura materna. Si bien la mayoría se concentró en la categoría de sobreprotección, el resto de las

madres se instaló en la de cuidado, quedando solo una madre en la categoría de abandono.

2.9.3. Resultados observación de díadas

2.9.3.1. post- intervención grupo control (ver Anexos 3 y 10)

Si bien la pre- intervención apuntaba a la experiencia de las madres como hijas, la post-intervención apunta a su rol de madres a través de la observación actual de la interacción con sus bebés.

- **Sintonía afectiva:** De acuerdo a lo observado en la interacción, pudimos distinguir escasas verbalizaciones en la relación de las madres con sus bebés. Por otro lado, un mínimo contacto corporal hacia sus hijos, observado en la ausencia de caricias y besos de las madres hacia ellos. Las madres se visualizaron poco atentas y receptivas hacia sus niños, generándose una escasa búsqueda de contacto, lo que se manifestó claramente en la discontinuidad de la mirada entre ambos. En general, en este grupo se pudo observar que si bien las madres realizaban todas las tareas necesarias para la sobrevivencia de los bebés —alimentación, temperatura del ambiente—, esto se realizaba de manera más mecánica, perdiéndose la espontaneidad del contacto entre ambos. Esto apunta a que se trataría de madres más orientadas al handling, presentando deficiencias en el holding.

En cuanto al sostenimiento, en este grupo se pudo apreciar un mayor nivel de ansiedad, provocando inseguridad de las madres al momento de tomar y sostener a sus hijos (ver Gráfico 2).

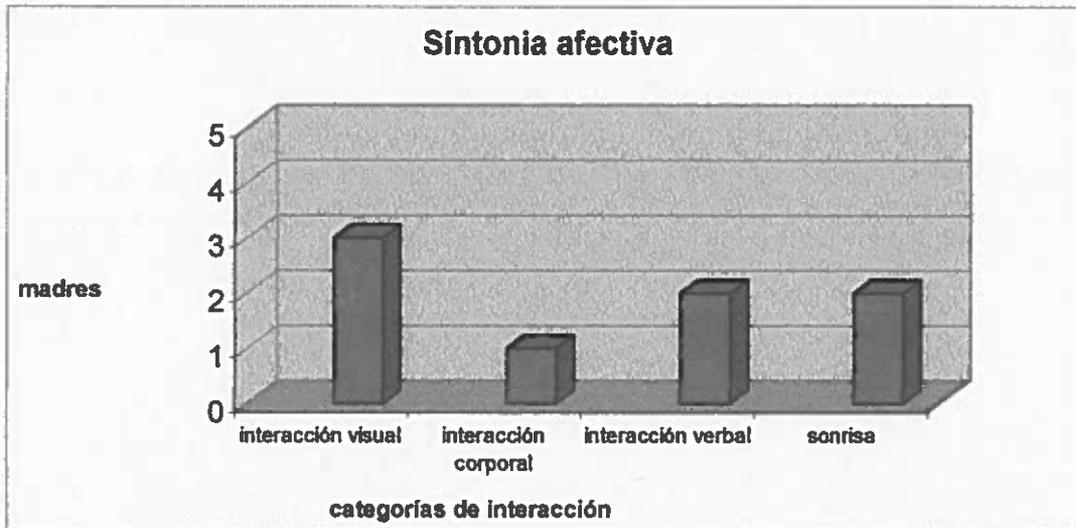


Gráfico 2

- **Actitud general de la madre:** En general, en este grupo se observó madres más bien ambivalentes, tendientes a la ansiedad. Esto se visualizó en una conducta que oscilaba entre la colaboración y la no colaboración, revelándose como inconsistente. Para la comprensión de este fenómeno, mostraremos el ejemplo de una madre que al momento de no entender el comportamiento de su hija, en vez de tratar de conectarse, se puso nerviosa, lo que bloqueó la posibilidad de una respuesta efectiva frente a esa situación. *“No sé que le pasa, me pongo nerviosa cuando se pone así”* (D. V.) (ver Gráfico 3).

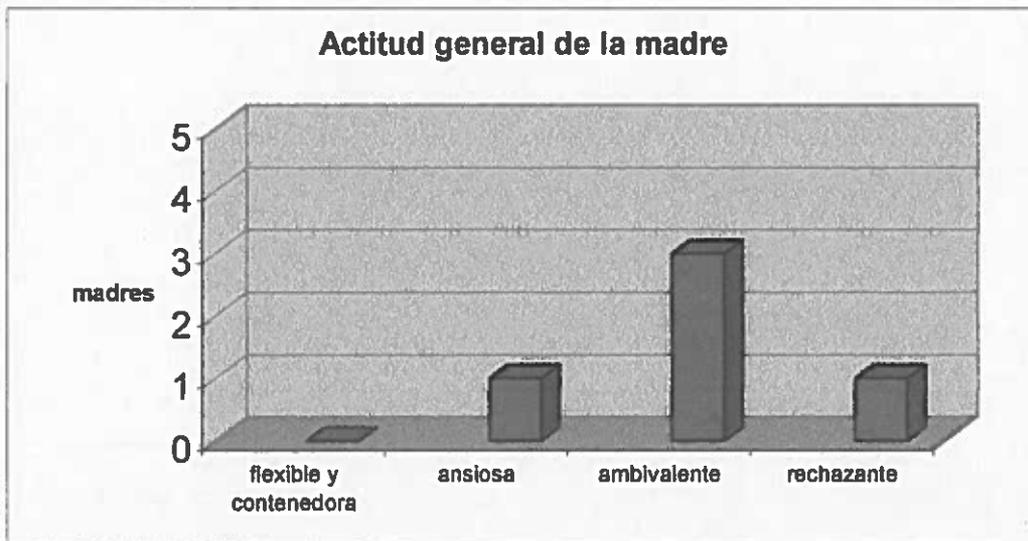


Gráfico 3

- **Reverie:** En relación a esta función se pudo observar que las madres mostraban importantes dificultades para tolerar el llanto de sus hijos. Generalmente se mostraban inquietas, indecisas y ansiosas, tendiendo a ponerlos al pecho de manera impulsiva para calmar su llanto, mostrando poco espacio mental para recibir este llamado, codificarlo y darle respuesta. Esto se pudo apreciar en la mayoría de las madres; por ejemplo, cada vez que A. emitía algún quejido, su madre le ponía el pecho, porque atribuía este estado al hambre, lo que en ocasiones incrementaba el estado de angustia del bebé (ver Gráfico 4).

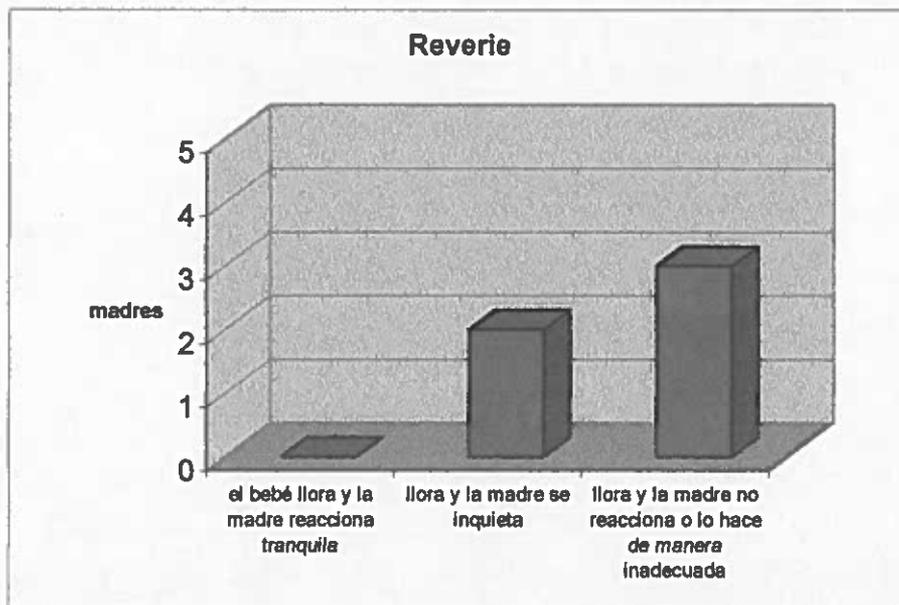


Gráfico 4

- **Relación madre-hijo:** En este grupo de madres se presentó una tendencia a la sobreprotección. Esto se manifestó en un control excesivo sobre los bebés, no siendo capaces de cederles un espacio a sus hijos para emitir algún gesto o señal. Esto lo pudimos comprobar claramente al observar que la mayoría de las madres, asistían de manera frecuente a las instituciones hospitalarias o asistenciales, frente a cualquier evento que no pudiesen manejar. Se pudo apreciar, también, una tendencia de estas madres a imponer sus propias necesidades por sobre las de sus bebés. Esto se puede visualizar en el siguiente ejemplo: P.M lleva a su hijo al médico porque cree que se enfermó la primera vez que salió de la casa (*"por ir a Quilicura se enfermó"*); posteriormente a esto fue al médico y éste le desconfirmó cualquier enfermedad (ver Gráfico 5).

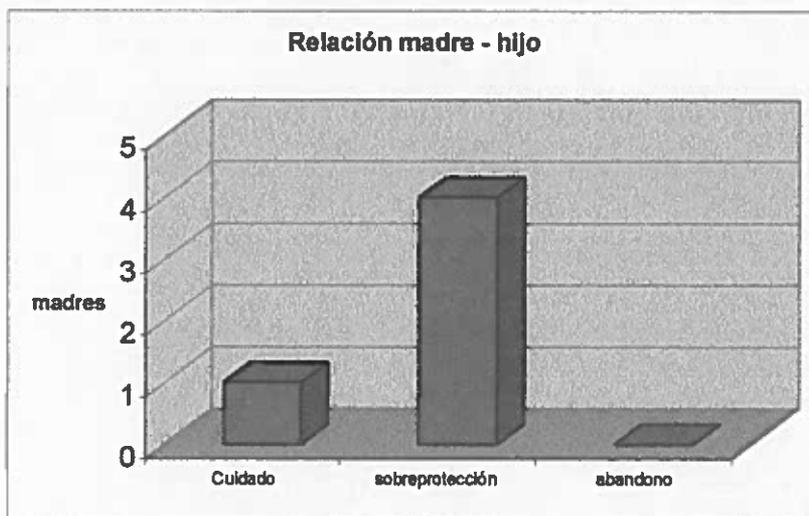


Gráfico 5

2.9.3.2. Resultados post-intervención grupo experimental

- **Sintonía afectiva:** Se pudo observar que la mayoría de las madres le ofrecían a sus hijos un sostén seguro, que se veía reflejado en la confianza con la que tomaban y sostenían a sus bebés. Estas madres, por lo general, buscan el contacto con el cuerpo de sus hijos, y estos lo aceptan con agrado. Esta forma de comunicación se manifestó en la recurrencia de besos y caricias que ofrecían a sus hijos en frecuentes ocasiones, y las sonrisas que le dirigían. En general, los bebés no se muestran activos en cuanto a la búsqueda de la mirada de la madre, pero cuando ésta inicia el contacto, estos responden, lo que se demuestra en la continuidad de la interacción visual.

Lo que más se destaca en esta dimensión, es la alta verbalización de las madres hacia sus bebés, donde se observa un esfuerzo constante por interpretar los estados de los bebés verbalmente, a través del constante diálogo y confirmación de la presencia de ellos. X.R. mientras amamanta a su bebé, refiere: *“Está muy rica la leche, mami, está calentita”, “que estuvo rico, mamá”* (esta verbalización demuestra además el autorreforzamiento

que ella hace de su propia capacidad nutricia). Por otro lado, Z. A. le dice a su hijo, mientras éste se atora con la leche: *“tranquilo, papito... (le sopla delicadamente la cara) Ya pasó, lo que pasa es que te entro mucha leche”*. (ver Gráfico 6).

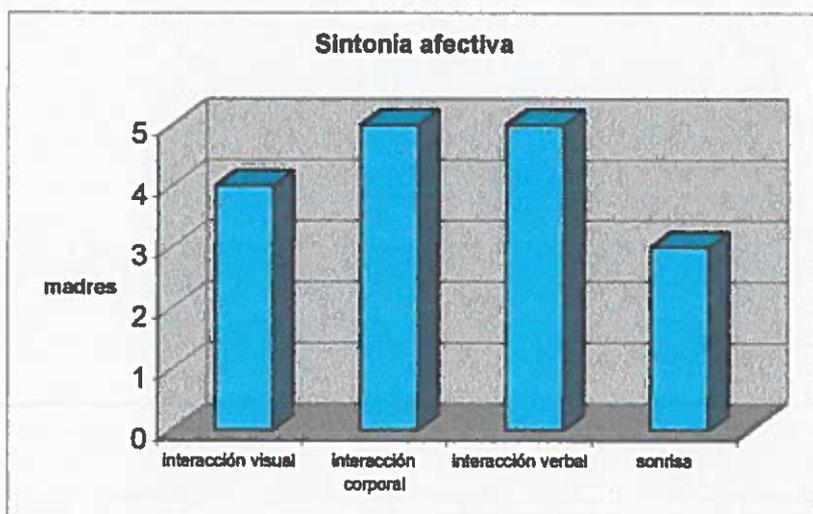


Gráfico 6

- **Actitud general de la madre:** En general, se pudo apreciar en estas madres una actitud flexible y contenedora, lo que se observó en la sensibilidad de éstas hacia las necesidades de sus hijos, siendo capaces de ponerse en su lugar. Si bien prevaleció esta actitud, en algunas ocasiones se mostraban ansiosas ante posibles enfermedades y/o pérdida de peso de sus hijos, ya que se visualizó una preocupación constante por el crecimiento normal de ellos (ver Gráfico 7).

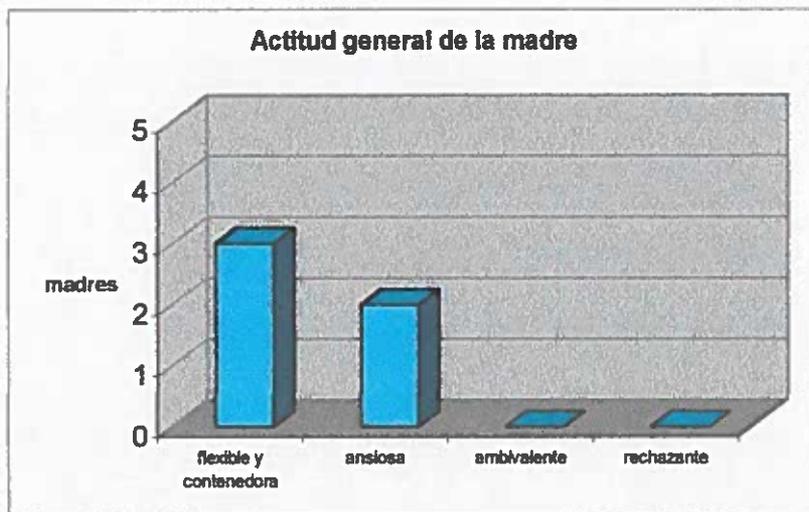


Gráfico 7

- **Reverie:** Aunque no se visualizaron situaciones críticas, las madres, ante los quejidos y llantos de sus bebés, daban el espacio para que estos pudiesen calmarse por sus propios medios, y si este estado continuaba, procedían a consolarlos a través de la alimentación, ofreciéndoles el pecho como una forma de calmarlos. Esto permite inferir el proceso materno de intentar conectarse con la fuente de la necesidad, "digerir" esta angustia y sólo después darle respuestas, si es que resultaba necesario (ver Gráfico 8).

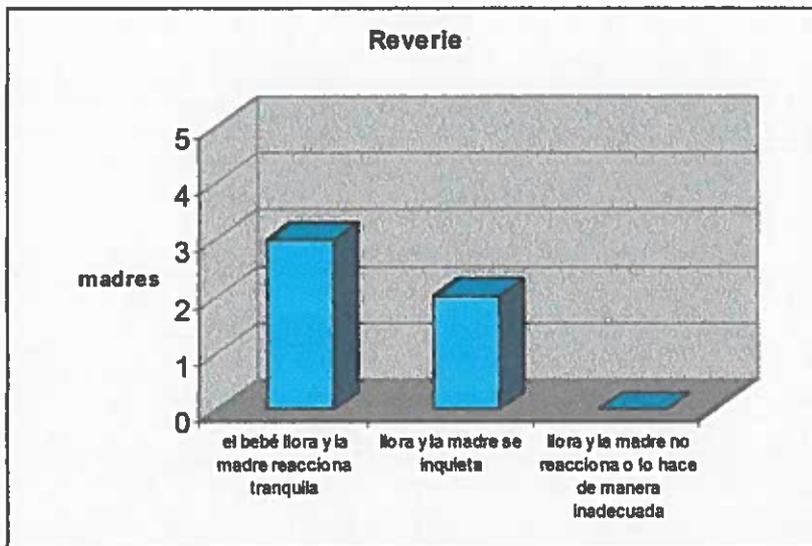


Gráfico 8

- **Relación madre-hijo:** La relación de estas madres con sus bebés, se podría definir como una relación de cuidado, ya que las madres son afectuosas, contenedoras, empáticas y cercanas. Se observa que son madres que están pendientes de la presencia de sus bebés, se conectan con las necesidades de ellos, dándoles espacio para que ellos puedan expresar lo que necesitan. C.L., mientras su hija llora, le dice: *"Mamita no llores....Yo estoy acá contigo..."*. Por otro lado, X.R. le dice a L.: *"No hemos tenido mucho tiempo para conversar, porque también tengo que ocuparme de tu hermana"* (ver Gráfico 9).

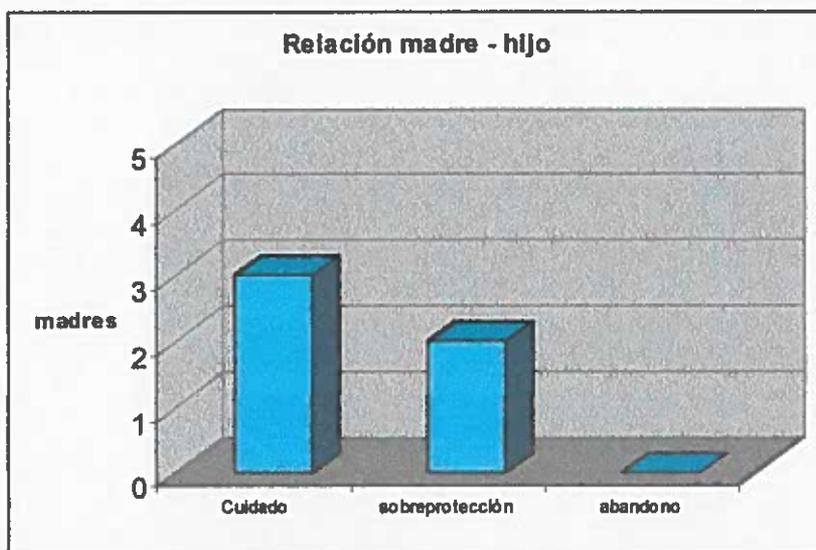


Gráfico 9

2.9.4. Análisis intra grupos

2.9.4.1. Grupo control

En el grupo control no se apreciaron diferencias significativas entre ambos tiempos de intervención. Las madres, en general, tendieron a repetir el mismo modelo de maternaje que sus madres tuvieron con ellas, estableciendo un vínculo escaso en términos de contacto físico y gestos afectivos con sus hijos.

En general, se observó poca interacción corporal y verbal con el bebé, estableciendo una relación basada fundamentalmente en la satisfacción de las necesidades básicas (handling); es decir, prevaleció un estilo más bien rígido entre ambos, dejando de lado los gestos espontáneos del bebé y la madre. En relación a esto pudimos observar que estas madres daban menos espacio para que sus hijos manifestaran sus propias necesidades, presentando una mayor tendencia a imponer las propias, o bien anticiparse al desenlace del pedido del bebé, funcionando más autorreferentemente.

2.9.4.2. Grupo experimental

En cuanto al grupo experimental, las diferencias se presentaron de manera más clara. Si bien, las madres de este grupo tuvieron modelos o estilos de maternaje similares a las del grupo control, fue posible observar una modificación de los patrones de interacción con sus bebés, apreciándose cambios positivos en el vínculo.

Las madres establecieron un contacto físico más cercano con sus bebés, incrementándose las caricias, verbalizaciones y miradas entre ellos. Se pudo apreciar en las madres una mayor consciencia en cuanto a las habilidades de sus hijos, lo que las motivó en la idea de cederles un espacio de autonomía donde pudiesen expresar sus propias necesidades y deseos, permitiendo una

interacción más espontánea entre ambos y una actitud más sensible de parte de éstas.

Por otro lado, se pudo visualizar un incremento en el nivel de seguridad y confianza de las madres, lo que se manifestó en el sostenimiento físico y psicológico de los bebés.

2.9.5. Análisis intergrupos

Si bien pudimos apreciar que en un primer momento no se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos, se observó que con posterioridad a la realización del taller se evidenciaron cambios en el grupo experimental que favorecieron el vínculo de las madres con sus bebés. En estas madres se detectó una mayor sintonía afectiva hacia sus hijos, estimulando el contacto y la conexión con sus necesidades. En cambio, en el caso de las madres del grupo control, si bien se observaron preocupadas, su actitud no evidenció un mayor nivel de estimulación y cercanía con sus bebés, más bien parecía algo cercano a la expectación ansiosa.

Las madres que participaron en el taller se mostraron más flexibles en la recepción de los estados de sus hijos, generando mayor espontaneidad y adaptación a ellos. En cambio, en las madres del grupo control se observó una mayor rigidez en el acercamiento, lo que en ocasiones las hacía responder de manera inadecuada a los gestos de sus bebés.

Si bien se pudo apreciar que en ambos grupos y de acuerdo a las condiciones del nacimiento de sus bebés, prevalecía una actitud ansiosa ante los cambios y estados de ellos, se observó que en el grupo experimental las madres establecían un mejor manejo al momento de verse enfrentadas a situaciones complejas. Demostraron tener una mayor consciencia de las características de los niños prematuros, estableciendo una mayor confianza en

sus condiciones y capacidades, lo que a su vez permite inferir una mayor capacidad y confianza materna en cuanto a que sabrán resolver eventuales dificultades.

En general, en la relación de las madres con sus hijos pudimos distinguir, que en el grupo control prevalecía una tendencia a la sobreprotección, estableciendo un control más evidente sobre sus hijos, basado fundamentalmente en la ansiedad constante que les provocaba la fragilidad y exposición de sus bebés. En cambio, en el grupo experimental, si bien la actitud de las madres no estaba exenta de temores y aprehensiones en cuanto al cuidado de sus bebés, éstas hacían esfuerzos constantes por contener y empatizar con los estados de sus hijos, incrementando la percepción de estos como seres activos y predispuestos al aprendizaje, y conteniéndose de su propia tendencia a sobreactuar o sobrereaccionar.

Todo esto nos permite pensar en una capacidad de regulación somato-psíquica más lograda, donde se toma el gesto del bebé como un intento comunicativo, que ella debe descifrar para dar una respuesta adecuada y acorde a la demanda.

III- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo de la investigación constatamos la importancia de las intervenciones tempranas en díadas, puesto que en esta etapa se construyen los cimientos para el desarrollo psíquico del bebé. Es por ello que consideramos esencial la realización de una labor preventiva, tanto en instituciones públicas como privadas. Para dicha intervención es necesario generar un esfuerzo no sólo desde la Psicología, sino desde las distintas disciplinas que intervienen en esta área, con el fin de generar una detección temprana de posibles alteraciones y/o disfuncionalidades en el vínculo entre madre e hijo. Es relevante, debido a lo fundamental y decisivo de esta relación y al impacto que tiene para el establecimiento de relaciones posteriores.

Las fantasías presentes en las madres coincidieron en términos de contenidos y temáticas expresadas. De acuerdo a esto fue posible distinguir cinco categorías de fantasías presentes en los discursos de las madres: muerte; enfermedad orgánica; sobre el sexo de sus hijos; en relación al rol de madre; con respecto al parto y en cuanto a la culpa. Sin duda, estas fantasías tendrán una gran influencia en el tipo de vínculo que ellas establezcan con sus hijos, ya que moldearán la mirada que la madre establezca hacia ellos y las respuestas de estos no harán más que confirmar las ideas preconcebidas que se tengan acerca de ellos mismos. Finalmente, pudimos apreciar que la mayoría de las madres presentaban una mirada similar hacia sus hijos nacidos de manera prematura, lo que minimiza aún más las diferencias entre las díadas presentes en el estudio. Sin embargo, podemos concluir que el taller tuvo un efecto correctivo sobre estas fantasías, intentando ayudar a que la madre se conectase más con el bebé real que con el imaginado.

Es así como en el caso de los bebés prematuros, el establecimiento del vínculo se torna más complejo aún, ya que intervienen otros factores que

dificultarían la interacción madre-hijo. El período prolongado de hospitalización y las condiciones externas a las que se encuentra sujeto el bebé —incubadoras, alimentación por sondas, oxígeno—, producen un distanciamiento y pérdida de contacto con sus madres. Por lo tanto, resultó de gran ayuda para las madres que participaron en el taller, el contar con un espacio de intercambio, contención e información útil a su rol durante este período de separación obligada.

Por otro lado, el equipo de salud se torna imprescindible en cuanto a su labor asistencial, pero al mismo tiempo despierta ansiedades persecutorias en las madres, fundadas por la proyección de sus propias angustias y culpas generadas por la frustración de no llevar a término su embarazo.

Esta situación genera en las madres una intensa vulnerabilidad e inseguridad en sus propios recursos y capacidades, lo cual fue posible de tramitar durante la intervención, que se instaló como un espacio de escucha, en que la palabra tomó un rol preponderante para poner en juego sus ansiedades y temores, que al constatar que eran comunes fueron más fáciles de aceptar y elaborar. El hecho de verse reflejadas en otras personas bajo una situación generalizada, las ayudó a comprender su estado como algo transitorio y aceptarlo como propio del hecho de experimentar el nacimiento prematuro de sus bebés.

Las madres experimentan ambivalencia hacia la institución que acoge al recién nacido. Por este motivo, se torna imprescindible que el equipo tratante conozca y comprenda estos procesos y vivencias de incapacidad en las madres, para que pueda acogerlas y asumir temporalmente el rol de cuidadores de los bebés y de ellas mismas. Para llevar a cabo esta tarea sería muy útil la incorporación de un psicólogo que haga de nexo entre las madres y el equipo tratante, y que a su vez se encargue de trabajar con ellas, mientras el

bebé siga internado. De acuerdo a nuestro estudio, esto podría, por ejemplo, redundar en una disminución de las consultas posteriores al alta, ya que el grupo que no participó en el taller presentó una mayor recurrencia a los recintos hospitalarios, por angustia y desinformación, en comparación con las madres que sí participaron en la actividad.

La dinámica generada en el taller de maternaje aportó la posición de un tercero, funcionando como un sostén para las díadas y proporcionando un ambiente de contención y apoyo, que contribuyó para la reducción de la ansiedad de las madres. La institución, si bien aportó la misma función de sostén, no generó un espacio de escucha para las inquietudes y dudas de las madres, lo que nuevamente recalca la importancia del trabajo multidisciplinario dentro de las instituciones de salud. Nuestra labor dentro de la Unidad de Neonatología fue confirmada por el saber médico, lo que avala el esfuerzo profesional y confirma la apertura hacia las nuevas intervenciones desde la Psicología, demostrando el cambio de mirada hacia dicha disciplina.

A lo largo de la intervención, se implementaron diversas actividades, considerando los conceptos más relevantes implicados en el establecimiento de un adecuado vínculo temprano. Algunos de estos conceptos causaron un mayor impacto, debido en primera instancia a la resonancia que causaban en las madres y a la novedad que implica el considerar a los recién nacidos de manera más activa y dinámica. Conceptos tales como mentalización, reverie, función reflexiva, se instalaron como conceptos novedosos, que al momento de ser representados en la realidad a través de situaciones concretas fueron internalizados y puestos en práctica de manera adecuada por las madres que asistieron a dicha actividad.

Si bien las madres de ambos grupos compartían aspectos similares de vida —nivel socioeconómico, educación, estructura familiar—, las madres que

contaron con la posibilidad de asistir al taller generaron mayores espacios de comunicación con sus hijos, estimulando más el contacto físico y realizando un esfuerzo constante en traducir las señales que éste emitía.

En función de esto se hace relevante señalar la importancia de los factores psicosociales e individuales dentro de nuestra muestra, debido a que la población a la cual se dirigió la puesta en marcha del proyecto, se caracterizó por presentar mitos y creencias arraigadas transgeneracionalmente, lo que pudo igualmente haber influido en la puesta de un sello personal en la crianza de sus hijos. Por otro lado, surgieron otras variables, como madres primerizas o adolescentes que cuentan con menos experiencia en cuanto a la puesta en práctica de la función materna. Con esto queremos resaltar, que si bien muchos de los cambios pueden atribuirse a la intervención, existen otras variables que quedan fuera de nuestro alcance y control, y que en un futuro podrían ser tema de otras investigaciones, como, por ejemplo: talleres para madres primerizas en la Unidad de Obstetricia, talleres para madres adolescentes en particular, etc.

Resulta de gran importancia hacer notar que si bien los cambios positivos en la interacción madre-hijo resultaron de la influencia de la intervención, nuestra mirada hacia dichas parejas fue interferida por variables subjetivas propias del observador participante, ya que al haber instalado un contacto previo, el desligarnos de nuestra apreciación anterior no resultó a cabalidad, puesto que existía de antemano una vinculación afectiva con todas las madres que participaron en la investigación. Sin embargo, todas las madres atravesaron las mismas situaciones y los mismos criterios fueron aplicados a cada una de ellas; por lo tanto, no hubo diferencias al momento de observarlas en su ambiente natural, ya que con todas había un previo conocimiento.

En relación a lo mismo, se podría suponer que las madres que participaron en el taller pueden haber hecho esfuerzos permanentes por demostrar su

aprendizaje frente a las observadoras, pero las otras madres, por el hecho de no haber participado en dicha actividad, podrían haber pasado por una presión extra para demostrar sus capacidades al momento de ser observadas. Por lo tanto, si bien para ambos grupos pudo haber resultado estresante la experiencia de la observación, el modo concreto de realizar el maternaje igualmente resultó cualitativamente distinto en ambos¹⁴.

Otro aspecto importante de nuestra investigación radicó en la generación de espacios de reflexión. En relación con lo anterior, podemos pensar que las madres al verse enfrentadas a diversas situaciones de evaluación, generarían espacios para pensar acerca de su propia infancia y su rol materno, considerando aspectos esenciales para el vínculo y cuestionando aspectos que evalúan como negativos desde su propia experiencia. Este acercamiento a su experiencia y la situación actual por la que atraviesan les generan una actitud más crítica y una posible modificación de los modelos internalizados que poseen acerca del maternaje.

De acuerdo a lo observado en la investigación y teniendo en cuenta otras investigaciones acerca de la misma temática, creemos que sería importante considerar el Plan Canguro¹⁵, que ha sido implementado en otros países, para que sea incluido dentro de las políticas de salud de nuestro país, ya que consideramos que es una importante medida para fortalecer el vínculo y el contacto de las madres con sus hijos nacidos de manera prematura.

¹⁴ Está descrito que si bien las primeras observaciones se pueden instalar con una vivencia persecutoria, la regularidad de las visitas las disuelve e incluso en ocasiones se convierte en un espacio de contención para la diada.

¹⁵ El Programa Madre Canguro nació en Colombia en 1978 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, (IMI) ideado por el médico Edgar Rey Sanabria, profesor de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia y director del departamento de Pediatría del Instituto Materno Infantil. La implementación de este programa ha traído como consecuencia que la madre y el niño prematuro establezcan un mejor vínculo afectivo, al acortar los periodos prolongados de hospitalización sin contacto con la madre, promover y prolongar la lactancia materna en los niños de bajo peso, y disminuir en forma adicional el riesgo de infección intrahospitalaria grave y los costos para las instituciones. www.aupec.univalle.edu.co/informes/mayo97/boletin36/canguro.html-6k-

La implementación de esta técnica en otros países ha tenido un impacto positivo, no sólo en la medida en que ha implicado que la madre ocupe un rol más activo en cuanto a los cuidados de sus bebés, sino que incorpora en todo el proceso a los padres, los cuales muchas veces han sido excluidos por considerárseles "menos útiles". En este punto queremos detenernos para aceptar que como investigadoras hemos caído en el mismo prejuicio, y con el desarrollo de nuestra investigación y a través del discurso de las madres hemos reconocido la importancia de ellos, ya que cuando se transforman en una figura constante y de apoyo, funcionan como un sostén de la pareja madre-bebé, y manifiestan la capacidad de recoger sus angustias. En relación a esto, consideramos importante sugerir la inclusión de los padres en investigaciones de esta índole, con el fin de darle el espacio que se merece considerando su condición.

De acuerdo a la hipótesis establecida en primera instancia podemos concluir que las madres que participaron en el taller de maternaje establecieron un vínculo más óptimo con sus hijos, sin desmerecer a las madres del grupo control, que establecieron un vínculo adecuado con sus bebés, pero exento de muchos aspectos que podrían haber enriquecido la relación. El taller aportó la experiencia de visualizar los conceptos llevados a situaciones concretas, que facilitaron la internalización de los mismos. Este espacio sirvió fundamentalmente para la reducción de la angustia, el intercambio de experiencias y alternativas de manejo para situaciones específicas, la respuesta a inquietudes y dudas, y el conocimiento de aspectos que para ellas eran desconocidos.

Los instrumentos utilizados en la investigación, son tests de medición estandarizados en Chile, por lo cual una de las razones de su utilización fue el mayor alcance y la cercanía de los sujetos que los investigaron. Esto no quiere decir que se trate de instrumentos exentos de errores, pero de igual manera

aportaron la información necesaria para hacernos una idea general acerca de las madres y sus formas de interacción. Por todo lo mencionado anteriormente se hace evidente la necesidad de generar otros estudios que contribuyan al mejoramiento de dichos instrumentos. En general, nuestra apreciación acerca de ellos es bastante positiva, aunque haya reparos. El P.B.I manifestó deficiencias confirmadas por las mismas investigadoras que lo estandarizaron en Chile. De acuerdo a su propio discurso, el instrumento presenta inconsistencia interna, reflejada en que no toda la población se incluye en las categorías propuestas. Lo positivo del instrumento es lo rápido y fácil de su aplicación, y que en términos generales nos sirvió para hacernos una idea acerca de la relación de las madres del estudio con sus propias madres.

En cuanto a la observación de bebés, en el método de Esther Bick se considera fundamental observar y luego registrar de manera descriptiva y detallada la particularidad del desarrollo de un bebé en su medio natural y familiar. Junto con desarrollar la capacidad de observación de los participantes, promoviendo la receptividad y contención emocional de éstos, en la medida que se observa y registra el impacto emocional que genera este tipo de experiencia (Ps. Josefina González del Riego, Grupo Sepia, 2003, Seminario de Psicología perinatal: "Vicisitudes del vínculo temprano"). En nuestra investigación esto no se llevó a cabalidad, debido a dos razones principalmente: por un lado, por la inexperiencia de nosotras mismas en dichas actividades; y, por otro, porque no contábamos con la participación de un grupo de profesionales adecuados para discutir y analizar el impacto que esto nos generó. Es así como no fue posible escuchar el "otro" registro, donde aparecen los contenidos inconscientes. Debido a esto, lo que realizamos fue más bien una descripción subjetiva de lo observado, ya que inevitablemente otorgamos un sentido particular de los hechos.

Dentro de los instrumentos utilizados creemos que no tuvo mayor relevancia la creación y posterior aplicación de la entrevista de fantasías, ya que no nos

aportó mayor información de la que ya manejábamos. Creemos que podría haber sido más útil la aplicación del P.B.I a las madres, teniendo en cuenta la relación con su padre, con el fin de evaluar la incidencia de los patrones o modelos transmitidos por la madre y la figura paterna, en su modelo actual observado en la relación con sus hijos.

Como sugerencia, para una próxima investigación se recomienda realizar una evaluación una vez finalizado el taller, con el objetivo de comparar los resultados en un corte longitudinal, estipulando un plazo de tiempo significativo para evaluar si los efectos han persistido a lo largo del tiempo. Por ejemplo, sería interesante saber qué ocurrió con las díadas de ambos grupos seis meses después de la intervención.

Como conclusión podemos mencionar que la relevancia primordial de nuestra investigación radicó en la puesta en marcha de una propuesta de intervención temprana, cuya finalidad preventiva generaría aportes para el establecimiento de un vínculo sano de las madres con sus bebés, que serviría de base y sustento para las relaciones futuras y una óptima inserción social.

Personalmente, y como profesionales en formación, la investigación no sólo generó un aporte en términos teóricos, sino que amplió nuestra visión sobre la efectividad de la práctica clínica. Del mismo modo, la experiencia permitió movilizar en forma concreta toda la teoría investigada, y visualizar la realidad del funcionamiento hospitalario y del sistema de salud.

Confiamos en que nuestro estudio sea un aporte para futuras investigaciones, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que se le ha dado al concepto de apego dentro de la realidad nacional en el último tiempo.

IV- BIBLIOGRAFÍA

Altmann, Marina: *"Juegos de amor y magia entre la madre y su bebé: La canción de cuna"*. Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Montevideo, Uruguay, 1998.

Bion, W.R.: *"Aprendiendo de la experiencia"*. Editorial Paidós, Argentina, 1966.

Brazelton, B.; Cramer, B.: *"Relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial"*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, España, 1990.

Brazelton, B.; Nugent, J. Kevin.: *"Escala del comportamiento neonatal"*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, España, 1997.

Bowlby, John: *"Vínculo afectivo"*. Editorial Paidós, Barcelona 1993.

Bowlby, J.: *"Base segura: aplicaciones clínicas de una teoría de apego"*. Editorial Paidós, Barcelona, 1995.

Brafman, H.A.: *"Libro anual de psicoanálisis"*, Tomo IV. Capítulo: Observación de infantes. Londres, Inglaterra, 1998.

Dávila. M.; Ormeño, V.; Vera, V.: *"Estandarización del P.B.I.(Parental Bonding Instrument), versión adaptada, a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago"*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile, 1998.

Fariberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V.: *"Estudios clínicos en salud mental de niños"*. Tavistock, 1980, Capítulo VII.

Fava Vizziello, G.; Zorzi, C.; Bottos, M.: *"Los hijos de las máquinas"*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1992.

Flores, Pilar.: *"El niño prematuro, evaluación de secuelas intelectuales, educacionales e índices de DCM en la edad escolar"*. Hospital Luis Calvo Mackenna. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Santiago, Chile, 1996.

Fonagy, Peter: *"Psicoanálisis focos y aperturas"*. Editorial Psicolibro, Montevideo, Uruguay, 2002.

Grinberg, L; Sor, D.; Tabak de Biachedi, E.: *"Nueva introducción a la obra de Bion"*. Julián Yebenes S.A. Editores. Madrid, España, 1991.

Guzmán, Erika.: *"Trabajo presentado en la APCH"*. Octubre, 1970.

- Helman V.; Villavella M.:** *"Niños prematuros: la clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis"*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2000.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Bastista, P.:** *"Metodología de la investigación"*, Editorial Mc Graw-Hill, México, 1992.
- Lartigue, Teresa:** *"Relevancia para el psicoanálisis de la observación de bebés"*. Cuadernos de Psicoanálisis XXXII: 1 y 2, Santiago, Chile, Enero-Junio, 1999.
- Lebovici, Serge:** *"El lactante, su madre y el psicoanalista"*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- Male, P. y Doumic-Girard, A.:** *"Psicoterapia de la primera infancia"*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1975.
- Marrone, Mario:** *"La Teoría del apego"*. Editorial Psimática, Madrid, España, 2001.
- Mathelin , Catherine:** *"La sonrisa de la Gioconda, Clínica psicoanalítica con bebés prematuros"*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina, 1998.
- Maturana, H. y Varela, F.:** *"El árbol del conocimiento"*. Editorial Universitaria, Santiago, Chile, 1990.
- Mazzuchelli, M.; González, A.; De Conolly, R.; Varleri, M.; Atrio, N.; Fagotti, A.:** *"Clínica psicoanalítica en díadas: madre-bebé prematuro"*. JVE Ediciones, Buenos Aires, Argentina, 2002.
- Muniagurria, Gabriela:** *"Intervenciones psicosociales en la UCIN: cuidando al recién nacido y sus padres"*. Simposio de seguimiento neonatal. Congreso Perinatológico. Buenos Aires, Argentina, 1998.
- Nelsen, C.; Vega, M:** *"Patrones de apego en adultos con historia de maltrato en la infancia"*. Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología. Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile, 2001.
- Seagal, Hanna:** *"Introducción a la obra de Melanie Klein"*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1987.
- Sosman, Viviana:** *"Descripción de la interacción madre-recién nacido dependiendo del sexo del niño"*. Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile, 1999.

Spitz, René: *"Primer año de vida del niño"*. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1986.

Stern, Daniel: *"El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva"*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1991.

Stutman, Analía: *"Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madres"*. Programa de Post Grado en Psicoanálisis: Teoría de las relaciones objetales. Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile, Agosto, 2001.

Sun, Y.: *"Una aproximación a las funciones maternas durante la lactancia y la primera infancia desde la perspectiva psicoanalítica"*. Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología. Universidad Católica de Chile, 1991.

Winnicott, Donald: *"Escritos de pediatría y psicoanálisis"*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1958.

Winnicott, D: *"Los bebés y sus madres"*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1987.

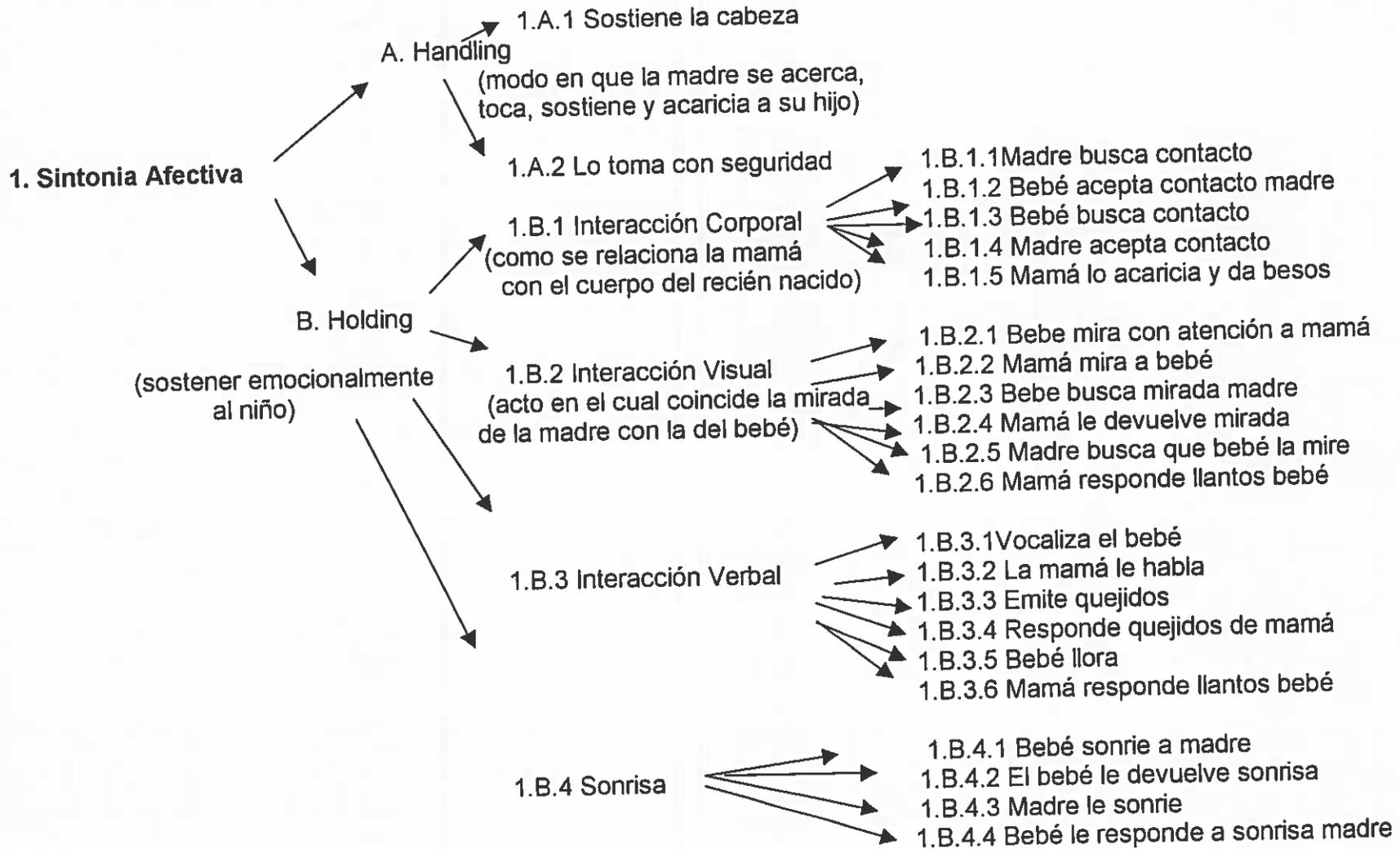
Winnicott, D.: *"Hogar, nuestro punto de partida"*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1996.

Winnicott, D.: *"Acerca de los niños"*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1998.

www.bbmundo.com.

www.tumaternidad.com.

ANEXO 1 DIMENSIONES



2. Actitud General de la madre

2.C.1 Flexible y Contenedora
(madre colaboradora, sensible a las necesidades de su bebé, capaz de ponerse en el lugar de su hijo de acuerdo a lo que requiere)

2.C.2 Ansiosa
(aquella actitud donde la madre no logra manejar la angustia, se invade por la intranquilidad, llanto o demanda del niño sin lograr la calma necesaria, para encontrar la solución adecuada)

2.C.3 Ambivalente
(en la madre coexisten actitudes contradictorias, se muestra colaboradora en algunas ocasiones pero no en otras, su conducta es inconsistente)

2.C.4 Rechazante
(la madre se aleja consistentemente de su hijo cuando este la necesita, rehúsa cuidar de él)

3. Reverie (como recibe la angustia y el llanto del recién nacido)

3.D.1 Cuando llora, la mamá reacciona de modo tranquila

3.D.2 Cuando llora, la mamá se inquieta

3.D.3 Cuando llora, la mamá no reacciona o lo hace de modo inadecuado

**4. Relación madre-hijo
en general**

4.F.1 Cuidado
(afectuosidad, contención emocional, empatía
y cercanía)

4.F.2 Sobreprotección
(control, intrusión, contacto excesivo, infantilización
y prevención de conducta autónoma)

4.F.3 Abandono
(falta de sintonía, de reactividad emocional,
distancia, indiferencia y negligencia)

(comportamientos que ejercen
recíprocamente la madre y
recién nacido)

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)								
INSTRUCCIONES								
Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)								
Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:								
Muy en desacuerdo:					1			
Moderadamente en desacuerdo:					2			
Moderadamente en acuerdo:					3			
Muy en acuerdo:					4			
Evalúe el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada								
Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre					Desacuerdo		Acuerdo	
			Dimensiones		1	2	3	4
1.	Me hablaba con voz amistosa y cálida	(1.B.3)						
2.	No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba	(3.E.3)						
3.	Evitaba que yo saliera solo/a	(4.F.2)						
4.	Parecía emocionalmente frío hacia mi	(3.E.R)						
5.	Parecía entender mis problemas y preocupaciones	(2.C.1/4.F.1)						
6.	Era afectuoso conmigo	(4.F.1)						
7.	Le gustaba que tomara mis propias decisiones.	(2.C.1/4.F.1)						
8.	No quería que creciera	(4.F.2)						
9.	Trataba de controlar todo lo que yo hacía.	(4.F.2)						
10.	Invadía mi privacidad	(4.F.2)						
11.	Se entretenía conversando cosas conmigo	(2.C.1/4.F.1)						
12.	Me sonreía frecuentemente	(1.B.4/2.C.1)						
13.	Me regalaba	(1.B.1/4.F.1)						
14.	No parecía entender lo que yo quería o necesitaba	(3.E.R)						
15.	Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a	(2.C.1/4.F.1)						
16.	Me hacía sentir que no era deseado	(4.F.3)						
17.	Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado	(2.C.1/4.F.1)						
18.	No conversaba mucho conmigo	(2.C.4/4.F.3)						
19.	Trataba de hacerme dependiente de ella.	(4.F.2)						
20.	Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca	(4.F.2)						
21.	Me daba toda la libertad que yo quería	(2.C.3/4.F.3)						
22.	Me dejaba salir lo que yo quería	(4.F.1)						
23.	Era sobreprotectora conmigo	(4.F.2)						
24.	No me elogiaba	(2.C.4/4.F.3)						
25.	Me permitía vestirme como se me antojara.	(2.C.1/4.F.1)						

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)

Anexo 2.1 Z.A.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

- Muy en desacuerdo:** 1
- Moderadamente en desacuerdo:** 2
- Moderadamente en acuerdo:** 3
- Muy en acuerdo:** 4

Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre

	Desacuerdo		Acuerdo	
	1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida			X	
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba	X			
3. Evitaba que yo saliera solo/a				X
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi	X			
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones		X		
6. Era afectuoso conmigo			X	
7. Le gustaba que tomará mis propias decisiones.		X		
8. No quería que creciera		X		
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.		X		
10. Invasión mi privacidad	X			
11. Se entretenía conversando cosas conmigo			X	
12. Me sonreía frecuentemente		X		
13. Me regaloneaba		X		
14.No parecía entender lo que yo quería o necesitaba			X	
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a			X	
16. Me hacía sentir que no era deseado	X			
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado		X		
18. No conversaba mucho conmigo			X	
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.	X			
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca	X			
21. Me daba toda la libertad que yo quería	X			
22. Me dejaba salir lo que yo quería		X		
23. Era sobreprotectora conmigo		X		
24. No me elogiaba		X		
25. Me permitía vestirme como se me antojara.			X	

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)							
Anexo 2.2 S.L.							
INSTRUCCIONES							
Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)							
Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:							
Muy en desacuerdo:			1				
Moderadamente en desacuerdo:			2				
Moderadamente en acuerdo:			3				
Muy en acuerdo:			4				
Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada:							
Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre							
				Desacuerdo		Acuerdo	
				1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida							X
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba				X			
3. Evitaba que yo saliera solo/a					X		
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi				X			
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones							X
6. Era afectuoso conmigo							X
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones.					X		
8. No quería que creciera							X
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.					X		
10. Invadía mi privacidad				X			
11. Se entretenía conversando cosas conmigo							X
12. Me sonreía frecuentemente							X
13. Me regalaba							X
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				X			
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a					X		
16. Me hacía sentir que no era deseado				X			
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado						X	
18. No conversaba mucho conmigo				X			
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.						X	
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca						X	
21. Me daba toda la libertad que yo quería						X	
22. Me dejaba salir lo que yo quería						X	
23. Era sobreprotectora conmigo						X	
24. No me elogiaba						X	
25. Me permitía vestirme como se me antojara.						X	

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)							
Anexo 2.3 C. M.							
INSTRUCCIONES							

Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

- Muy en desacuerdo: 1
- Moderadamente en desacuerdo: 2
- Moderadamente en acuerdo: 3
- Muy en acuerdo: 4

Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre				Desacuerdo		Acuerdo	
				1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida				X			
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba							X
3. Evitaba que yo saliera solo/a				X			
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi				X			
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones							X
6. Era afectuoso conmigo						X	
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones.				X			
8. No quería que creciera					X		
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.				X			
10. Invadía mi privacidad							X
11. Se entretenía conversando cosas conmigo							X
12. Me sonreía frecuentemente						X	
13. Me regalaba						X	
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba					X		
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a				X			
16. Me hacía sentir que no era deseado				X			
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado							X
18. No conversaba mucho conmigo				X			
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.							X
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca							X
21. Me daba toda la libertad que yo quería							X
22. Me dejaba salir lo que yo quería							X
23. Era sobreprotectora conmigo							X
24. No me elogiaba				X			
25. Me permitía vestirme como se me antojara.							X

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)							
Anexo 2.4 E. R.							
INSTRUCCIONES							
Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)							
Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:							
Muy en desacuerdo:			1				
Moderadamente en desacuerdo:			2				
Moderadamente en acuerdo:			3				
Muy en acuerdo:			4				
Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada:							
Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre							
				Desacuerdo		Acuerdo	
				1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida							X
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba					X		
3. Evitaba que yo saliera solo/a							X
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi				X			
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones				X			
6. Era afectuoso conmigo							X
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones.				X			
8. No quería que creciera				X			
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.							X
10. Invadía mi privacidad							X
11. Se entretenía conversando cosas conmigo							X
12. Me sonreía frecuentemente							X
13. Me regalaba							X
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba							X
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a				X			
16. Me hacía sentir que no era deseado					X		
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado						X	
18. No conversaba mucho conmigo					X		
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.				X			
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca							X
21. Me daba toda la libertad que yo quería				X			
22. Me dejaba salir lo que yo quería				X			
23. Era sobreprotectora conmigo							X
24. No me elogiaba					X		
25. Me permitía vestirme como se me antojara.							X

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)				
Anexo 2.5 P. M.				
INSTRUCCIONES				
Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)				
Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:				
Muy en desacuerdo:		1		
Moderadamente en desacuerdo:		2		
Moderadamente en acuerdo:		3		
Muy en acuerdo:		4		
Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada				
Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre				
			Desacuerdo	Acuerdo
			1	2
				3
				4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida			X	
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba				X
3. Evitaba que yo saliera solo/a				X
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi			X	
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones				X
6. Era afectuoso conmigo				X
7. Le gustaba que tomará mis propias decisiones.				X
8. No quería que creciera			X	
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.				X
10. Invadía mi privacidad			X	
11. Se entretenía conversando cosas conmigo				X
12. Me sonreía frecuentemente				X
13. Me regaloneaba				X
14.No parecía entender lo que yo quería o necesitaba			X	
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a				X
16. Me hacía sentir que no era deseado			X	
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado				X
18. No conversaba mucho conmigo			X	
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.				X
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca				X
21. Me daba toda la libertad que yo quería			X	
22. Me dejaba salir lo que yo quería			X	
23. Era sobreprotectora conmigo				X
24. No me elogiaba			X	
25. Me permitía vestirme como se me antojara.				X

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)

Anexo 2. 6 D.V.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

- Muy en desacuerdo:** 1
- Moderadamente en desacuerdo:** 2
- Moderadamente en acuerdo:** 3
- Muy en acuerdo:** 4

Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre

	Desacuerdo		Acuerdo	
	1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida			X	
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba			X	
3. Evitaba que yo saliera solo/a				X
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi			X	
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones	X			
6. Era afectuoso conmigo			X	
7. Le gustaba que tomará mis propias decisiones.			X	
8. No quería que creciera				X
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.		X		
10. Invadía mi privacidad	X			
11. Se entretenía conversando cosas conmigo				X
12. Me sonreía frecuentemente			X	
13. Me regaloneaba		X		
14.No parecía entender lo que yo quería o necesitaba		X		
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a			X	
16. Me hacía sentir que no era deseado	X			
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado		X		
18. No conversaba mucho conmigo		X		
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.		X		
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca	X			
21. Me daba toda la libertad que yo quería			X	
22. Me dejaba salir lo que yo quería			X	
23. Era sobreprotectora conmigo	X			
24. No me elogiaba	X			
25. Me permitía vestirme como se me antojara.				X

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)

Anexo 2.7 X. R.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

- Muy en desacuerdo:** 1
- Moderadamente en desacuerdo:** 2
- Moderadamente en acuerdo:** 3
- Muy en acuerdo:** 4

Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada:

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su **Madre**

	Desacuerdo		Acuerdo	
	1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida			X	
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba	X			
3. Evitaba que yo saliera solo/a				X
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi			X	
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones				X
6. Era afectuoso conmigo	X			
7. Le gustaba que tomará mis propias decisiones.	X			
8. No quería que creciera				X
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.				X
10. Invadía mi privacidad				X
11. Se entretenía conversando cosas conmigo	X			
12. Me sonreía frecuentemente			X	
13. Me regaloneaba	X			
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				X
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a	X			
16. Me hacía sentir que no era deseado				X
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado	X			
18. No conversaba mucho conmigo				X
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.			X	
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca				X
21. Me daba toda la libertad que yo quería	X			
22. Me dejaba salir lo que yo quería	X			
23. Era sobreprotectora conmigo				X
24. No me elogiaba				X
25. Me permitía vestirme como se me antojara.	X			

ANEXO 2 Parental Bonding Instrument (P.B.I)							
Anexo 2.10 P. O.							
INSTRUCCIONES							
Este cuestionario consta de 26 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia (hasta los 16 años)							
Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:							
Muy en desacuerdo:			1				
Moderadamente en desacuerdo:			2				
Moderadamente en acuerdo:			3				
Muy en acuerdo:			4				
Evalúe el grado en que usted esta de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada:							
Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su Madre				Desacuerdo		Acuerdo	
				1	2	3	4
1. Me hablaba con voz amistosa y cálida						X	
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba							X
3. Evitaba que yo saliera solo/a			X				
4. Parecía emocionalmente frío hacia mi							X
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones				X			
6. Era afectuoso conmigo			X				
7. Le gustaba que tomará mis propias decisiones.							X
8. No quería que creciera			X				
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.			X				
10. Invadía mi privacidad			X				
11. Se entretenía conversando cosas conmigo						X	
12. Me sonreía frecuentemente						X	
13. Me regaloneaba						X	
14.No parecía entender lo que yo quería o necesitaba							X
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo/a							X
16. Me hacía sentir que no era deseado				X			
17. Tenía la capacidad para reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado			X				
18. No conversaba mucho conmigo							X
19. Trataba de hacerme dependiente de ella.				X			
20. Sentía que no podía cuidarme de mi mismo, a menos que ella estuviera cerca			X				
21. Me daba toda la libertad que yo quería							X
22. Me dejaba salir lo que yo quería							X
23. Era sobreprotectora conmigo			X				
24. No me elogiaba							X
25. Me permitía vestirme como se me antojara.							X

PERFIL DE LA OBSERVACION DE VINCULO MADRE BEBE (DE UNO A OCHO MESES)

Anexo 3.2 NOMBRE DEL BEBE **Alesandro**

FECHA **Septiembre 2003**

FUNCION VISUAL	1ª OBSERVACION						2ª OBSERVACION						3ª OBSERVACION						4ª OBSERVACION						5ª OBSERVACION					
	BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA		
	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap			
BEBE																														
MAMA																														
MIRA CON ATENCION	X			X						X												X								
BUSCA QUE LA MADRE LO MIRE				X						X												X								
BUSCA QUE LA MADRE LO MIRE				X						X												X								
RESPONDE A MIRADA DE LA MADRE	X			X						X												X								
BUSCA QUE EL BEBE LA MIRE				X						X												X								
BUSCA QUE EL BEBE LA MIRE				X						X												X								
COND. INTERACCION VISUAL																														

CONTACTO CORPORAL

ACEPTA EL CONTACTO	X			X						X											X							
BUSCA EL CONTACTO	X			X						X												X						
SE LAME LA CARA				X						X												X						
CARICIAS BESOS				X						X												X						
BUSCA EL CONTACTO				X						X												X						
ACEPTA EL CONTACTO				X						X												X						
CARICIAS BESOS				X						X												X						
COND. INTERACCION CORPORAL																												

FUNCION VERBAL

SI LE HABLE				X						X											X							
RESPONDE QUEJIDOS	X			X						X												X						
RESPONDE LLANTOS	X			X						X												X						
COND. INTERACCION VERBAL																												

SONRISA

LE SONRIE				X						X											X							
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X						X												X						
LE SONRIE				X						X												X						
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE				X																								

PERFIL DE LA OBSERVACION DE VINCULO MADRE BEBE (DE UNO A OCHO MESES)

Anexo 3.9 NOMBRE DEL BEBE Matilde

FECHA Octubre 2003

FUNCION VISUAL	1ª OBSERVACION						2ª OBSERVACION						3ª OBSERVACION						4ª OBSERVACION						5ª OBSERVACION					
	BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA		
	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap			
MAMA																														
MIRA CON ATENCION																														
LO MIRA																														
BUSCA QUE LA MADRE LO MIRE																														
RESPONDE A LA MIRADA DEL BEBE																														
BUSCA QUE EL BEBE LA MIRE																														
COND. INTERACCION VISUAL																														
CONTACTO CORPORAL																														
ACEPTA EL CONTACTO																														
BUSCA EL CONTACTO																														
SE LAME LA CARA																														
COND. INTERACCION CORPORAL																														
FUNCION VERBAL																														
SI LE HABLA																														
RESPONDE QUEJIDOS																														
LLANTO																														
COND. INTERACCION VERBAL																														
SONRISA																														
LE SONRIE																														
RESPONDE LA SONRISA DE LA MAMA																														
SOSTENIMIENTO																														

PERFIL DE LA OBSERVACION DE VINCULO MADRE BEBE (DE UNO A OCHO MESES)

Anexo 3.10 NOMBRE DEL BEBE Hans

FECHA Octubre 2003

FUNCION VISUAL	1ª OBSERVACION						2ª OBSERVACION						3ª OBSERVACION						4ª OBSERVACION						5ª OBSERVACION																																															
	BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA			BEBE			MAMA																																												
	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap	SI	NO	N/Ap																																													
BEBE																																																																								
MAMA																																																																								
MIRA CON ATENCION																																																																								
BUSCA QUE LA MADRE LO MIRE																																																																								
BUSCA QUE LA MADRE LO MIRE																																																																								
BUSCA QUE EL BEBE LA MIRE																																																																								
COND. INTERACCION VISUAL																																																																								
CONTACTO CORPORAL																																																																								
ACEPTA EL CONTACTO																																																																								
BUSCA EL CONTACTO																																																																								
SE LAME LA CARA																																																																								
COND. INTERACCION CORPORAL																																																																								
FUNCION VERBAL																																																																								
SI VOCALIZA																																																																								
QUEJIDOS																																																																								
LLANTO																																																																								
COND. INTERACCION VERBAL																																																																								
SONRISA																																																																								
LE SONRIE																																																																								
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE																																																																								
RESPONDE LA SONRISA DE LA MADRE																																																																								
SOSTENIMIENTO																																																																								

ANEXO 4

MARCO INSTITUCIONAL HOSPITAL SAN JOSÉ

Este hospital fue fundado en 1841, pero en 1872 entro en funciones dada una epidemia fuerte de viruela. El nombre original fue "Lazareto de El Salvador", esto lo refieren las hermanas de la caridad, quienes eran las religiosas que dirigían el hospital durante los primeros años.

Durante los primeros años este hospital atendía enfermos de epidemias de viruela, fiebre tifoidea, tuberculosis y enfermedades crónicas. Luego en 1942 se dedica a atender tuberculosos. Contaba el hospital de 400 camas para enfermos y el un centro especializado en este tema. Era un pionero en investigaciones y ponía en marcha medidas preventivas como la inmunización con BCG y cirugías del tórax como medidas preventivas.

En 1995 fue remodelado y este nuevo proyecto consta de poder proporcionar atención en salud a adultos de la zona norte. Este centro hospitalario publico es el más moderno en Latinoamérica ya que cuenta con tecnología de punta y ha implementado en sus salas oxigeno, aire y vacío para enfrentar cualquier emergencia.

Las habitaciones tienen máximo 6 camas, y un mínimo de 1 cama cuando se trata de un paciente que tiene que estar en aislamiento. Tiene servicios higiénicos por cada tres pacientes y closet individuales.

El Hospital San José está encargado de la atención cerrada y el Centro de Diagnostico Eloisa Díaz está a cargo de los pacientes ambulatorios. Ambos están administrados por la unidad de subdirección de Apoyo a la Gestión quien dirige los procesos de ambos establecimientos.

El personal que trabaja en el hospital son aproximadamente 1572 personas conformado por médicos (201), odontólogos (46), enfermeras (82), matronas (77), tecnólogo médico (40), asistente social (4), terapeuta ocupacional (7), nutricionista (9), química farmacéutica (11), otros profesionales (56), técnico paramédico (441), administrativos (171), auxiliares (272), personal que trabaja a honorario (150 aprox.), y otros (5).

El hospital cuenta con los siguientes servicios: cirugía, traumatología, urología, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y obstetricia, medicina, neonatología, unidad de pacientes críticos, pabellones quirúrgicos, banco de sangre, y servicio de urgencia para adultos y obstetricia.

Este hospital tiene 550 camas, 13 pabellones quirúrgicos, 5 salas de parto, y 15 box de urgencia.

NEONATOLOGÍA

El propósito de esta unidad es lograr el bienestar del recién nacido y de su familia durante su estadía en el servicio dando énfasis en prevención de patologías e infecciones intrahospitalarias para prevenir y minimizar secuelas, promoviendo una optima calidad de vida.

Los objetos específicos de esta unidad son:

- 1) Atender al recién nacido en forma integral en cada uno de los niveles de acuerdo a su estado mental.
- 2) Fomentar el vinculo madre- padre- hijo mediante el apego, lactancia y participación de los padres en la atención de su hijo.
- 3) Seguimiento a recién nacido de acuerdo a su estado de salud.
- 4) Capacitación y/o actualización de temas atingentes al área, el manejo de patologías, tecnología de ultima generación, organización y relaciones interpersonales.

- 5) Participar activamente en docencia de pre y post grado a las escuelas de medicina, obstetricia y tecnólogo paramédico.
- 6) Dar cumplimiento a distintos programas y normas impartidas por el Ministerio de Salud de Chile.

Esta unidad es de dinámica de tipo cerrada esto quiere decir, que se atiende maternidad del mismo hospital, pero se aceptan solicitudes de cupos desde otros hospitales y reingresos por hiperbilirrubina. Atiende a las comunas de Recoleta, Independencia, Conchalí, Huechuraba, Lampa, Til Til, Quilicura, y Batuco. Es el único servicio de neo del sistema público en el área norte de la región metropolitana.

Ubicación

Neonatología se encuentra ubicada en la placa quirúrgica en el primer piso sector B-3. Está comunicado con pabellones de maternidad por un lado y por el otro con Sedile.

Administración y Gestión

Esta compuesto por profesionales que realizan turnos diurnos y rotativos de 24 horas.



Secciones

Esta unidad cuenta con cuidado intensivo, cuidado intermedio, cuidado mínimo, aislamiento, atención inmediata, observación, y policlínico de seguimiento.

Trabajan acá 18 médicos, 28 matronas (4 turnos de 7 cada uno), 4 matronas diurnas, 46 técnicos paramédicos con turno rotativo, 2 técnicos paramédicos en horario diurno, 3 auxiliares de servicio de 3 turnos rotativo, 2 auxiliares de servicio en horario diurno, 1 secretaria, nutricionista, kinesióloga y asistente social.

Atención inmediata y observación

Se encuentra ubicada al lado de los pabellones de maternidad. Hay una matrona permanente para los recién nacidos, si no hay patologías se envía a apego junto a la madre. Se queda un rato bajo observación y se decide el destino del recién nacido. Cuando es un parto prematuro se exige que haya un residente de turno.

Cuidado Intensivo

Este espacio consta con 10 incubadoras, cunas radiantes, monitores, multiparametros, ventiladores mecánicos, bombas de infusión, oxímetros y fototerapia. Acá trabajan médicos, matronas, y técnicos paramédicos.

Cuidado Intermedio

Acá hay 26 cupos en incubadoras o cunas radiantes y monitores de mayor complejidad que en cuidados intensivo. Los recién nacidos que están acá es porque son trasladados de intensivo o porque tienen una menor patología. Trabajan médicos, matronas y técnicos paramédicos.

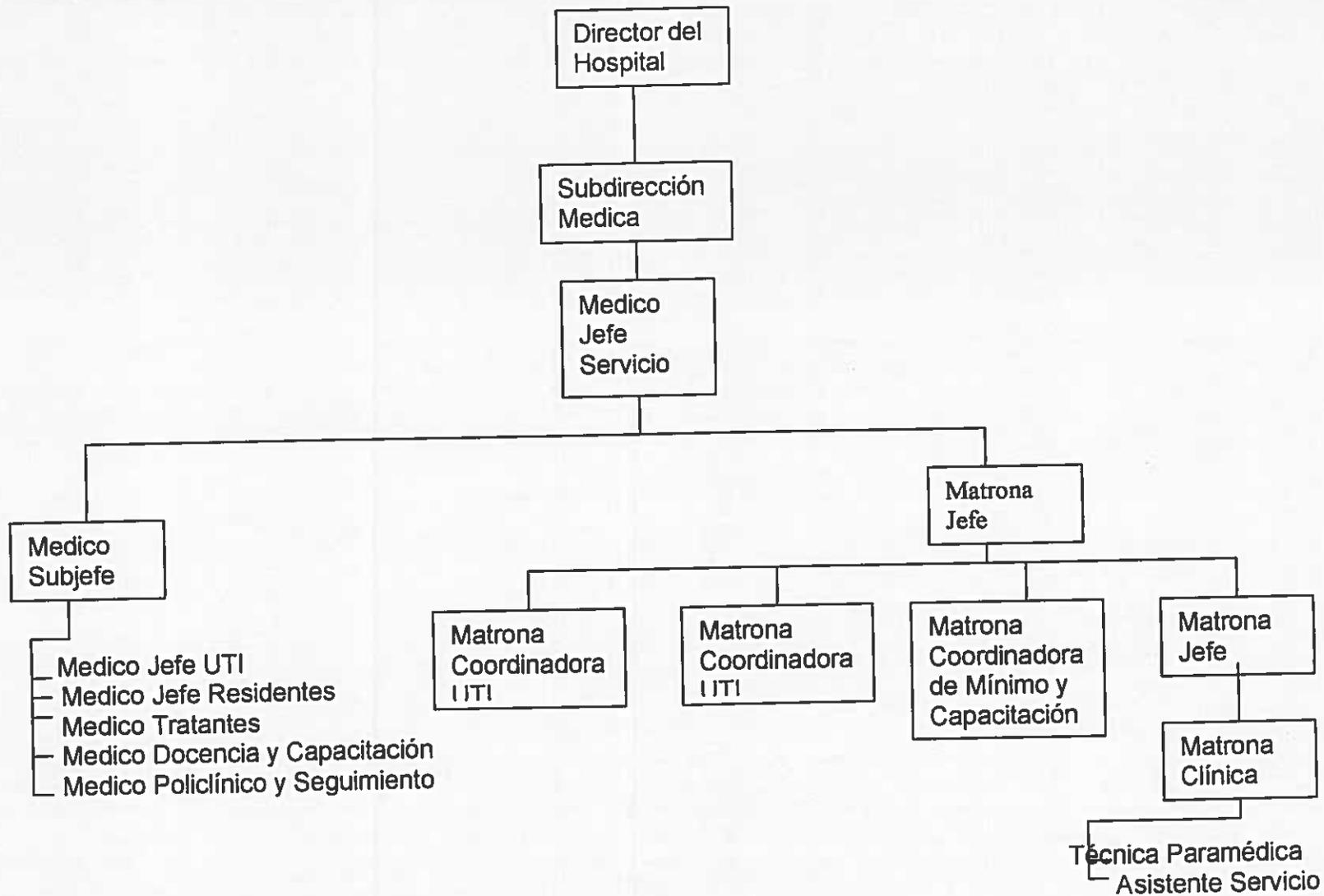
Cuidado Mínimo

Acá hay 20 cupos de cunas sin monitoreo. Los recién nacidos que están ubicados acá requieren de poco apoyo. Se les da tratamiento de fototerapia y se les da de alta cuando tienen el peso adecuado.

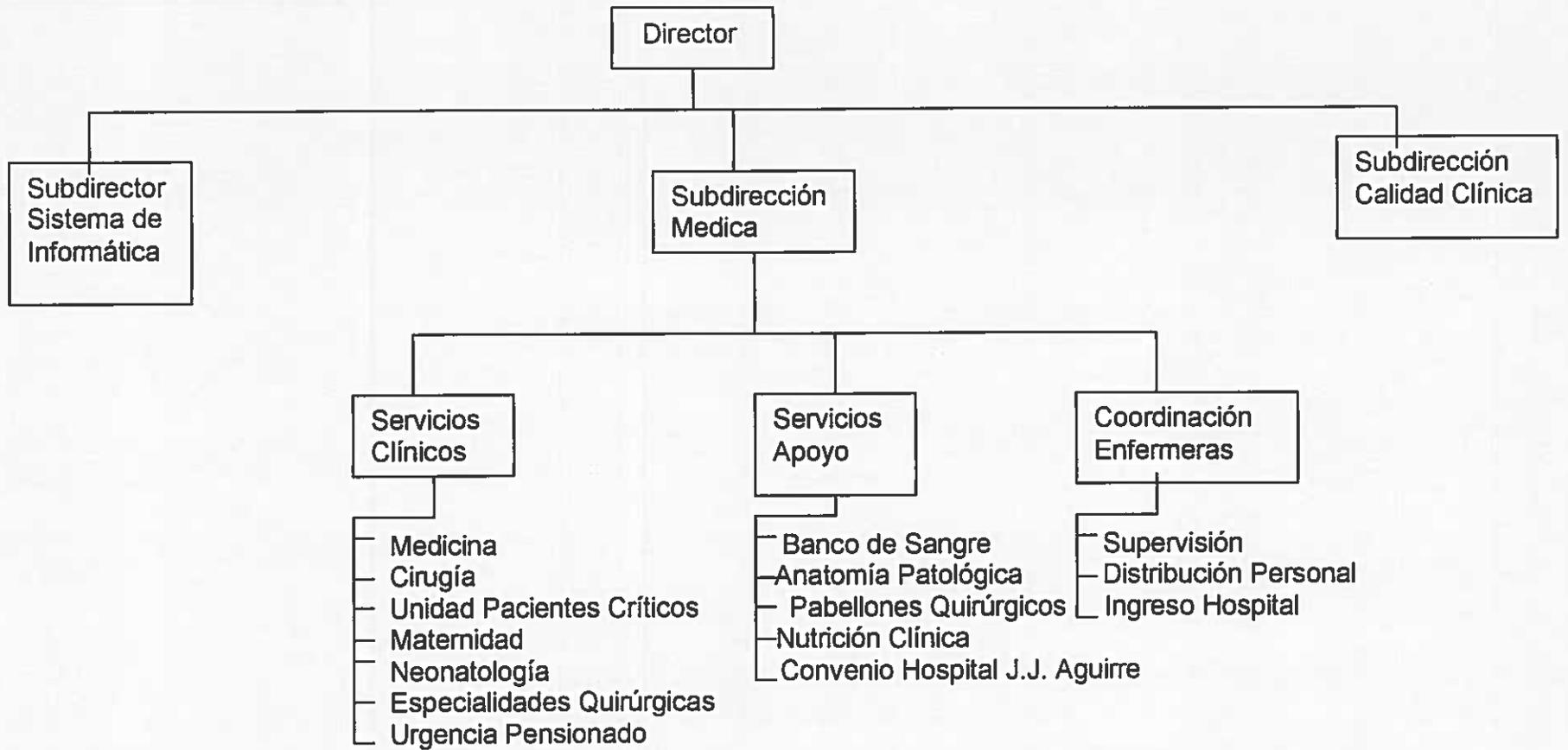
Aislamiento

Acá hay 4 cupos de cuna y son para enfermos de varicela, rubéola y virus sincicial.

ANEXO 4.2 ORGANIGRAMA HOSPITAL SAN JOSE



UNIDAD DE NEONATOLOGÍA



ANEXO 5							
			PERI				

EVALUAR LAS SIGUIENTES EXPRESIONES TENIENDO EN CUENTA LO QUE HA SENTIDO, PENSADO O REALIZADO DURANTE EL ULTIMO AÑO EN DISTINTAS CIRCUNSTANCIAS, PARA CADA UNA HAY TRES OPCIONES: A MENUDO, A VECES, NUNCA. SEA LO MÁS SINCERO/A POSIBLE DE ACUERDO A COMO SE HAYA SENTIDO EN EL AÑO O SE ESTÁ SINTIENDO AHORA.

					A menudo	A veces	Nunca
1. Sentir molestias en todo mi cuerpo							
2. Sentirme triste, deprimido							
3. Estar muy disconforme conmigo mismo							
4. Tener ataques repentinos de panico							
5. No tener confianza en mi mismo							
6. Sentirme muy solo							
7. Sentirme molesto por estar intranquilo							
8. Creerme un inutil							
9. Tener miedo de volverme loco, de perder la razón							
10. Estar muy ansioso							
11. Creer que algo terrible pueda pasarme							
12. Sentirme confundido y no poder pensar							
13. No poder concentrarme en lo que hago							
14. Sentir que nada me sale bien							
15. Perder por completo las esperanzas							
16. Sentirme completamente desamparado							
17. Pensar que ya nada vale la pena							
18. Tener repentinos sudores frios							
19. Tener problemas a causa de dolores de cabeza							
20. Perder las ganas de comer							
21. Sentirme inferior a los demas							
22. Ser una persona que está muy conforme con sí misma							
23. Creer ser una persona peleadora							
24. Sentirme una persona exitosa							
25. Sentirme muy mal por estar enojado							
26. Temer quedarme solo y abandonado							
27. Sentirme muy mal a causa de mis nervios							
28. En mis afectos, pasar de un extremo a otro, no tener término medio							
29. Tener días en los que me siento de muy buen humor y otros en los que pasa lo contrario							
30. Sentir que mi salud física es mala							
31. Sentir que la mayoría de las comidas me hacen mal							
32. Molestarme el temblor de mis manos							
33. Sentirme molesto por tener acidez de estómago muy seguido							

Nombre..... Edad..... Título.....
Ocupación..... Domicilio..... Tel.

ANEXO 6 ENTREVISTAS FANTASIAS

C.L.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1- ¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?

¿ Que sentiste? ¿qué pensaste en ese momento?

Contenta, pensé que me iba a cambiar toda la vida después de 14 años sin hijos, estábamos acostumbrados a estar solos.

2- ¿El embarazo fue planeado?

Si.

3- ¿Cómo lo comprobaste?

Me hice un pronosticon, para estar segura.

4- ¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

El ya sabía porque se daba cuenta de los vómitos, y estaba contento.

5- ¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

De que le podía pasar algo, me dio una enfermedad en las manos que se me hinchaban, se me dormían y me duele.

6- ¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

Si porque no voy a estar sola porque voy a estar con ella todo el rato.

7- ¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Que fuera una niña bonita, grande y sana.

8- ¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Rubiecita, con ojos verde y blanquita.

9- ¿De que sexo lo imaginabas?

Mujer.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Mujer, porque ya tengo 2 hombres.

11- ¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Contentos cuando estábamos seguros.

12- ¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Sentía miedo durante el embarazo, porque me sentía más o menos.

13- ¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

No.

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

Cuando vine al hospital a hacerme la eco por la presión y la preclampsia me dijeron que me tenían que sacar la guagua. Me dio nervio y susto entonces le pedía a Dios que nos ayudara a las dos.

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

No lo podía creer, no me lo explicaba.

16- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

Asustadísima, rezaba durante la cesárea, tenía temor de morirme yo o mi guagua.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

Alegría, no la vi altiro, pero cuando la vi es igual como me la imaginaba pero el pelo es negro.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

Tan chica parece un porotito.

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?

Me dio pena porque era chica, flaca, indefensa.

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Bueno porque yo me voy a preocupar de ella, y sacarla adelante de alguna manera.

X.R.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?
¿ Que sentiste? ¿qué pensaste en ese momento?.

Terrible, porque tengo una guagua de un año y medio, entonces todavía no tenía un año. Antes de esto me había costado 5 años poder tener hijos así que me dio depresión que los dos fueran tan seguidos. Me daba miedo que me dieran todas las enfermedades que me habían dado con mi otra hija.

2-¿El embarazo fue planeado?

No.

3-¿Cómo lo comprobaste?

No me llegaba la regla y entre a trabajar, y después me hice 3 test de embarazo porque no lo podía creer.

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Me hice el test sola y se lo dije no más a mi marido, y el estaba super contento al principio pero cuando me vio con depresión se preocupo mucho, y se asusto.

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

Que me diera preclampsia, y otras enfermedades que tuve con mi otra hija, diabetes gestacional, colestasia., placenta baja.

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

De todas maneras pensé que me la iba a cambiar por completo, de hecho ya no puedo trabajar, y nació prematuro.

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Lo esperaba no más sin imaginármelo como era.

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Que se pareciera a mi pero no se parece al papá.

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Hombre.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Si yo quería hombre, porque uno siempre quiere darle un hijo hombre a la pareja.

11- ¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Con mucha felicidad.

12- ¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Más o menos porque estaba preocupada de que algo iba a pasar, lo sentía. Un mes antes soñé que mi guagua se me estaba asfixiando y después el Dr. Me dijo voy tener que sacarle la guagua porque se está asfixiada.

13- ¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Si porque yo soy muy enfermiza, y el parto anterior tuve problemas.

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

En el mismo momento que me subió la presión, me dio miedo que me fuera a morir porque me subió la presión a 200.

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

Cosas de la naturaleza.

16- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

Horrible pero después estaba tranquila al escuchar los latidos del corazón de mi guagua porque sabía que estaba vivo. Lo único que quería y pensaba era que yo no me fuera a morir, y la guagua tampoco.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

A los tres días lo pude ver y me puse a llorar, era chico, indefenso, flaco y se parecía al papá.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

Que no le pase algo, estaba desconfiada de lo que le pudiera pasar.

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?.

Emocionante de tocarlo abrazarlo pero no podía por la incubadora, cuando yo me acerque a el y lo toque se puso a llorar.

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Voy a entregar todo por él.

E.V.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?
¿ Que sentiste? ¿qué pensaste en ese momento?.

Por un lado quería y por otro no porque tenía 3 otros hijos, el más chico de tres años. Asumí que iba a tener una guagua.

2-¿El embarazo fue planeado?

No, ninguno de mis embarazos lo ha sido.

3-¿Cómo lo comprobaste?

Solamente porque no me llego la regla,

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Le dije que no me llegaba la regla entonces pensaba que estaba embarazada. El estaba feliz porque le encantan los niños.

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

Que naciera con problemas, y que tuviera alguna infección. No supe que estaba embarazada hasta las 20 semanas entonces fue muy raro el embarazo. Yo quiero que salga bien de aca para estar en la casa. Tengo miedo de que le pueda pasar algo mientras está acá, siempre vengo un poco nerviosa.

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

La cambio pero no pense que iba a nacer antes, aunque a veces tenía contracciones pero tenía fecha para octubre.

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Ansias de tenerlo en la casa, de que naciera.

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Tenía dudas del sexo.

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Me daba igual.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Me gustan los hombres. Estoy acostumbrada a criar hombres porque la niña tiene 13 años.

11-¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Felices.

12-¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Complicado porque tuve varios problemas durante el embarazo, tenía miedo a perderlo, porque se movía mucho y me daba miedo todo.

13- ¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Si sabía porque tuve metrorragia que es un sangramiento y estuve 4 días en el hospital, perdida de mucosa y me había salido un liquido café.

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

El día antes porque estaban rotas las membranas, tenía miedo y tensión porque corría mucho liquido. Me dio susto cuando vi que iban a llamar a neo porque lo estaban esperando.

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

Yo creo que pudo haber influido que yo haya tenido fiebre y escalofríos.

16- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

Deseos de pujar, salió altiro y rápido. Tenía temor de que pasara algo pero ya me relaje cuando salió.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

Deseo de agarrarlo y tomarlo, no quería que se lo llevaran, no me lo había imaginado mucho.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

Que le pase algo.

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?

Lo veia bien pero cuando lo conectaron al respirador se me vino abajo el mundo..

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Miedo de ser sobreprotectora con el porque me ha costado más que salga adelante.

D.V.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?

¿ Que sentiste? ¿qué pensaste en ese momento?.

Bien, yo quería tener guagua, los dos queríamos, estaba alegre, feliz, por que el papá era primera vez que iba a ser papá, entonces yo estaba feliz por él y por mi.

2-¿El embarazo fue planeado?

Fue planeado porque queríamos tener guagua.

3-¿Cómo lo comprobaste?

Por los atrasos y yo me sentía diferente, como que ya me hacía la idea de que estaba embarazada.

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Somos bien comunicativos, siempre estábamos los dos pendientes cuando tenía algún atraso...estaba pendiente, me hacía tomar leche, los dos lo tomamos en forma positiva, me sentí super bien porque el primer embarazo fue todo lo contrario, porque mi pareja anterior no me apoyo...por eso fue super bonito sentirse apoyada y cuidada...el primer embarazo lo pase sola y sufrí bastante.

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

No tuve temor porque mi primer hijo nació bien, entonces no pense en dificultades, creía que todo iba a salir bien, ahora estoy más asustada porque mi guagua nació con un quiste en la cabeza... ahora hay que pensarlo dos veces antes de tener guagua.

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

Si, ahora mi hijo tiene un hermano con quien jugar, tener un hijo es una alegría, si fuera por mí hubiera tenido cuatro (ríe), es hermosa la experiencia de tenerlos en la guata, cuando nacen, cuando caminan, también es difícil cuando se enferman.

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Quería una niña, a la cual iba a apoyar en todo lo que quisiera hacer.

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Igual al papá, me encanta verlo a él chocho porque se parece a él. Siempre imagine que iba a ser mujer, y lo único que espero es que siga sanita nomás.

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Siempre supe que era mujer.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Quería una mujer desde el principio, con el primero esperaba que fuera mujer, y fue hombre y bien. Pero desde siempre quise tener una mujer, porque son tan delicadas, hay que cuidarlas y arreglarlas. El nombre (Matilde) se lo puso el papá, porque yo quería que el también participará en todo esto.

11- ¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Feliz y todos esperaban que fuera mujer.

12- ¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Super relajado, disfrutaba cuando me tocaban la guatita, era como el primer embarazo porque eran cosas que no había vivido a pesar de ya haber tenido un bebé (ahora tengo una pareja que me apoya), por eso ahora la guagua es lo más importante

13- ¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

No, porque el primer embarazo fue super normal, hasta el parto, yo y el bebé sanos.

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

A los 6 meses me hicieron un circlaje, y me dijeron que lo iban a retener hasta que se pudiera. Tenía miedo porque era tan chiquito, y cuando nació me dijeron que no podía respirar solito y no me lo pasaron. Me ayudo mucho mi pareja que es muy positivo, como que no asume la gravedad que tiene, según él va a salir todo bien, es como triste no tenerla en la casa, mirar sus cositas...

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

No se realmente, solo me dieron contracciones, ella quería nacer y no se la pudo detener.

16- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

Fue un alivio por los dolores, yo pense que iba a ser más valiente, y grite mucho, lo único que sentía era sed, lo malo es que después empeece a sudar y temblar pero fue un rato corto. Miedo no tuve en ese momento solo quería que naciera por el dolor, fue como el primer embarazo y parto, porque antes no había sentido nada, todo fue más fácil.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

Miedo de tomarla porque la sentía muy frágil, chiquita, me dio mucha ternura, ganas de llorar, pena porque estaba enfermita. Era como yo la imaginaba, igual al papá, se ve como inquieta, llena de vida.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

Que le pasará algo

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?.

En la UTI, me la puse al pecho y sentí pena, ganas de llorar, y sentí más pena cuando la tuve que entregar porque la tuve un rato muy corto, me emocione, la sentí calentita, con muchas ganas de abrazarla. Igual me sentí un poco incómoda por lo chiquita, ya que se veía tan frágil, me dio susto que le pasara algo.

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Espero ser la mejor mamá , de darle todo lo que a ella le falta, y que ellos me consideren a mí una buena mamá.

P.M.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1- ¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?

¿ Que sentiste? ¿ qué pensaste en ese momento?.

De una forma feliz, bien, no pense nada en ese momento.

2- ¿El embarazo fue planeado?

No, no fue planeado.

3- ¿Cómo lo comprobaste?

Me hice un test, tenía dos meses de atraso.

4- ¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿ Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Me hice el test con mi mamá, y al otro día le dije a mi pareja, él lo tomo bien .

5- ¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

Ningún temor, miedo de no saber criar bien a la guagua.

6- ¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

De hacerme feliz, ha cambiado mi vida de todas las maneras posibles.

7- ¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Que iba a nacer a término.

8- ¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Grande, gordo, pense que iba a ser más moreno pero salió bien blanquito.

9- ¿De que sexo lo imaginabas?

Femenino, porque todos me decían que iba a ser mujer.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Quería que fuera hombre porque no me gustan las niñas.

11- ¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Me puse a llorar de felicidad cuando supe que era un hombre

12- ¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Me sentí bien, casi siempre estaba apenada pero no se porque

13- ¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Cuando recién quede embarazada, temía que pudiese nacer antes porque me habían dicho que tenía el útero muy chico.

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

Cuando empezaron las contracciones, en ese momento sentí mucha tristeza, y pense que quizás podía esforzarme para que no saliera tan pronto.

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

Todo fue muy rápido, no pense mucho de lo que pasaba.

16- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

No fue difícil, el mayor temor era que le pasará algo al bebé.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

Una felicidad muy grande, no era totalmente como lo imaginaba, ya que pensaba que podía ser más moreno.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

Que le pasara algo porque era muy chiquito.

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?.

Me sentí muy feliz, lo sentí como una masita, me dio nervio porque no sabía como sostenerlo porque era muy chico, no sabía como tomarlo.

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Ser una buena mamá.

Z.A.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?

¿ Que sentiste? ¿qué pensaste en ese momento?.

No muy bien, no lo esperaba, pensaba que fuera lo que Dios quiera.

1- ¿El embarazo fue planeado?

No

2- ¿Cómo lo comprobaste?

Creía que se me había cortado la menstruación por los nervios, porque mi hijo se casaba. Fui al Doctor y él me dio la noticia. Estaba entre contenta y triste, porque no lo esperaba, pero igual era un regalo de Dios.

3- ¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Le mostré la ecografía, no fue muy bien recibido, de la boca para afuera contento, por dentro no.

5- ¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

Que viniera bien, pense perderlo porque siempre he tenido problemas en los embarazos.

6- ¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

Si, de todas maneras, todo un cambio, volver a criar.

7- ¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Que el embarazo llegara a término.

8- ¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Como el anterior, coloradito, gordito, pero no prematuro.

9- ¿De que sexo lo imaginabas?

Los demás decían que era mujer, pero yo quería si o si hombre.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Hombre, porque encuentro que las mujeres sufrimos mucho, siempre he preferido hombre.

11- ¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Contenta.

12- ¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Siempre entre alegre y triste.

13- ¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Si, por los embarazos anteriores y porque soy hipertensa.

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

Vine a un control y me dio una hemorragia, ahí supe que tenía que quedar internada, me puse muy nerviosa y lo primero que hice fue llamar a una hermana.

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

Que si era de Dios salir antes así tenía que ser.

16- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

Entre feliz y nerviosa, pensaba en que todo saliera bien.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

Alegría, sí, era como lo había imaginado.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

No creo haber sentido miedo.

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?.

Yo creo que él se sintió bien y yo también.

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Yo creo que lo voy a regalonear hartito, por ser el conchito y por todo lo que ha tenido que pasar.

C.M.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada?

Fué horrible puh!.., es que quede embarazada con el dispositivo..

¿ Que sentiste? Sentí pena, porque no estaba planeado pero bueno..

¿qué pensaste en ese momento? No, despues ya más tranquila pensé que había que tenerlo no más..apechugar

2-¿El embarazo fue planeado?

No

3-¿Cómo lo comprobaste?

Me hice el test de farmacia, pero yo ya sabía..es que yo era súper regular , así es que yo sospechaba y lo comprobe con el test, me salió altiro positivo, a la primera y bien marcado.

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

No fué negativa, pero tampoco positiva..se bajoneo. Pero luego igual decidimos apechugar.., había que hacerlo porque yo nunca pense en aborto ni nada de eso.

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo?

Ah! Muchos...al dolor porque con mí primer hijo tuve y sufrí muchos dolores; a que tuviera algún defecto congenito..y por lo mismo del dispositivo que lo pudiera herir, o incrustarselo.

¿en relación a ser madre por primera vez?

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿de que manera?

Sí, en que me ocuparía mucho tiempo, se me iba a ser más difícil porque con el primero ya me cansaba..pensaba que luego con los dos necesitaría mucho más tiempo.

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

(Ríe) Esperaba que fuera igual a mí! ..es que el primero era igual al papá

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Es que en la ecografía se veía igual a mi primer hijo, se parecían mucho..pero nada que ver despues.

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Mujer

10-¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Sí yo quería una mujer porque como el primero era niño, quería tener la parejita

11-¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Cuando tenía seis meses de embarazo supé, igual pensé pucha! Pero tampoco triste, igual estaba contenta porque decían que estaba bien...

12- ¿ Como viviste tu embarazo? ¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Súper bien, feliz Felicidad..me estimulaba comprarle cosas..estaba contenta. Pero igual tenía miedo porque estaba cerca del cuello del útero, entonces si caminaba mucho se podía reventar la bolsa..y me pasó pero cuando estaba dormida.

13-¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? ¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Sí por el asunto del tratamiento plástico en forma de t, que le pudiera quedar impreso o incrustado en su cabecita..es que los médicos me explicaban que eso podría suceder..

14- ¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar? ¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

Cuando se le reventó la membrana, estaba durmiendo..me dió miedo.., menos mal que estaba mi pareja (Jaime) porque me asusté, era mucha agua..y me asusté. Jaime se puso súper nervioso, se asustó.

15-¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

El que tiene no más puh, por lo del tratamiento, es que yo ya estaba informada porque los doctores ya me habían explicado..pero igual eso me tener mucho miedo y me dió como más inseguridad.

16-¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? ¿ Cual era tu mayor temor?

Que estaba súper nerviosa Es que me sentía con el estomago vacío..

Es que como no me lo mostraron...yo quería verlo, como estaba en riesgo, tenía miedo que le fuera a pasar algo con el cambio. Lo bueno es que lloró de inmediato y yo lo sentí, pero lo sentí y no lo veía.

17- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? ¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio?

Fué en la uti a las tres semanas del parto y me pusé a llorar pensando que no iba a vivir. No porque pense que se parecería a su hermanito, y cuando lo ví lo encontré súper lindo, no se parecía ni al papá ni al hermanito.

18- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

De que no fuera a vivir pero mi pareja me dió ánimo

19-¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé?¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?

En la uti , tres semanas despúes del parto. Me pusé a llorar y fuí para estimularme porque antes no me salía leche

20-¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Bueno porque ya tengo más experiencia, es que un hijo da mucha experiencia..además tengo el apoyo de mí pareja que es muy bueno y preocupado.

P.O.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada? ¿ Que sentiste? ¿ qué pensaste en ese momento?

Es que no sabía, supe cuando tenía ya tres meses. No me enfermaba y me hice el test. Me sentí contenta y no contenta a la vez...pero pensé que había que aceptarlo no más si ya venía.

2-¿El embarazo fue planeado?

No

3-¿Cómo lo comprobaste?

Con el test de embarazo.

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja?¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Se lo dije nada más...la reacción fué buena, si ya venía..

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿en relación a ser madre por primera vez?

No tuve, estaba tranquila.

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿De que manera?

Él había cambiado harto mí vida..el papá se ha portado mejor y yo estoy más tranquila.

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Me lo imagine más de todo...nunca me lo imagine tan chiquitito.

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿ Como esperabas que fuera?

Me lo imaginaba igual que me hija y salió igual.

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Mujer

10-¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

Sí, quería un hombre porque ya tenía dos niñas.

11-¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Lo supe en la misma sala de parto y estaba super contenta

12-¿ Como viviste tu embarazo?¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Me sentí mal, hartos vómitos, dolores en las piernas, se me puso muy dura la guata. Andaba con más pena.

13-¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación?

¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Si, es que tenía muchos dolores, y me llamaba la atención lo dura que se me ponía la guata.

14-¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar?

¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

Sentí muchos dolores y lo tuve no más. Estaba tranquila, es que en ese momento uno no sabe nada...sólo sentí muchos dolores.

15- ¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento? Es que yo había hecho una fuerza mal hecha, me ponía hacer las camas.

16-¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión?

¿Cual era tu mayor temor?

Estaba tranquila, todo fué rápido, quería puro tenerlo por los dolores, pero no tenía miedo.

17-¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez?. ¿ Era como lo habías imaginado, y si no fue así en que se diferenció?

Estaba contenta, en realidad sentía pena y alegría, es que era tan chiquitito. Sí era como me lo había imaginado.

18-¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

Que tuviera alguna enfermedad.

19-¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé?¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?

Fué en la UTI, yo estaba mal, tenía pena porque él estaba ahí.

20-¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Bien....

S.L.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada? ¿ Que sentiste? ¿ qué pensaste en ese momento?

Feliz, estaba nerviosa... y me puse a llorar

2-¿El embarazo fue planeado?

No

3-¿Cómo lo comprobaste?

No sabía, no tenía idea y note algo extraño porque sentía muchas nauseas, además yo era súper irregular... así es que me di cuenta a los tres o cuatro meses cuando me hice el test porque mí mamá me dijo.

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja? ¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Por teléfono porque el estaba acá en Stgo y yo en el sur Lo tomó bien, estaba contento, estabamos felices porque estabamos bien los dos.

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo? ¿En relación a ser madre por primera vez?

De no tener un lugar propio y estable para el niño. Miedo a las contracciones, al parto, o que naciera con problemas porque yo no me había cuidado los primeros meses, es que no tenía idea que estaba esperando.

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿De que manera?

Sí radicalmente de manera positiva, tenía ganas de ser mamá y consolidarnos como pareja

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Quería que se pareciera a sus papá, que saliera bien y normal sin ninguna enfermedad grave.

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

Eso parecido al papá....

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Niña

11-¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

No lo que fuera..pero igual había un deseo mínimo de que fuera niñita para arreglarla y vestirla bonita, como por esas cosas.

12-¿ Como recibiste la noticia del sexo?

Supe cuando la tuve no más,que era niñito (Ríe)..es que como no tuve controles durante el embarazo.

13-¿ Como viviste tu embarazo?¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Súper bien, feliz. Felicidad..me estimulaba comprarle cosas..estaba contenta. Pero igual tenía miedo porque estaba cerca del cuello del útero, entonces si caminaba mucho se podía reventar la bolsa..y me pasó pero cuando estaba dormida.

14-¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación?

¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Sí por el asunto del tratamiento plástico en forma de t, que le pudiera quedar impreso o incrustado en su cabecita..es que los médicos me explicaban que eso podría suceder..

15-¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar?¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

Cuando se me reventó la membrana. Estaba durmiendo..me dio miedo.., menos mal que estaba mi pareja (Jaime) porque me asusté, era mucha agua..y me asusté. Jaime se puso supera nervioso, se asustó.

16-¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

21-El que tiene no más puh, por lo del tratamiento, es que yo ya estaba informada porque los doctores ya me habían explicado..pero igual eso me tener mucho miedo y me dio como más inseguridad.

22- ¿ Cómo recuerdas el momento del parto? Que estaba súper nerviosa

¿ Qué pensabas en esa ocasión? Es que me sentía con el estomago vacío..

¿ Cual era tu mayor temor? Es que como no me lo mostraron...yo quería verlo, como estaba en riesgo, tenía miedo que le fuera a pasar algo con el cambio. Lo bueno es que lloró de inmediato y yo lo sentí, pero lo sentí y no lo veía.

23- ¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez? Fué en la uti a las tres semanas del parto y me puse a llorar pensando que no iba a vivir.

¿Era como lo habías imaginado, y si no fuera así en que se diferencio? No porque pense que se parecería a su hermanito, y cuando lo vi lo encontré súper lindo, no se parecía ni al papá ni al hermanito.

24- ¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor? De que no fuera a vivir pero mi pareja me dio ánimo

25- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé? En la uti , tres semanas después del parto ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?. Me puse a llorar y fui para estimularme porque antes no me salía leche

26- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Bueno porque ya tengo más experiencia, es que un hijo da mucha experiencia..además tengo el apoyo de mí pareja que es muy bueno y preocupado.

E.R.

Entrevista sobre fantasías de las madres en torno al embarazo y nacimiento prematuro de sus bebés

1-¿ Como viviste el momento en que te diste cuenta que estabas embarazada? ¿ Que sentiste? ¿ qué pensaste en ese momento?

No supe porque era muy irregular. Pero cuando ya sabía sentí mucha alegría, es ya estaba en edad de tener una guaguita...Pense que tenía que seguir para adelante.

2-¿El embarazo fue planeado?

No

3-¿Cómo lo comprobaste?

Es que lo que pasa es que los tres primeros meses mi esposo estaba con todos los síntomas y me lo comento, luego a mí me comenzaron a picar mucho las mamas, así es que fui al consultorio y ahí lo comprobé, ya tenía tres meses.

4-¿Cómo se lo comunicaste a tu pareja?¿Fue percibido en forma positiva, y si no fue así cual fue la reacción de ambos?

Los dos ya estábamos seguros, así que dijimos "sigamos adelante", es que no era planeado pero teníamos ganas.

5-¿Qué temores surgieron en torno al embarazo?¿en relación a ser madre por primera vez?

Es que uno no sabe..no sabe como va a tocar el parto..

6-¿ Pensaste que tu hijo podría cambiar tu vida? ¿De que manera?

En realidad no..

7-¿Cuáles eran las expectativas que tenías en torno a tu bebé?

Que saliera sanito, sin complicaciones

8-¿Cómo imaginaste a tu hijo? ¿Como esperabas que fuera?

"Uno se imagina tantas cosas...por ejemplo que se pareciera a los dos..que fuera gordito..

9-¿De que sexo lo imaginabas?

Yo no me lo imaginaba, sólo que fuera sanito.

10- ¿Tenías preferencia por algún sexo en especial? ¿Por qué?

No

11-¿ Como recibiste la noticia del sexo?

El mismo día que tuve la cesárea porque antes en las ecografías no se dejaba ver.

12-¿ Como viviste tu embarazo?¿Qué sentimientos prevalecían en ti?

Después de los cuatro meses me choqueo demasiado, no podía comer ningún lácteo, me daban nauseas y vómitos; no tenía asco, comía igual pero luego a las dos horas lo devolvía.

Me puse un poco melancolica...a veces triste, extrañaba a mí familia.

13-¿ En algún momento pensaste que podría surgir alguna complicación? Sí

¿Qué te hizo pensar en esa posibilidad?

Nunca una complicación, pero sí que no llegaría a los 9 meses porque cuando hacía fuerza me venía sangramiento..

14-¿ En que momento te informaste que el parto se iba a adelantar?

¿ Qué sentiste en ese momento? ¿ Como lo enfrentaste?

No supe, lo que sucedió es que a las 28 semanas se me rompió las membranas, me internaron y me dijeron que debía estar hasta las 34 semanas y me hicieron un tratamiento para que madurará el bebé, con reposo absoluto.

Sentí dolores tan fuertes, que no pensaba en nada...luego me hicieron la cesárea porque ya eran contracciones muy fuertes, así es que me entregue nada más.

15-¿ Qué explicación le diste a este acontecimiento?

En ese momento no supe..es decir, porque se me rompieron las membranas y no tenía explicación.

16-¿ Cómo recuerdas el momento del parto? ¿ Qué pensabas en esa ocasión? Cual era tu mayor temor?

No pensé en nada porque los dolores eran demasiado fuertes, sólo ponerme en manos de Dios.

17-¿ Qué sentiste cuando recibiste a tu bebé por primera vez?. ¿ Era como lo habías imaginado, y si no fue así en que se diferenció?

Fue en la UTI y me sentí tan mal..es que tenía tantas cosas, aparatos..que casi me desmayo. Y sí era como me lo imaginaba.

18-¿ En cuanto viste a tu bebé, cual fue tu mayor temor?

En ese momento sólo me encomendé a Dios para salir adelante, pensar positivo nada más.

19- ¿ Como fue el primer encuentro con tu bebé?¿cómo te sentiste? ¿cómo lo sentiste a él/ella?

Quería tocarlo para sentirlo..para compenetrarnos y que pudiera sentir el calor de la mamá.

20- ¿Finalmente, como piensas que será tu rol de mamá?

Supongo que bien, que tengo que ser una buena madre para que crezca sanito.

ANEXO 7 TALLER DE MATERNAJE

Objetivos

Generales:

- 1) Entregar a las madres las herramientas necesarias para desempeñar el mejor maternaje posible, que incida en la creación de un apego más seguro.
- 2) Crear un ambiente de contención y confianza en que las madres puedan desplegar sus experiencias y sentimientos en torno al nacimiento de sus hijos de forma prematura.

Específicos:

Sesión 1:

- 1) Lograr la cohesión grupal a través del conocimientos de las integrantes.
- 2) Presentar a las madres los objetivos del taller y recibir las expectativas que ellas tienen en torno a este.
- 3) Motivar a las madres a una participación activa y una apertura hacia los temas que se aborden a lo largo del taller.
- 4) Identificar los temores y fantasías que las madres tienen en torno al embarazo y al parto.
- 5) Concepto de preocupación maternal primaria.

Sesión 2:

- 1) Que las madres puedan recordar aspectos propios de la relación con sus madres durante su primera etapa de la infancia.
- 2) Identificar la incidencia que el vínculo temprano con sus madres pueda tener sobre el manejo con sus propios hijos/os.
- 3) Concepto madre suficientemente buena.

Sesión 3:

- 1) Entregar a las madres nociones básicas sobre las características tanto físicas como psicológicas de un niño prematuro.
- 2) Conscientizarlas sobre la importancia de los cuidados maternos, enfatizando en la adaptación de la madre a las necesidades básicas de su bebé.
- 3) Concepto de *holding* y *Reverie*
- 4) Distinguir entre bebé real y bebé imaginario, enfatizando la diferencia que existe entre ambos.

Sesión 4:

- 1) Que las madres puedan reconocer las características propias de sus bebés(ansiosos, tranquilos, llorones).
- 2) Señalar estilos de afrontamiento más adecuados de las madres hacia sus hijos de acuerdo a las características de estos.
- 3) Introducir el concepto de *handling* y presentación del objeto.

Sesión 5:

- 1) Entregar a las madres distintas técnicas de amamantamiento para que esto sea una manera de vincularse más cercana con sus hijos.
- 2) Enfatizar la importancia que tiene la lactancia como una forma de comunicación entre la madre y el hijo.
- 3) Identificar las ansiedades de las madres en torno a la lactancia de sus hijos.
- 4) Función e importancia de la lactancia materna.

Sesión 6:

- 1) Enfatizar la importancia de que las madres sean capaces de interpretar las señales entregadas por sus bebés.
- 2) Familiarizar a las madres con los conceptos de resonancia afectiva y sintonía.
- 3) Introducir a las madres conceptos básicos relacionados con la dependencia y el estado de indefensión de sus hijos; visualizándolas como un yo auxiliar.

Sesión 7:

- 1) Generar un espacio de reflexión donde las madres puedan pensar y distinguir su estado anímico actual.
- 2) Disminuir los sentimientos de culpa de las madres en torno a la ambivalencia que sienten con respecto a sus bebés.
- 3) Concepto de mentalización

Sesión 8:

- 1) Evaluación y cierre del taller.
- 2) Fortalecer la imagen que las madres tienen de sí mismas.

Sesión 1: “Aprendiendo a ser mamá”

1- Nombre de la actividad: “ Bienvenida y presentación del grupo”

Duración: 30 minutos.

Materiales: Credenciales que identificarán a cada participante del taller.

Objetivo: Integrar a las madres al grupo, a través del conocimiento entre ellas y el equipo de salud.

Descripción de la actividad: Se saluda a cada participante y se les hace entrega de una credencial con su nombre. Se espera 10 minutos hasta que lleguen todas las madres inscritas en el taller y se dé el quórum suficiente para dar inicio a la primera sesión. Posteriormente se les dará la bienvenida brevemente con el fin de incentivarlas y de poder generar un espacio de confianza, en donde se sientan cómodas para compartir sus propias experiencias a lo largo del taller.

Para esto se realizará una presentación cruzada, donde las madres deberán juntarse en parejas y se contarán a grandes rasgos, sus características personales y cómo se sienten aquí y por qué aceptaron participar. Luego el grupo entero se juntará y cada persona deberá presentar a la pareja que le tocó.

2- Nombre de la actividad: “Presentación de objetivos del taller”

Duración: 10 minutos.

Materiales: papelógrafo.

Objetivo: Exponer los objetivos y temáticas que se abordarán a lo largo del taller.

Descripción de la actividad: Las monitoras expondrán brevemente los objetivos que se trabajarán en el taller, para luego especificar los contenidos en forma general. Una vez finalizada la presentación de los objetivos se abrirá un espacio donde las madres puedan tener su primer acercamiento con el grupo. En este espacio se espera recibir inquietudes, dudas y temores de las madres en relación al nacimiento precoz de sus bebés. En este sentido las monitoras tendrán un rol activo, en donde deberán generar un espacio de contención en el cual las madres se sientan cómodas para participar de manera espontánea.

3- Nombre de la actividad: "Mis expectativas"

Duración: 10 minutos.

Materiales: caja, lápices y papeles.

Objetivo: Recoger las expectativas de las madres en torno al taller.

Descripción de la actividad: Se le pedirá a cada una de las participantes que escriban en un papel lo que esperan del taller, cual creen que será el aporte para ellas y para la relación con sus bebés. Luego deberán poner su nombre en el papel e introducirlos en una caja diseñada para esta ocasión, la cual quedará cerrada hasta el final del taller. Cada madre deberá leer sus expectativas en voz alta antes de guardarlas en la caja, para que las monitoras y el grupo se puedan hacer una idea general acerca de lo que se espera del taller.

4- Nombre de la actividad: " Identificando a mi bebé"

Duración: 30 minutos.

Materiales: cartulinas, lápices, tijera, papeles.

Objetivo: Generar un acercamiento de las madres hacia sus bebés, para que luego sean capaces de presentarlo a las demás participantes del taller.

Descripción de la actividad: Las monitoras aportarán al grupo un diario mural diseñado por ellas. La idea general es que cada madre cree y realice una ficha de identificación de sus bebés, especificando ciertas características como: nombre, peso, días, altura, nombre de sus padres, hermanos, etc. Por otro lado deberán realizar un dibujo de sus bebés simulando una foto carnet, que podrá aportar rastros sobre la visión que tienen las madres de ellos. Estas fichas de identificación quedarán en el diario mural a lo largo de todo el taller simbolizando la presencia de ellos, como beneficiarios directos de la contribución que el taller pueda tener en las madres en su rol.

Posteriormente se realizará una reflexión grupal en torno al estado de indefensión y dependencia del bebé, resaltando la importancia del rol materno y esto servirá para introducir el abordaje del concepto de preocupación maternal primaria.

5- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 10 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso. Se especificará que el taller se realizará siempre en el mismo lugar y en la misma hora; enfatizando que se requiere de continuidad en la asistencia.

Sesión 2: “Yo y mi bebé”

1- Nombre de la actividad: “Reflexión grupal”

Duración: 10 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción de la actividad: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2- Nombre de la actividad: “Imaginería”

Duración: 30 minutos.

Materiales: radio y música (con sonidos de bebés)

Objetivo: Promover la conexión de las madres con su propia experiencia de “ser bebé”.

Descripción de la actividad: Primero se informa a las madres que se iniciará una actividad en la cual deberán usar su imaginación. La idea es que sean capaces de recordar y contactarse con su propia infancia, poniendo un énfasis especial en sus emociones y vivencias tempranas. El objetivo es que las madres logren desconectarse del ambiente actual y viajar hacia su propio pasado.

Para esto se dispondrá a las madres en una posición lo más cómoda posible, se pondrá una música específica que evoque ruidos de guaguas y se describirá : “ Estamos tranquilas...y viajamos hacia atrás..hacia nuestra niñez...estamos atentas a los recuerdos de infancia..., se escuchan ruidos de bebé , se siente un aroma de guagua,.Y somos un bebé pequeño e indefenso que se encuentra llorando...ahora ..Cómo estamos?..Qué vemos? Quien está ahí con nosotras?

Recuerden su pieza de niñas.., Contactémonos con nuestras sensaciones, Qué percibimos, Cómo estamos? Qué sentimos? Que sucederá?.....” ahora traten de

evocar a sus madres....Cómo la ven, Qué están haciendo..?...¿que edad tienes en ese momento?...trata de recordar poco a poco el lugar en que te encuentras...como se siente tu cuerpo, quien más te acompaña en aquella situación, como se ve tu madre...cual es la expresión de su rostro....como te sientes en ese momento, que sensación te acompaña al estar cerca de ella... que recuerdas de ella en tu infancia, que sensación te provoca, como te sientes...en que piensas..como es ella contigo....poco a poco te vas alejando de aquella escena y vuelves al lugar del taller conectándote nuevamente con el presente, enfatizando el ritmo de la respiración, de a poco vas a empezar a abrir los ojos....

Todo el discurso deberá ser relatado suave y lentamente con pausas profundas, para poder recrear un ambiente que incentive el recuerdo y de esta manera impulsar a las madres a que liberen sus emociones y que puedan contactarse con su propia experiencia; sintiéndose cómodas y en confianza. Una vez finalizada esta imaginación se les invitará a que vuelvan de a poco a contactarse con los ruidos de la sala y con nuestras voces.

Luego de esto las monitoras deberán invitarlas a compartir sus experiencias con el grupo, de manera personal. En esta instancia será importante que las monitoras puedan recoger todo lo observado durante la actividad, describiendo la facilidad o dificultad que presentaron las participantes para conectarse con sus experiencias pasadas, tomando nota de todas las emociones y sentimientos descritos por las madres y centrando la atención en lo complejo del rol, de lo fácil que es equivocarse y no acoger adecuadamente, pero enfatizar en sus preguntas el esfuerzo y la intención positiva puesta por las madres. Transmitir el sentido de lo suficiente como opuesto a lo perfecto e imposible .

4- Nombre de la actividad: "Síntesis experiencial y teórico"

Duración: 45 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivos: Integrar las vivencias provocadas en las actividades anteriores y enfatizar la relevancia que tiene el concepto de madre suficientemente buena.

Descripción de la actividad: Se les pedirá que reflexionen acerca de lo comentado y vivido recientemente y preguntarles que les hace pensar en torno al rol de madre (vivenciado como hijas y como madres en la actualidad). Después de recoger el sentido que las madres le dieron a la actividad, se expondrá la relevancia que tiene el concepto de "madre suficientemente buena"; enfatizando la idea de que a pesar que existen diversos factores que influirán en el cuidado de sus bebés, las madres deben tener confianza en sus propias capacidades ya que son ellas las que mejor conocen a sus hijos, destacando que no existen madres "perfectas". Hacer una breve exposición del concepto, desglosado en habilidades y tareas específicas que ellas pueden desarrollar.

5- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 5 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso.

Sesión 3: “Todo sobre mí bebé”

1- Nombre de la actividad: “Reflexión grupal”

Duración: 10 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción de la actividad: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2- Nombre de la actividad: “Bebé imaginario y bebé real”

Duración: 30 minutos.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Objetivos: Analizar las expectativas que las madres tenían en torno al nacimiento de sus hijos y poder compararlos con los sentimientos que les surgieron cuando se enfrentaron a su bebé real.

Descripción de la actividad: Las monitoras le entregarán a cada una de las madres una hoja que estará dividida en dos, en un lado deberán describir cómo se imaginaban a su bebé antes del nacimiento y del otro, como su hijo fue efectivamente al nacer. Luego se invitara a las madres que reflexionen en torno a las diferentes visiones que tenían de su hijo antes del nacimiento y después de este. En este momento es importante la capacidad de contención de las monitoras ya que seguramente van a surgir sentimientos encontrados con los cuales van a tener que ser capaces de trabajar y conversar con las madres. Estos sentimientos se deben fundamentalmente al duelo que toda madre debe pasar, ya que el bebé real no necesariamente cumple con las expectativas o deseos de la madre, en este sentido se debe rescatar que estos sentimientos de frustración o de culpa por

sentirse "decepcionada" son normales y son parte de la fase por la que toda madre debe pasar, y que a medida que tenga un mayor contacto con su bebé, este va a cumplir cada vez más con las expectativas que tenía.

3- Nombre de la Actividad "Exposición de material audiovisual"

Duración: 15 minutos.

Materiales: video sobre bebés prematuros.

Objetivos: Presentar a través del material audiovisual las características propias del bebé prematuro.

Descripción de la actividad: Se les mostrará a las madres un video acerca los bebés prematuros y luego se les explicará lo indefenso y la gran dependencia tanto física como emocional que presentan estos niños. Esta explicación será apoyada por el material audiovisual.

3- Nombre de la actividad: "Exposición teórica"

Duración: 30 minutos.

Materiales: viñetas de relaciones de bebés y sus madres.

Objetivos: Explicar y profundizar los conceptos de holding y reverie, enfatizando la idea de que las madres deben ser capaces de adaptarse a las necesidades de sus hijos.

Descripción de la actividad: Se generará una discusión grupal acerca del video y luego las monitoras harán una breve exposición de los conceptos de holding y reverie, motivando a que las madres participen activamente, expresando sus opiniones y manifestando sus dudas acerca del tema. Para motivar la participación activa de las madres se utilizarán viñetas creadas o sacadas de observaciones sobre relaciones de bebés y sus madres, que reflejen la diferencia entre haber hecho reverie o haber operado con holding, y situaciones en que esto no opere. Esto contribuye a que puedan hacerse una idea más práctica que les sirva de modelo para lograr un mayor entendimiento acerca de los conceptos teóricos.

Para finalizar se le entregará a cada una de las madres una cartilla acerca de los cuidados que requieren y características principales de los bebés prematuros,

situaciones especiales que hay que atender, etc. La idea es que las mamás se las lleven a sus casas y se puedan comentar las dudas en la sesión siguiente, en la presencia de un neonatólogo invitado que pueda responder a inquietudes más específicas en torno a las características principales de los niños nacidos en forma precoz.

5- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 5 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso.

Sesión 4: " Como es mi bebé"

1- Nombre de la actividad" Reflexión grupal"

Duración: 10 minutos

Materiales: ninguno

Objetivos: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción de la actividad: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2- Nombre de la actividad:" Exposición: bebés prematuros y sus implicancias"

Duración: 30 minutos

Materiales: Ninguno

Objetivos: Profundizar el conocimiento y clarificar dudas acerca de aspectos característicos de bebés nacidos antes de término.

Descripción de la actividad: Se invitará a un Neonatólogo a presentar una breve exposición sobre los aspectos básicos que se deben manejar sobre los bebés prematuros. La presentación de contenidos será aproximadamente de 20 minutos, para que posteriormente se realice una rueda de preguntas donde las madres puedan exponer sus dudas e inquietudes acerca de sus bebés.

3- Nombre de la actividad: "Conociendo a mi bebé"

Duración: 45 minutos

Materiales: hojas blancas, lápices, 2 hojas con indicadores de evaluación

Objetivo: Enfatizar la importancia de las diferencias individuales entre los bebés, rescatando ciertas características propias de los prematuros y formas de respuesta óptima de la madre.

- Introducir en los conceptos de handling y presentación de objeto.

Descripción de la actividad: Inicialmente se divide al grupo en dos. Las monitoras realizan una breve exposición, a modo introductorio, sobre la existencia de múltiples diferencias individuales entre los bebés, y no solo en lo que respecta al peso y otras características físicas, sino a una multitud de conductas estrictamente interactivas. Posteriormente se expone de acuerdo a la mirada de A. Korner ciertos indicadores para evaluar el comportamiento neonatal (a cada grupo se le entregará una hoja con los siguientes puntos a evaluar: diferencias individuales en cuanto a la irritabilidad, consolabilidad, en cuanto a la capacidad del bebé para calmarse por sus propios medios, en cuanto al estado de vigilancia, actividad motora, reactividad a estímulos, succión, claridad de señales). La idea es que los grupos puedan conversar sobre estos indicadores, previa explicación de estos por parte de las monitoras. El objetivo de la actividad es que en cada grupo se de una discusión. Cada madre deberá describir como cada indicador se manifiesta en su bebé. Luego anotan en una hoja de que forma cada indicador se repite más ej.: si la mayoría de los bebés son llorones, anotan en el indicador de irritabilidad " llanto frecuente". La idea de hacer esto es que puedan darse cuenta que los bebés prematuros poseen características comunes, pero que indudablemente las diferencias entre ellos también son importantes. Finalmente las monitoras motivarán a que una representante por grupo exponga los resultados de su evaluación, la idea es que las monitoras puedan entregar herramientas para que puedan enfrentar estas características de la mejor manera. Ej.: si los dos grupos coinciden en que la mayoría de los bebés son irritables, se les debe decir que la mejor manera de enfrentar esto es no estimular tanto al bebé, ya que su conducta se debe a que ya lo esta en forma suficiente. Para finalizar se hará una breve

exposición acerca del concepto de handling y presentación de objeto, ligándolo directamente.

4- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 5 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso.

Sesión 5 “Lactancia Materna”

1- Nombre de la actividad” Reflexión grupal”

Duración: 10 min.

Materiales: ninguno

Objetivos: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2- Nombre de la actividad: “Sopa de letras”

Duración: 25 minutos.

Objetivo: Identificar la función e importancia de la lactancia materna.

Materiales: cartulinas, autodefinido, lápices.

Descripción de la actividad: Las monitoras harán entrega a las madres de una cartulina con un sopa de letras. La idea es que busquen palabras para luego adivinar el concepto. Las palabras serán: amor, nutrición, cuidado, vínculo, calidez, hambre, unión, vida, comunicación, dependencia, dedicación, delicadeza, sentimientos, tranquilidad, contacto, etc. Luego se les pedirá que adivinen o piensen en un concepto que englobe a todos estos términos. Una vez que ellas adivinen el concepto de lactancia, las monitoras realizarán una charla informativa acerca de la importancia y la función de la lactancia. (ver anexo)

3- Nombre de la Actividad: "Mis Ansiedades en torno a la lactancia"

Duración: 30 minutos.

Objetivo: Lograr que las madres puedan conectarse con la lactancia de sus hijos y visualizar las ansiedades en torno a esto.

Materiales: Papeles recortados y lápices.

Descripción de la actividad: Se empezará esta actividad explicándole a las mamás en forma breve que en esta sesión se trata de que ellas puedan pensar y sentir acerca de lo que les produce la lactancia. Luego las monitoras les pedirán que se dividan en dos grupos, y que puedan compartir entre ellas cuales son los hechos que más le han producido o les producen temor, duda y/o ansiedad (sino hubiesen tenido tal experiencia). Esta discusión debería durar alrededor de 10 minutos. Una vez que hayan terminado esta breve discusión se les pedirá a las madres que vuelvan a formar el círculo. Las monitoras se encargarán de repartirles papeles para que cada una pueda anotar uno o dos cosas que son las que mayormente le producen temor y/o ansiedad. Se recolectarán estos papeles y se le pedirá a cada una que tome un papel y lo lea en voz alta. Después de que una madre lea un papel se le pregunta si coincide con ese sentimiento o estado.

Para motivar la participación del grupo se les pregunta a las demás madres si a ellas también les ha sucedido o sienten lo mismo en esa situación o vivencia.

La finalidad es que puedan compartir experiencias y constatar que muchos de sus miedos también los experimentan otras personas, que es normal y que generalmente se relacionan con inseguridades propias que obstaculizan una lactancia adecuada. Por otro lado se debe enfatizar sobre la importancia que tienen los factores ambientales y como muchas veces estos acrecientan las dificultades de la lactancia (ruidos, presencia de otros, etc.)

En esta actividad lo importante es que se puedan aclarar mitos que rodean la lactancia, y que las madres encuentren un espacio acogedor para que logren expresar sus verdaderos temores y ansiedades.

4- Nombre de la actividad: "Técnicas de lactancia"

Duración: 20 minutos.

Objetivo: Que las madres sean capaces de elegir la mejor técnica de amamantamiento para sus hijos, de acuerdo a sus características.

Materiales: Diapositivas o fotos.

Descripción de la actividad: En esta actividad las monitoras comenzaran mostrando fotos de las distintas técnicas de amamantamiento (8): tradicional, canasta o de pelota, reversa, sentado enfrentando a la madre, de caballito, mano de bailarina, decúbito lateral y decúbito ventral (**ver anexo**). Se hará una breve explicación de cada una para luego entablar una conversación en grupo en donde se verán las dudas y preguntas que tengan las madres acerca de las posiciones. En esta actividad es importante hacer una revisión de los beneficios que cada posición tiene, con respecto a su hijo en particular; ya que dependiendo del niño va a ser la posición que se debería adoptar.

5- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 5 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso.

Sesión 6 " ¿Qué le pasa a mi bebé?

1- Nombre de la actividad: "Reflexión grupal"

Duración: 10 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivos: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada.. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2- Nombre de la actividad: " Que me quieres decir"

Duración: 30 minutos

Materiales: ninguno

Objetivo: que las madres puedan tomar consciencia acerca de la comunicación no verbal y su implicancia en la relación con sus bebés.

Descripción de la actividad: se conforman parejas, sentadas frente a frente, se pide que construyan un diálogo no verbal. Las parejas se dan las manos, con los ojos cerrados y realizan un diálogo. Primero, una mamá debe traspasarle a través de las manos a su compañera, los sentimientos acerca de la situación que esta viviendo en torno al nacimiento de su bebé (traspasar la emoción principal que gira en torno a su situación). Posteriormente le tocará transmitir a la mamá, que anteriormente estaba recibiendo el mensaje. Al finalizar la actividad cada pareja comenta lo que ha comunicado con las manos y se comparte la experiencia al grupo. La idea es poder identificar si el mensaje fue bien recibido y entendido, o sea si el receptor entendió lo que el emisor quería comunicar. Para finalizar la actividad las monitoras destacarán la importancia de la comunicación no verbal y como esta se pone en juego constantemente en la relación que establecen con sus hijos.

3- Nombre de la actividad: "Rol Playing"

Duración: 15 minutos. (5 minutos cada una)

Objetivo: Exponer a través de una representación el concepto de resonancia afectiva, en relación a situaciones de la vida cotidiana (tomando en cuenta los diferentes estados del bebé en relación al hambre, sueño, dolor, etc.).

Materiales: 3 bebés de juguete.

Descripción de la actividad: Las monitoras serán las encargadas de desarrollar esta actividad. Cada monitora representará a una madre con su hijo/a en diversas situaciones de la vida diaria, dicha representación estará ligada específicamente a diferentes estados por los que pasa el bebé recién nacido y como la madre responde a ellos— si entiende las señales, si comprende lo que el niño necesita con el gesto que hace, etc.—. Se representarán tres situaciones:

- una madre que no sintoniza con las necesidades de su bebé, que se angustia y traspasa su estado a su hijo/a, acrecentando el estado de angustia de ambos.
- Una madre, que a veces comprende lo que su hijo/a necesita, y otras veces no, dependiendo de su estado.
- Una madre que sintoniza con la mayoría de las conductas y gestos de su bebé, adaptándose permanentemente a sus necesidades. Una madre que es capaz de dejar en segundo plano sus propias necesidades.

4- Nombre de la actividad: "Discusión grupal"

Duración: 30 minutos

Objetivos: Identificar los diferentes sentidos que puede tener una misma conducta en los bebés, con el fin de que las madres puedan responder de la mejor manera a las necesidades de sus bebés.

Materiales: ninguno.

Descripción de la actividad: se les pregunta que fue lo que pensaron o que piensan que se quiso demostrar con las representaciones que pusieron en escena

las monitoras que hacía la diferencia entre una y otra, en que detalles se fijaron, como les resultaban las aproximaciones que cada una tenía, que sentimientos les provocaron a el verlas actuar, etc.. Una vez que todas hayan aportado con sus comentarios, se explica lo que se quiso representar. A partir de esto se abre la pregunta sobre ¿Qué significa estar conectado con las necesidades del bebé?, para responder a esto las monitoras reflejan el sentido de las tres representaciones y se detienen en la tercera, que respondería a esta interrogante. Esta situación estaría reflejando el concepto de sintonía afectiva que se trata de la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta exterior. Es una forma de comulgar con los estados interiores del otro. Se expresa a partir de la intencionalidad y la pauta temporal: el pulso, ritmo , duración y movimiento. Se resalta la importancia de este concepto y se enfatiza en lo oportuno que es este movimiento ya que el bebé es un ser indefenso y dependiente, que necesita de un buen traductor de sus necesidades para no ver coartadas sus acciones y no ser frustrado tempranamente.

También es importante tranquilizar a las mamás, en el sentido de que no existen acciones pautadas en cuanto al comportamiento que deben tener con sus bebés, ellas finalmente son las que mejor conocen a sus hijos/as y por lo tanto sabrían mejor que nadie que es lo que quieren o necesitan.

5- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 5 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso.

Sesión 7 “Como me siento en mi rol de madre”

1-Nombre de la actividad: “Reflexión grupal”

Duración: 10 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivos: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2) Nombre de la actividad: “Collage”

Duración: 40 minutos.

Materiales: Cartulina, revistas, tijeras, pegamento.

Objetivo: Que las madres puedan conectarse con sus emociones y su estado actual.

Descripción de la actividad: Las monitoras introducirán el tema explicándole a las madres que ellas tienen que reflexionar acerca de ellas y conectarse lo más posible con sus sentimientos. Se les presentará una cartulina con revistas en donde ellas tendrán que recortar imágenes que representen de la mejor manera posible como ellas se sienten. Una vez que las monitoras vean que la cartulina tiene bastante imágenes que las representen, se les pedirá a las madres que se junten en un círculo con la cartulina al medio. Se generará una conversación en donde cada una tendrá que explicarle al resto de las madres las imágenes que eligieron y porque las eligieron. En este momento es importante que las monitoras sean capaces de generar un ambiente de contención ya que de acuerdo a su estado y situación por la que están pasando, es probable que se encuentren más sensibles a lo que están habitualmente. Una vez finalizada esta actividad las

monitoras expondrán a partir de lo conversado por las madres los distintos estados anímicos —disforia (post natal blues) o alteración del vínculo— que son estados comunes en las madres que acaban de tener hijos. En este espacio será esencial que las monitoras les comuniquen a las madres que estos sentimientos son normales y que muchas veces ayuda poder aceptarlos e identificarlos. Es importante recalcar el carácter normal de este estado, que a su vez se ve incrementado por la situación particular que a ellas les ha tocado vivir. Por lo tanto es fundamental que no sólo ellas, sino todos los que las rodean acepten la ambivalencia que ellas pudiesen sentir por sus bebés, y lo vean como algo transitorio que no las va a hacer malas madres.

4- Nombre de la actividad: "Mentalización"

Duración: 35 minutos.

Materiales: Una cartulina, viñetas.

Objetivos: Poder introducir el concepto de mentalización.

Descripción de la actividad: Se hará un breve resumen de este concepto señalando la importancia que tiene para el recién nacido que la madre sea capaz de desarrollar esta capacidad; ya que el self psicológico se desarrolla a través de la percepción de uno mismo como pensante y sintiente en la mente de otra persona. Aquellos padres que no pueden reflejar comprensivamente las experiencias internas de sus hijos, y responder de acuerdo a ésta comprensión, privan a sus hijos de una estructura psicológica nuclear que necesitan para desarrollar un sentido viable del self. La función reflexiva es la adquisición evolutiva que le permite a los niños responder no sólo a la conducta de los otros, sino a la concepción del niño de las creencias, emociones, actitudes, deseos, esperanza, conocimiento, imaginación, pretensiones, engaño, intenciones, planes, etc. Mentalizar se refiere a la capacidad de percibir y comprenderse a uno mismo y a los otros en término de estados mentales(emociones, creencias, intenciones, deseos). Se refiere también a la capacidad de razonar acerca de la conducta propia y de los demás en términos de estados mentales, o sea, reflexión. Los procesos mentales durante el primer año de vida son pre reflexivos,

luego se desarrolla como estructura nuclear del self. La emergencia y desarrollo completo de la FR depende de la capacidad del cuidador de percibir más o menos exactamente la intencionalidad del niño pequeño. La mentalización normalmente se produce a través de la experiencia que tiene el niño de que sus estados mentales están siendo reflejados. Esto sucede prototípicamente a través de experiencias de interacciones cargadas de afecto con quien lo cuida, estas varían en su intensidad y complejidad dependiendo de la edad del niño. Luego se finalizara con las dudas y preguntas surgidas en las madres. Lo importante es poder ir complementando a la exposición situaciones donde ellas hayan sido ayudadas a mentalizar, o sea conectarse con lo que les pasa, ayudadas a descifrar con una amiga, pareja, cura, padres, etc. Para disparar esta situación las monitoras comenzarán dando ejemplos de la vida diaria, que les sirva de guía para aterrizar el concepto.

5- Nombre de la actividad: "Café y cierre"

Duración: 5 minutos.

Materiales: ninguno.

Objetivo: Despedir al grupo y generar una conversación amena y de confianza, con el fin de provocar mayor familiaridad entre las participantes.

Descripción de la actividad: Se despide a las madres con un café, invitándolas a participar en las siguientes sesiones, enfatizando su puntualidad y compromiso.

Sesión 8 " Finalización y despedida del taller"

1- Nombre de la actividad: "Reflexión grupal"

Duración: 10 minutos

Materiales: ninguno

Objetivos: Retomar el contenido abordado en la sesión anterior, con el fin de evaluar lo comprendido por las madres y resolver las dudas que hayan surgido.

Descripción: Las monitoras expondrán un resumen de lo abordado en la sesión anterior e incentivarán constantemente a que las madres expresen lo que recuerdan, lo que comprendieron y las emociones que vivenciaron en la sesión pasada. Además se brindará la posibilidad de aclarar las dudas que surgieron en el grupo.

2- Nombre de la actividad:" Evaluación del taller"

Duración: 20 minutos

Materiales: caja con expectativas, pauta de evaluación.

Objetivo: Contrastar las expectativas iniciales que las madres tenían del taller y realizar una evaluación del taller de manera global: contenidos abordados, dinámicas, rol de las monitoras, participación y motivación del grupo.

Descripción de la actividad: En primera instancia se les entregará a las madres sus expectativas del taller, que hasta el momento se encontraban selladas en una caja. Cada madre tendrá 5 minutos para leerlas en voz baja y reflexionar acerca de las mismas. Posteriormente todas deberán expresar al grupo si estas expectativas se cumplieron o no, y dar las razones de su respuesta. A continuación se les hará entrega de una pauta de evaluación del taller en general, donde podrán agregar comentarios si es que desean hacerlos.

3- Nombre de la actividad: " Convivencia"

Duración: 20 minutos

Objetivo: Generar un ambiente de distensión y festejar la finalización del taller en forma grupal.

Materiales: cosas para picar, bebidas, radio y música.

Descripción de la actividad: Se invitará a las madres a participar en una convivencia organizada especialmente para ellas, creando una atmósfera de alegría y entusiasmo donde puedan disfrutar de la compañía de las demás madres y monitoras.

4- Nombre de la actividad: "Rueda de afecto"

Duración: 10 minutos.

Objetivos: Cerrar.

Materiales: Ninguno.

Descripción de la actividad: Tomados de las manos cada uno de los miembros expresa sus buenos deseos para el grupo y sus miembros. Las monitoras agradecen al grupo el que las hayan acogido. Se cierra este ciclo pero queda abierta la puerta para que en el futuro ellos puedan participar en otro taller.

5- Nombre de la actividad: "Encontrándome Conmigo Misma"

Duración: 25 minutos.

Materiales: Una caja para cada una con un espejo, cartulina.

Objetivo: Lograr que las madres hagan una introspección acerca de quienes son y puedan darse cuenta del valor que tienen como personas.

Descripción de la actividad: Las monitoras comenzarán esta actividad pidiéndole a las madres que cierren sus ojos y se relajen, que se conecten con su cuerpo y su respiración....que lentamente olviden los problemas, de a poco, que solo sean ellas y su respiración.....posteriormente se les pide que visualicen a una persona, la persona mas valiosa del mundo, aquella persona que mas valoran, que consideran la mas importante. " piensa en esa persona, trata de imaginártela, que te dice, como te trata, como te mira". Luego se les

pide que lentamente y cuando cada uno quiera se levante y se acerque a la caja, ya que ahí se encuentra aquella persona. Se dirigen a la caja y en su interior hay un espejo. Cuando se vean a ellas mismas se resaltarán la idea de que cada una es especial y particular. Además de señalar el deber que tienen de respetarse a sí mismas y confiar en sus intuiciones, opiniones, y que a su vez sepan pedir ayuda, buscar activamente respuestas y colaboración cuando se sientan sobrepasadas, etc.

5- Nombre de la actividad: "Despedida"

Duración: 5 minutos

Objetivo: Entrega de un regalo que refleje el esfuerzo y la preocupación de haber participado en el taller.

Materiales: diploma y carpeta con resumen de contenidos

Descripción de la actividad: Para finalizar formalmente el taller se hará una breve ceremonia para hacer entrega de los diplomas a las "super mamás", con la finalidad de motivar a las madres y responder al esfuerzo diario por fortalecer la relación con sus bebés, y fomentar la instancia de formación y aprendizaje continuo que ellas puedan desarrollar para enriquecer su rol de madres. Paralelo a esto se hará entrega de una carpeta con un resumen de los contenidos abordados en el taller y datos de utilidad para poner en práctica con sus bebés.

Para finalizar las monitoras agradecen la motivación, asistencia y participación de las madres.

ANEXO

Requisitos Básicos para un buen amamantamiento

☺ Buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar

La madre tendrá buena disposición y confianza en su capacidad de amamantar si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna no como una alternativa, sino como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño.

☺ Usar una adecuada técnica de amantamiento

Considera:

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del niño con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda del niño.
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

Técnicas de Amamantamiento

Cualquiera sea la posición que se adopte, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o flexionar demasiado la cabeza para lograrlo. Independiente si la madre prefiere estar acostada o sentada lo esencial es que sea en un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación; si esto no es posible puede hacerlo discretamente en cualquier lugar cubriendo al niño con un pañal.

Posiciones del niño con la madre sentada

Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con respaldo firme para apoyar bien la espalda. Lo más cómodo es poder apoyar los pies en un pequeño piso, y cuando el niño es muy chico conviene usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.

☺ Posición Tradicional, niño acostado de lado

El niño está recostado en el decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al niño lo toma firmemente de la región glútea, formando una unidad, de

manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar al niño de la mama.

Con la mano libremente en forma de "c" (4 dedos por debajo de la mama y el pulgar por encima, ubicado detrás de la areola), la madre le ofrece el pecho. Con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca. En ese momento acerca la niño al pecho.



☺ Posición de canasta o de pelota

En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomienda en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o la herida. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales.



☺ Posición reversa

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del niño por la nuca. En esta posición se requiere de un cojín para ubicar al cuerpo del niño a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición.



☺ **Sentado enfrentando a la madre**

En esta posición el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre.

La madre afirma el cuerpo del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre un cojín.



☺ **Posición de caballito**

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de la posición "de caballito" viene de que el niño enfrenta el pecho montado sobre la pierna de la madre.

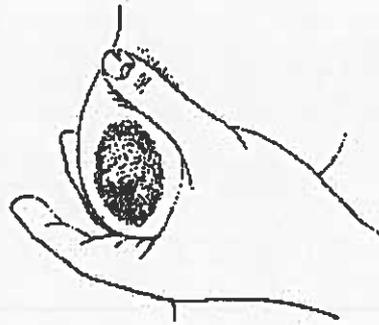
En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de C en la base del cráneo. Apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas.

Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el niño responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

Estas posiciones verticales se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyectolácteo aumentado, niños hiper o hipotónicos, niños con fisura labiopalatina.

☺ **Mano de bailarina**

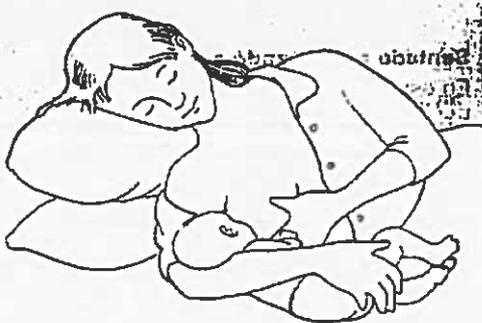
En el caso del niño hipotónico también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en C sostiene el pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del niño (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.



Posiciones del niño con la madre acostada

☺ Tradicional, en decúbito lateral

Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente. Al igual que en los casos anteriores, la cara del niño debe estar enfrentando al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La cabeza del niño se apoya en el brazo inferior de la madre. La madre queda más cómoda apoyando la cabeza sobre una almohada doblada.



☺ Niño sobre la madre, en decúbito ventral

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el niño se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy practica cuando el reflejo de eyección es excesivo.



☺ **Amamantamiento de gemelos**

Para amamantar gemelos la madre debe buscar la posición más cómoda y adecuada a sus circunstancias: características de sus pechos, condición de los niños, indicaciones especiales, etc. Es necesario ayudarla para que en lo posible adopte una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente uno de cada pecho.



ANEXO 9 Observaciones del taller de maternaje

Sesión 1

La sesión se desarrollo sin mayores dificultades. La asistencia fue óptima (100% de las participantes). Se observo a las madres motivadas y muy expectantes en relación a los temas a tratar en el taller.

Por otro lado, se visualizaron de manera global los temores en torno al nacimiento prematuro de los bebés, de este hecho surgieron frases como: " se creen que es un fenómeno", " la gente solo se dedica a cahuinear, nadie te ayuda realmente", " hasta uno se impresiona", frases como estas denotan el sentimiento que embarga a estas madres: soledad, incomprensión, tristeza. Por un lado se encuentran muy asustadas por lo que pueda sucederles a sus hijos, y por otro e encuentra la ansiedad por saberlo todo rápidamente.

Las expectativas de las madres en torno al taller giraron alrededor de temas como: cuidados específicos para los bebés prematuros, apoyo emocional y psicológico, espacio de conversación e intercambio de experiencias.

Sesión 2

Esta sesión no se pudo realizar ya que las madres debían asistir al lactario, el que cerraría antes de lo normal. Algunas integrantes del taller se presentaron para explicar dicha situación. Se acordó un nuevo horario para que no tuvieran dificultades en asistir. Las actividades se concentrarían para la próxima sesión.

Sesión 3

Durante la actividad de imaginaria las integrantes del taller fueron capaces de conectarse, (excepto S.L. por estar muy cansada y quedarse dormida). Poco a poco comenzaron a retroceder en el tiempo y recordaron varios momentos de su infancia: tiempos del jardín infantil, en donde se sentían protegidas por sus madres, deseando no separarse de ellas. C.L recordó momentos con su hermano, el cual falleció a los 13 años de vida.

Varias madres coincidieron en que el sonido de los latidos de bebé, les había hecho recordar el momento del parto, cuando les acercaron a sus hijos y lo sintieron por primera vez. La mayoría refirió sentir nostalgia, sin embargo, M.G. menciona haber quedado con una cierta tristeza, "me dio como pena...pero una pena bonita"

Frente a la exposición del concepto "madre suficientemente buena" todas se observaron muy atentas, generándose un intercambio de opiniones.

Luego en la actividad sobre el bebé imaginario y el real, todas las mamás coincidieron en que en realidad se los imaginaban bastantes distintos, en general todas tenían expectativas de un bebé sano, más gordito y más grande, es decir, todas esperaban a un bebé de término sin complicaciones. A raíz de esto, las madres refirieron haber tenido un verdadero shock al verlos por primera vez. V.L. cuenta: "cuando yo vi a Jesús (su hijo) por primera vez, fue impactante....realmente tuve un shock...era tan pero tan pequeño y conectado a tantas mangueras..., que me angustie muchísimo..fue súper difícil". Al comentar sobre esto, surgió el tema de la gran culpa que sintieron las madres por tener bebés prematuros, este tema fue recurrente en casi todas ellas. V.L. agrega: " yo siento que fui yo la responsable por haberlo tenido antes, porque él estaba bien y yo no fui capaz de mantenerlo en mí.."

En relación a este sentimiento de culpa, reconocen lo importante que fue para ellas el apoyo de sus familias y por sobretodo el de sus parejas.

-Una vez leídas las viñetas sobre las relaciones de bebés y sus madres (para explicar de manera más concreta los conceptos sobre holding y reverie); las integrantes fueron capaces de generar una conversación dando a conocer sus ideas. Manifestaron que según su parecer lo fundamental es estar atentas a sus hijos, ya que así han aprendido a conocerlos y a descifrar de alguna manera lo que ellos sienten o necesitan.

En general durante esta sesión, las madres se observaron muy atentas a los contenidos, con buena disposición. Fueron capaces de conectarse con las actividades realizadas y de participar de manera activa, generando una buena discusión en grupo y compartiendo sus experiencias personales.

Sesión 4

En esta sesión empezamos haciendo el recordatorio de la sesión anterior y las mamás se acordaban de los conceptos explicados la vez pasada.

La primera actividad que era una charla con el neonatólogo tuvo que ser modificada ya que la neonatóloga encargada de realizarla estaba de turno por lo cual no podía descuidar su sala; por lo tanto se realizó una rueda de preguntas donde las mamás debían escribir las principales inquietudes. Las cuales iban a ser respondidas y explicadas por nosotras mismas (luego de haber averiguado las respuestas). Las preguntas más repetidas eran acerca de la apnea infantil, la muerte súbita, la alimentación, y el uso de oxígeno en sus bebés prematuros.

En este momento las mamás se observaban bastante inquietas ya que tenían muchas dudas y quejas contra el sistema hospitalario. Ellas sentían que habían ciertos turnos en donde los doctores no le entregaban la suficiente información acerca de sus hijos y esto las hacía estar intranquilas porque sentían que se le estaba escondiendo información.

Luego se realizó una actividad para poder diferenciar a los bebés prematuros de los llegados a término, en donde ellas elegían en grupo las características que más se parecían a sus bebés. Decidieron que los bebés en general lloran poco, que se calman cuando los consuela la mamá, pero que también por todo el tiempo que pasa en la incubadora se puede calmar solo con sus manos y dedos. La mayoría aceptó que duermen bastante, casi la mayor parte del día. Cuando duermen sus bebés lo hacen de una manera profunda, y al despertarse por lo general se ponen intranquilos. Las mamás que tienen gemelos dicen que siempre hay uno que es más activo que el otro y esto hace que ellas tengan que estimular más al que es más pasivo. También han observado que las guaguas tienen una mayor sensibilidad y reactividad ante los estímulos, y esto lo han podido ver con las luces y el ruido. Todas coinciden en que hay bastante dificultad en poder interpretar los señales de sus bebés; lo que se les hace más fácil es reconocer cuando tienen hambre y sueño. Les da susto confundirse y no poder interpretar cuando tienen dolores o cuando estén incomodas.

En este tema del dolor se detienen para expresar su molestia cuando las enfermeras pinchan a sus guaguas ya que estas son enfermeras en práctica y según ellas es distinto practicar con adultos que con guaguas recién nacidas. También refieren que las enfermeras son bruscas y esto las hace sufrir ya que ven a sus guaguas que se ponen incomodas cuando se les acercan a realizar una curación.

Se muestran muy dispuestas a recibir los consejos dados por la monitora y dicen que lo que ellas más quieren es que sus bebés estén despiertos más rato para poder observarlos más y estar más cerca de ellos. Se puede decir que existen sentimientos

ambivalentes hacia la institución, ya que por un lado están muy tranquilas de que sus hijos estén en esta institución, pero por otro lado están los reclamos del poco tiempo dedicado a los pacientes de los doctores. A medida que avanzan las sesiones nos podemos dar cuenta de lo importante que ha sido este espacio para las madres ya que la presencia es al cien por ciento.

El concepto de presentación de objeto quedara incluido en la próxima sesión. Las mamás se tienen que ir rápido porque el lactario va a cerrar temprano y tienen que dejar leche.

Sesión 5

Se responde a todas las dudas que tuvieron las madres en la sesión anterior. La temática principal gira en torno a la muerte súbita, que al parecer les causa bastante preocupación (que se acrecienta por la gran cantidad de tiempo que utilizan los bebés para dormir).

Se observa una gran motivación para participar, lo que se manifiesta también en la alta concurrencia. Las madres se observan alegres y se observa que se ha constituido un grupo de apoyo entre ambas (llegan todas juntas y manejan bastante información sobre el estado de las demás guaguas). Hay dos mamás más distantes y preocupadas (S.L. y M.G.) por el estado de sus bebés; S.L. tiene a su guagua con oxígeno (y lleva dos meses hospitalizada) y M.G. está preocupada por el dolor de su bebé (insiste y reclama por los cuidados de las enfermeras, que la hace desconfiar), esta última mamá termina llorando y sale de la sala para ser reconfortada por una de las psicólogas. Las quejas hacia la institución ha sido un tema recurrente, la falta de información y los cuidados "bruscos" que las enfermeras dirigen hacia sus bebés.

Surge en forma natural una discusión acerca de la lactancia, las mamás están preocupadas por el hecho de que las idas al lactario no son del todo satisfactorias (porque no les sale mucha leche y temen que se les corte). A partir de esto se da inicio al tema de la lactancia materna. Los temores son bastante similares y se repiten mucho, los principales miedos son:

- Que la guagua no se "llene" con su leche.
- Que las guaguas se ahoguen con la leche, con los "flatitos"
- Que las guaguas se acostumbren a la sonda y después no tomen pecho.
- Miedo a ahogarlo.
- Temor a que se les seque la leche.
- Sostenerlo para darle pecho (fragilidad).

- Guaguas que son más domilones, temor porque no se despiertan a comer.

Se va a continuar el tema de la lactancia la próxima sesión, porque no alcanzó el tiempo. Las madres se van apuradas porque se esta por cerrar el lactario.

Sesión 6

Se realiza un resumen de lo tratado en la sesión anterior. Las mismas madres recuerdan el tema de lactancia, explicándoles a las madres que no estuvieron presentes, las técnicas de amamantamiento y las recomendaciones generales. Se genera una buena conversación de grupo donde las madres son capaces de intercambiar sus ideas.

Se observa un gran interés sobre el tema de lactancia, revelando preocupación por el amamantamiento posterior, ya estando en casa (revelando gran ansiedad)

Se cierra el resumen con recomendaciones y ventajas de la leche materna. Frente a lo cual se observan muy atentas.

Debido a problemas de tiempo, no se realiza la actividad n 2 "Que me quieres decir".

Luego, en el rol playing expuesto por las monitoras; las madres se observan muy atentas y espontáneas. Son capaces de distinguir las distintas madres representadas y la relevancia del concepto "resonancia afectiva". En relación a esto, comentan que en muchas oportunidades ellas mismas se desesperan bastante, se angustian y no logran percibir lo que les sucede a sus hijos. Mariela refiere: " Es difícil porque uno se desespera al no saber porque lloran.., uno no sabe que les pasa, si algo les duele...".

A partir de esto, todas las madres presentes coinciden que es fundamental el apoyo de sus parejas, porque son ellos los primeros que acogen sus angustias y ansiedades.

Varias reconocen ser muy nerviosas lo que les genera dificultades a la hora de responder a las necesidades de sus bebés, S.L.comenta: "mi esposo me ayuda bastante en esto porque yo soy bien nerviosa..(ríe)..me pasó rollo por todo, y como él es súper relajado me tranquiliza"

Se explica que a pesar de no poder hablar los bebés sí se comunican, por medio de una "comunicación no verbal". Son capaces de mostrar signos, a los cuales se deben descifrar. Las madres son fundamentales en este proceso, y nadie mejor que ellas conocen a sus hijos. V.L. exclama: "Sí!, yo ya distingo cuando a Jesús está molesto por algo o cuando está bien...es lo mismo que ocurre con mi pareja, aunque no hable yo sé,

me doy cuenta que algo le pasa” En relación a esto, las madres conversan y comparten experiencias personales.

Finalmente en el café de cierre, se les comenta sobre la observación de bebés (en su ambiente natural) que se realizará luego del término del taller, una vez que ya le hayan dado de alta a sus hijos. Se muestran muy contentas con excelente disposición para colaborar.

Sesión 7

Hoy se comenzó la sesión con el tema anterior y todas se acordaban de la lactancia y las implicancias de esta. Al principio se ve que las mamás están más bajoneadas que otros días por el desgaste propio que implica llevar tantos días viniendo al hospital a ver a sus bebés. Dicen estar muy cansadas y con muchas ganas de llevárselos para la casa.

Se inicia con la actividad del collage y las mamás cortan muchas imágenes para empezar a pegarlas en la cartulina, a medida que hacen esta actividad el ánimo se va subiendo y se les nota bastante entusiasmadas con la actividad. La mayoría de las imágenes eran de mamás con sus bebés sanos en brazos,. Al hacer la ronda de preguntas para ver por qué habían elegido estas imágenes algunas de las frases que se escuchan son, "estoy feliz por una parte por tenerla a ella pero por otro lado triste de no poder llevármela para la casa, y de estar más cerca de ella".(C.L.) "Estoy súper feliz y me impacta que no este ni siquiera un poco triste, yo siempre he sido muy relajada y muy poco nerviosa"(E.R.) Otra mamá relata "me imagino feliz con mis bebés, ahora estoy relajada pero ha habido momentos en que he estado mal, porque hemos pasado por momentos difíciles"(M.G.). "Al principio tenía mucho miedo pero siempre ha sido mi hijo el que me ha dado fuerzas para salir adelante, me siento sola a veces a pesar de que estoy acompañada de gente que me quiere, siento como si no me entendieran. Me siento triste porque estoy enojada y sensible entonces muchas veces me peleé con mi marido"(V.L.). "La comida es como un refugio para mí, ya que mi único sueño es tenerlo cerca darle besos, y poder darle pecho". Siempre tengo hambre me he sentido bien pero me pongo mal cuando recibo ciertas noticias de mi guagua. El niño es mi refugio con él se me sube el ánimo". "En el día puedo tener mil estados de ánimo".(V.L.)

En este momento las monitoras explicaron el concepto post parto blues en donde es normal las alteraciones anímicas que ellas puedan sentir después de haber tenido a sus

hijos y que esto con el tiempo después se les va a ir pasando, pero lo esencial es que ellas entiendan que sentir estas ambivalencias que se han visto incrementadas por el hecho de que sus hijos estén hospitalizados no las hace ser malas madres; sino que es parte de un proceso por el cual toda madre atraviesa.

En este espacio las mamás empiezan a hablar acerca de bebés que han perdido y como muchas veces estos duelos no han sido resueltos. Entre ellas empiezan a hacer la comparación de cómo resuelven los distintos tipos de problemas: algunas lloran, otras gritan y otras se guardan todo. A raíz de esto explican lo cansadas que están de tener que mantener una imagen en donde si están mal le pueden hacer mal a sus hijos por lo tanto prefieren "hacerse las locas" con lo que les pasa. Todas coinciden que la persona que se lleva toda esta carga de guardarse las cosas son sus maridos y esto les da mucha lata.

El concepto de mentalización no fue abordado en esta sesión porque el tiempo no alcanza, ya que para las madres era más importante hablar acerca de ellas y sus sentimientos.

Sesión 8

Debido al cambio de fecha, hubo poca asistencia (sólo 3 integrantes). Como era día Viernes, se observaban muy cansadas, coincidiendo que en este día se sienten más sobrepasadas por sus diferentes funciones: ya sea como dueñas de casa, madres, esposas, etc. Generándose una queja masiva.

Se comenzó recordando muy brevemente el contenido de la sesión anterior y se explicó el concepto de "mentalización", el que había quedado pendiente. Se observaron muy atentas, comprendiendo que esto ya se había planteado a lo largo de todo el taller. Reconocieron que esto es lo que más intentaban hacer, es decir, estar atentas a sus bebés, para lograr reflejar sus experiencias internas y responder de acuerdo a esto.

Luego se leyeron las expectativas que en un principio tenían del taller, coincidiendo en que habían aclarado sus dudas y que les había ayudado fundamentalmente para estar ellas más tranquilas, más dispuestas a escuchar a sus bebés, y a conversarles, a hablarles sobre lo que está sucediendo en ellos y en su alrededor. C.L. comenta: "me cuesta.. pero yo antes era demasiado nerviosa, ahora me doy cuenta que eso no es bueno para mi chiquitita"

Se modificaron algunas actividades planificadas en esta sesión. Se continuo con la actividad "encontrandome conmigo misma", en la cual tanto M.G. como E.R., se conectaron adecuadamente. Sin embargo, C.L. no logró comprender el fin del espejo en la caja.

Luego se realizó la convivencia, donde se les hizo entrega de los diplomas y los manuales (para cada una de ellas). Se mostraron muy contentas y agradecidas; generandose un rico feedback por ambas partes. Durante el cierre, insistieron bastante sobre la observación de bebés, reiterando energeticamente sus direcciones. M.G. pregunta: "¿ y cuando iran a ver a mis bebés? Tienen mi dirección?...Les doy mi telefono? .

Se les agradece por la buena disposición que han tenido, por su compromiso y responsabilidad.

No se realizó la evaluación del taller, puesto que esto se produjo espontaneamente en la conversación de grupo. Además una de las mamás que estaba presente no sabe escribir, por lo que dicha situación la podría incomodar demasiado.

ANEXO 10 OBSERVACIONES BEBE

Observación E.V.

Nombre bebé: Christopher

Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 9-09-03

Hora: 10:00

Hoy día empecé con E, y su hijo Christopher. Habíamos quedado de juntarnos a las 12:00. Llegue y veo a E afuera con su hijo en los brazos, me abre la reja de la casa y entro. Estaba su marido sentado en el comedor tomando desayuno. Ella entra y acuesta a Christopher en su coche en la entrada de la pieza matrimonial que da al comedor y va a la cocina y trae un plato con brazo de reina y un vaso de jugo para mi. Yo le digo que no se preocupe que yo no quiero nada porque ya había tomado desayuno. Me dice, "mira al Christopher está tan grande". Me acerco al coche y estaba durmiendo pero me doy cuenta que está más largo de cuando yo la había visto y lo saca ella del coche. Estaba envuelto en una sola frazada ya que no hacía mucho frío afuera por el contrario había bastante sol. Lo toma en los brazos y le dice, "ella es la psicóloga que te conoce desde que nacistes". De repente se escuchan ruidos de niños y me presenta a J (su otro hijo) de 4 años con su primo G que están jugando en la casa. Me cuenta que hacen tanto ruido que a ella le preocupa si Christopher puede dormir bien. Me lo pasa en mis brazos para que yo lo tome y lo veo que es muy bonito con sus facciones bien marcadas y me llama la atención al igual que cuando estaba en la incubadora lo largo de sus dedos y manos. Se queda tranquilo un rato conmigo y vuelve E que había estado con J mirándolo durante 2 minutos más o menos. Se lo paso a ella de nuevo aunque yo estaba contenta con él en mis brazos pero quería ver como era la relación de ambos. Ella lo toma y lo pone en el coche al lado de ella y me dice que no le gusta que se acostumbre a estar en brazos porque o si no es muy cansador después desacostumbrarlo. El se queda tranquilo en su coche , y ella

me cuenta que después que lo habían dado de alta se había enfermado de nuevo. Le habían dicho que era un resfrío y que podía ser algo bronco pulmonar y que como era prematuro era mejor hospitalizarlo. Estuvo hospitalizado dos días pero que los doctores se preocuparon más porque él a veces dejaba de respirar pero según los doctores que no era apnea sino que él regulaba sus respiraciones de esta manera entonces era como que dejaba de respirar pero era porque había respirado más rápido. Esto la había dejado muy preocupada a ella ya que nunca estaba tranquila ahora porque creía que igual podía dejar de respirar, aunque él doctor le había dicho que no le iba a pasar nada. La note bastante nerviosa con este tema ya que me decía que a veces cuando estaba el durmiendo ella lo despertaba para ver que no estuviera muerto. Termina de decirme esto y lo toma en brazos y le dice que se despierte en el oído y él hace unos ruidos y ahí ella se queda tranquila. Lo vuelve a poner en el coche, y lo deja ahí hasta que yo me voy. No parece estar tan conectada con su hijo sino más bien preocupada de la respiración y esto hace que no se pueda conectar con lo que siente Christopher. Yo lo miro durante un rato y se ve tranquilo a pesar de que su mamá este tan nerviosa con lo de la respiración. Lo mira y le hace cariños en la cara pero siempre me da la sensación que es para confirmar que está vivo más que para hacerle cariño. Me despido y le digo que nos vemos la otra semana y ella se despide muy afectuosamente de mi también.

Observación E.V.

Nombre bebé: Christopher

Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 16-09-03

Hora: 10:00

Hoy día por fin pude hacer la segunda visita a E ya que en dos ocasiones no pudimos ponernos de acuerdo porque ella tenía que llevar a Christopher al doctor. La primera vez Christopher estuvo hospitalizado durante el fin de semana bajo observación, porque según E se le iban los ojos para atrás y esto le dio mucho susto. La segunda vez que nos pusimos de acuerdo ella me dijo que a esa hora iba a ir al neurólogo para descartar algo neurológico y así quedarse más tranquila. Llegue y estaba ella afuera esperándome así que pase y vi al Christopher en su coche durmiendo, se veía muy tranquilo así que nos sentamos en el comedor y ella lo acerco hacía nosotras. Había mucho ruido en la casa porque estaban construyendo otra pieza y Christopher de repente se notaba que estaba más intranquilo. Me contaba E acerca de que ella sentía mucho susto porque como había sido prematuro todo era nuevo para ella y esto a ella la asustaba mucho. "Pensándolo bien lo de los ojos que se le fueron para atrás después me di cuenta que siempre le pasa eso cuando se despierta y entonces exagera un poco". Se notaba muy ansiosa con Christopher con cualquier cosa que le pueda pasar. Lo mira a cada rato en el coche y a veces el emite gemidos y me pregunta a mi que querrá decir con esto, quizás hay algo que le molesta y ella no se da cuenta. En las noches me dice que a veces se despierta nada más para ver que él siga respirando, y que le da susto que se muera. Lo toma en brazos y me lo pasa para que yo lo tome un rato, lo miro y está tan grande, mucho más grande de lo que estaba antes. Me cuenta que le dijeron que no podía darle tanta leche porque había subido muy rápido en poco tiempo y esto podía ser perjudicial para su salud. "Es muy hambriento, todo el día quiere pechuga". Se lo paso a ella para que lo tome, y se lo pone encima de sus piernas boca arriba y abre un poco los ojos pero pareciera como si se le cerraran solos por el cansancio que siente. Ella lo mira y le

acaricia su cara. El no se ve cómodo en la posición que está ya que trata de reacomodarse a cada rato pero ella no lo cambia de esta posición. Me empiezo a despedir y me pongo de acuerdo para la otra semana y me dice que no hay problema en la mañana porque en la tarde lo va a llevar a su primera fiesta de cumpleaños. Me despido de los dos y me doy cuenta que él de a poco se esta despertando y estirándose encima de su mamá. Ella lo pone sobre su hombro unos segundos luego lo acomoda en su coche de nuevo y él se queda ahí tranquilo con sus ojos abiertos.

Observación E.V.

Nombre bebé: Christopher

Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 23-09-03

Hora: 10:00

Hoy día llegue a la casa de E un poco antes de lo que tenía previsto y me encontré con ella muy ocupada con su hijo más chico, J de tres años. Estaba terminando de bañarlo, así que me hizo pasar al living comedor y sentarme al lado del coche de Christopher y felizmente para mí, estaba despierto. Lo mire un rato, alrededor de 5 minutos hasta que llego E. Christopher ya había cambiado un poco la cara que tenía antes, ahora estaba más gordo, más cacheton y definitivamente cada vez más largo. Llega ella, visiblemente cansada y se sienta al otro lado del coche y mira a Christopher y me cuenta que las cosas han estado difíciles últimamente en cuanto el tema económico ya que el marido es mecánico y ahí meses en donde no llega ningún auto, así que no tienen para pagar las cuentas y esto la angustia bastante. En eso llega su marido con el primo de E y se sientan a tomar desayuno en el comedor cerca de nosotros, así que ella se queda callada un rato. Christopher entretanto, mira para todos lados pero se queda tranquilo en su coche. E lo saca del coche y lo toma en brazos pero el sol le cae en la cara así que se nota incomodo, ella lo trata de cambiar de posición pero el sol lo está molestando. Empieza a quejarse un poco y ella me dice que lo que pasa es que seguramente quedo con hambre, así que lo acerca al pecho y me muestra como el busca el pecho de la mamá. Lo acerca se levanta el sostén y el levanta la cabeza hasta estar cerca del pecho y ella se acerca un poco y empieza a chupar. Se escucha que lo hace de manera muy enérgica y toma durante 5 minutos, ella mira para otros lados, y me conversa acerca de cómo ella se siente esclavizada por el pecho porque lo alimenta libre demanda, entonces no puede hacer nada durante el día porque siempre le tiene que estar dando pecho. Me cuenta que la mamá la reta porque le dice que ella es la que lo acostumbro así, entonces es difícil que el niño aprenda otra cosa. El se observa tranquilo y feliz tomando pecho, y con sus

deditos le toca el pecho a su mamá. Ella hace un intento por sacarlo pero él reclama así que lo acerca de nuevo y esta vez chupa con más vigor que antes. Ella lo deja así durante más o menos 2 minutos y lo saca. Al sacarlo cuesta que él suelte el pecho porque lo tiene bien tomado pero logra soltarlo. Al soltarlo le salta un poco de leche en la cara y ella se la limpia con un pañito que tiene. Lo sienta mirando hacía mi y él se ve tranquilo y contento por haber comido. De repente se escucha un "chanchito" fuerte y ella me dice que está acostumbrado a soltarlos solos, porque casi nunca ella lo ayuda a sacarlos. El papá se levanta para ir a trabajar, se despide de ella y le da un beso fuerte a Christopher quien se pone rojo, y lo piñizca suavemente en el cachete. Me dice que le dan ganas de apretarlo entero, él se ve contento con su hijo. Se va él y ella me sigue contando acerca de los problemas económicos que tienen mientras Christopher mira para todas partes, no muy cómodo con la posición impuesta por la madre pero ella no se percata de esto. Llega la hora de irme así que quedamos de vernos la próxima semana a la misma hora y ella me dice que le da pena que no nos vayamos a ver más porque ella siente que yo la he acompañado durante todo el proceso. Yo le explico que le voy a dejar mi teléfono para que nos mantengamos en contacto y que yo de vez en cuando igual puedo ir a verlos. Me va a dejar afuera con Christopher.

Observación E.V.

Nombre bebé: Christopher

Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 3009-03

Hora: 16:00

Hoy día llegue a la casa de la E a realizar la ultima visita. Cuando llegue me estaba esperando ella con sus otros 3 hijos ya que era primera vez que yo iba en la tarde y que ellos no estaban en el colegio. Christopher estaba vestido de blanco en su coche durmiendo placidamente. Me senté con E en el comedor al lado del coche de Christopher a observarlo y se veía tan tranquilo durmiendo a pesar del fuerte ruido que hacían sus hermanos. De repente "saltaba" un poco cuando a sus hermanos se les caían los juguetes en el piso, pero no alcanzaba a abrir los ojos solamente subía las manos para luego dejarlas caer nuevamente y seguir durmiendo en el coche. E por mientras me conversaba acerca de lo cansada que estaba y que ella era muy lenta para hacer las cosas y esto le traía consecuencias negativas al no poder hacer muchas cosas porque no le alcanzaba el tiempo. No parecí estar muy conectada con Christopher ya que sus otros hijos le demandaban más atención que él. Mientras ella conversaba conmigo, J su hijo de tres años se subía a la silla y la abrazaba por atrás y le hacía cariño en el pelo insistentemente. "Vio lo que le digo no me dejan tranquila estos niños". Por mientras E (su otro hijo) de 5 años me traía todos sus juguetes desde la pieza hasta adonde estábamos nosotros para mostrármelos todo, y ella le decía "no se porque siempre tienes que estar llamando la atención cuando viene gente". El seguía mostrándome todo sin importarle lo que le decía su mamá. E no miraba a Christopher durante todo el rato que los otros hijos estaban encima de ella. Los llamo el papá desde afuera y se fueron un rato y ahí nos volvimos a quedarnos tranquilas para concentrarnos en Christopher. Se da cuenta de que está lentamente resbalándose Christopher de su coche así que lo desamarra y lo pone bien arriba en el coche de nuevo. Me comenta, "usted se preguntara porque siempre está vestido de blanco, lo que pasa es que cuando él estuvo en la UTI yo hice una manda de que si me lo salvaba

Dios yo lo iba a vestir durante los primeros 6 meses de blanco". Cuando lo vuelve a acomodar Christopher sigue durmiendo como si nunca lo hubiese interrumpido su mamá. Ella se sienta y me cuenta que él no molesta en nada está siempre así sentado durmiendo y tranquilo, son los otros los que se portan mal y la cansan pero que él solamente se pone mañoso cuando le da hambre. Nos quedamos un rato calladas y yo observo a Christopher que de repente hace pequeños gestos mientras duerme como sonrisas y arruga la nariz; pero por lo general se ve tranquilo. E a ratos no puede tolerar el silencio y a cada rato empieza a hablarme acerca de lo cansada que está, yo siento que ella está constantemente sobrepasada con tantas exigencias. Le digo que yo me voy a ir porque ya se cumplió la hora y ella llama a todos los niños para que vengan a despedirse de mi, vienen todos, ella muy cariñosamente se despide de mi, le entrego el manual y le doy un besito a Christopher. Pensar que no lo voy a ver más me da un poco de pena al irme.

Observación P.O.

Nombre Bebe: David

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 9/09/2003

Hora: 11:00

El Viernes fue el primer contacto telefónico con P para acordarle que había quedado en ir a observar a su hijo una vez que la habían dado de alta del Hospital San José. Me contesta el teléfono otra persona y me da la sensación de que es un teléfono de una vecina porque salen a buscarla. Me aparece ella y se acuerda de lo que habíamos hablado así que convenimos la hora del martes a las 11:00, ya que a esa hora iba a estar despierto David. Martes en la mañana llamo nuevamente para confirmar que ella estuviera y me contesta la misma señora y me dice que no va a llegar hasta las 4:00 de la tarde, le explico yo que habíamos quedado de juntarnos hoydía que yo era psicóloga del Hospital y me dice que ella está en la casa así que vaya para allá. Me pareció raro que al principio no me haya querido decir que estaba ahí. Llego al departamento muy humilde y empiezo a tocar la puerta sin que nadie me abra, entonces sale una señora de otro departamento y me dice que ella duerme hasta tarde así que tengo que tocar el vidrio que está medio roto para que escuche, y efectivamente así fue. Me abre la puerta y me dice, " estaba dormida porque David paso mala noche porque está resfriado", me lleva al único dormitorio que hay y veo que hay una cama en donde duerme ella con su pareja y sus dos hijos, y David lo veo que está envuelto con muchas mantas para cubrirlo del frío. Lo toma en brazos y lo lleva para el living que es living, comedor y cocina todo junto. Le explico de que se tratan estas visitas para acordarle lo que habíamos hablado en el Hospital y se ve muy receptiva conmigo y dispuesta a que yo vaya para allá. Me pasa a David para que yo lo tome en brazos por mientras ella se va a poner algo más abrigado, ya que estaba con polera manga corta y unos pantalones que parecen pijama. Vuelve y toma ella a David quien está profundamente dormido y se escucha muy resfriado,

y se sienta y lo mira durante un largo rato sacándole pelusas del piluchito con que andaba. Se ve que está contenta y orgullos de cómo ha crecido su hijo en este tiempo pero a la misma vez preocupada por el resfrío. Ella me dice que cree que está resfriado porque el domingo lo sacaron al Parque los Reyes para ir a comprarle ropa que le hacía falta, y él está acostumbrada a estar todo el día en la casa; la cual es mucho más fría que afuera me parece a mi. Nuevamente va a buscar calcetines para ella en la pieza y me pasa a David a mi para que yo se lo cuide por mientras ella se los pone, pero esta vez me quedo mucho más rato con él. Lo veo que está congestionado por su respiración pero se nota un niño tranquilo que duerme mucho y a veces pareciera como si se estuviera riendo. Mientras yo lo tengo en brazo ella lo mira de lejos y le sonrío a cada rato, hasta que yo se lo paso para poder mirar más la interacción entre ambos. Le pregunto yo a que hora le dio pecho ya que quería poder observarlo despierto pero ella me dice que el sistema es libre demanda y que le había dado hace poco pero que si yo quiero le puede dar en ese momento, yo le digo que no se preocupe que para la próxima vez me espere para darle pecho. Me cuenta que chupa fuerte así que saca mucha leche, se ve que esto a ella la tiene muy tranquila. Nos quedamos un rato mirando a David mientras duerme; ella se nota muy tranquila y segura en su rol de madre ya que lo toma con confianza y constantemente lo mira como si estuviera contemplándolo. Me dice que ella no esperaba a este hijo tan pronto ya que su otra hija C tiene apenas un año, pero que lo único que quería era un hombrecito así que cuando supieron que iba a ser hombre esto la alegro mucho tanto a ella como a su pareja. Nos quedamos otro rato en silencio y ella se queda sentada con su bebe en brazos y él sigue durmiendo. Le digo que me voy a ir entonces me despido tanto de ella como de David; pero antes le digo que se acuerde de esperarme para darle pecho ya que me gustaría verlos a los dos cuando estén despiertos, ella me asegura que si y quedamos que para el otro martes nos vemos de nuevo. Ella va con David envuelto en mantas para acostarlo de nuevo en la cama y me acompaña hasta afuera de la puerta.

Observación P.O.

Nombre Bebe: David

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 16/09/2003

Hora: 11:00

Le deje el recado a P con su suegra para asegurarme que estuviese el martes a las 11:00. Llegue a las 10:50 le toco la ventana y me sale una vecina que después supe era la mamá de P y me dice que ella está en la feria, yo le explico que yo era la psicóloga y me dice que David se quedo en su casa así que podía pasar a verlo para allá. Entro a su casa y veo que está David acostado en una cama matrimonial (la única cama en la casa) con otra guagua al lado y la mamá de P me dice que es su hija, ósea están en la cama la tía con su sobrino. M (mamá de P) me hace un espacio en la cama para yo sentarme y poder observar a David. Lo miro y se ve tranquilo con los ojos abiertos y mirando a su alrededor. M se sienta al lado mío y me dice que ella cuida mucho a estas dos guaguas porque la S (su hija) es el concho después de 8 hijos. David se pone un poco incomodo y la S se pone a llorar entonces ella toma a S en brazo y yo a David quien se queda tranquilo conmigo, se ve que se entretiene mirando a su alrededor y que no requiere tanta atención para entretenerse. No es muy risueño ya que durante todo el rato no ha sonreído y le veo que tiene sus ojos con una pequeña infección en las pestañas que podría ser conjuntivitis. Está más gordo que la semana pasada y despierto durante todo el rato que estoy ahí. M me cuenta que ella le da pecho a los dos porque ella tiene muy buena leche así que aprovecha de compartirla. David empieza a buscar como si tuviera un poco de hambre así que ella acuesta a S en la cama y le empieza a dar pecho a David y me conversa de su marido, de sus otros hijo durante el rato que le da pecho a David quien se ve placido tomando su leche. Ella no lo mira durante este proceso y me dice que ella

sabe que debería estar tranquila para poder darle pecho pero tiene muchos niños y nietos alrededor de ella que la distraen entonces se le hace un poco difícil. La observo preocupada por mejorar las cosas pero quizás con muchas preocupaciones tanto de sus hijos como de sus nietos que le impiden concentrarse por completo en su guagua. No se contacta mucho con él durante el proceso de amamantamiento. Se pone a llorar S y ella me pide que le saque los "chanchitos" a David mientras ella le da pecho a la S, tomo a David y lo noto quejumbroso y todavía con la nariz congestionada igual que la semana pasada. M me había contado que lo habían llevado al doctor la semana pasada por el resfrío y que este le había dicho que no se preocuparan porque era una congestión en la nariz pero no era algo pulmonar. Lo miro y me doy cuenta que levanta su cabeza, se apoya con los pies y hace fuerza como para levantarse. Sigue durante todo el rato haciendo ruidos hasta que le sale un chanchito y ahí se queda más tranquilo, pero los ruidos persisten. Se lo paso a M una vez que ella ha terminado de darle pecho a S y le ha sacado los chanchitos y ella lo toma y le dice, "como está mi negrito que ha crecido tanto" pero él no sonríe. Lo acuesta en la cama junto a S. Me quedo un rato mirándolo y él se queda con los ojos abiertos mirando a su alrededor y se entretiene solo, se queda muy tranquilo. Pienso que debe estar acostumbrado a estar solo porque en estas dos veces no lo he escuchado llorar y hoydía se queda tranquilo, solo en la cama. S es más intranquila y se pone a llorar pero él solamente mira. Me despido de ella agradeciéndole por haberme dejado observarlo en su casa y me da su teléfono ya que ella se va a encargarse de avisarle a P que este ahí el otro martes cuando yo vaya para su casa. Yo le explico la importancia de que P este ahí los días que yo voy ya que me interesa verla a ella en relación a David.

Observación P.O.

Nombre Bebe: David

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 23/09/2003

Hora: 11:00

Hoy día llegue a la casa de P y ella salió de la casa de su mamá para que me fuera para allá ya que se encontraba ella con David ahí. A David lo estaba amamantando su abuela materna cuando llegue y su hija (S) estaba llorando. Me saludaron muy cordial y me sentí más cómoda que las otras veces. La mamá le paso a P su hijo (David) y tomo a S (su hija) para poder amamantarla. P lo tomo en brazo y la mamá le dice que tiene que preocuparse de sacarle los gases porque cada vez que lo ve lo ve retorciéndose, P le responde que si lo hace pero que le da un poco de flojera hacerlo tanto rato porque se aburre. Así que le saca gases muy poco rato y me lo pasa a mi, mientras va al baño. Lo tomo y veo que ha crecido bastante desde que lo conocí. Cuando llega se lo devuelvo porque o si no me hubiera dejado a mi con David todo el rato. Se ve que está un poco cansada y que tiene muchas distracciones como para focalizarse tanto en su hijo. En la casa en este momento están M (hermana de P) de 1 año y medio, S (hermana de P) de 1 mes, J su sobrino de 3 años, J su otro sobrino de 4 años y medio, K de 19 años (hermana de P), su mamá y ella. La distracción es muy amplia ya que los niños gritan, pelean, y lloran sin importarles que están estos dos bebes pequeños. Claro que tampoco hay otro espacio donde estar. No es algo que le preocupa a P ya que ella tiene a David en sus brazos envuelto con muchas frazadas las mismas de siempre y hoy día hace más calor que los otros día. Me doy cuenta que no hay mucha conexión con la temperatura de su hijo ya que siempre encuentro que está muy abrigado. David está todo el rato despierto mirando a su alrededor mientras que ella conversa con su mamá que sigue dándole pecho a S. Me comenta que le está dando relleno a David porque siempre se queda con hambre así que prefiere darle relleno porque por más que se lo deje

durante mucho rato en el pecho ella siente que queda con hambre. La mamá y la hermana opinan que es porque ella lo acostumbro así, porque es muy cómoda. David parece estar aburriéndose de que no lo pesquen mucho, ya que con cada gracia que hacen los otros niños toda la atención es para ellos, empieza a hacer gemidos suavecitos que alcanzo a escuchar. Ella lo acomoda mirando hacia mi y está más sentando que acostado. Parece encontrarse mejor pero todavía no lo he visto sonreír, ella sigue conversando acerca de la leche y decide que tiene hambre así que me dice "mejor me lo enchufo porque parece que le dio hambre". Yo no me había percatado ya que lo veía tranquilo sentado ahí, pero se lo acerca al pecho y él empieza a succionar fácil y fuertemente. Mientras le da pecho lo mira de vez en cuando para ver que se encuentre bien, pero no la siento muy conectada con él; sino más bien pienso que al ponérselo al pecho se siente más tranquila ella. De repente suelta el pecho y se acomoda ella y la mamá le vuelve a insistir en sacarle los gases. Empieza a sacárselos y no le sale ninguno pero David se ve incomodo en el sentido de moverse mucho y ella dice que seguramente se le van a salir solo. Lo toma al frente de ella encima de sus piernas, lo mira y me pregunta "lo encontró más grande está vez?". Yo le respondo que si que me llamo la atención lo rápido que ha crecido. En este momento la mamá me ofrece una bebida y una galletas, acepto la bebida porque creo que sería para ellos muy mal visto que yo no lo aceptara pero le digo que no a las galletas. Los otros niños empiezan a comerse todas las galletas. P me muestra qua David tiene dos remolinos en el pelo así que ella cree que se va a portar mal cuando grande "la pura cara de angelito tiene." Nos quedamos un rato más en el living y ella lo pone un sus brazos de nuevo y lo envuelve tanto que apenas se ve pero sigue conversando con su hermana; conversan de cuando la hermana se escapo a Arica con su pareja y se llevaron a sus hijos a escondida de su mamá (abuela materna), mientras todos dormían en la casa. Se ríen todos con esta historia y David da vuelta la cabeza hacía donde hay más ruido. Ya es hora de que me vaya así que me empiezo a despedir de todos y le vuelvo a acordar que el otro martes a esta misma hora voy a ir a visitarla y ella me dice que le da pena que sea

el ultimo martes porque ya se habían acostumbrado a que yo fuera. Les agradezco y me voy.

Observación P. O.

Nombre Bebe: David

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 30/09/2003

Hora: 11:30

Hoy día era la ultima observación así que llegue a su casa y ella estaba durmiendo. Se demoro un poco en despertarse pero me abrió la puerta con David en los brazos. Estaba igual que todas las veces con dos o tres frazadas abrigado y lo mire y estaba con el pelo un poco transpirado. El día estaba bonito e independiente de esto él siempre estaba igual de abrigado. Nos sentamos en el living y su otra hija de un año y medio estaba durmiendo, me dijo que ella se despertaba como a las 12:00 o 13:00, porque se dormía como a las 02:00 de la mañana todos los días con la televisión. David estaba en los brazos de su mamá y se veía tranquilo, mirando a su alrededor. Ella también lo miraba pero estaba un poco distraída y cansada, con bostezos intermitentes. Me daba cuenta yo que para ella era un sacrificio despertarse a esta hora y estaba todavía con mucha cara de sueño. David está cada vez haciendo más ruidos y parece estar comunicándose cada vez más con sus ojos y su mirada para todos lados. Estaba en los brazos de la mamá pero se notaba que quería moverse pero ella estaba como mirando otras cosas, y no a él. Empieza a llorar, o quizás a quejarse un poco y ella me dice que cada día está más intranquilo y quiere hacer más cosas, como estar sentado y que ya no duerme todo el día. Así que lo acomoda mejor para que este sentado mirando hacia mi y se mantiene despierto y a veces sonrío y la mamá me pregunta si lo veo como sonrío. "Es súper risueño el David siempre se está riendo". Para mi es primera vez que lo veo sonriendo, y es verdad que está vez se ve más conectado que las otras veces que lo he visto. Está sentado, ella lo mira a veces, tratando de hacerlo reír y se pone a llorar. Ella en seguido le empieza a dar pecho él esta feliz así. Me dice que le chupa muy fuerte y que por eso le está dando relleno, siento que no está segura si está haciendo bien en darle relleno o no, porque siempre me cuenta del relleno y me da explicaciones acerca

de porque le da. El está placido, a veces cierra los ojos un poco pero sigue tomando con bastante fuerza y ella se ve tranquila mientras le da pecho. Me cuenta que está con mucho sueño porque se despierta a las 6:30 am a hacerle una mamadera de leche para él y a su otra hija entonces después se vuelve a dormir. Yo noto que hoydía está más cansada que otros días. El deja de tomar leche y ella lo envuelve en las mantas de nuevo. No le saca los gases y sigue conversando conmigo acerca del trabajo de su pareja que sale muy temprano en la mañana y ella se queda durmiendo. Me cuenta además que está tomando pastillas anticonceptivas para no quedar embarazada de nuevo pero que igual a veces se le olvida pero no quiere tener hijos por el momento. Yo le señalo que es importante que se cuide para que no tenga tantos hijo ya que es muy joven. Le digo que me voy así que le entrego al manual que le habíamos prometido y le agradezco por haberme recibido en su casa durante este mes. Ella me dice que me va a echar de menos y que cuando quiera venir a ver a David tengo que llamar y venir a verlo. Le deseo mucha suerte y me voy. Pienso mientras me estoy yendo que ojala David tenga un buen futuro y que ella logre preocuparse de él y no convertirse en una mujer que tiene muchos niños sin cuidarlos mucho, como es la tradición en su casa.

Observación C.L.

Nombre Bebe: María Isabel

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 15/09/2003

Hora: 10:00

Hoy día fue la primera vez que venía a la casa de C; llegue, toque la puerta y ella me hace pasar. Miro y veo que María Isabel estaba en la cama de los papas acostada. Me lleva a la pieza para que la vea, está realmente preciosa, y mucho más grande de cuando la vi en el hospital. La toma en brazos y ella está bien despierta mirando a su alrededor y C me dice que ella está feliz con su hija en la casa, que la quiere más de lo que ha querido a cualquier otro hijo. Ella reflexiona que esto debe ser porque ha sido el embarazo más difícil que ha tenido. Me dice que mejor nos vayamos al living las tres así que me la pasa para llevármela yo y ella se lleva el bolso con sus pañales para el living. Nos sentamos las tres, yo todavía con María Isabel en los brazos y C se va a la cocina a preparar el relleno, yo la puedo ver porque es un ambiente, me conversa de lo linda que está su hija y yo le digo que me impresiona ver lo grande que está. La miro de cerca y se ve tranquila pero de repente empieza a llorar y C me dice que no me preocupe porque tiene hambre así que termina de prepararle el relleno y se acerca a su hija. María Isabel se tranquiliza cuando llega su mamá, se la paso y ella la acomoda con un pañito para que tome su leche sin ensuciarse. C me cuenta que le cuida esta tenida porque se la regalo una amiga que se hizo en el hospital San José. Es un vestido blanco con rosado y se le ve muy bonito porque ella es bien blanca. Se ve que es bien cuidada por su mamá ya que está limpia al igual que la casa, se ve todo ordenado y bonito. La toma con seguridad contra su pecho y la acomoda para darle su mamadera, ella empieza a chupar y se empieza a dormir. Cierra su boca y C dice "que está fundida esta niñita" y le hace cariños en el cachete muy suave y ella abre la boca y se despierta para seguir tomando. Se ve tan tranquila y C también se nota tranquila y feliz. Me cuenta que van a ir a la municipalidad para que les regalen leche y que van las dos juntas. Para ella María Isabel ha

significado mucha compañía ya que su otro hijo tiene 18 años y la otra hija de 20 vive con su tía materna así que ella me dice que ahora tiene una compañera que la acompaña. C termina de darle la leche y la pone en su hombro para sacarle los gases y no alcanza a acomodarla cuando ella ya se ha tirado uno fuerte. Se ríe C y me dice que la disculpe como chiste. La deje un rato más por si acaso y la mira y le dice, "verdad que tu eres todo para mi, mi cabra chica eres la más regalona de esta casa, te quiero". Se despierta su hijo y me saluda y toma a su hermana en brazos y le dice que la quiere mucho dándole un beso. Ahora está despierta, C la vuelve a tomar en sus brazos y ella se pone un poco mañosa haciendo ruidos despacio y me dice que le encontraron un soplo en el corazón y que esto le preocupa pero la doctora le dijo que a casi todos los niños prematuros le pasa esto pero que a medida que avanza el tiempo se le debería ir cerrando; de lo contrario se opera. La noto preocupada por este tema, y se pone la espalda de María Isabel cerca de su oído y me dice que siempre tiene un ruido que la preocupa que me acerque a escucharlo, me acerco y es la respiración pero le digo que yo pienso que como son chicos se escuchan muchos ruidos que no tiene que preocuparse por esto si el Dr. le dijo que estaba todo bien. Me dice que a veces le da susto que le pase algo, y que la tiene encomendada a Santa Teresita para que se la cuide. Llega el marido a la casa y lo saludo y veo que ya es hora de que me vaya así que le digo que la otra semana voy a la misma hora y el marido me dice que lo llame al celular para coordinarnos y Cecilia se ríe y dice que ahora que está con esta guagua el marido la tiene controlada y el marido dice que si porque se enamoro de esta "cabra chica". Me despido y veo a la María Isabel que se ha quedado dormida en los brazos de su mamá.

Observación C.L.

Nombre Bebe: María Isabel

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 22/09/2003

Hora: 10:00

Llego a la casa de C, me abre la puerta ella y veo a la María Isabel que está en la cama de sus papas acostada, se ve muy bonita vestida de rosado entera. C la toma en brazo con cuidado para no despertarla mucho ya que estaba durmiendo y la lleva al living para sentarnos ahí. Se sienta ella con María Isabel tomada en brazo y la pone encima de su hombro y le empieza a hacer cariños en la espalda suavemente. Me cuenta que la va a llevar al doctor porque está resfriada y esto le preocupa mucho entonces prefiere llevársela al doctor. Yo noto que María Isabel si está resfriada y le suena al respirar el pecho. La tiene en sus brazos durante un rato y ella se queda tranquila con su mamá. Se nota cómoda y C le hace cariños en las patitas y en las nalgas. Ella las mueve a veces, como que estuviera pataleando. C refiere y se ve físicamente muy cansada y me dice, "para mi el nacimiento de esta niña me ha cambiado mucho mi vida, todo ha sido mucho más complicado de lo que fue con mis otros hijos". Me ha hecho pasar unos sustos esta cabra chica, pero la quiero más, porque la he tenido que cuidar mucho más." Se nota muy encariñada con su hija. María Isabel se empieza a despertar y C la cambia de posición pero igualmente se pone a llorar, "le dio hambre de nuevo, así que le voy a dar de nuevo." Le conversa y le dice que este tranquila que la mamá ya le va a preparar su leche. María Isabel deja de llorar entonces me la pasa para que se la tome un rato por mientras ella le prepara el relleno. La tomo y está más tranquila, C trae la leche que le tenía preparada en la mamadera ya que solamente le faltaba echarle agua. Le paso a su hija y la toma en una posición cómoda y le da la mamadera. Empieza a tomar al principio rápido pero luego se nota que se pone incomoda y deja de tomar. C trata de seguir dándole pero se da cuenta de que no quiere más así que deja la mamadera en la mesa y la acomoda para sacarle los gases. La guagua suelta un gas, y ella me dice que seguramente

estaba incomoda por eso además de estar resfriada. La toma mirándola a ella y le dice que la va a llevar al doctor para que la controle. Ya veo que se está cumpliendo el tiempo así que le digo que la otra semana la voy a ir a ver de nuevo y me dice que no hay ningún problema. Se para con María Isabel y la va a dejar a la pieza entremedio de cojines y la tapa con una frazada, la deja acostada. Me acompaña al living y me abre la puerta.

Observación C.L.

Nombre Bebe: María Isabel

Nombre Observadora: María Elena Bascur

Fecha: 29/09/2003

Hora: 10:00

Hoy día llegue a la casa de C y me abrió ella con María Isabel quien la tenía tomada en brazos. Estaba un poco quejumbrosa entonces me dijo C que me sentara en el living mientras ella se paseaba por adelante mío con su hija en brazos. Más que quejumbrosa María Isabel se notaba incomoda. C se veía tranquila mientras paseaba a su hija y me miraba a mi, conversándome acerca de los cambios en el clima. A los 5 minutos aproximadamente María Isabel se quedo dormida placidamente y C me comenta que seguramente tenía un poco de sueño porque no había pasado buena noche, porque estaba un poco resfriada de nuevo. Se sienta en el living cerca mío y deja a María Isabel en el mismo sofá recostada sobre una especie de cojín. María Isabel se queda tranquila, durmiendo. C me dice que si me puedo quedar ahí cuidándola mientras ella ordena el bolso en la pieza porque después van a ir al doctor por lo del resfrío. Yo le respondo que si. Me quedo mirándola mientras C está en la única pieza que tiene la casa con la puerta abierta, mirando a su hija de vez en cuando. Me dice, "nunca pensé que iba a ser tan aprensiva con esta niñita, ando todo el día perseguida por como está ella, estoy preocupada por el resfrío". La noto bastante intranquila con su hija y se ve un poco asustada por todas las consecuencias que podrían significar que ella haya sido prematura, al igual que las otras madres. Luego termina de arreglar el bolso y vuelva a sentarse junto a mi y toma a María Isabel en los brazos y ella no se mueve mucho pero entre las dos se acomodan para quedar cómodas. "Me encanta buscar como tomarla cómodamente porque es como si se me acurrucase en los brazos". Se queda un largo rato mirándola y le hace cariños en los cabeza mientras M. Isabel sigue durmiendo. De repente empieza a quejarse y ella me dice, "yo creo que tiene hambre porque adonde anda resfriada está más mañosa para comer y creo que se queda con hambre". Se levanta la polera y

cuidadosamente acerca a su hija al pecho y ella lo toma y empieza a succionar fuertemente durante un rato. En realidad se ve que había quedado con hambre porque está tranquila tomando pecho. A medida que pasan los minutos ella cada vez succiona más lentamente hasta que empieza a cerrar los ojos, C le toca la carita suavemente para que no se quede dormida, succiona otro rato, C la mira, y le sigue haciendo cariños. Me dice, "como estarán las otras guaguas del hospital? Ya deben estar grandes ojala que estén todos sanitos". María Isabel se está quedando dormida y lentamente suelta el pecho y cierra los ojos. C se ve más tranquila y contenta porque su hija ya comió y ahora está durmiendo. Me despido de ella y quedamos para la otra semana. Se queda ella sentada con su hija y yo me voy.

Observación C.L.

Nombre bebé: María Isabel

Observadora: María Elena Bascur

Fecha:6/10/2003

Hora: 10:00

Hoy día llegue a la casa de C y se demoro en abrir la puerta, pero espere, me preocupe pensando que ella no estaba pero como a los tres minutos me abre la puerta y me dice que estaba dándole pecho a la M.Isabel en la pieza así que no quería interrumpirla, y prefirió esperar hasta que ella le soltara el pecho. Entré y fuimos directo a su pieza donde se encontraba M.Isabel acostada en la cama matrimonial, con dos cojines al lado para que no se cayera. Estaba muy despierta más que otras veces que he ido, C la miraba, tirándole besos y ella le sonreía feliz a su madre, la mamá le devolvía la sonrisa. A veces era como si se estuviese riendo más fuerte, porque emitía ruidos. Se veía que estaba contenta y que ya no tenía hambre. C me cuenta que en el Dr. les había ido bien y que el resfrío se le había pasado, por lo cual estaba mucho más tranquila. "Desde que se le paso el resfrío ha comido como antes, no ves que está más gorda?" Le respondo que efectivamente encuentro que cada día crece más rápido. Ella sonrío con mi comentario y me dice que esta semana ha estado mucho más tranquila con su hija porque el Dr. le dijo que estaba todo muy bien encaminado, y que estaba creciendo bien. "Es como si ahora estuviera recién disfrutando a esta cabra chica que me ha hecho pasar más susto que cualquier cosa en mi vida, mi marido yo creo que nunca ha cuidado tanto a alguien como a ella." Veo que C está más relajada con su hija y que M.Isabel por su parte también lo está. Estamos las tres sentadas en la cama matrimonial y ella está tranquila acostada mirando y haciendo pequeños ruidos, como para que la tomáramos en cuenta. La observo y ella sonrío, C me cuenta que ahora ha empezado a sonreír bastante y esto la tiene a ella muy contenta. La mira durante un largo rato y le toca los cachetes, acariciándola y de vez en cuando haciéndole cosquillas en la guata. M. Isabel parece gozar con esto. De repente empieza a ponerse roja y hace fuerzas, C me

dice "está haciendo caca, así que espérame acá para yo traer un pocillo con agua para limpiarla". La espero sentada mientras M. Isabel termina de hacer fuerzas y llega C y le dice "fresquita comes y vas al baño", la empieza a mudar y le va conversando acerca de quien soy yo y que hoy día es el último día que nos vamos a ver y que ojala yo siempre las vaya a ver. Me mira y me dice que yo haya ido fue muy bueno para ella porque pudo conversar cosas que nunca nadie se las escucha. Yo le digo que a pesar de que yo no vaya más igual tiene mi teléfono para llamarme cuando necesite algo, y le agradezco por toda la ayuda, me desea mucha suerte en mi tesis, y le doy un beso a M. Isabel. Me da un poco pena irme y pensar que no la voy a ver más por lo menos por un tiempo.

Observación: E. R.

Nombre bebé: Jeremy

Observadora: Laura Monge

Fecha: 16-09-03

Hora: 12:00

E me llama y me cuenta que dieron de alta al bebé, se escucha muy contenta y motivada para empezar con las observaciones. Cuando llego a su casa ella me abre la puerta, se observa bastante cómoda con la situación. Entro a su casa y me hace pasar a la pieza matrimonial, Jeremy duerme profundamente en la cama de su madre. E me cuenta que ahora esta más tranquila, que ya estaba cansada de ir todos los días al Hospital, pero que por otro lado se siente un poco más sola porque ya no tiene la compañía de otras madres y su marido trabaja todo el día, por lo que pasa mucho tiempo sola.

Me cuenta que Jeremy está super bien, que ha estado bien tranquilo en la casa y que se " porta de maravilla". Mientras habla de él lo mira y le arregla el cojín que le sostiene la cabeza. Mientras hace esto el niño se despierta, E le habla y le cuenta quien soy yo y que es lo que hago ahí. E le habla a Jeremy y este dirige la mirada hacia ella, E le sonrío y el niño permanece mirándola.

E toma al bebé en sus brazos y comienza a mecerlo. El bebé se observa tranquilo y cómodo en la posición que adopta junto a su madre. Jeremy se empieza a mover y E dice que siempre hace eso cuando tiene hambre " se pone movedido". E se recuesta en la cama y se pone un cojín en la espalda, acerca al bebé y este empieza a mamar. E le hace cariño en la cabeza mientras este come bastante concentrado en su tarea.

E me pregunta algunas cosas referidas a la prematurez de su bebé, si va a ser más pequeño que el resto, si va a tener mayores dificultades en el aprendizaje, etc. Se observa bastante inquieta con algunos aspectos del desarrollo de su bebé. Jeremy se ha quedado dormido, E le da besos en la carita para que se despierte " se tiene que despertar para que pueda botar sus chanchitos". E coloca al bebé en

su pecho y lo mira fijamente a los ojos " mi amor, tienes que despertar, después puedes seguir durmiendo si quieres". Jeremy abre los ojos, pero se nota que le cuesta hacerlo, E le sobajea la espalda y le da besos en la cabeza mientras realiza esto. Jeremy rápidamente se vuelve a quedar dormido.

E se queda con su bebé en brazos, mientras me conversa acerca de su familia y su situación actual, ya que se encuentra muy sola y solo cuenta con el apoyo de una amiga que la visita bastante seguido. Ya ha transcurrido la hora, se fija la otra visita par la próxima semana, E me dice que vaya más temprano para que el bebé este más tiempo despierto.

Observación: E. R.

Nombre bebé: Jeremy

Observadora: Laura Monge

Fecha: 24-09-03

Hora: 10:00

Llego con 10 minutos de anticipación a observar a E y a su bebé. Me abre la puerta una mujer desconocida, me saluda y me explica que es C, amiga y vecina de E. Me dice que pase y ella se va. Entro a la casa y E se encuentra en la cocina, me dice que pase. Jeremy está en su coche mirando a su madre, mientras ella lava los platos.

E me cuenta que el bebé esta un poco resfriado y ella también. Termina de realizar su labor y toma a Jeremy en brazos. Coloca a Jeremy frente a ella y empieza a jugar con él, lo mira y le sonríe, mientras lo tiene tomado de las manos, el bebé la mira fijamente.

E me cuenta que su hijo es bien despierto y que lo pasan muy bien juntos, me dice que su marido quiere tomarse unas vacaciones para pasar más tiempo con ellos.

E le ofrece el pecho a Jeremy y lo acepta rápidamente. Mientras le da la leche, E le conversa a su bebé " Que rica que está la leche, esta tibia y tiene buena sabor, cierto mamá", Jeremy no deja de mirar a su mamá mientras ella le habla.

Jeremy se empieza a quedar dormido, E me cuenta que el otro día llamo a C (otra madre del taller) para ver como estaba. Me cuenta que a veces extraña a algunas mamás con las que compartió casi tres meses. Se observa bastante nostálgica de todo el proceso anteriormente vivido por ella.

Jeremy se ha quedado dormido, E lo pone contra su pecho y dice " hay mamá que estoy cansado, parece que quiero dormir", le soba la espalda y dice " parece que me hice caca mami". Se para y me dice que la acompañe a la habitación. Coloca Jeremy en la cama sobre un mudador, el niño sigue durmiendo. Mientras le cambia los pañales le da besos y le habla, pero el niño sigue durmiendo. Cuando termina de realizar esta tarea coloca al bebé en su cuna. E refiere " está cansado

porque anoche no pasamos muy buena noche, espero que hoy sea mejor'. Me cuenta que la próxima semana tiene control, así que ahí va a saber como va el niño.

Observación: E. R.

Nombre bebé: Jeremy

Observadora: Laura Monge

Fecha: 01-10-03

Hora: 10:00

Me abre la puerta M, marido de E, se presenta y me hace pasar. E me recibe en el living, M va a la habitación y trae a Jeremy en brazos. E me cuenta que M se tomo las vacaciones ya aprovecharon de ir a control juntos, me cuenta que el Doctor dijo que el niño esta bien y que ha subido bien de peso, pero que igual tiene que empezarle a dar relleno una vez al día. E me cuenta que igual ahora esta más tranquila, después de haber hablado con un especialista.

Jeremy esta con su padre que lo tiene contra su pecho. El bebé empieza a llorar y E rápidamente se para y lo toma en brazos. El niño se calma y empieza a mirar a su alrededor, E refiere " es super regalón le encanta estar en brazos y llamar la atención, hay que recuperar el tiempo que estuvo en la incubadora". El niño comienza nuevamente a llorar y la madre le pregunta que le pasa " no creo que sea hambre porque comió hace poco, quizás hay que mudarlo". E me dice que la acompañe a mudar al bebé. Mientras lo muda le da besos y le dice de formas graciosas, Jeremy la mira a ella y luego a mi. E me cuenta que está super contenta porque su marido ahora la acompaña más " me sentía muy sola, como que ahora me derrumbe por todo lo que paso, una se hace la fuerte, pero el cuerpo le juega en algún momento una mala pasada". E termina de mudar al bebé y lo toma en brazos, me lo muestra y dice " cierto que es el bebé más lindo de la tierra, cierto mamá que soy lo más lindo de mis papás". E llama a M y le dice que se quede con nosotras, M saluda a la distancia a su hijo, no se observa muy cómodo. E se recuesta sobre la cama y coloca al bebé en su pecho, el niño hace esfuerzos por levantar la cabeza, su madre lo observa y se ríe de lo que el bebé hace.

M se sienta al lado de su mujer y empieza a acariciar al bebé. Jeremy parece disfrutar el contacto con sus padres. Me despido y les recuerdo que la próxima visita va a ser la última.

Observación: E. R.

Nombre bebé: Jeremy

Observadora: Laura Monge

Fecha: 08-10-03

Hora: 10:00

Me abre la puerta C (amiga de E), me cuenta que ella acompaña mucho a E para que no se sienta tan sola. C se va y sale E a recibirme afuera, me hace entrar directamente a la habitación. Jeremy está durmiendo. Me cuenta que la semana anterior hicieron muchas actividades aprovechando las vacaciones de M " lastima que fue por tan poco tiempo". Me dice que ya es hora de la papa del niño, así que lo va a despertar. Le empieza a dar besos por todo el cuerpo y le dice frases como: " mi amor hay que despertarse, ya es hora de comer, para crecer y ser un niño sano" " ya flojito a despertarse". Jeremy se empieza a encoger y da pequeños suspiros, lentamente comienza a abrir los ojos, E le sonríe constantemente y el niño la observa detenidamente.

E le ofrece el pecho al niño y este lo acepta, da mamadas activas y mira fijamente a su madre, que le acaricia la cabeza " que rica mamá, me encanta cuando hacemos esto, es tan rico". El niño la observa.

E me dice " cierto que está precioso, yo me impactó de lo rápido que crece, te acuerdas como era cuando solo tenía días". E se observa emocionada y mira con orgullo a su bebé. Jeremy ha dejado de mamar, y E le dice " ahora te toca de la otra, pero antes vamos a botar los chanchitos", coloca al niño frente a ella y le empieza a frotar la espalda, el niño se ve satisfecho.

E me dice que lo único que quiere es que su bebé sea sano y feliz. Jeremy se empieza a quejar y E le dice " parece que estamos apurados para seguir comiendo", le ofrece el otro pecho y el bebé lo recibe gustoso. E le saca una costra de la cara a Jeremy y le dice " parece que estoy un poco sucio mamá".

E se queda un rato largo en silencio mirando a su bebé, solo se escucha la succión del niño, se observan bastante cómodos los dos. Jeremy suelta el pecho de su madre y ella le dice " parece que comí mucho mamá" " estoy agotado". E se

recuesta sobre su cama y coloca a su hijo sobre su pecho, mientras le sobajea la espalda le canta una canción de cuna. Me despido y le agradezco su colaboración.

Observación: P. M.

Nombre bebé: Hans

Observadora: Laura Monge

Fecha: 16-09-03

Hora: 11:00

Se fija la hora de visita con P no exenta de problemas. La primera visita estaba fijada para la semana anterior, pero justo P tenía que hacer un trámite, por lo que se pospuso para la semana del 15 de Septiembre. Se confirmo la hora para el martes 16 a las 11:00. Llegue a la cita con 15 minutos de anticipación, y fui atendida por la madre de P (L). L pide disculpas por el desorden de la casa porque se cambiaron el sábado, por lo cual se observa cierto amontonamiento de muebles, que dificultaban el paso. Paso al living (con música de fondo bastante fuerte) y L comienza a contarme sobre su situación mientras le grita a P que se despierte. L refiere que actualmente perdió su trabajo a causa del tiempo que le tomaba cuidar a su nieto (que estuvo 3 meses hospitalizado), razón por la cual tuvo que poner en arriendo su casa e irse a vivir con sus dos hijas y su nieto a la casa de su hermano, mientras cuenta todos estos hechos va en busca del bebé. Hans se observa gordito y arreglado, físicamente se parece mucho a su mamá. La abuela se sienta con él en brazos y lo sostiene con una sola mano, la guagua me mira fijamente y yo le dirigo sonrisas que él acepta y parece disfrutar. L habla sobre el pololo de P y me pide que le diga a P que él es el que debe venir a verla y no ella a él, ya que ni cuando vivían cerca él era capaz de hacerlo. De vez en cuando mira al bebé y dice que se porta muy bien, refiere que está con libre demanda pero que igual toma relleno dos veces al día, ya que con el pecho no le basta. Han transcurrido 20 minutos y P no aparece. Hans comienza a acercarse al pecho de la abuela, se nota que tiene hambre, pero no llora, solo emite suaves quejidos. P aparece me saluda, y su madre le dice que tome al bebé y le de leche. P hace caso omiso y se sienta frente a mi, con el bebé en brazos, lo mira y le ofrece el pecho, se observa que al bebé le cuesta acomodarse y su madre no se inmuta (no hace ningún movimiento para ayudarlo), aproximadamente después de

2 a 3 minutos el bebé comienza a succionar, P no habla y tampoco lo acaricia. L se asoma desde una pieza y empieza a hacer preguntas en relación a la leche, ya que comenta que a Hans le cambiaron el relleno y a ella le da la impresión de que esta nueva leche le produce problemas estomacales. Por otro lado se queja de que se les acabó el remedio para la apnea y no tiene plata para comprar otro. Les sugiero que vayan directamente al Hospital a hablar con un asistente social que las pueda ayudar. L le dice a P que vaya mañana, que ella le cuida el bebé.

P comienza a acariciar el pelo de su bebé y comenta que le gusta mucho estar en brazos y que es muy bueno para quejarse. Comienza a sobarle la espalda y luego lo coloca frente a ella, se observa que Hans no está muy cómodo ya que su cabecita no está bien sostenida y P lo pone parado (en ese momento su mamá la reta y ella riendo le dice que él quiere estar así). Hans empieza a dar vuelta la cabeza por lo cual P lo pone sentado frente a sus rodillas de manera que queda frente a mí. P lo tiene tomado de las manos, en ese momento llega un amigo de ella y se ponen a conversar por unos minutos, luego él desaparece. Ha transcurrido la hora así que la observadora se despide y propone que se vuelvan a juntar el próximo martes a la misma hora, P le deja el bebé a la mamá y sale para abrir la puerta.

Observación: P.M.

Nombre bebé: Hans

Observadora: Laura Monge

Fecha: 26-09-03

Hora: 15:00

Me recibe P en el living de su casa, allí se encuentra su mamá que tiene a Hans en brazos, me acomodan una silla al lado del bebé. L sobajea a Hans en la espalda y lo tiene parado contra su pecho, mientras comenta que al niño le encanta esa posición, que llora y patalea cuando lo sientan o lo dejan acostado en la cama, P mientras tanto cambia la música y la madre le dice que apague la radio, sucesivamente empieza a hacerle gestos con las manos al niño a la distancia y le da un fuerte grito "Hans". Al rato llega la hermana de P(C) y le pide a la mamá que la ayude con la ropa, L se para y le dice a P " encárgate del bebé, que ya me tiene chata (riendo)". P toma al niño y lo pone de espaldas a ella parado, luego lo da vuelta y lo acomoda en su hombro. La madre de P comenta que Hans ha estado enfermo " fue porque lo llevaron a Quilicura, yo dije que allá se iba a enfermar", al mismo tiempo que refiere que ya no le alcanza la plata para los medicamentos y que ha perdido varias horas al Doctor por no tener plata para la locomoción.

P empieza a amamantar al bebé, el niño reclama y ella le enchufa el pecho con fuerza, el niño sigue reclamando y le cuesta prenderse. Luego mientras L habla, P la mira y no se da cuenta que el niño ha dejado de mamar y se queja porque no encuentra el pecho, cuando se da cuenta se lo vuelve a poner y el niño reclama. L dice " que le estas haciendo, algo debe ser para que se queje tanto". Hans deja de mamar y P lo sienta en sus brazos, el niño se queja y P no se da cuenta que acaba de vomitar. Cuando se da cuenta lo limpia y le vuelve a dar pecho, repitiéndose la misma rutina. Cuando Hans deja de mamar por segunda vez P se da cuenta de que se hizo caca y va rápidamente a cambiarlo a la pieza. Cuando vuelve lo sienta de espalda a ella, L le dice "ponlo parado, si tu sabes que le gusta así", P lo para de frente a ella y comienza a darle besos en la boca. Posterior a

esto comienza una discusión entre P y su madre, ya que esta última le dice que no va a ir más a Quilicura porque ella está a cargo de ella y de Hans, y que ella va a tener que cuidarlo si el niño se enferma. P se ve enojada, mientras sostiene a Hans de espaldas a ella y el niño comienza a quedarse dormido. P de vez en cuando mueve bruscamente a Hans, relatando que al niño le gusta que ella haga esto, al bebé no parece molestarle. Ya ha pasado una hora y la observadora decide concluir la visita, L la acompaña hasta afuera " esta niña se jodio la vida y de pasada a mi".

Observación: P.M.

Nombre bebé: Hans

Observadora: Laura Monge

Fecha: 30-09-03

Hora: 10:30

Me recibe la madre de P, después de llamar insistentemente a la puerta, ya que se demoraron en abrir. P y Hans están acostados, el bebé se encuentra amamantando recostado sobre la cama de frente a su mamá. L, la madre de P saca al bebé de la cama y lo recuesta en la cama de al lado, lo tapa y con suaves movimientos lo empieza a despertar, P mira desde su cama. L le habla a Hans y le dice que lo han venido a ver, el niño reclama y sigue durmiendo, luego L se va. Hay un rato largo de silencio, el bebé duerme, mantiene un sueño ligero, en algunos momentos abre los ojos y luego vuelve a cerrarlos, otras veces esboza una sonrisa, P mira de vez en cuando al niño. Transcurridos 10 minutos, P se levanta y dice que el niño se ha calmado. Sale de la pieza y dice que se va a bañar. Me quedo sola con el bebé durante 10 minutos más, el niño duerme plácidamente, pero esporádicamente tiene movimientos bruscos. Cuando P vuelve el bebé ya está despierto y hace pequeños quejidos porque se encuentra en una posición incómoda, P lo acomoda y le da un beso. Se sienta luego en la cama de al lado y lo mira a la distancia.

P se da cuenta que Hans se ha hecho caca y rápidamente acomoda todo para cambiarle la muda, lo hace de una forma bastante mecánica, no lo mira ni le habla mientras realiza este acto, y el niño se entretiene mirandome. P aprovecha para sacarle el pijama y ponerle un pilucho y un gorro que hacen juego, junto con ponerle colonia y darle las vitaminas en gotas.

Llega L y empieza a conversarle al bebé, mientras le dice a P que "tu sabes que al niño le gusta que le den leche después de cambiarlo". P lo toma y lo pone frente a su pecho, el bebé empieza a succionar, a los pocos minutos el niño suelta el pezón y se ve bastante atorado, P comienza a sobarle la espalda para que el bebé se desatore, mientras exclama que todavía está medio trabado porque le salió

mucha leche de golpe. Luego P lo pone de pie refiriendo que a él le gusta esta posición, L le dice que el niño se ve incómodo, así que mejor lo sienta. P lo sienta de espaldas a ella y el niño dirige la mirada fija hacia su abuela que le habla y le mueve las manos. Luego L lo toma en brazos, y Hans dirige la mirada hacia su mamá que le tira besos a la distancia. Ya ha transcurrido una hora así que se da por terminada la sesión de observación.

Observación: P.M.

Nombre bebé: Hans

Observadora: Laura Monge

Fecha: 07-10-03

Hora: 11:30

Cuando llego a la casa me encuentro en la puerta con P que viene de comprar. Hans se encuentra en el living durmiendo en su coche, mientras su abuela está en la cocina preparando el almuerzo. P me cuenta que a Hans le fue bien en el control y que en el consultorio le dieron el relleno, que hoy mismo tiene que ir a buscarlo. L empieza a hablar de Hans y este se empieza a mover, refiere que el niño esta bien despierto "sabe que estamos hablando de él por eso se mueve tanto", lo toma en sus brazos y me lo pasa para que yo lo tenga, el bebé se observa incómodo y emite de vez en cuando quejidos de molestia, P sólo observa a la distancia. La miro y me dice que quizás tenga hambre, se lo paso y empieza a darle de mamar, Hans empieza a tomar la leche en forma ávida. Sucesivamente llega L con una mamadera con lo último que le queda de relleno, le pide el niño a P, le pone un babero y le da la mamadera de pie. Hans come muy rápido (en aproximadamente 2 minutos se la termina) L dice " y eso que se demoro, siempre come muy rápido". L le soba la espalda y el niño se queda dormido inmediatamente, lo pone en su coche y mientras lo tapa refiere que cuando empiece a trabajar el niño se va a quedar solo con P y que eso le da miedo porque el niño va a sufrir, P se enoja y le pregunta porque dice eso, L dice que P no es que sea mala madre pero se olvida las cosas, como que anda en las nubes. L toma al niño y este se despierta, le dice a P que quizás tenga hambre, esta lo toma y le ofrece el pecho, el niño empieza a mamar pero rápidamente lo deja. L le dice que quizás tiene un "chanchito", P lo sienta y le empieza a sobar la espalda. Luego lo pone de frente a ella y empieza a jugar con el niño, le da besos y lo mira fijamente, el niño parece disfrutarlo.

P tiene que ir a buscar la leche por lo que se para y le pasa el bebé a su madre. Se termina la hora, me despido agradeciendo la disposición y le entrego el manual resumen del taller de maternaje. L pide disculpas por no haber sido una buena anfitriona, debido a su precariedad económica.

Observación: D.V.

Nombre bebé: Matilde

Observadora: Laura Monge

Fecha: 16-09-03

Hora: 16:30

Se establece el horario de la visita por teléfono. D me abre la puerta y se observa bastante atareada, me dice que me siente en el living, mientras comenta que Matilde está durmiendo en su cama. D tiene en sus brazos a su hijo J (1 año, 6 meses). Se sienta a mi lado, y refiere que esta muy cansada, " no es fácil criar a dos guaguas". Matilde comienza a llorar desde su habitación, D deja a J conmigo y se dirige al lugar de donde proviene el llanto, en breves segundos aparece con el bebé en brazos, y dice " debe tener hambre, es super quejona y se lo come todo", coloca a la niña frente a su pecho y se lo pone en la boca, la niña lo rechaza, pero D se lo vuelve a poner hasta que la niña lo acepta, Matilde cierra los ojos y realiza mamadas suaves y con espacios en que se queda inmóvil, D mientras tanto dirige la mirada hacia mi, haciendo preguntas acerca de las demás madres que estuvieron hospitalizadas cuando ella lo estuvo. J le ofrece un auto a su madre, y esta lo recibe con una sonrisa. Matilde se ha quedado dormida, cuando su madre se percata de esto, la pone sobre su hombro y le empieza a sobajear la espalda, J pide que lo tomen en brazos y su madre le dice que ahora no puede " más ratito". D me pide que le tenga a la bebé un rato en brazos porque tiene que apagar la tetera, que hace rato que esta sonando. La niña duerme apaciblemente, con movimientos bruscos en ocasiones, sin embargo sigue durmiendo. D vuelve, toma a la niña y dice que la tiene que cambiar. Me hace pasar a la habitación, pone a la niña sobre la cama y la empieza a desvestir, Matilde sigue durmiendo. D le empieza a dar besos por todo el rostro y la niña comienza a despertar de a poco, mientras su madre le quita los pañales sucios. Mientras realiza esta función, D refiere que ya no sabe como arreglárselas para conseguir dinero para la leche y los pañales, ya que su marido a duras penas gana como obrero de la

construcción. Mientras cuenta todo esto, mira de vez en cuando a Matilde, que se entretiene mirando un osito que su hermano puso a su lado.

Matilde ya esta limpia y D la toma en sus brazos. Se para, pone a la niña frente a ella y comienza a darle movimientos hacia arriba, de arriba abajo, la niña mira fijamente, se observa bastante asustada, y por lo demás el juego es bastante peligroso. Ya ha transcurrido la hora, D me acompaña hasta la puerta con ambos niños en brazos.

Observación: D.V.

Nombre bebé: Matilde

Observadora: Laura Monge

Fecha: 23-09-03

Hora: 16:00

Cuando llego a la casa nadie sale a recibirme. Me quedo un rato esperando afuera, y como a los 10 minutos aparece D, con Matilde en un coche y J de la mano. Se disculpa, explicando que tenía que ir a buscar unas recetas para un remedio en el Consultorio y me hace pasar.

Desviste a los niños que vienen muy abrigados, se sienta y da un resoplido, que parece que es de cansancio o algo así. Matilde se ve muy bonita, con un vestido rojo y un gorro del mismo color. J empieza a reclamar, D se para y le hace una mamadera, el niño la toma y se acuesta en un sofá, mientras me mira con mucho detenimiento. D saca a la niña del coche, se sube el chaleco y le empieza a dar de mamar " esta niñita siempre tiene hambre", la bebé toma el pecho de su madre activamente, mientras la mira fijamente, D no se da cuenta que la niña la mira porque esta retando en ese mismo instante a J, porque esta manchando con leche toda su ropa " lo tengo que cambiar como mil veces al día, este cabro chico no aprende". Matilde se empieza a atorar, y en ese minuto D le saca el pecho, y dice " como no te vai a atorar, si comis como condenada". D sienta a Matilde sobre sus rodillas, de espalda a ella y le empieza a sobar la espalda, la niña mira a la observadora fijamente, mientras su madre le da golpecitos en la espalda que empiezan a incomodar a la niña que rápidamente se pone a llorar, D dice " es tan mañosa, le gusta estar puro en el pecho". La toma nuevamente y le ofrece, ahora, el otro pecho, la niña la rechaza y empieza a llorar más fuerte. D se baja el chaleco, y la coloca sobre su pecho, la niña sigue llorando, D la mira y la niña se calma un poco, aunque sigue quejándose. Matilde es colocada en su coche, la niña deja de llorar y se empieza a quedar dormida. Mientras esto ocurre D ha ido a cambiar a J que está lleno de leche. Me quedo sola con la niña en el living, la bebé duerme plácidamente. Al rato llega J con ropa limpia y empieza a contemplar a su

hermana, mientras balbucea " la guagua". Ha pasado ya una hora, la observadora se despide de D y de J.

Observación: D.V.

Nombre bebé: Matilde

Observadora: Laura Monge

Fecha: 29-09-03

Hora: 16:00

D me abre la puerta y me hace pasar a su habitación, ambos niños están en la cama, al parecer están despertando, porque J está tomando su mamadera y Matilde espera a que la alimenten tranquilamente recostada sobre una almohada. D se ve contenta, refiere que las tardes la pasan los tres juntos, porque generalmente su madre la ayuda en las mañanas (para hacer el aseo) y su marido llega en la noche. Me invita a sentarme en una orilla de la cama. Ella se sienta al otro lado. Mira a Matilde y dice " mira como ha crecido, esta muy bonita", Matilde la mira y realiza un breve quejido. D la toma en sus brazos, y se da cuenta que la niña se ha hecho caca. La vuelve a recostar en la cama y la empieza a desvestir, mientras me cuenta que el fin de semana se van a ir todos a la casa de la suegra, porque algún familiar (no se especifica bien quien, esta de cumpleaños). D viste rápidamente a la niña y cuando esta lista, la pone frente a ella para alimentarla, Matilde acepta el pecho y empieza a mamar activamente. D la mira y comenta que la niña ha estado muy mañosa últimamente " no se que le pasa, me pongo nerviosa cuando se pone así", la niña la mira de vuelta y de a poco se va quedando dormida. D mantiene a la niña en su pecho, a pesar de que esta ha dejado de mamar. Suena un teléfono celular, D suelta a la niña y me la pasa para que la sostenga, y va a atender el teléfono. Matilde sigue durmiendo, D vuelve a la habitación y habla tan fuerte que la niña se sobresalta y comienza a llorar " se da cuenta, no se porque llora". Me quita a la niña y la empieza a mecer en sus brazos, con movimientos bruscos, la niña continua llorando, sigue esforzándose por tranquilizarla, pero la niña continua haciéndolo.

D le ofrece su pecho a la niña y ella lo acepta " por fin se calmo, no se que le pasa, yo creo que es de fundida". J se observa jugando con unos autitos sin poner atención a lo que pasa a su alrededor. D comenta que quizás se vayan a vivir

fuera de Santiago, junto a su marido y sus hijos, porque un familiar le esta ofreciendo trabajo a su marido. Se ve contenta con la idea. Ya ha transcurrido una hora, me despido de D, J y Matilde, me voy sola a la puerta porque D sigue dándole de mamar a la niña.

Observación: D.V.

Nombre bebé: Matilde

Observadora: Laura Monge

Fecha: 02-10-03

Hora: 15:00

Me atiende una persona que no conozco, pero al parecer, ella sabe quien soy, me saluda y me hace pasar. Me dice que es la Tía de D, y que ella tuvo que salir urgente a buscar algo a la casa de su madre, pero que debería estar por llegar. Me invita a tomar asiento y sale del living, al poco rato vuelve con Matilde en brazos y la coloca en su coche, la niña se observa tranquila. La Señora M pone el coche frente a mi, la niña me mira y yo le sonrío. Como a los 15 minutos llega D con J en brazos, ya que viene dormido, me pide disculpas y va a dejar al niño a la cama. Luego vuelve, se observa bastante fatigada, toma rápidamente un vaso de agua y se sienta a mi lado. Mira a la niña y mientras da un movimiento hacia delante le da un beso en su mejilla y acaricia su cabecita, refiere " estoy agotada, anoche dormí super mal porque la niña se despertó mil veces, no se porque andaba tan mañosa, cierto?, en ese minuto mira a la niña que la observa mientras habla. La toma en brazos y la pone contra su hombro, de espalda a ella y a mi. Me cuenta que están muy mal de plata, y que cada vez es más cercana la idea de irse fuera de Santiago " mi marido trabajaría en un taller mecánico de la familia, él se ve contento con la idea, yo lo sigo donde quiera ir". En ese instante sale la tía de D que se despide porque ya se va, le da un beso a Matilde y le ofrece unas sonrisas al bebé, no observo la reacción de la niña ya que todavía se encuentra de espalda a mi. " Mi familia me ayuda bastante, sino me volvería loca". D me cuenta que J está bastante celoso de su hermana y que más de una vez lo ha pillado pegándole. Me paro para ver a la niña y me doy cuenta de que se ha dormido, se lo comento a D y ella dice " a veces ni me doy cuenta cuando lo hace", le da un beso y la recuesta en el coche, la niña hace leves movimientos, pero finalmente no despierta. Le agradezco a D toda su colaboración y le entrego el mismo manual

que le entregamos a las madres que participaron en el taller, ella por su lado me agradece mi compañía y me invita a volver en otra oportunidad, si es que no se va fuera de Santiago. Se despide de mi con un abrazo, no me pude despedir ni de J ni de Matilde porque ambos duermen.

Observación: X.R.

Nombre bebé: Leonardo

Observadora: Laura Monge

Fecha: 25-09-03

Hora: 15:00

X se observa muy motivada para realizar la observación. Se fija la hora y fecha y hace referencia a que su hija (Priscilla, 1 año y medio) se encuentra con Rubéola y que está muy preocupada porque el bebé se puede contagiar. Llego a las 15:00, el bebé se encuentra durmiendo. En el living se encuentra la madre de X que ha venido a ayudarla mientras la niña este enferma. X cuenta que tratan de que la niña no se acerque mucho al bebé ni lo toque, como una manera de prevenir, aunque recalca que el Doctor le dijo que mientras Leonardo tomara "harto pecho" no había problemas. P me mira a la distancia y empieza a sonreír, pero no se acerca. X comenta que Leonardo es muy bueno para comer y le ha lastimado los pezones, pero que ella está feliz porque así va a engordar más rápido, posteriormente comienza a preguntarme si he sabido de las demás madres que participaron en el taller, y a recordar anécdotas de dicha actividad. X le pide a la madre que haga dormir a la niña, P se niega y se va a acurrucar con la madre que no duda en tomarla, observando cada vez que la niña se acerca al coche para correrla y evitar que moleste al bebé que continua durmiendo. Leonardo empieza a llorar y X se da cuenta que es hora del remedio, sube al segundo piso y lo trae rápidamente. Le da el remedio al bebé y le hace cariño en la cabeza, al mismo tiempo que comenta que su marido es un gran apoyo para ella, ya que le ayuda con las labores domésticas y con los niños. P comienza a llorar y X sube con ella, después de 5 minutos llama a su madre para que suba a acostarse con la niña, ante esto P reclama un rato pero no demora en dormirse.

X baja con algunos implementos para cambiarle el pañal a Leonardo, coloca una toalla en el mismo coche, y comienza a desvestirlo con delicadeza para que el niño no se despierte. X le habla al bebé y le dice que ella sabe que ahora ya no conversan mucho porque también se tiene que preocupar por la niña, pero que

igual van a regalonear, le dice de muchas maneras cariñosas, el bebé comienza a abrir lentamente los ojos y comienza a lloriquear. X lo toma en brazos frente a ella, y mientras lo mira dice que ahora "lloro pitucamente" porque siempre llora fuerte para que lo tomen en brazos. El niño se calma inmediatamente, X le habla y le pregunta porque esta enojado, que si acaso tiene hambre.

X busca una frazada y se sienta en un sillón, acomoda al niño y le empieza a dar de mamar, se evidencia que tiene mucho dolor y al niño le cuesta prenderse del pezón, X con paciencia deja que el niño busque su mejor postura y mientras le hace cariño en la cabeza lo mira a los ojos "siempre mientras come está con los ojos abiertos, como que quiere mirar todo", Leonardo mama con tranquilidad, sin queja alguna. X dice que le da pecho cada vez que él quiere, aunque a ella le cause dolor por las heridas en sus pechos. Después de 10 minutos Leonardo se desprende del pecho de su madre bastante satisfecho y X se lo pone en su pecho porque dice que a él le gusta así, a la vez que le sobajea la espalda porque dice que le da mucho miedo que se atore. Me despido.

Observación: X.R.

Nombre bebé: Leonardo

Observadora: Laura Monge

Fecha: 03-10-03

Hora: 11:00

Llego puntual a la casa de X, quien abre la puerta y se observa bastante complicada ya que se encuentra cambiando a su hija pequeña. Leonardo está durmiendo en su coche, X le saca la manta para que vea lo grande que esta " engordo 300 grs. Pero el doctor dijo que tenía que tomar relleno". X sube al segundo piso para seguir cambiando a la niña y me deja con el bebé en el living. Leonardo esta tranquilo, pero a ratos abre los ojos y se queja, pero en general estos movimientos son cortos y poco intensos. Después de 10 minutos, X baja con la niña y comenta que es super regalona, mientras esta le pide a la madre que la alce. X cuenta que Leonardo ha estado muy bien, que el Domingo salieron a un mall y que toda la gente le decía que como había sacado a un bebé tan chico " no saben que ya casi va a cumplir dos meses". Por otro lado, X comenta que le duelen bastante los pechos cada vez que le da de mamar a Leonardo. X se para y va hacia la cocina a hacer el almuerzo, la niña va detrás de ella. Leonardo comienza a despertar y hace leves quejidos, X desde lejos le dice que ya va a ir a cargarlo en brazos. El niño se vuelve a dormir y su madre continua en sus actividades. El niño se observa bastante cómodo en su coche, X comenta que esta cansada, ya que es difícil criar a dos bebés al mismo tiempo, por otro lado refiere que su marido quiere tomar vacaciones para que se puedan ir todos a descansar. El niño ha dormido durante toda la observación, X dice que es mejor que venga en la tarde porque él niño generalmente duerme toda la mañana.

Observación: X.R.

Nombre bebé: Leonardo

Observadora: Laura Monge

Fecha: 09-10-03

Hora: 11:00

En esta ocasión me abre la puerta L, el marido de X. Me hace pasar al living, allí se encuentran todos; Leonardo durmiendo en su coche y X dándole la mamadera a P. X me comenta que se vienen despertando porque aprovecharon de dormir un poco, mientras el bebé dormía, ya que contaba que en la noche se despierta en varias oportunidades porque es tan regalón que no se queda dormido solo en su cuna, sino que necesita dormirse mientras le dan de comer. X mientras cuenta esto le acaricia la cabeza a su hija y la mira. Posteriormente cuenta que ella cree que la niña se contagió la rubéola en el consultorio, por lo cual evita llevar al bebé. La niña termina su mamadera, se para y se sienta entre las piernas del padre, cuando lleva a cabo esta acción pateo un juguete y X le dice " no hagas ruido, no ves que el bebé es muy sensible a eso". X comenta que la niña se pone muy celosa cuando ella le habla y le hace cariños al bebé, de hecho no la suelta y a la guagua tampoco. El padre de Leonardo permanece en silencio, hasta que se para y sube a limpiar el baño.

El bebé da un leve quejido, X dice que ya es hora de darle las vitaminas, se para y va a la cocina, seguida por la niña. Cuando vuelve, destapa al niño y le dice cosas como " hola papito" " que te pasa" " te tienes que tomar todo el remedio". Leonardo se queda mirando fijamente a su madre. X va a la cocina y le prepara un relleno " no le quiero dar pecho, porque le di hace muy poquito, y me puse una crema para las heridas y quiero que me hagan efecto". Toma al niño en brazos, y lo pone sobre su regazo. X le da la mamadera que el niño acepta gustosamente. Se miran y X le dice " esta muy rica la leche mami" " esta calentita", mientras el dice esto ambos se miran. De vez en cuando P le pide a la mamá que le acaricie el brazo porque tiene unas picaduras " siempre es así cuando estoy con el bebé", X le acaricia el brazo y la niña se observa conforme. Baja el papá de los niños y P

le pide que le ponga los zapatos, se ve que es muy colaborador. X coloca al niño en su coche y este no demora en dormirse.

Observación X.R.

Nombre bebé: Leonardo

Observadora: Laura Monge

Fecha: 14-10-03

Hora: 11:00

Me recibe en esta oportunidad X, se observa contenta, pero un poco fatigada. Tiene en sus brazos al bebé, se sienta en el living. Mientras me habla mira al bebé y él a ella, Leonardo se observa tranquilo, de vez en cuando dirige al mirada hacia mi. P juega al lado de la madre, se muestra desconfiada hacia mi. La niña de vez en cuando le pasa a llevar los pechos a su madre, y esta se queja del dolor, comenta que nada le ha hecho efecto y que el bebé es "super bueno para comer", X le dice a su hijo "no hemos tenido mucho tiempo para estar solos porque también tengo que ocuparme de tu hermana", ante esto la niña sonríe "sabe que estamos hablando de ella". Leonardo busca el pecho de su madre y esta se lo ofrece, el niño succiona activamente.

X acaricia a su bebé mientras este se alimenta, Leonardo se observa a gusto en su posición, aunque X dice que no entiende porque el niño se recoge. Transcurridos unos minutos Leonardo cierra los ojos y se desprende del pecho, X dice "hay que estuvo rico mamá". Lo coloca sobre su pecho y empieza a darle masajes suaves en la espalda, mientras cuenta acerca de lo que hicieron el fin de semana "toda la gente se impacta al verme con dos guaguas, yo me río". P se acerca a la mamá y le pide que la lleve al baño. X coloca al bebé en su coche y sube al baño con la niña en brazos. Me quedo unos minutos con el bebé sola, él duerme plácidamente. Cuando bajan X y su hija, X refiere "esta bueno para dormir, ha engordado harto ahora que le estoy dando relleno, esta más bonito". "pero ya no puedo hacer nada, no me alcanza el tiempo ni para hablar por teléfono".

X se acerca al coche y destapa al niño, al mismo tiempo que me pregunta "hace calor acá cierto". Le hace cariño al bebé y P hace lo mismo, mientras dice "el bebé", su madre le asiente y dice "sí, es el bebé y hay que cuidarlo". Ha

transcurrido la hora, X sale con la niña y dice que va a aprovechar de regar. Se le agradece por la acogida.

Observación C.M.

Nombre Bebe: Alesandro

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 17/09/2003

Hora: 12:00

Llegue muy puntual y un tanto perdida y asustada puesto que el barrio es totalmente nuevo para mí. Me indican donde está C (madre) y me dejan esperando en el living de la casa. Pronto baja C y me invita al segundo piso donde se encuentra Alesandro.

El lugar donde se encontraba él y su madre era bastante agradable, era un dormitorio amplio; habían tres camas, entraba la luz del sol, tranquilo, muy limpio y todo muy ordenado. La primera impresión fue muy buena ya que el dormitorio era bastante acogedor y la guagua estaba muy linda (me impresionó lo grande y despierta que la encontré).

Nos acompañó el otro niño de C, A de 4 años, él cual al principio sólo me observaba, luego poco a poco se acercaba más.

El bebé se veía muy atento a mi presencia, era alguien extraño al cual no estaba acostumbrado y eso lo notaba, escuchaba mi voz y giraba rápidamente su cabecita como buscando quien era. C decía: "mira...si es súper despierto, cacha de inmediato que estas tú". Ella (su madre) se ve cariñosa, lo mira, le habla, y lo besa. Dice: "hijo te quiero mucho".

A percibe que estamos hablando mucho del bebé y se me acerca mostrándome algunos de sus juguetes, trata de llamar la atención pero no es desagradable, por el contrario, se muestra tierno y comienza hablarme.

C se coloca para amamantar a su bebé (se ve un tanto brusca para acomodarse), me cuenta que desde que estuvo hospitalizado a ella no le sale mucha leche, refiere: "es que como es prematuro no tenía estímulo...allá es más difícil que a una le salga leche". Me explica que igual lo intenta antes de darle relleno porque algo le sale. Alesandro se observa muy satisfecho, sin embargo, cuando C se cambia de pecho, se observan ciertas dificultades. C pone una cara de cierta queja y dice:

" es que este pecho me duele..siempre hay uno más sensible, Ay!! si siento que se me parte el pezón.." .Al decirme esto, observo al bebé que succiona con gran fuerza. C trata de no quejarse pero igual se observa su molestia.

Mientras tanto A se acerca a mí, mostrándome muy entusiasta el muñeco de Toy story, apretando los botones y hablándome espontáneamente. Juego un rato con él para que no se ponga tan celoso (me parece muy simpático). C le pide que se abroche sus cordones, le digo que yo lo hago, pero él no se deja, ella como disculpándose me dice: "ah no, si no se deja hacer nada por nadie, sólo conmigo" y se los amarra rápidamente. Me sorprende con la naturalidad que hace ambas cosas: mientras que continua amamantando al bebé se preocupa de A, lo ayuda y lo besa.

El cuñado de C entra tímidamente al dormitorio y me entrega una bebida, muy atento. Le agradezco el gesto y se retira. Mientras tanto C me cuenta (un tanto acelerada) que ella se nota aprensiva con el bebé, explicándome que es porque cuando llevaban sólo 5 días en casa Alesandro presentó un cuadro de apnea; ella refiere: "casi me muero!! Sabes que le di leche y parece que se atoró...se puso morado y se veía mal, así que me puse histérica! , grité y volamos al hospital de inmediato. Por eso quede como nerviosa...pero ahora se que tengo que hacer si pasa.., la Dra. me explicó.

Alesandro toma leche de su madre, hasta el momento se observa muy satisfecho, pero pronto comienza hacer ruidos, se comienza a mover...C lo interpreta: "se quedó con hambre, es que lo que me sale no lo satisface completamente". Frente a esto, C me pide que me quede con Alesandro un momento mientras ella va a buscar el relleno. Yo acepto y me lo deja en mis brazos, (me pongo un tanto nerviosa); él me comienza a observar como tratando de reconocer, escucha atentamente mi voz y se comienza a mover, se estira con fuerza y poco a poco comienza a llorar. Me angustio, pero trato de calmarme le hablo, y entre tanto, llega C (creo que sólo pasan 3 min.aprox pero para mí se hace bastante), le prepara la mamadera y me lo retira. Alesandro inmediatamente se calma y deja de llorar, lo acomoda y le da su mamadera. Se ve muy tranquilo y satisfecho.

En ese momento entra el padre, el cual llega del trabajo (porque es 17 de sept) me saluda algo tímido y besa a C y a los niños (se nota muy orgulloso de ambos), se retira rápidamente y se lleva a A; al parecer para no molestar.

Alesandro poco a poco comienza como a dormitar, aún no termina la mamadera, pero C se la retira (no fuerza a que tome más). Luego se toma unos minutos para sacarle los "chanchitos", me parece que lo hace un tanto brusco pero pronto lo alivia, revela una cierta experiencia para esto, lo hace tranquila y con confianza. Mientras hace esto, el bebé se observa un tanto inquieto, como atento a mi voz (me parece que tuviese curiosidad frente a esta voz extraña), girando constantemente su cabecita. Después lo acomoda en la cama, asegurándose de dejarlo en una posición cómoda y segura, lo apoya con una mantita de lado y Alesandro poco a poco se comienza a dormir.

En este momento ya estamos en la hora; así es que me aprovecho de despedir. Le recuerdo que nos veremos la otra semana en el mismo horario. Ella me acompaña hacia la puerta pidiéndole a su marido que este atento al bebé mientras me despide. El suegro me ofrece acercarme al paradero; en un principio digo que no se preocupe pero él responde "no Srta., me preocupo igual, porque aquí el barrio es medio peligroso". Me parecen muy atentos y acepto.

Observación C. M.

Nombre Bebe: Alesandro

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 25/09/2003

Hora: 12:00

Alesandro se encontraba durmiendo plácidamente, se encontraba excesivamente abrigado: vestido dentro de la cama y con muchas mantas encima. En cuanto llego sube A quien se queda junto a nosotras. Nos ponemos a hablar sobre como a estado el bebé en esta semana.

A tratando de llamar la atención comienza hacer ruidos y movimientos de bebé, se encuentra imitando claramente a su hermanito. Al verlo quedó un tanto impresionada y C me dice: "está súper aguaguado, míralo si es un verdadero bebé.." (lo besa). Alesandro continua durmiendo, no enterándose de nada. Se observa relajado y cómodo, sólo descansando. Luego de 10 min. comienza poco a poco a moverse y estirarse, haciendo ruidos. Lo hace hasta ponerse bastante rojito. C lo toma en brazos, diciendo que ya se despertó (lo mueve un tanto brusca). El abre muy bien sus ojos y comienza a moverse.. y a llorar; C lo mira un poco acelerada y dice: "ah! ya tienes hambre", levantándose la polera para darle de mamar. Me da la impresión que se apura un poco, no dejando que el bebé se despierte bien aún. Rápidamente le pone el pecho; Alesandro como tratando de despertar, se demora un tanto en comenzar a succionar. Mientras su madre lo amamanta, A comienza a molestar un poco, se acerca y lo besa un poco brusco (por lo que C lo reta); interfiriendo el proceso. El ambiente no es muy tranquilo.

Luego lo cambia de pecho y nuevamente se queja por el dolor, Alesandro succiona con gran fuerza. Al terminar con ese pecho, C me dice: "viste! si se queda con hambre". Tengo la impresión que no es así, sin embargo, no le doy mi opinión y sin darme cuenta me lo entrega en mis brazos diciéndome: "te lo dejo para ir a buscarle el relleno". Esta vez me quedo con él mucho más tranquila, y le comienzo hablar bien suave para que no se asuste. El está muy atento con sus

ojos bien abiertos, se queda un buen rato mirándome; me da la impresión de estar muy cómodo y tranquilo.

Al rato, llega C y me mira con algo de asombro diciéndome: "Sabes? A mí nunca me mira así; conmigo llora y se mueve mucho.." ¿Porqué lo dices? (le preguntó) "Es que conmigo mañosea, sabe que yo le doy la papa" (Noto un poco extraño su comentario), así es que se lo entrego y digo: "toma parece que tiene sus chanchitos..." .Ella lo toma y comienza a masajearlo, muestra cierta experiencia en el asunto, puesto que Alesandro comienza de inmediato a expulsar sus gases. C se ríe, diciendo: Mírenlo!. En esta actividad se entretienen por algunos minutos y luego lo acuesta en la cama, explicándome que lo cambiara de ropa. Me muestra orgullosa algunas de sus tenidas y escoge una para cambiarlo. Mientras lo cambia, me muestra que ya no tiene la alergia que tenía la semana pasada (sarpullidos en la carita), cuenta que la Dra. le dijo que podía ser por no bañarlo todos los días, ella me dice: "imagínate! Me sugiere que lo bañe todos los días, pero yo no quiero porque se puede enfriar y ..después se me enferma... No yo lo baño 3 o 4 veces a la semana". Alesandro se queda muy tranquilo durante la muda.

Ya es la hora, así es que me despido, recordándole que nos veremos la próxima semana. C le pone un gorrito al bebé y me acompaña hasta la puerta.

Observación C. M.

Nombre Bebe: Alesandro

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 30/09/2003

Hora: 12:00

Entre al dormitorio y encontré a C amamantando a su bebé (me pareció que tenía un rostro malhumorado). Ella estaba más complicada que en las sesiones anteriores, incluso me pareció un tanto quejosa. Trataba de darle pecho, pero Alesandro parecía no querer, no se acoplaba al pezón de manera adecuada...más bien parecía rechazarlo. C se encontraba cansada y se observaba con poca paciencia. Bruscamente se arreglo y lo tomo diciendo: "Ay! no sé lo que le pasa, está mañoso".-Yo no estaba de acuerdo, me parecía que era ella la que presentaba dificultades-

Alesandro no estaba aún del todo despierto y su madre lo movía impacientemente, me parecía que el bebé necesitaba estar más tranquilo (sin tanto alboroto). Le pregunto a C si es que le sucede algo pues tiene cara de agotada, pero sólo me contesta que pasó mala noche.

Alesandro también comenzaba a estar más inquieto, se estiraba bastante y su rostro se colocaba poco a poco muy rojo, casi morado.. C lo coloca encima de la cama tratando de ponerlo en una posición más cómoda, sin embargo, Alesandro pareció no quedar a gusto y comenzó a llorar más intensamente (hasta ese momento no lo había visto así).

Frente a esto C lo toma nuevamente en sus brazos y comienza a masajearlo más tranquila. De inmediato Alesandro bota esos incómodos "chanchitos"- C y yo nos miramos y nos reímos diciendo a dúo "Eso era!". Me parece que esto permite a C relajarse un poco, cambiando su disposición. Se dedica a botarle los chanchitos alrededor de unos 5 minutos y ya se observa más calmada. Me dice: "es que parece que está molesto porque no puede hacer caquita..se tranca y se pone mal". Luego de decir esto, Alesandro se observa claramente haciendo "fuerzas", se coloca muy rojito y se mueve bastante...se ve muy incomodo. C se dispone

más paciente y trata de ayudarlo, buscándole una posición más cómoda y verificando sus pañales. Finalmente Alesandro logra hacer y se ve evidentemente más aliviado, quedando mucho más tranquilo.

En este momento llega A a mirar en lo que estamos y muy tiernamente se acerca a su hermano a besarlo. Llama la atención en lo cuidadoso y tierno que lo hace; se coloca muy cerca de él diciendo "es mí hermanito". C muy orgullosa lo besa explicándome: "siempre es así..le encanta besarlo".

Alesandro está muy atento a lo que sucede en el ambiente...sus ojos están muy abiertos; me parece que esta muy curioso como buscando y tratando de reconocer. Fija su mirada en mí, frente a lo cual su madre dice: "es que le encanta el color blanco" (color de mi chaleco) y en realidad parece que esto le agrada; se encuentra frente a mí muy atento.

C repentinamente lo toma y lo observa cara a cara diciendo: "mira si esta tan lindo.."(lo besa). Luego me pide que lo tenga pues ella desea hacer la cama y Alesandro parece no molestarle, se queda muy tranquilo mirando fijamente el chaleco, luego comienza a mover sus brazos, tratando de tocarme. En esta actividad se entretiene un largo tiempo, pero luego comienza con un fuerte hipo que lo interrumpe. Se incomoda y comienza a quejarse, llora y se mueve...frente a mí poca experiencia C lo toma y comienza a moverlo (nuevamente pierde la paciencia) y bruscamente le pone el pecho para que tome leche (no me parece apropiado pero no menciono nada). Alesandro continua moviéndose pero C lo presiona para que amamante, incluso llega a forzarlo. Finalmente el bebé acepta y comienza a succionar...nuevamente C siente dolor, revelando cara de malestar. (siempre es el mismo pecho, el del lado derecho)

Pese a que hay un pequeño cambio en la disposición de C (en comparación a cuando llegue) me parece que ambos están mucho más irritables que en las sesiones anteriores: C se observa agobiada y desanimada, perdiendo fácilmente su paciencia; y también Alesandro se encuentra más mañoso e inquieto.

Observación C. M.

Nombre Bebe: Alesandro

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 06/10/2003

Hora: 12:00

Llegue a la hora acordada y C estaba esperándome, subimos al dormitorio y me encontré a Alesandro un tanto irritable...en las observaciones anteriores casi nunca vi al bebé llorando, en general es un bebé muy tranquilo. Pero esta vez, lloraba, se torcía, y su rostro estaba morado...C me explicó el motivo: estaba estitico.

Se podía observar el gran esfuerzo que hacía y su intensa molestia, me angustiaba verlo. Su madre, estaba nerviosa pero mantenía su calma, lo trataba de ayudar y le hablaba cariñosamente: "pucha papito sé que es molesto..pero así es la vida..ya se te va a pasar". C me cuenta que está así por la leche, según ella la misma matrona le había explicado esto, pero que nunca lo había visto tan mal – en realidad ver al bebé era muy angustiante, puesto que Alesandro hacía mucha fuerza colocándose moradito con sus ojos tensos-. C pese a sentirse muy impotente en no poder ayudarlo, mantuvo siempre buena disposición, no llegando a desesperarse.

Primero le dio pecho, explicándome: "yo creo que mi leche le ayuda.., así le corre más fácil creo yo", luego le sacó los "chanchitos" y Alesandro se vió poco a poco más aliviado, botando esos molestos gases... C intentaba buscar varias soluciones: después le soltó los pañales, dejándolo más cómodo. De esta manera, C logró tranquilizarlo un tanto.

Todo esto lo realizaba muy delicadamente, hablándole y acariciándolo constantemente.

En un momento Alesandro lloraba desesperadamente e inesperadamente llegó su hermano A, quien muy tierno lo besa y acaricia; frente a lo cual C refiere: "siempre es así cuando lo siente llorar mucho, viene a ver que le pasa" . Recuerdo que en realidad su hermano en varias ocasiones llega preocupado por el bebé,

preguntando qué le sucede o poniéndose junto a él. Se ve una relación muy tierna entre ambos.

Pese a haber buscado diferentes soluciones, el bebé continua llorando molesto... C ya me dice que está desesperada y que si sigue así lo llevará al hospital. Sin embargo, pronto recupera la calma y lo coloca en la cama sin pañales, moja un algodón y comienza a estimularlo. Me explica que esto lo ayudado en otras ocasiones. Alesandro continua irritable y C finalmente opta por ofrecerle el otro pecho; con esto sí se tranquiliza. Luego que termina C lo acomoda y le comienza a realizar masajes, levantándole sus piernas y dándole golpecitos en su guatita. Poco a poco Alesandro se comienza a tranquilizar, quedándose dormido....-esto en verdad, fue un alivio para mí-

Ya había pasado una hora de observación, pero claramente no podía despedirme sin antes verlo tranquilo y aliviado. Una vez, que ya lo vi durmiendo me comencé a despedir de C, agradeciéndole la buena disposición con que me habían recibido. Le hice entrega del manual y le deje mis teléfonos, además intercambiamos direcciones de mail, para seguir en contacto. Carola prometió enviarme fotos del bebé.

Antes de irme observe un largo rato al bebé...y recordé momentos en el hospital...estaba tan grande y distinto a cuando lo conocí: hoy se veía un bebé grande, saludable y muy lindo.

Observación S. L.

Nombre Bebe: Daniel

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 02/10/2003

Hora: 12:00

Legué al hogar de S, quien me recibió muy atentamente junto a su esposo. Me invita a pasar al departamento y encuentro al bebé encima del sofá, en el living; en realidad al principio no me doy cuenta que está porque esta tapado con muchas mantas.

S rápidamente lo levanta y me lo muestra muy emocionada, me dice: " míralo esta súper bien..", en realidad se ve un bebé sano y muy gordito. S lo mueve un tanto brusco y Daniel aún duerme...ella habla acelerada contándome todo lo que ha vivido desde que lo dieron de alta.

Me pone un tanto nerviosa el modo de sostener al bebé, puesto que S está más concentrada en la conversación, que en sostenerle adecuadamente su cabecita.

Daniel comienza a llorar de a poco y S lo mueve bastante, como intentando que se calle, sin embargo, comienza a desesperarse diciendo: "Ay! si cuando le da, le da.." . Apurada va a buscar el chupete y se lo pone, Daniel al principio lo rechaza pero luego termina por aceptarlo. -esto no me parece adecuado, me parece que no tolera el llanto del niño por lo que decide callarlo con el chupete, además este me parece muy grande para el rostro del pequeño.

S se prepara para mudarlo: acomoda al niño y acerca los elementos necesarios. Repentinamente lo toma y lo besa intensamente, contándome: "me dijeron que no lo besara en la boca, pero yo no me aguanto!"; continuando su muda. Daniel nuevamente se dispone a llorar, pero antes que comience hacerlo, su madre se adelanta y va en busca de la mamadera, colocándosela rápidamente – esto me hace pensar que S no puede tolerar verlo llorar, ya que esto la angustia bastante- Me pide que lo sostenga en mis brazos para ella poder arreglar el sillón y acomodar a Daniel, pero él comienza a llorar de inmediato. Ella nerviosa me dice que deben ser los "chanchitos", así es que se dispone hacerlo. Comienza tranquila

pero a los pocos minutos se comienza a desesperar y no logra tener buenos resultados. Debido a esto, llama a su esposo para que lo haga y me dice: "es que él se los saca de una!". El padre lo toma tranquilo, (ríe como tratando de disculpar a su mujer) y lo pone encima de su hombro, el bebé permanece muy calmado...y comienza a masajear su espalda. Ambos se observan muy cómodos y disfrutando dicha actividad.

Ya es la hora, así es que me despido de todos; recordando el día y la hora de la próxima observación.

En general, me pareció ver una madre muy ansiosa, la cual no es capaz de tolerar el llanto natural del bebé. Más bien, S actúa de manera acelerada y anticipada, demostrando poca paciencia.

Observación S.L.

Nombre Bebe: Daniel

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 10/10/2003

Hora: 12:00

Llego a la hora acordada y encuentro a S y su bebé regaloneando, ella lo alzaba y lo bajaba, emitiendo sonidos de avión –me parecía un tanto brusco los movimientos pero Daniel parecía disfrutarlo- . Me saluda muy acogedora y acomodo al bebé en el sillón.

Daniel comenzó a llorar inmediatamente y su madre sin mucha paciencia me dice: “no si hoy amaneció así..esta terriblemente mañoso” . Luego fue a la cocina y sin dejar de conversar preparo la mamadera. Lo colocó en sus brazos y le dio la mamadera..Daniel la tomaba sin dificultades y muy pronto la acabo. Luego se puso a llorar y S le puso unas gotas al chupete y se lo dio. Curiosa le pregunto que es? Me explica que son vitaminas, me dice que la doctora le dijo que cuando no tuviera más leche le diera esto para que tome el chupete. –pienso que más que eso, es la incapacidad que tiene S para tolerar el llanto de su bebé- .Daniel nuevamente comenzó a llorar y aún más fuerte. S impaciente dice: “Ah no! de nuevo te vas a poner así, pucha que eres pesado!” . Se puede ver que S cada vez que el bebé llora, ella se incomoda, y se pone muy ansiosa.

Luego lo puso de guatita en sus piernas y comenzó a sacarle los chanchitos -me llamaba la atención los golpecitos que le daba, me parecían un tanto bruscos- Daniel poco a poco comenzaba a expulsarlos; esto hizo que se tranquilizara por algún momento y dejara de llorar. Una vez finalizada esta actividad, lo acomodo para mudarlo.

Lo limpia muy tiernamente, besándolo y hablándole muy cariñosa...Daniel aceptaba muy tranquilo. Luego que lo vistió lo tomó y lo puso en frente de ella, lo observó y me dice: “miralo! Si está tan gordito..es que es tan bueno para comer!, pero a mí igual me gusta así, se ve más rico! (lo besa)

Ya es hora de irme, así es que me despido..ella acomoda al bebé en el sillón, buscandole una posición cómoda para Daniel.

Observación S.L.

Nombre Bebe: Daniel

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 14/10/2003

Hora: 12:00

Llego y encuentro al bebé junto a sus padres en el living, el papá esta muy concentrado mirando TV, mientras que S regalonea a Daniel, lo eleva hacia arriba –me parece que lo hace un poco brusco, pero al parecer ella cree que le entretiene- . Luego lo trata de acomodar en el sillón, colocándole su almohada y su mantita. Daniel logra quedarse por un momento tranquilo como observando su alrededor. Sin embargo, al poco tiempo se empieza a mover , se estira, se queja y de pronto comienza a llorar, S exclama: “Viste ya empezó! Si es tan mañoso...el J (su marido) no me cree que se porta mal”. Mientras S menciona esto en tono de queja, yo observo al papá que me mira tímidamente y luego se retira, explicando que debe ir a trabajar, se despide de todos pero particularmente del bebé, besándolo fuertemente.

S constantemente se queja de su hijo, sin embargo, es capaz de expresarle su gran amor; continuamente lo coloca de frente a ella, lo mira a los ojos, lo besa y lo acaricia.

Me cuenta que sabe que esta “muy gordito” pero que igual a ella le encanta así, me dice orgullosa: “lo vieras con su trajecito celeste! se ve como un chanchito rico..” En este momento Daniel comienza a llorar y su madre se dirige inmediatamente hacia la cocina a preparar su mamadera. Ella un tanto apresurada le coloca la mamadera y me dice:” sabes a mí me impresiona pero ya aprendió a tomar de a poco su mamadera, yo varias veces me pongo hacer las cosas y lo pongo acá en el sillón con un cojín para que tenga la mamadera vertical y él ya tiende a mover sus manitos para cogerla..”

Observación S. L.

Nombre Bebe: Daniel

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 17/10/2003

Hora: 12:00

Llego a la hora acordada y me recibe S, me parece extraño que no este el bebé encima del sillón, como siempre, le pregunto y ella me explica que está en la pieza junto con su madre que viene por unos días del sur. Nos dirigimos hacia allá y la Sra. muy atenta me saluda. Ella se encontraba mudando al bebé; Daniel estaba muy tranquilo, parecía estar muy cómodo...S me dice que con la abuela es otro, explicándome que casi no llora; frente a lo cual la abuela agrega:" pero si se porta tan bien! Yo le digo a mi hija que esta guagua no es inquieta" S muy infantil y en tono irónico dice:" Ah no puh si es un santo! Lo viera Ud."

Realmente Daniel se observa muy distinto a otras oportunidades, está mucho más tranquilo y menos mañoso, prácticamente no lloraba". La abuela luego de mudarlo, lo tomó en brazos y calmadamente mientras conversaba le masajeaba la espalda del bebé, le decía " ya mi papito ahora saque esos chanchitos.." sin apuro continuo en esta actividad por un largo tiempo hasta que por fin los expulso –lo que provocó risa espontánea en las tres-. Luego todos nos sentamos en el living y la abuela lo acomodo en el sillón; una vez que lo dejo de la manera más cómodo posible lo movió por un rato con su mano, hablándole continuamente...era verdaderamente impresionante lo tranquilo que Daniel se observaba. Después le cambio sutilmente el puesto a su hija, dejándola junto a su hijo. S continuo conversando, sin tener mucho cuidado; se movía bruscamente y hablaba muy alto, provocando sobresaltos en el niño.

Mientras Daniel continuaba durmiendo, S confesaba que en el último tiempo no estaba muy bien, explicaba que perdía la paciencia y que además tenia problemas con su marido. Su madre la escuchaba atentamente, explicándome que su hija era

bastante infantil y que se "taimaba" constantemente. Frente a lo cual S reconocía que era verdad y que de alguna manera se sentía celosa de su hijo por ser el centro de la casa y por sobretodo de su marido. Contaba que por esto ella necesitaba que viniera su madre y que estuviera allí apoyándola.

S reconocía tener un vínculo muy apegado a su madre, por lo que venir a Santiago le había provocado mucho dolor, sintiéndose muy sola.

Ya estábamos en la hora así es que trate suavemente de finalizar el tema.

Pronto le hice entrega del manual, agradeciéndole su gran disposición y colaboración. –sentí un poco de tristeza de no volvernos a ver, pero no dije nada- S muy tiernamente me pidió que lo fuera a ver en otra oportunidad, cuando ya Daniel estuviera más grande; frente a lo cual acepte.

Observación Z.A.

Nombre Bebe: Matias

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 14/10/2003

Hora: 14:00

Llego a casa de Z, la que me recibe muy cariñosa y me invita a pasar a su casa. - me parece un hogar muy pobre pero muy limpio-. Me hace sentarme en el sillón, mientras ella prepara la mamadera del bebé.- era un sólo ambiente con una escalera muy pequeña hacia un lado-. Rápidamente hace la leche del bebé y también de su otro hijo de 9 años; se observa una mujer muy dinámica que haciendo varias cosas a la vez. Antes de subir a ver al bebé, también revisa los cuadernos de su hijo, el cual va al colegio durante las tarde.

Finalmente subimos por la pequeña escalera y llegamos al dormitorio donde se encontraba Matías durmiendo sólo en la cama. Lo observo y me impresiona lo bonito que esta -es un pelirrojo con rasgos muy finitos- Z me explica que en esa pieza duermen: ella junto al bebé y en la otra cama su hijo de 9.

Z se coloca a ordenar un poco las camas, mientras Matías comienza a despertar. Z lo desabriga un poco y me lo muestra. El bebé me mira con sus ojos bien abiertos, muy atento y su madre dice: "mira mi amor quien te vino a ver!" -me impresiona lo despierto que se ve-. Pronto comienza a llorar y Z dice: "ya tiene hambre!", lo coloca en sus brazos buscando una posición cómoda para ambos y lo acopla a su pezón, Matías lo acepta y comienza a succionar con fuerza. Z me explica que en realidad le sale muy poco de sus pechos, pero que igual logra recibir algo " yo creo que ese poquito le hace bien, así es que yo trato de darle lo que más pueda y termino con la mamadera" Efectivamente pronto Matías comienza a quejarse y ella tranquilamente le entrega la mamadera, él se coloca inmediatamente a succionar con gran fuerza; incluso llega atorarse, frente a lo que su madre le dice: "ya papito si toda la mamadera es suya, no se la van a quitar..", diciendo esto le retira la mamadera de la boca, permitiendo que el bebé se recupere y continué tomando su mamadera.

Observación Z.A.

Nombre Bebe: Matias

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 20/10/2003

Hora: 14:00

Llego más temprano de lo acordado y encuentro a Z bastante acelerada haciendo los quehaceres de casa; ella está abajo y el bebé se encuentra arriba durmiendo en su dormitorio. Me pide que suba a ver a Matías mientras ella va rápidamente a comprar para el almuerzo. Le digo que no se preocupe por mí, que subiré a ver al bebé.

Subo y encuentro a Matías despierto, muy tranquilo en la cama (donde duerme él y su madre). Me sorprende lo tranquilo que está, observando su alrededor con los ojos bien abiertos. Me acerco lentamente para impedir que se asuste, pero a poco a poco observo que él comienza a percibirme...se queda tranquilo observando por un largo rato. Luego comienza a moverse y a quejarse –creo que ya se aburrió así es que decido tomarlo-. Permanece callado y muy atento, lo tomo en mis brazos, quedándose muy tranquilo, aprieta sus manos con bastante fuerza y balbucea – me da la impresión que busca el pecho – se mueve y le doy el chupete, el cual succiona con energía, se comienza a quejar, por lo que considero que debe ser hambre. Lo trato de distraer un poco, meciéndolo y hablándole.

Entre tanto llega Z y pregunta mirando al niño fijamente: " cómo te has portado bebé mío?" le contesto que excelente. Ella me dice "ah! no creo porque últimamente esta bien mañoso" . Cuenta que este fin de semana lo llevo a ver a su padre a Mendoza (ella va para allá continuamente por trabajo) y que allá estaba distinto por el cambio, pero reconoce que es un bebé tranquilo que en general no molesta.

Luego prepara las cosas para mudarlo, saca su ropa y los implementos. El bebé continua tranquilo, aceptando todo lo que su madre realiza. Z lo desnuda con bastante delicadeza, toma un algodón mojado y lo limpia tiernamente, hablándole

continuamente –él se observa muy cómodo- De pronto Z dice: “ mira que será eso?” mostrándome la zona de los testículos –se ve como una herida, pero no me parece nada grave- ella misma se contesta diciendo: “debe ser por el calor..”
Z termina de mudarlo y yo aprovecho de despedirme pues ya estamos en la hora.
Ella lo deja cómodo y tapado encima de la cama y me acompaña a la puerta.

Observación Z.A.

Nombre Bebe: Matias

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 23/10/2003

Hora: 14:00

Llego y Z me recibe muy tiernamente, de inmediato subimos a ver al bebé, el que se encuentra placidamente dormido. -se observa tranquilo y cómodo-. Z se sienta junto a él en la cama y se pone a conversar: me cuenta que nuevamente se fue a Mendoza pero que esta vez dejo a Matías con su hija mayor (17), debido a que se fue sólo por un día a vender la mercadería que le quedaba. Me dice que su hija es muy responsable, por lo que ella confía y se queda tranquila, sin embargo, dice "igual no es lo mismo, pienso harto en él". Mientras me está conversando, Matías comienza a despertarse, se mueve y hace quejidos. Z calmadamente lo observa y le dice: " ya papito si yo estoy aquí..mírenlo se despierta mal genio". Lo toma en sus brazos suavemente y lo mece por un rato. Luego se prepara y le da pecho, Matías lo acepta y de inmediato comienza a succionar con fuerza.Z se queja, manifestando molestia. Me explica que desde hace un tiempo tiene más sensible el pezón, se observa claramente un fuerte dolor, sin embargo, Z actúa con tranquilidad, tratando de continuar. El bebé parece no notarlo por lo que continua succionando, sin dificultades. De pronto, Matías se atora y Z calmada retira al bebé del pecho y le sopla en su carita, permitiendo que el bebé continué respirando. Así Matías logra estabilizarse y su madre le dice mirándolo a los ojos: "paso bebé? Ya ahora si!..". El bebé se recupera rápidamente y continua tomando pecho. Luego de un momento termina y ella se acomoda para sacarle sus "chanchitos", lo masajea suavemente y el bebé logra expulsar sus gases -se observa aliviado- Z realiza esta actividad de manera tranquila, sin apuro y muy cariñosa (lo besa varias veces)

Ya estamos en la hora, así es que me despido recordándole que la próxima observación será la ultima. Z como en las ocasiones anteriores, deja al bebé encima de la cama y me acompaña hasta la puerta. Me parece que Matías ya está

acostumbrado a quedarse en su cama acostado, mientras su madre hace otras actividades.

Observación Z. A.

Nombre Bebe: Matias

Nombre Observadora: Carolina Calvo

Fecha: 28/10/2003

Hora: 10:00

Llego al dormitorio y encuentro a Matías con su hermano M de 9 años en la cama, Matías estaba con sus ojos bien abiertos, observando todo su alrededor, M se encontraba durmiendo con su mano encima del bebé –la escena era bastante tierna-. Cuando entre Z le dice a su hijo: “Mauro, viste te pillaron todavía en la cama!”

-Me sentí un tanto incomoda puesto que era bastante temprano- les dije que no se preocuparan y que se olvidaran de mí. M continua en la cama, estirándose, y el bebé seguía tranquilo observando. Z arreglo sus cosas y la ropa para mudarlo.

En cuanto Z le saco el pilucho que tenía, se percató de que estaba hecho y que se había pasado. Z grito: “ mírenlo! Que cochinito está y ni vergüenza le da!” Dándole un besito tiernamente él continuaba muy observador con lo que pasaba.

Una vez finalizada la muda, Z deja al bebé ya limpio y arreglado encima de la cama junto a su hermano. Este ya comenzaba a despertarse y muy tiernamente acariciaba a Matías, en ocasiones cuando el bebé giraba su cabecita, M lo llamaba fuertemente para volver al juego. Matías parecía entretenerse se encontraba atento a las gracias que hacía su hermano. Al verlos Z me comenta: “ es que al Mati no le gusta quedarse solo, cuando se queda sin nadie se pone a llorar, a él le encanta la bulla, la gente es por eso que tiene que quedarse dormido con la mano de uno de nosotros...”. Me pareció que tenía razón puesto que el bebé casi nunca lloraba cuando estábamos en el dormitorio, y en las ocasiones que llegaba y Z me recibía abajo en el primer piso, subíamos y Matías se encontraba llorando.

Pero en general era un bebé muy tranquilo, se quedaba mirando y escuchando todo lo que pasaba a su alrededor.

Ya era la hora y debía despedirme..me costo un poco, era la última observación, me daba tristeza pensar que no lo volvería a ver más. Le entregue el manual a su madre, agradeciéndole la buena disposición y su gran colaboración.

Muy tiemamente Z también se despidió, pidiéndome que volviera en un tiempo a ver como estaba Matías; yo acepte feliz.