

Emilia Afrange

Necesitamos hablar sobre la Prematuridad



Emilia Afrange

**Necesitamos hablar sobre la
Prematuridad**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro)

Afrange, Emilia.

Necesitamos hablar sobre la prematuridad/Emilia Afrange.

– São Paulo: Galáxia das palavras, 2021. 80 p.; 21 cm.

Incluye bibliografía

ISBN 978-65-5854-215-5

1. Prematuros. 2. Prematuros – Cuidado y tratamiento.
3. Prematuros – Asistencia hospitalaria. 4. Madre y lactentes. I. Título.

CDD 618.92011

Lumos Asesoría Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado (CRB-7/6971)

Copyright by: Emilia Afrange – 2021

Preparación de texto y revisión: Newton César de Oliveira Santos

Diagramación y portada: Alfredo Carracedo Castillo

Foto de la autora: Dr. Arthur Dombrovsky, MD

Traducción: Margarita Aquino

Todos los derechos reservados a la autora.

Ninguna parte de esa obra podrá ser reproducida o transmitida por cualquiera manera y o medio (electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia y grabación) o archivada en cualquier sistema o base de datos sin permiso del autor

Índice

Agradecimientos	7
Prefacio.....	9
Introducción	13

PARTE 1 - ESTADÍSTICAS

1. La importancia del tema.....	19
2. Los números - Brasil y el Mundo	23
3. El desarrollo del feto	29

PARTE 2 - ABORDAJE

4. Las consecuencias - bebés, familia y sociedad	35
5. El tratamiento multidisciplinario	43

PARTE 3 - PSICOLOGÍA / PSICOTERAPIA

6. La base académica - Winnicott/Bowlby/Piontelli/Bion	51
7. Mi visión - Los 3 Pilares	61

PARTE 4 - IDEA

8. La inspiración (<i>Réd Methot</i>)	73
9. El proyecto	75
10. Los resultados preliminares	79
11. Conclusiones/ Reflexiones	83
Apéndice	89
Bibliografía	93

Agradecimientos

Este libro no habría sido posible sin el apoyo incondicional y amistad de Newton César de Oliveira Santos, por su interminable paciencia, presencia y asistencia en la preparación de este libro.

Agradezco al ambulatorio de prematuros y al equipo de profesionales, con quienes pude aprender y tener una visión ampliada sobre el tema de la prematuridad, posibilitando la elaboración de este libro.

En particular, quiero dar las gracias a todos los pacientes y sus familias, que han confiado y confían en mi trabajo.

Y no podía dejar de agradecer a mí querida hija Rafaella, quien me ayudó en cada momento que necesité, convirtiendo mis palabras en néctar para una lectura agradable.

Prefacio

Hablar de la prematuridad es fundamental, sobre todo en un país donde ese tema está presente en 11% de las familias – son aproximadamente 320.000 nacimientos prematuros por año en Brasil. Ellos constituyen un grupo de niños muy heterogéneo, pasando del umbral de la viabilidad con extrema inmadurez hasta el próximo término de la gestación.

La ocurrencia del nacimiento prematuro es siempre impactante, pero afortunadamente, para la mayoría de las madres y padres, esa repercusión será transitoria. El bebé es más maduro, y superadas solamente algunas dificultades iniciales, sus papás podrán llevarlo a casa cuando reciban el alta de la maternidad.

Para otros, sin embargo, esta vivencia será mucho más compleja y comienza en la sala de parto, cuando el sentimiento de alegría del nacimiento es acompañado por la tensión de los padres y profesionales. El contacto con el bebé es muy rápido y rodeado de incertidumbres.

Después, viene la participación diaria de la rutina de una UTI (UCI) Neonatal, un universo desconocido y aterrador, pero fundamental para la sobrevivencia y calidad de vida futura del prematuro. Ver a su hijo en una incubadora con varios equipos – tubo traqueal, respirador, sonda para alimentación, catéteres para medicaciones y monitores, entre otros – es una tristeza que solo puede ser superada con mucha resiliencia y con el apoyo de los equipos de salud y de los familiares.

Para algunos, los meses de internamiento se convierten en una montaña rusa de emociones. Las llegadas en la UTI (UCI) neonatal son rodeadas de incertidumbres – ¿Cómo fue la noche? ¿Respiró mejor? ¿Está con infección? ¿Aceptaste bien la leche? ¿Empezaste a ganar peso?

Cada respuesta puede ser una preocupación que se profundiza o una esperanza que se renueva.

Al lado de los sentimientos personales existen los lazos que se forman entre las familias y el compartimiento de emociones, cada pérdida es sentida por todos, pero las conquistas también contagian y alegran a las familias y al equipo. Y esos logros son importantes durante la hospitalización. Respirar sin ayuda, mamar, salir de la incubadora. Hasta llegar al momento tan esperado. – ¡El alta del hospital!

Entonces surgen otras preocupaciones – ¿Vamos a saber cuidar al bebé? ¿Él va a enfermar? ¿Va a crecer, caminar, andar, hablar? ¿Cómo será en la escuela? Estas respuestas vienen con el tiempo y, afortunadamente en la mayoría de las veces serán favorables.

Sin embargo, la mirada hacia el prematuro después del alta hospitalaria necesita ser muy cuidadosa, para que las terapias necesarias sean aplicadas en el momento oportuno. El acompañamiento del equipo multiprofesional es fundamental para muchos prematuros y, de forma ideal debe contar con profesionales de las áreas de pediatría, neurología, oftalmología, fisioterapeuta, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, neuropsicología, nutrición, odontología, enfermería y servicio social. El trabajo integrado del equipo con la familia, es imprescindible para que el niño alcance lo mejor de su potencial de crecimiento y desarrollo.

Este libro, es fruto del trabajo desarrollado con mucha dedicación por Emilia en el ambulatorio de Prematuros de la Escuela Paulista de Medicina UNIFESP, donde son atendidas por el equipo multiprofesional de niños y adolescentes nacidos prematuros hasta los 20 años de edad. Gran parte de ellos presentan un alto riesgo de complicaciones bioló-

gicas, psicológicas y sociales. En el trabajo conjunto y en la integración con las distintas categorías profesionales (12 en total) todos aprendemos mucho, mejoramos el cuidado de los pacientes y familiares, y estamos seguros de estar contribuyendo para la promoción de calidad de vida de los niños, adolescentes y sus familiares.

En esta publicación son presentados aspectos relevantes de la prematuridad, finalizando con las cuestiones psicológicas que la autora conoce profundamente y comparte con los lectores, con un texto muy interesante y agradable que sin duda contribuirá con la divulgación de un tema que es tan valioso.

Ana Lucia Goulart

Profesora. Asociada de la Disciplina de Pediatría Neonatal –
Coordinadora del Ambulatorio de Prematuros Escuela Paulista de
Medicina/UNIFESP

Introducción

Los primeros conceptos, para dar sustentación a nuestra conversación, se consideran prematuros los bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas de gestación. Además, sobre la base del número de semanas de gestación, los bebés que nacen prematuros pueden clasificarse en tres tipos: **prematuros extremos**, con menos de 28 semanas de gestación; **muy prematuros**, entre 28 y 32 semanas de gestación; y **prematuro limítrofe**, nacidos entre la semana 32 y 37 de embarazo.

Aprovecho para hacer una observación: A pesar de que la denominación más común es “prematuros”, para cuando las personas se refieren a los niños que nacen de gestaciones inferiores a 37 semanas, yo procuro siempre utilizar la expresión “bebés nacidos prematuros”. Mi intención no es motivar un estigma asociado a la palabra “prematuro” que, utilizada indebidamente, podría convertirse en una forma de uso para justificar algún compromiso futuro.

La prematuridad es una cuestión global y creciente de la salud pública. En los últimos años, el nacimiento de bebés prematuros ha ganado más atención en diversas esferas del ámbito mundial. Tanto es así, que surgieron iniciativas como la creación en el 2008, de la Fundación Europea para el Cuidado de los Niños Prematuros (*EFCNI*) la sigla en inglés; la institución del Día Mundial de la Prematuridad (17 de noviembre) en 2011, para aumentar la concienciación acerca de los millones de bebés prematuros que nacen cada año. Además, “*Born too Soon*” un informe publicado en 2012 reuniendo un conjunto de informaciones, iniciativas, compromisos y acciones, elaborados por la Organización Mundial de la Salud, que coordinó un trabajo realizado por

30 organizaciones mundiales volcadas al bienestar de los bebés nacidos prematuros.

Todo esto porque la prematuridad es la principal causa de mortalidad neonatal (niños de hasta 28 días de vida) y mortalidad infantil (niños de hasta cinco años) en todo el mundo. Si esto no fuera suficiente, más de un millón de niños mueren todos los años en virtud de complicaciones durante el parto de un embarazo prematuro.

Se sabe que la prematuridad es una causa importante para la alta morbilidad (capacidad de adquirir enfermedades), y que también está asociada a largos periodos de hospitalización. Los bebés nacidos prematuros que consiguen sobrevivir, puede que tengan que convivir con problemas de salud durante toda su vida, ya que algunos de ellos pueden presentar complicaciones en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y conductual, que resultan en dificultades para sus familias y para la sociedad en su conjunto.

La experiencia muestra que los bebés nacidos prematuros presentan un mayor riesgo de desnutrición, anemia y complicaciones respiratorias, además de problemas visuales y auditivos, así como alteraciones en el desarrollo neurológico, incluyendo el retraso motor lingüístico.

Potencialmente, la prematuridad trae consigo un riesgo mayor de casos de autismo, déficit de atención e hiperactividad, sin contar con los desórdenes psiquiátricos.¹

En consecuencia, las secuelas de la prematuridad no se limitan al período inmediatamente posterior al nacimiento. Venir al mundo con 37 semanas de gestación o menos, puede determinar el desarrollo biopsicosocial del bebé, ya

¹ INSTITUTO DEL PREMATURO VIVIR Y SONREÍR. Informe Anual 2018. Disponible en: <institutodoprematuro.org.br>. Acceso en enero/2021.

que el nacimiento biológico no implica que el nacimiento psicológico de ellos coinciden cronológicamente. En realidad, ellos tienen sustratos diferentes. Y eso sucede naturalmente en el desarrollo de cualquier bebé, haya nacido prematuro o no.²

El nacimiento biológico constituye un evento delimitado y observable, que implica la necesaria separación física del bebé de su madre, para que el desarrollo del niño ocurra de manera progresiva. Pero el nacimiento psicológico es diferente.

Se trata de un proceso gradual en que es necesaria la fusión del niño con la madre, que conduce a un nacimiento psíquico-especial. Yo refuerzo así: esto vale para todos los bebés, no solo para los nacidos prematuros. Solo a través de esa condición especial es posible que ocurra la experiencia de la separación. Por lo tanto, el niño tendrá elementos para darse cuenta que su madre no es una extensión suya, sino otra persona distinta de él.

² INSTITUTO DEL PREMATURO VIVIR Y SONREÍR. <https://www.instituto-prematuro.org.br/publicacoes-e-documentos>. Acceso en enero/2021.

PARTE 1

ESTADÍSTICAS

1. La importancia del tema
2. Los números - el mundo y brasil
3. Desarrollo del feto

La importancia del tema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que 15 millones de bebés, nacen prematuramente todos los años en el mundo. Eso es más de un niño de cada diez nacidos, es decir 10%.

Aproximadamente un millón de bebés mueren cada año por complicaciones en partos prematuros. Y muchos de los sobrevivientes tendrán que enfrentar una vida con complicaciones, como dificultades físicas, de aprendizaje, problemas visuales y de audición. Eso sin contar los aspectos psicológicos, que veremos más adelante.

La desigualdad económica y social alrededor del mundo, incide directamente en las tasas de supervivencias de los bebés nacidos prematuros. En ambientes de bajos ingresos la mitad de los bebés nacidos con 32 semanas de gestación, o menos, acaban muriendo debido a la falta de recursos y de cuidados, tales como: Falta de atención ante las dificultades respiratorias, calor humano, lactancia materna y precaución contra infecciones, entre otras causas.

A veces, en sociedades de altos ingresos, prácticamente todos los bebés prematuros sobreviven. Entre casos extremos, teniendo en cuenta los bebés nacidos prematuramente en hogares de familias de clase media que sobreviven, ha habido un aumento de las complicaciones y deficiencias debido a la subutilización de tecnologías y recursos.

La solución

Según la OMS, más del 75% de los bebés nacidos prematuros, pueden ser salvados con cuidados básicos y relativamente asequibles, tales como el suministro de inyecciones

de esteroides durante el periodo prenatal (administrado en mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro en determinadas situaciones para fortalecer los pulmones de los bebés); la atención apropiada durante el nacimiento y a lo largo del período postnatal para todas las madres y bebés; antibióticos para el tratamiento de infecciones en recién nacidos; y el método canguro (el bebé es llevado por los padres con contacto piel con piel).³

La prevención de muertes y complicaciones para las vidas de bebés nacidos prematuros, comienza con una gestación saludable. Una atención de calidad antes y durante el período del embarazo, debe garantizar a todas las mujeres, una experiencia positiva de gestación.

Las directrices de la OMS para el período prenatal, incluyen indicaciones específicas para evitar el nacimiento prematuro, tales como: asesoramiento sobre alimentación y nutrición en niveles óptimos; el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias no recomendadas; mediciones del feto por medio de ultrasonido para determinar el período y un posible embarazo múltiple; un mínimo de ocho contactos con profesionales de la salud durante la gestación, para la identificación y actuación sobre factores de riesgo. Además, un mayor acceso a métodos anticonceptivos y un mayor empoderamiento de las mujeres, podría conducir a una reducción en el número de nacimientos prematuros, según la entidad.

³ Método Madre Canguro (MMC), idealizado por el médico colombiano *Héctor Martínez*. Este método tiene como ventajas aumentar el vínculo madre-hijo; evitar largos períodos sin estimulación sensorial al reducir el tiempo de separación madre-hijo; estimular la lactancia materna, lo que favorece mayor frecuencia, precocidad y duración; mejorar el control térmico, Debido a la mayor rotación de camas; reducir el número de recién nacidos en unidades de cuidados intermedios; reducir el índice de infección hospitalario y posibilitar una menor permanencia en el hospital.

Porqué ocurren los nacimientos prematuros

Son varias las causas para que los bebés nazcan prematuramente. La mayoría de estos partos ocurren espontáneamente. Pero algunos de ellos son el resultado de una anticipación del trabajo de parto o de cesárea, a veces por razones médicas, otras no. Se sabe que están en mayor riesgo de parto prematuro, las mujeres que ya han pasado por esa experiencia antes, así como aquellas embarazadas de gemelos o múltiples. También se incluyen mujeres con antecedentes de problemas de cuello uterino, o incluso, con infecciones y condiciones crónicas, tales como diabetes y alta presión sanguínea.

Además, ciertos factores pueden conducir al parto prematuro: ausencia de examen prenatal, tabaquismo, alcohol, drogas, estrés, infecciones del tracto urinario, sangrado vaginal, diabetes, obesidad, bajo peso, presión arterial alta o pre eclampsia, disturbios de la coagulación, algunas anomalías congénitas del bebé, embarazos muy cercanos (menos de seis a nueve meses entre el nacimiento de un bebé y el siguiente embarazo); embarazo como resultado de la fertilización *in vitro* y edades menor de 17 y mayor de 35 años.

Sin embargo, es muy común que no haya una razón específica e identificable. Incluso puede ser que exista una influencia genética. Por lo que, una mayor comprensión de las causas y mecanismos implicados en esta problemática, debería conducir a un avance en el desarrollo de soluciones para la prevención de partos prematuros.

Los Números - Mundo Brasil

Según los datos colectados por la OMS, más del 60% de los nacimientos prematuros ocurren en África y el sur de Asia.

Pero la entidad desea enfatizar que esta es una situación verdaderamente global. En países con poblaciones de bajos ingresos, en promedio, el 12% de los bebés nacen prematuramente. En el caso de los países ricos, esa tasa cae al 9%. Una constante para todas las naciones: Mientras más pobres son las familias, mayor es el riesgo de nacimiento prematuro.

Según los datos oficiales de 2010, Los diez países con el mayor número de partos prematuros eran:

1. India: 3.519.100
2. China: 1.172.300
3. Nigeria: 773.600
4. Pakistán: 748.100
5. Indonesia: 676.700
6. Estados Unidos: 517.400
7. Bangladesh: 424.100
8. Filipinas: 348.900
9. República Democrática del Congo: 341.400
10. Brasil: 279.300

Por otro lado, los diez países con mayores tasas de nacimiento prematuro por cien nacimientos vivos eran:

1. Malawi: 18,1 nacimientos prematuros por 100 nacimientos
2. Comoras: 16,7
3. Congo: 16,7
4. Zimbabue: 16,6
5. Guinea Ecuatorial: 16,5
6. Mozambique: 16,4
7. Gabón: 16,3
8. Pakistán: 15,8
9. Indonesia: 15,5
10. Mauritania: 15,4

Son innumerables las conclusiones que se pueden sacar de los datos listados arriba. Pero es importante destacar un hecho: existe una diferencia expresa en la supervivencia de los bebés prematuros dependiendo de dónde nacen. Por ejemplo: más del 90% de los bebés nacidos prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestación) que nacen en países de bajos ingresos, mueren durante los primeros días de vida; pero en ambientes de altos ingresos, ese porcentaje cae a menos del 10%.

Brasil

Uno de los estudios recientes más relevantes sobre la maternidad en nuestro país, fue la pesquisa ‘*Nascer Brasil*’, coordinada por la Escuela Nacional de salud pública *Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)*, que reunió a investigadores con formación en epidemiología, obstetricia, perinatología, pediatría y enfermería obstétrica de diversas instituciones.

La investigación acompañó a 23.984 mujeres y sus bebés en establecimientos públicos de salud bajo convenio con el *SUS* o privados, de todos los estados brasileños, que realizaron más de 500 partos por año, entre febrero de 2011 y octubre de 2012.

Parte de los resultados fueron publicados en diciembre de 2016 y de acuerdo con el estudio, el exceso de intervenciones obstétricas y el bajo uso de buenas prácticas en la atención al parto, continuaron siendo una constante en *Brasil*.

Además, la tasa de prematuridad en nuestro país llegó a 11,5%, casi el doble de la observada en los países europeos, siendo que el 74% de estos bebés eran prematuros tardíos (entre 34 y 36 semanas de gestación). En números absolutos, se trata de cerca de 340 mil bebés nacidos prematuramente en Brasil cada año, de acuerdo con el Ministerio de la salud (datos de 2019).

En la ocasión, la coordinadora del estudio, la investigadora *Maria do Carmo Leal*, alertó sobre las posibles consecuencias de esa realidad. “Prematuridad” se constituye en el mayor factor de riesgo para el recién nacido enfermar y morir, no solo inmediatamente después del nacimiento, sino también durante la infancia y la vida adulta. Los prejuicios extrapolan el campo de la salud física y atingen las

dimensiones cognitivas y comportamentales, haciendo de este problema uno de los mayores desafíos para la Salud Pública contemporánea” Admitió.

Costos

Datos recientes indican que en un período de cuatro años (entre 2012 y 2016), hubo un aumento de 56% de partos prematuros en Brasil – y nada indica que hubo reducción o incluso estabilización de esa tendencia.⁴ Es importante resaltar que el impacto del nacimiento de un bebé nacido prematuro va mucho más allá de las secuelas de salud, tanto físicas como psicológicas, que ese tipo de parto suele dejar en los niños y sus familias.

Veamos el comportamiento de los costes. Entre octubre de 2016 y junio de 2019, la Asociación Brasileña de Padres, Familiares, Amigos y Cuidadores de Bebés Prematuros (*ONG Prematuridade.com*) realizó una encuesta con 2.900 familias de bebés prematuros. El objetivo fue identificar posibles acciones en beneficio de causa de la prematuridad en el país.

Entre los resultados más destacados, se constató lo siguiente: el período promedio de internamiento de bebés nacidos prematuros en Unidades de Terapia Intensiva (*UTI*) Neonatal, después del nacimiento, fue de 51 días. Sin embargo, 63,7% de los bebés quedaron más de 60 días internados después del nacimiento, y el 26% de ellos llegaron a permanecer en la *UTI* – (*UCI*) entre dos y cinco meses. Es mucho tiempo.

⁴ Escuela Nacional de Salud Pública (Ensp/Fiocruz) [https://portal.fiocruz. Br/noticia/tasa de bebés prematuros-no-padres-y-casi-el-doble-que-en-países de Europa](https://portal.fiocruz.br/noticia/tasa-de-bebes-prematuros-no-padres-y-casi-el-doble-que-en-paises-de-Europa)>. Acceso en febrero/2021

Independiente del país, el costo diario de un bebe nacido prematuro internado en una UTI- (*UCI*) es muy alto.

Recordemos que estamos tratando con recién nacidos, muy frágiles, que solo pueden sobrevivir con la ayuda de equipos sofisticados y medicamentos costosos.

A partir del estudio realizado por el Centro Paulista de Economía de la Salud de la Universidad Federal de *São Paulo (Unifesp)*, entre 2009 y 2011, se supo que el costo promedio diario de un bebé prematuro era de **R\$ 497,84**. Considerando el período promedio de 51 días de internamiento, el costo promedio total sería de cerca de 25 mil reales por niño. Esto significa que, a partir de una estimación conservadora, haciendo una proyección de datos para la realidad de 2020, el parto prematuro tendría un costo de 8 mil millones de reales por año, en Brasil.

Por su parte, un estudio más reciente, conducido por la *Santa Casa* de Misericordia y Maternidad de *Rondonópolis (MT)*, que fue presentado en el XXIV Congreso Brasileño de Costos en 2017, reveló que la media de costos diario por paciente en la UCI Neonatal era de **R\$ 934,48**.

A partir del estudio realizado por el Centro Paulista de Economía de la Salud de la Universidad Federal de *São Paulo (Unifesp)*, entre 2009 y 2011, se supo que el costo promedio diario de un bebé prematuro era de **R\$ 497,84**. Considerando el período promedio de 51 días de internamiento, el costo promedio total sería de cerca de 25 mil reales por niño. Esto significa que, a partir de una estimación conservadora, haciendo una proyección de datos para la realidad de 2020, el parto prematuro tendría un costo de 8 mil millones de reales por año, en Brasil.

Por su parte, un estudio más reciente, conducido por la *Santa Casa* de Misericordia y Maternidad de *Rondonópolis*

lis (MT), que fue presentado en el XXIV Congreso Brasileño de Costos en 2017, reveló que la media de costos diario por paciente en la UCI Neonatal era de **R\$ 934,48**.

Siendo así, tomando como base el intervalo promedio de 51 días de internamiento de cada paciente prematuro brasileño, el total en el período llegaría a más de 47 mil reales que, extrapolando para los aproximadamente 340 mil casos de bebés prematuros nacidos anualmente, representaría un costo total de más de 15 billones de reales por año para el cuidado intensivo de estos niños.

El desarrollo del Feto

Durante un embarazo considerado normal, existe una secuencia de etapas por las cuales el feto pasa a lo largo de su desarrollo. En general, serían las siguientes:

1 Mes

Al principio, la fecundación origina al cigoto, célula formada por los gametos masculino y femenino. A partir de una sucesión de divisiones celulares, se formará el embrión, que se instala en el útero. En esa fase, la placenta también comienza a formarse y rodea al embrión con líquido amniótico. Este líquido es el que ayudará a nutrir al embrión y a protegerlo en caso de accidente. (Por ejemplo, en caso de que la madre sufra una caída)

2. Mes

El corazón del embrión late de manera acelerada, cerca de 150 veces por minuto. En esa fase comienza la formación del sistema nervioso y de los aparatos digestivo, circulatorio y respiratorio. Los ojos, la boca, la nariz, los brazos y las piernas también comienzan a formarse.

3. Mes

El periodo fetal, que comienza en ese tercer mes de embarazo, es marcado por el desarrollo del feto a partir del esqueleto, de las costillas y de los dedos de las manos y pies.

4. Mes

En esa etapa, el bebé mide aproximadamente 16 cm y pasa a moverse, succionar y tragar. El feto también es capaz de

percibir las alteraciones de luz y diferenciar gustos amargos y dulces.

5. Mes

Nacen las primeras hebras de cabello, las pestañas y las cejas. El desarrollo del feto ocurre de manera más intensa y clara. Es cuando se forman las trompas y el útero en las niñas. Los órganos genitales de los niños pueden ser vistos en el examen de ultrasonido.

6. Mes

En esa fase, el feto tiene 32 cm y es capaz de reconocer sonidos externos, especialmente la voz y la respiración de la madre.

7. Mes

Aquí, el feto mide entre 35 y 40 cm. Dentro del útero, bosteza, abre los ojos, duerme y se mueve. La relación madre y bebé, tanto en el aspecto real cuanto en el imaginario se estrecha y se hace más presente.

8. Mes

En el octavo mes de embarazo, el feto mide entre 40 y 45 cm y empieza a prepararse para estar en posición de parto, es decir, boca abajo. Los huesos ya son más resistentes, los pulmones ya están casi listos. Mientras tanto, la relación madre y bebé se hace cada vez más fuerte y ampliada.

9. Mes

Es la recta final. En el noveno mes, él bebe ya tiene entre 45 y 50 cm, es plenamente capaz de controlar la respiración y ya tiene todos los órganos completamente formados. La idea de separación se aproxima a partir de la 37 semana, si todo su proceso de formación ha ocurrido como se esperaba, él está listo para nacer.

PARTE 2

ABORDAJE

4. Las consecuencias - Bebés, familia y sociedad

5. El tratamiento multidisciplinar

Las consecuencias - bebés, familia y sociedad

La prematuridad cobra aún más importancia cuando se analizan sus consecuencias, en diversos aspectos, aquí vamos a centrar la atención en solo tres de ellos: Los propios bebés, las de sus familias, y su conjunto.

Los bebés nacidos prematuros

Para empezar, un bebé nacido prematuro ya nace con un cuerpo incompleto. Si existe un patrón de tiempo considerado normal para la formación adecuada de todos los órganos de una persona (39/40 semanas), cualquier anticipación en ese tiempo de gestación tendrá como resultado un desarrollo inacabado de ese organismo. El grado de esta mala formación corporal, estará directamente relacionado con el tiempo de gestación. Así, los bebés nacidos prematuros extremos (menos de 28 semanas) serán aquellos con cuerpos más frágiles, en comparación con los muy prematuros (entre 28 y 32 semanas) y los prematuros limítrofes (entre 32 y 37 semanas).

Esto implica que, en general, estos bebés nacen con órganos que aún no han alcanzado la madurez suficiente para la vida extrauterina – y la Unidad de Terapia Intensiva (cuando sea necesaria) o Unidad Neonatal, funcionarán como un útero externo. Por lo tanto, si este bebé sobrevive, no solo tendrá que madurar en un contexto muy diferente al útero, sino también necesitará diversos tipos de terapias para garantizar su supervivencia. Por esta razón, los bebés nacidos prematuros están sujetos a distintos

problemas de salud, que pueden afectar negativamente su vitalidad, su educación y los recursos familiares.

En general, las características físicas del prematuro son las siguientes:

- Bajo peso al nacer;
- Piel fina, brillante y rosada;
- Venas visibles;
- Poca grasa debajo de la piel;
- Poco cabello;
- Orejas finas y blandas;
- Cabeza desproporcionadamente mayor que el cuerpo;
- Musculatura débil y poca actividad corporal;
- Pocos reflejos de succión y deglución;
- Órganos genitales no totalmente formados.

Aliada a la fragilidad corporal, se debe considerar la salud en general. Los bebés nacidos prematuros suelen presentar problemas respiratorios, una vez que nacen carentes de surfactante, una proteína producida por los pulmones que les permite llenarse de aire. El surfactante pulmonar es líquido que tiene la función de facilitar el intercambio de gases respiratorios en los pulmones. Su acción permite que los alvéolos pulmonares, que son pequeños sacos responsables por los intercambios gaseosos, permanezcan abiertos durante la respiración. Debido a que esta proteína es producida a lo largo de la maduración de los pulmones del bebé, llegadas las 28 semanas de gestación, es común que bebés nacidos prematuros vengan al mundo sin tener una producción suficiente de surfactante pulmonar. Por lo

tanto, pueden desarrollar el síndrome de malestar respiratorio que causa una intensa dificultad para la respiración. Si un bebé nace sin la capacidad de respirar solo, puede ser necesario el uso de ventilación mecánica hasta que sus pulmones maduren. Otro tratamiento consiste en la administración del surfactante, con el objetivo de abrir los alvéolos pulmonares y facilitar los intercambios gaseosos, evitando la llamada apnea (Pausa en la respiración).

Por otro lado, los bebés nacidos prematuros también pueden presentar problemas cardiacos. La más común de estas complicaciones es la Patencia del conducto Arterioso (*PDA*) – Se trata de la persistencia, después del nacimiento, de la conexión fetal (conducto arterioso) entre la aorta y la arteria pulmonar.

Normalmente este vaso se cierra poco después del nacimiento, permitiendo que la sangre llegue a los pulmones. Sin embargo en los bebés prematuros es común que los conductos no se cierren adecuadamente, lo que conduce a una insuficiencia cardiaca. Para el tratamiento de los casos más leves, los medicamentos suelen ser suficientes, pero las situaciones más graves, muchas veces, requieren cirugías.

Otro problema común entre cerca de 90% de los bebés nacidos prematuramente, es la enterocolitis necrotizante, una inflamación intestinal en que las partes del intestino sufren necrosis (Muerte Celular). Esta enfermedad está relacionada con la inmadurez de la capa que recubre el intestino del bebé y con síntomas tales como: dificultades de alimentación, hinchazón abdominal, sangre en las heces, diarrea, fatiga, temperatura corporal inestable y vómitos. En general, el tratamiento consiste en la suspensión de la alimentación oral y su sustitución por la nutrición intravenosa, además de la ingestión de antibióticos. En casos

extremos, cirugías se hacen necesarias. Se estima que es la segunda causa más común de mortalidad de recién nacidos prematuros.

Hay registros de que, en los bebés prematuros más extremos es posible la ocurrencia de hemorragias cerebrales durante los primeros días de vida. En la mayoría de los casos, se trata de hemorragias pequeñas, que suelen ser reabsorbidas de manera espontánea por el organismo. Sin graves consecuencias. En los casos más graves puede haber daños al tejido cerebral.

Otra disfunción comúnmente encontrada en bebés nacidos prematuros, es la retinopatía de la prematuridad, en la que se verifica una alteración en el crecimiento de la retina. Se trata de una de las principales causas de ceguera prevenible de la infancia. La proporción de ceguera causada por esta enfermedad está muy influenciada por el nivel de atención neonatal (que incluye disponibilidad de recursos humanos, equipos, acceso y calidad de atención), así como por la existencia de programas eficaces de selección y tratamiento. Debido a esta condición, se produce un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de la retina, que puede resultar en la formación de cicatrices y descollamiento de la retina. En casos leves, la enfermedad se resuelve espontáneamente; sin embargo en las situaciones extremas ella puede llevar a la ceguera.

Finalmente, pero no menos importante, se ha descubierto que el parto prematuro implica riesgos significativos de consecuencias negativas para el cerebro del bebé. Las tecnologías y los tratamientos intensivos necesarios para salvar la vida de estos bebés, comprometen el desarrollo cerebral del feto. El doble estrés de separarse de la madre y de experimentar dolores e incomodidades cotidianas, tienden

a resultar en episodios neurotóxicos que alteran el funcionamiento del cerebro del bebé. Por esa razón, son significativos los riesgos de deficiencias de desarrollo neurológico en bebés nacidos prematuros.

Los estudios en esta área se concentraron con razón, en las secuelas motoras y cognitivas de la prematuridad. Sin embargo, inicialmente las investigaciones dieron menos atención a asuntos relativos al temperamento, al comportamiento y a los trastornos emocionales de los bebés. Datos recientes sugieren que los niños nacidos prematuramente también son vulnerables a cambios en el desarrollo conductual y social, que pueden ser precursores de discapacidades de aprendizaje y trastornos psiquiátricos que se manifestarían alrededor de la mitad de la infancia.

Ya existen estudios que apuntan que un buen porcentaje de los bebés nacidos prematuros manifiesta problemas en la escuela y dificultades afectivas. Una de las causas para esas consecuencias sería el hecho de que, al permanecer hospitalizados por largos períodos, los bebés quedarían separados de sus padres durante mucho tiempo, lo que llevaría a un aumento de la ansiedad y a una posible interferencia sobre el vínculo padres – niño.

A pesar del reducido número de investigaciones en esta área y la consecuente falta de datos para conclusiones más precisas, se considera como grupo, que los bebés nacidos prematuros son descritos como más retraídos, menos adaptables, menos perseverantes y menos estables desde el punto de vista del temperamento, durante los primeros años de vida, en comparación con niños nacidos no prematuros.⁵

⁵ Riese ML. Temperament in Full-Term and Preterm Infants: Stability over Ages 6 to 24 Months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1988;9(1):6-11.

Vale la pena destacar un aspecto psicológico importante “(...)” los bebés, así como los niños, tienen fuertes necesidades primitivas de seguridad y de satisfacción de los instintos, que los pediatras y psiquiatras llaman de *anaclíticas* del griego, *anaklinein*, que significa) “Apoyarse”. Estas implican la necesidad de ser abrazada y sentir el contacto de la piel, ser acariciada, confortada, jugar y ser el centro de las atenciones. Cuando estas necesidades no son satisfechas, hay graves consecuencias negativas para el futuro del individuo.⁶

Las familias

Las consecuencias de tener un bebé nacido prematuro para padres y madres, se despliegan en varios aspectos. Empezando por el sufrimiento de ver su bebé luchando por la vida en una incubadora, con acceso limitado a él. La tasa de mortalidad de bebés nacidos prematuros es muy superior que la de bebés nacidos de una gestación considerada normal, y esta información se convierte en un fantasma que persigue la vida de los padres durante la permanencia del bebé en la incubadora. Por lo tanto, es común que surja una sensación de culpa por parte de los padres, quienes asumen la responsabilidad por la situación precaria del niño recién nacido. Otro aspecto importante a considerarse es el temblor en los sueños de los padres, que crean fantasías durante el embarazo sobre la futura relación con el nuevo bebé y que, de repente se transforma muchas veces, en momentos de pesadilla. De hecho, ese impacto va más allá de

⁶ Riese ML. Temperament in Full-Term and Preterm Infants: Stability over Ages 6 to 24 Months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1988;9(1):6-11.

la relación que se puede traducir en una pregunta del tipo: Pero, ¿quién es mi bebé?’.

La fantasía creada durante la gestación da espacio a un luto por el bebé idealizado que no apareció o no nació.

Además, como la estancia del bebé en recuperación en una incubadora puede variar de días a meses, la rutina familiar se ve afectada y necesita adaptarse a la nueva circunstancia. Esto significa reacomodación de actividades profesionales, así como de cuidados con otros hijos y parientes (Sí los hay) y de los planes más inmediatos. Hasta que el bebé esté libre de riesgo de muerte y totalmente recuperado, parte de la vida de los padres queda en estado de suspensión.

Esa nueva situación trae embutida, también, costos financieros adicionales. No se trata solamente del gasto en la permanencia en la maternidad por un tiempo superior al previsto.

Es necesario tomar en consideración que, en casos más graves, el nacimiento prematuro puede llevar al niño a padecer disturbios motores, de lenguaje, de audición y de visión, además de alteraciones conductuales y de retraso escolar. En este escenario el desarrollo de un bebé nacido prematuro suele requerir tiempo y dinero que hay que invertir en pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, neurólogo, psicoterapeuta y trabajadores sociales- No solamente durante los primeros mil días del niño, considerados críticos; sino también a lo largo de la primera infancia y, muchas veces durante la adolescencia.

La sociedad

Los desdoblamientos del nacimiento y desarrollo de cada bebé nacido prematuro también recaen en la sociedad en su conjunto.

Tomemos en consideración por ejemplo, el aumento de las tasas de supervivencias de estos niños. Esto implica en un aumento de los costos para los sistemas de salud, que necesitan echar mano de las incubadoras y otros recursos, además de profesionales para el cuidado de estos bebés, a veces durante meses.

Además, en caso de secuelas físicas, mentales, emocionales o de comportamiento, un esfuerzo concentrado deberá ser hecho para que ese niño pueda crecer y convertirse en un ciudadano adaptado a la convivencia social. Cuando estos niños entran en la escuela, por ejemplo, los nuevos hilos revelan otras dificultades. Los índices de deficiencias de aprendizaje en bebés nacidos prematuros suelen ser mayores, siendo que el razonamiento matemático parece ser el más afectado. Además, el buen desempeño escolar se muestra más comprometido en la presencia del Trastorno de Déficit de Atención, que suele ser mucho más alto en los bebés nacidos prematuros. En fin, al imaginarse un hilo de vida que se desarrolla mes a mes, año a año, es posible imaginar cuánto se debe invertir de tiempo, energía y recursos financieros para que se pueda garantizar que un bebé nacido prematuro llegue a tener una vida digna, para sí, y productiva para la sociedad.

Tratamiento Multidisciplinar

Ante tantas dificultades a enfrentar por un bebé nacido prematuro, así como por la familia y la propia sociedad, es necesario organizar toda una estructura para que ese niño pueda crecer y desarrollarse de manera adecuada. Pero, antes que nada, para el bebé que nace con menos de 37 semanas de gestación, el primer gran desafío es sobrevivir.

Supervivencia

Una buena noticia: Los constantes progresos médicos asistenciales en el área de la Neonatología, (Rama de la Pediatría que se ocupa de los niños desde el nacimiento hasta 28 días de edad) han permitido una mejora considerable en las tasas de supervivencia de los bebés nacidos prematuros. Las **UTIS (Terapia Intensiva)** neonatales, que funcionan como un útero extracorpóreo, promoviendo una continuación artificial de la gestación, están cada vez mejor estructuradas, tanto en términos de equipos como en la capacitación de los profesionales allí asignados.

Diversos estudios de acompañamiento durante el desarrollo de bebés nacidos prematuramente, indican que las posibilidades de supervivencia de estos niños están condicionadas por los siguientes factores: La edad gestacional, el peso del bebé al nacer y las complicaciones que enfrenta cuando viene al mundo. Entre todos estos factores, el más importante es la edad gestacional, ya que ella determina la madurez de los órganos.

Todavía es muy difícil predecir una futura incapacidad de un bebé nacido antes de la gestación completa, pero hay factores que llevan al aumento del riesgo de secuelas.

Desafortunadamente algunas de ellas solo pueden ser diagnosticadas durante la infancia del niño.

Las investigaciones han demostrado que para los bebés nacidos prematuros con 22 semanas de gestación, las tasas de sobrevivencia varían de 2 al 15%.⁷ Como son pocos los bebés nacidos en esta condición que logran sobrevivir, aún no hay información suficiente sobre posibles secuelas para la salud de ese grupo de niños.

Ya para el grupo de bebés nacidos con 23 semanas de gestación, las tasas de supervivencia aumentan entre el 15 y el 40%. Y para aquellos con 25 semanas, aún más: entre el 55 y el 70%. Para estos casos, los datos apuntan entre el 30% y el 40% de esos niños. Deberán desarrollarse normalmente, sin grandes problemas de salud o discapacidades. Pero se estima que entre el 20% y el 35 % de ellos deberán presentar deficiencias graves, tales como parálisis cerebral, deficiencia intelectual grave, ceguera, sordera, o una combinación de estos problemas, lo que exigirá cuidados médicos significativos. Una fracción entre el 25% y el 40% de estos bebés, podrán tener deficiencias clasificadas como moderadas, tales como deficiencia visual, parálisis cerebral leve que afecte el sistema motor, asma crónica, dificultades de aprendizaje y problemas de comportamiento, así como trastorno de déficit de atención.

Ya se sabe, que las tasas de supervivencia aumentan substancialmente entre el 75 y el 85 % para los casos de bebés nacidos entre las 26 y 28 semanas de gestación. Para ese grupo, aproximadamente entre el 10% y el 25% de

⁷ Asociación Brasileña de Padres, Familiares, Amigos y Cuidadores de Bebés Pre- adultos (*Prematuridad.com*). <https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/prematuro-tasa-de-supervivencia-e-prognostico-de-acuerdo-con-edad-gestacional-6648>>. Acceso en febrero/2021.

ellos deberán presentar deficiencias graves, tales como parálisis cerebral, deficiencia intelectual grave, ceguera, sordera, o una combinación de ellas. Sin embargo, entre el 50% y el 60% de ellas, podrán padecer dificultades de naturaleza leve, tales como formas sutiles de deficiencia visual, parálisis cerebral leve (que afecta el control motor), asma crónica, dificultades de aprendizaje y problemas de comportamiento, como el trastorno por déficit de atención. Por otro lado, los estudios apuntan que entre 25% y el 40% de estos bebés deberán tener deficiencias de tipos leves y moderados, tales como formas sutiles de deficiencias visuales, parálisis cerebral leve (que compromete el control motor) asma crónica, dificultades de aprendizaje y problemas de comportamiento, como trastorno por déficit de atención.

En el caso de bebés nacidos en el intervalo de 29 a 32 semanas de gestación, las tasas de supervivencia alcanzan el nivel entre 90 % y el 95 %. En este grupo, entre 60% y el 70% tienden a desarrollarse normalmente, sin ningún problema grave. Sin embargo, entre 10% y el 15% de estos niños correrán el riesgo de desarrollar discapacidades graves, como ceguera, sordera, o una combinación de esos impedimentos, hecho que requerirá cuidados médicos considerables.

Llega a ser superior al 95% de los casos, las tasas de supervivencia para bebés nacidos prematuros entre la semana 33 y la semana 36 de gestación. Para este grupo de niños, el riesgo de desarrollar discapacidades graves, es prácticamente el mismo que los niños nacidos a término. Sin embargo, estos bebés están en mayor riesgo de parálisis cerebral leve, retraso en el desarrollo y problemas relacionados con el período escolar.

La cuestión del prematuro

Nada es tan importante para la salud de los bebés, durante los primeros días y meses de vida, como la lactancia materna. Para el caso de bebés nacidos prematuramente, es aún más relevante, ya que ellos vienen al mundo con una formación incompleta de su organismo.

Sin embargo, es muy común que las madres de bebés prematuros no puedan producir leche para suplir las necesidades del niño. – en la mayoría de las veces, se trata de un problema hormonal. Además, el aprendizaje de estos pequeños bebés con relación a mamar en el seno de la madre suele ser lento y gradual, y depende mucho de la edad gestacional en el nacimiento, del tamaño del niño y de su estado de salud.

Siempre es bueno recordar las ventajas de la lactancia, tanto para la madre como para el bebé. En el caso de la madre la actividad de la lactancia materna tiende a conducir a una disminución del sangrado posparto; a la reducción de las posibilidades de anemia, cáncer de mama y de ovario, diabetes e infarto; a una pérdida más rápida del peso que se ganó durante el embarazo; y favorece la relación afectiva con el bebé. A su vez, con la lactancia materna el niño recibe anticuerpos de la madre que ayudan en la protección contra diarrea y diversos tipos de infecciones; disminuyen las posibilidades de que el bebé desarrolle alergias, colesterol alto, diabetes y obesidad; aumentan las probabilidades de un buen desarrollo físico y emocional del niño; se favorece el desarrollo de la cara y del habla, así como de la formación de dientes fuertes y saludables, además del desarrollo de una buena respiración.

Para el caso de bebés nacidos prematuros, es fundamental que sean conducidos inmediatamente después del na-

cimiento, a una **UTI -Unidad de Tratamiento Intensivo – Neonatal**, para que allí la evolución de su salud pueda ser seguida de cerca. En esta guardaría peculiar, el niño pasa por una serie de procedimientos:

- a. Primero, se colocará en una incubadora, para que su temperatura corporal se mantenga en un nivel ideal;
- b. A partir de entonces habrá un constante monitoreo de sus signos vitales, tales como presión arterial, batimientos cardiacos y la respiración;
- c. Es probable que, durante los primeros días de vida, el bebé sea alimentado por vía intravenosa (alimentación parenteral); o que él reciba la leche materna a través de una sonda que entre por la nariz y vaya hasta el estómago, eso hasta que él adquiriera el reflejo de chupar y tragar (alimentación enteral);
- d. Se hace el monitoreo constante de los niveles de sodio, potasio y de los fluidos del bebé, para que ellos puedan ser repuestos en caso de necesidad;
- e. Si el recién nacido no es capaz de producir células rojas por su cuenta, deberá recibir transfusiones de sangre. Además, dependiendo de las complicaciones que presente, será necesario administrar medicamentos o en algunos casos, someterlo a cirugías.

En una situación ideal, durante la estancia del bebé prematuro en la **UTI neonatal**, un equipo completo de profesionales de la salud estará a su disposición. Incluso tras el alta del hospital, una serie de cuidados deberán ser observados en casa, especialmente durante los primeros meses. La orientación con relación a estos cuidados depende del

equipo multidisciplinar. Teniendo en cuenta la variedad de problemas que el bebé nacido prematuramente puede presentar – relacionados con alimentación, formación orgánica incompleta, extrema fragilidad, entre otros. - Es necesario tener en cuenta un enfoque holístico, es decir, una visión integral del niño como paciente. Aquí estamos hablando de un equipo de profesionales especializados: fisioterapeutas, pediatras, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisiatras, Oftalmólogos, psicopedagogos y trabajadores sociales, por nombrar los más comunes.

El apoyo y acompañamiento constante de estos profesionales, a partir del nacimiento, deberá proporcionar al bebé nacido prematuramente las mejores condiciones para su desarrollo físico, mental y psicológico.

PARTE 3
PSICOLOGÍA -
PSICOTERAPIA

6. La base académica - *Winnicott - Bowlby Piontelli Bion*

7. La visión - Los 3 Pilares

La base académica

Winnicott Bowlby Piontelli Bion

Al comienzo de la mí carrera profesional, yo seguía los preceptos comúnmente adoptados por la mayoría de los terapeutas más experimentados. Por ejemplo, yo sabía que mí actuación estaría vinculada a las siguientes actividades:

- Acompañar al paciente;
- Trabajar en la dirección de desarrollar un grado de tolerancia a la frustración;
- Tener en cuenta la relación emoción–pensamiento;
- Ayudar en la construcción o reconstrucción de historias personales, de la identidad y de la capacidad de resonancia emocional.

Para nosotros, profesionales que lidiamos con la salud mental, sus enfermedades y disfunciones, es fundamental estar conscientes de ciertos preceptos y paradigmas que forman parte de nuestro trabajo. Aunque parezcan cuestiones triviales, sabemos que convivimos con ellas todo el tiempo:

- Aceptar las limitaciones inevitables de cada periodo de la vida;
- Aceptar la inevitabilidad de la muerte;
- Desarrollar la capacidad de luchar por objetivos;

- Desarrollar un sentido del mundo (en el libro del mismo nombre, el poeta *Carlos Drummond de Andrade* reveló su limitación y potencia ante el mundo);⁸
- Desarrollar noción de ciudadanía, responsabilidad social y familiar;
- Desarrollar la capacidad de disfrutar de la belleza y de los momentos de felicidad;
- Ser consciente de que los estados emocionales oscilan entre momentos de mayor o menor integración psíquica;
- Desarrollar la capacidad de tolerancia a un grado variable de sufrimiento psíquico;
- Desarrollar la capacidad de elaborar lutos inevitables debido a las pérdidas evolutivas y accidentales;
- Desarrollar la capacidad de apreciar la vida.

Como ocurre con casi todas las personas, a lo largo de la mi carrera académica y profesional he tenido contacto con diversos autores, entre psicólogos, psiquiatras, pediatras, psicoanalistas y psicoterapeutas. Todos contribuyeron para mi formación, pero algunos de ellos fueron más importantes y ejercieron una fuerte influencia en la forma como entiendo y practico el trabajo psicoterapéutico, especialmente con los niños y sus padres.

Fue a partir del estudio del abordaje y entendimiento de esos profesionales con los cuales yo me identifiqué, que acabé desarrollando mi visión de la psicoterapia, la cual denominé: “Los 3 pilares”. Antes de presentar mi proceso

⁸ <https://www.culturagenial.com/livro-sentimento-do-mundo-de-carlos--Drummond-de-andrade>

de trabajo, me gustaría compartir un poco de la vida y de las obras de los terapeutas que tanto me han ayudado.

Donald Woods Winnicott

(07 de abril 1896 - 28 enero 1971)

Winnicott fue un pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés, conocido por sus ideas relacionadas con el verdadero y falso *self*, la teoría de los padres “suficientemente buenos” y, en asociación con su segunda esposa, Clare Winnicott, desarrolló la noción de objeto transicional. Líder de la sociedad Británica de Psicoanálisis Independiente y Presidente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis en dos oportunidades 1956 y 1959, *Winnicott* publicó diversos libros y artículos, y su obra fue considerada un avance teórico y práctico indiscutible en el campo de la psicología y de la psiquiatría infantil.

Sus ideas se centraron casi exclusivamente en el vínculo entre madre e hijo. Para ella la figura materna era el sostén psicológico esencial para que el niño pudiera desarrollar un yo auténtico, saludable y feliz.

Según los especialistas, estas serían las principales contribuciones de *Winnicott* al área de la pediatría:

- El bebé no existe sin su madre – la disponibilidad materna y su proximidad segura y cercanía afectuosa, ayudan a formar la identidad psíquica del niño. El bebé necesita de esta envoltura física y psíquica para poder crecer en todos los sentidos.
- La importancia del juego. Con el juego, el niño entra en contacto con su sentido de existencia y con su iden-

tividad. A partir de la posibilidad de imaginar, aprender, compartir, idealizar y experimentar, el niño crea condiciones de escribir y evolucionar.

- La creación de un bebé. Para *Winnicott* es necesario confiar en el instinto de la madre, pues solamente ellas saben lo que es mejor para sus hijos en cada momento.
- El falso “yo”. Este peligro surge en el niño cuando él no se siente atendido, comprendido y amado. En ese caso él escoge ser “otra persona” alguien lleno de necesidades que va en busca de la atención de los demás.

Frases de *Winnicott*

“El primer espejo de la criatura humana es el rostro de la madre: su expresión, su mirada, su voz. [...] Es como si el bebé pensara: ¡ojo y soy visto, luego, existo!”

“El niño juega (jugar) para expresar agresión, adquirir experiencia, controlar ansiedades, establecer contactos sociales como son, integración de la personalidad, y por placer.

“ Para que los bebés se conviertan, finalmente en adultos sanos, en individuos independientes, pero socialmente preocupados, dependen totalmente de que se les dé un buen principio, el cual está asegurado, en la naturaleza, por la existencia de un vínculo ente la madre y su bebé...”

Edward John Mostyn Bowlby

(26 febrero 1907 - 2 septiembre 1990)

John Bowlby fue un psicólogo, psiquiatra y psicoanalista británico, notable por su interés en el desarrollo infantil y por su trabajo pionero en la Teoría del Apego. La idea de la importancia del apego en la infancia suele estar presente en diferentes sociedades, pero ella solo se consolidó a partir de la creación de la teoría elaborada por *Bowlby*, quien estudió y analizó los efectos de su presencia o ausencia. Su legado es vasto, aunque su teoría ha sufrido varias modificaciones y ha sido (re) interpretada por varios autores, *Bowlby* sigue teniendo una grande influencia en la psicología, especialmente por enfatizar la importancia del vínculo emocional con nuestras figuras parentales en la infancia.

Conceptos – clave desarrollados por *Bowlby*:

- Humanización de los hospitales – El término “*hospitalismo*” designa un estado de alteración profunda, física y psíquica, que se instala progresivamente en los niños muy pequeños, durante los primeros 18 meses de vida, en función de un abandono o de una temporada prolongada en una institución hospitalaria. Los signos del *hospitalismo* se manifiestan por un atraso en el desarrollo corporal, por incapacidad de la adaptación al medio y, a veces, por un mutismo que se parece al autismo y puede llevar a psicosis. En los casos de total carencia afectiva vinculada a la falta de cualquier vínculo materno, los disturbios pueden llegar al marasmo y la muerte. A partir de las investigaciones y artículos de John Bowlby y de otros psicoanalistas

en los años 1940, en todos los países del mundo se produjo una reforma de las condiciones de hospitalización de niños pequeños.⁹

- Apego, pérdida y separación – De acuerdo con la teoría del apego, los bebés se unen a adultos que son sensibles y responden en las interacciones sociales y que permanecen como cuidadores consistentes durante el período de seis meses a dos años de edad, aproximadamente. Las respuestas parentales conducen al desarrollo de patrones de apego que, a su vez, conducen a “modelos internos de trabajo” que guiarán sentimientos, pensamientos y expectativas del individuo en relacionamientos posteriores. Más, específicamente, Bowlby explicó en una serie de tres volúmenes sobre apego y pérdida, que todos los humanos desarrollan un modelo de trabajo interno del yo, que es un modelo de trabajo interno de los otros. El molde de trabajo y el modelo del otro se construyen con experiencias iniciales con su cuidador primario y moldean la expectativa de un individuo que afectará su autoconfianza, autoestima y dependencia. El modelo del otro determinará cómo un individuo ve a los demás, lo que afectará sus vínculos o abordajes, sus opciones por la soledad o por interacciones sociales. En el enfoque de *Bowlby*, se considera que el niño necesita de una relación segura con cuidadores adultos, sin los cuales el desarrollo social y emocional normal no se producirá.

⁹ *Revista Educación* (Edición 245 – diciembre 2017).

Según la teoría del apego, el niño se vincula instintivamente a quien lo cuida, con la finalidad de sobrevivir, dependiendo de eso su desarrollo físico, social y emocional. El proceso de apego no es específico de género, pues los bebés forman vínculos con cualquier cuidador consistente que sea sensible y corresponda a las

Interacciones sociales. La calidad del encajamiento social parece ser más influyente que la cantidad del tiempo usado.¹⁰

Frase de Bowlby

“En una asociación feliz hay un contante dar y recibir.”

Alessandra Piontelli

(1945)

Es médica italiana, con la especialización en neurología y psiquiatría. Pasó un año como pasante en la India y luego tres años trabajando e investigado en el Departamento de Niños y Padres de la clínica *Tavistock*, en Londres. De vuelta en Italia, se convirtió en profesora visitante de varias universidades, siempre en el departamento de medicina materno y fetal.

En 1995 publicó el libro “De Feto a Niño”, una descripción del análisis de niños muy pequeños y de observaciones

¹⁰ *Revista Educación* (Edición 245 – diciembre 2017).

a través de ultrasonido del comportamiento de los fetos antes de nacer, que sugiere una relación entre la vida pre-parto y las psicosis infantiles más comunes. El advenimiento del ultrasonido hizo posible observar al feto no perturbado en su ambiente natural. En este libro, la Dra. Piontelli describe en detalles conmovedores, sus observaciones del comportamiento de varios niños desde las etapas más tempranas en el vientre, pasando por el nacimiento hasta la infancia. Primer estudio longitudinal de este tipo, esta obra muestra como los datos de observación y datos psicoanalíticos pueden ofrecer *insights* diferentes, pero complementarios, en el intento de responder preguntas fundamentales del desarrollo humano.

Wilfred Ruprecht Bion

(8 septiembre 1897 - 8 de noviembre de 1979)

Fue un influyente psiquiatra y psicoanalista inglés que desarrolló investigaciones sobre la formación y fenómenos de grupo, entre otros temas. Inició sus trabajos en el ejército inglés y dio continuidad a los mismos grupos del Instituto Tavistock, constituidos por personas con formaciones diversas.

Escribió “Experiencias con Grupos”, una importante guía para los movimientos de la psicoterapia de grupo y de encuentro de grupo, que comenzaron en los años 1960 y se transformaron rápidamente en la piedra de tacto para el trabajo de los usos de la teoría del grupo en una amplia variedad de campos.

El pensamiento general de Bion se encuadra en el pensamiento de la escuela de la Teoría de las Relaciones Objetales. Fue presidente de la Sociedad Psicoanalítica Británica entre 1962 y 1965.

Muchos de los conceptos desarrollados en su investigación, se han vuelto relevantes para la comprensión de los grupos de trabajo y de los fenómenos emocionales subyacentes a ellos.

Teorías de *Bion*:

- **Teoría de grupos** – Cada grupo tiene una actividad mental que tiene dos niveles de funcionamiento: consciente e inconsciente. Mientras que el primero es racional es conducido por el principio de la realidad, el segundo es emocional y funciona a través del principio del placer, es decir, el grupo se orienta en el sentido de evitar actividades que no sean de su agrado. Existe también el aspecto de la Mentalidad Grupal, por la cual los miembros del grupo se reúnen en función de objetivos comunes y buscan establecer entre sí relaciones de semejanza. Además, los grupos se simbolizan el sentimiento de pertenencia a una familia, con las consecuencias de búsqueda y pérdida del afecto.
- **Teoría del Pensar** – Para Bion, el pensar surge como una salida para lidiar con la frustración, incluyendo las debidas consecuencias resultantes de la capacidad del ego, conseguir superar o no el odio resultante de determinada decepción. Es decir, afirma que el pensar es el resultado de un proceso a partir de las experiencias sensoriales y emocionales. La emoción está en el centro del significado de la vida psíquica y no solo un proceso intelectual. Bion describió dos tipos de funcionamiento mental, la mente automática o protamente, y la mente simbólica. Para Bion, los pensamientos preceden el pensar y ellos existen independiente del pensador. Él creía que para pensar era fundamental la

construcción de un mecanismo que sería resultado de la relación mamá – hijo: Ella operando con “*reverie*” es decir, con la capacidad de recibir las proyecciones del bebé, elaborarlas en significados y devolverlas al bebé para que él pueda asimilar el funcionamiento mental de la madre.

- **Teorías de las transformaciones** – Cuando una experiencia emocional pueda tener un valor de aprendizaje y de seguridad proporcionando una mayor capacidad de acoger el dolor.

En otras palabras, Bion amplió los conceptos de memoria y deseo con relación a la práctica del psicoanálisis. Recomendó, incluso que el analista renuncie a esos elementos, cuando frente al paciente dejase de lado el deseo de curarlo y además, que vaya al consultorio sin los recuerdos de la sesión anterior.

Frases de Bion

“El objetivo de un análisis no es que el paciente llegue a ser igual al analista, y estar curado igual a su analista; ¡sino, llegar a ser alguien que se está convirtiendo en alguien!”

“Un buen analista siempre se enfrenta a una situación desconocida, imprevisible y peligrosa.”

“(…) la única cosa que parece ser básica no es tanto lo que hacemos, sino lo que vivimos, lo que somos.”

Mi Visión

Los 3 Pilares

Introducción

Cierta vez, yo estaba preparando un trabajo para ser presentado en *el II Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century (19-21 October, 2018, Moscow, Russia)*” – Un importante congreso mundial sobre salud mental. Sería mi segunda participación en ese evento, ya que estuve presente en el primer encuentro, también organizado en Moscú, dos años antes. Mi intención era presentar la secuencia de un trabajo que ya había expuesto. Percibí, entonces, que la continuación no debería ser repetida y que yo necesitaba demostrar en 15 minutos, mi experiencia en el tema dentro del ambulatorio de Prematuros da Universidad Federal de *São Paulo*. (*Unifesp*).

¿Cómo podría resumir mi experiencia de seis años, hasta ahora (nueve años en 2021) en términos de lo que yo ofrecía dentro de ese servicio, centrándome en los niños que nacieron prematuramente? Opté por situar el problema en diferentes enfoques expresados dentro de un equipo multiprofesional. Un equipo que trata con niños nacidos con menos de 37 semanas de gestación y bajo peso.

He observado que muchas situaciones eran complicadas con relación a qué hacer. ¿Cómo acceder? De cierta forma, tenía dificultades en comprender, y poco a poco me fui familiarizando – reconozco que necesitaba tener una dosis de paciencia. ¡Si! ¡Paciencia! Pues, una de las primeras señales que percibí en mí, es que yo quería hacer todo lo que yo pensaba necesario hacer por esos niños.

Muchos de ellos habían sobrevivido a situaciones que yo no podía imaginar que un ser humano puede pasar – y tener que permanecer en estas condiciones de fragilidad, vulnerabilidad y a menudo, entre la vida y la muerte por varios segundos, minutos, horas, días, semanas, a veces años.

Fui percibiendo que mi escucha intentaba alcanzar lo que no era dicho ni por la madre ni por el equipo, ni por el niño y tampoco por mí misma. Aquellos días pasados en la incubadora, en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, con necesidades variadas. Muchas veces, estaba lejos de mí lo que ese niño, esa familia y el equipo médico habían pasado – Es decir cómo aquel escenario se fue constituyendo.

Uno de mis primeros pacientes tenía cuatro o cinco años. Él no hablaba, no andaba. Tenía parálisis cerebral su tía abuela paterna lo había tomado para sí. Ella se ocupaba de él y de sus necesidades. Lo traía en su cochecito, utilizando oxígeno y sonda gástrica para su alimentación. Era un cuadro bastante impactante: aquella tía abuela paterna, de cierta edad, frágil y de huesos visibles en su pequeña estatura, ya no conseguía traerlo como hacia anteriormente, pues su vida ha sido así, desde su alta del hospital. Después de nacer, él sufrió muchos internamientos en función de la repercusión de su extrema prematuridad. Y yo pensaba: ¿qué puedo hacer en este escenario?

La tía abuela me procuraba, pues venía encaminada por la nutricionista que, atenta, percibió la angustia y ansiedad interfiriendo en la salud del niño. Escuché atentamente toda la historia que ella quería contar. A cada frase surgía un apretón en mi corazón. Y, francamente, era eso lo que sentía que podía hacer: acoger el dolor y la esperanza de que ella podría cuidar del niño de la mejor manera posible.

Y, así muchos encuentros acontecieron. Mi aflicción fue dando lugar a la observación de la mirada del niño para su cuidadora. Y la mirada de la tía abuela paterna que lo acariciaba en su regazo mientras hablábamos.

Fui escuchando la aflicción de su habla, pues ella temía morir antes que la vida de su niño llegara a su fin. Fui escuchando los gruñidos del niño que disminuían al mismo tiempo que la tía abuela paterna comenzaba a respirar de forma tranquila y pausada. Y, en cierto modo, yo estaba en presencia de una dupla que parecía funcionar de forma complementaria. Uno necesitando del otro, como vasos comunicantes. Y así, fui percibiendo y nombrando los tres ítems: observación, escucha y presencia terapéutica.

Y, a partir de ese ejemplo, mi práctica fue tornándose cada vez más rica y objetivamente más precisa. Esas tres formulaciones fueron desarrolladas y recapturadas para demostrar en aquel congreso, la necesidad de un psicoterapeuta o un psicólogo clínico en el acompañamiento e integración de un equipo multidisciplinar. Ahora, revisando mi historia dentro de ese servicio, pude elaborar, de forma sucinta, esa conjetura. Probablemente, mi incertidumbre de cómo tratar esa situación fue encontrando un lugar. Las suposiciones estudiadas, administradas y vividas, desde mi formación, fueron dando paso al mantenimiento de la esperanza.

El lugar donde me encontraba podría ser el escenario para dar seguimiento al estudio de llevar esperanza a quien luchó para sobrevivir, vivir. Y, para quien colaboró en esa lucha. Por la sobrevivencia, para seguir viviendo. Sea el equipo médico, la familia y el propio bebé nacido prematuro.

Observación, Escucha y Presencia Terapéutica son pilares de mi acción profesional y personal. Vamos a ellos.

Observación - Percepción de la Luz

(En cierto modo - esto se acerca a la fotografía)

Puede parecer simple – y es simple, de una simplicidad tan grande que llega a ser complejo. Y así, se asemeja a la complejidad humana. ¿Qué implica en esa observación?

Son aspectos divergentes y convergentes, que si podemos esperar veremos y descubriremos un nuevo camino. Es como si lo inefable pudiera ser identificado, narrado, compartido.

Es una simple mirada – ni tan simple – que por asociación de ideas, puede orientar e indicar el sol del entendimiento. Es una concentración del espíritu movida por la atención, la prudencia y la investigación que guía la formulación de análisis. Casi como en un campamento donde las preciosidades van apareciendo, indicando sus evidencias.

De alguna manera, también podemos incurrir en error. ¿Por cuál motivo? ¿De qué manera? Tal vez, por la inexactitud y el intento de acierto – la observación es activa y atenta. El error puede indicar la necesidad de “adecuación”. Una nueva reanudación del camino – y de hecho el propio error puede ser una necesidad de reorientación. Es también una señal. Observar que el error que ocurrió indica que podemos estar muy cerca de una situación emocional densa y conflictiva. Y así observar que lo que se ha observado es una herramienta auxiliar importante.

El reconocimiento basado en la observación es el compromiso con la “verdad” declarada. La responsabilidad con el deber comprometido fundado en la observación, indica una ruptura con lo que no quiere ser evidenciado. De la misma forma, podríamos pensar en la observación como un comando en el sentido de algo a ser ejecutado. Creo

que una observación que se podría hacer sería la puesta en escena.

¿Y cómo identificar?

Bien, esa identificación es una fuente interna de contenidos de experiencias emocionales que palpitan en nuestro interior. Es un fuerte indicio que se desarrolla durante la formación en el trabajo y la introyección acumulada de vivencias reflejadas y analizadas.

Siguiendo el razonamiento – interpretamos lo que se observa. Damos un significado para nuestra observación. Y tampoco debemos olvidar que el significado encontrado está basado en nuestro *Background* teórico-vivencial – fruto de análisis personal, estudio y articulación de esos contenidos.

Pensemos y tomemos como hipótesis que, cuanto más sepamos de nosotros mismos, más podremos ampliar nuestra percepción y comprensión de lo que pasa a nuestro alrededor.

Sin embargo, hay un riesgo - podemos pensar en las observaciones sesgadas. Aquí, creo que se aplicaría la posibilidad de error y del engaño. Está la intuición - fruto de la experiencia adquirida y que “debe” ser también observada. Palpite, adivinación, inspiración – Hay que tener un espacio interno para acoger lo que se observa. Y así, la intuición y la observación pueden ser analizadas y orientadas para la ausencia de razonamiento. Acoger – esperar – observar.

Podemos pensar que, en verdad quien observa es un espectador, aquel que contempla, vigila, asiste y presencia es testigo de una escena, de un acontecimiento, y también participante interactuando de lo que se manifiesta internamente en función de lo que se observó y sintió. Pasa a tener su comprensión sobre sí mismo, casi un padrino de cena.

Cuando la observación está en acción algunas cosas acontecen. Por ejemplo: la atención, los sentidos están atados y pueden activarse.

Escucha

La Escucha nos acerca a sonidos que pueden tocarnos, pues aquellos que no nos tocan, ni siquiera los percibimos.

De esta manera, prestar atención a nuestro alrededor es algo que nos enriquece tanto para el bien como para el mal. Lo digo porque nos damos cuenta de cosas y no siempre dicen que respalde lo que queremos entender. Por otro lado, en el trabajo, todo sonido, todo silencio percibido tiene un sentido y un significado.

Estar atento es el camino y la indicación de donde seguir. Percibir\ Presentir algo es fruto de escuchar atentamente y eso nos habla.

Escuchar también promueve el acercamiento a la experiencia emocional. Lo que la persona está sintiendo/lo que está viviendo.

¿Cómo discriminar el sonido que produce contacto de aquel que es apenas el canto de la sirena? La propuesta de la discriminación ya es un tipo de contacto.

Escuchar tiene que ver con qué se percibe, pues presenta un campo de conocimiento e información\luz y esclarecimiento. Dar oídos a una percepción captada y sentida. Un cuidado y también una expectativa. Bien, cuando hablamos de expectativa se establece un límite, como una marca de agua. La expectativa abre espacio para el error, para el nuevamente canto de la sirena. Mí autoconocimiento es el divisor de aguas entre la investigación y la determinación.

Escuchar es abrir la puerta a lo desconocido e infable. Un tipo de capacidad negativa para soportar lo irreal, el espacio en blanco salpicado de novedades - Con o sin expresión. Capacidad negativa – estar al acecho y esperando, esperando la formulación, esperando el toque (aparentemente) mágico e intuitivo de la construcción ideal.

Escuchar es oír, encontrar lo que está oculto, lo que no aparece, lo que está encubierto. Para hacer aparecer e iluminar caminos; para así, quizás, ofrecer probabilidades de esperanza.

Escuchar es también encontrar ignorancias que escondemos – los tiempos apagados envueltos en la estupidez acéfala.

La Escucha promueve, ilumina el manifiesto oculto - el adormecido y el recalcado; lo que nos hizo sufrir por la experiencia.

Presencia - presencia terapéutica

Estar en la presencia de alguien, con alguien y para alguien es testimoniar visual, presencial y ocularmente; es respirar el mismo aire que otro.

Prestarse para el testigo, ser amparo y receptor del otro, viviendo en el mismo ambiente, pudiendo estar disponible para el otro. Y podemos pensar incluso para nosotros mismos.

Requiere un autoconocimiento bien grande para poder abdicar de sí mismo, para estar presente más allá de sus dificultades y necesidades.

Estar presente de esta forma puede ser algo como vivir en común, en el mismo ambiente con quien nos es presentado el otro.

Es interesante percibir que estar en esta situación por determinado tiempo, nos posibilita que la observación y la escucha sean más vivas, más atentas, más actuales.

Eso trae un alivio para el otro, le confiere existencia y veracidad en lo que está sintiendo, o sea: sufrimiento, sentimiento, emoción presente o ausente. Percibir e incluir el ausente, el olvidado, el etéreo y el inefable. Lo incomprendido pasa a tener un lugar de manifestación y acogimiento.

La ausencia causa olvido; la presencia terapéutica está abierta a observar y escuchar esas sutilezas que son presentadas, aunque no tan evidentes, incluso las ocultas e invisibles.

Esas tres proporciones combinadas, se potencian y, de esa forma, incrementan la receptividad de lo que puede estar ocurriendo en el encuentro, en la sesión, en la consulta, en la conversación, en el entorno.

Dar lugar a lo nuevo de cada uno, o mejor, posibilitar la transformación para la acogida y reestructuración del dolor, sufrimiento, dificultad, ayuda a condicionar para una acción.

Dicho de otra manera, se abre una expectativa, una puerta, una esperanza para el futuro. Para lo que aún no ha ocurrido, para lo que está por venir, o devenir, el futuro.

La propuesta que encontré fue buscar una oportunidad para lo que se puede hacer y no preocuparse demasiado por lo que no se puede hacer, o cuando no podemos hacer nada.

Orientar para seguir adelante, acogiendo nuestras fallas, pecados y crímenes que cometemos, olvidando que esto de una parte muy insignificante del todo de la historia.

Crear recuerdos para el futuro, ya que otras cosas vendrán en nuestra dirección y la presencia terapéutica tiene la

potencia de colaborar con ese movimiento – muchas veces es difícil de ser soportado solo.

Esas tres proposiciones alimentan el razonamiento, la reflexión, el análisis, estableciendo y/o proporcionando hipótesis inspiradoras de pensamientos, imaginación – trayendo aperturas y abstracciones para continuar dando tratos a la pelota y ampliando el espacio para existir y seguir viviendo, encontrando la razón de ser, un sentido.

PARTE 4

IDEA

8. inspiración (*Réd Methot*)

9. El proyecto

10. Los resultados preliminares

11. conclusiones/Reflexiones

La inspiración (*Réd Methot*)

En 2019, como alumna del curso de fotografía, pensé en realizar un ensayo inspirado en el trabajo del fotógrafo canadiense, *Red Methot*¹¹ que ganó proyección mundial con su álbum *Les Premas*.¹² Después del nacimiento de su primero hijo se deleitó con la perseverancia y la lucha diaria de pequeños bebés por la supervivencia. “Antes que mis hijos nacieren (Sus dos hijos prematuros), no sabía nada sobre el parto prematuro. Así que decidí hacer un proyecto fotográfico para darle a la gente, más conocimiento sobre ese tema. Yo estaba buscando una manera de mostrar cómo los bebés prematuros son grandes luchadores”.

Fotografió a 22 niños, adolescentes y adultos sosteniendo sus fotos en blanco y negro cuando recién nacidos. La mayoría estaba ajena al comienzo difícil de su vida.

Methot pronto se dio cuenta de que la idea inicial de fotografiar a bebés prematuros en el hospital sería logísticamente difícil. Por lo general, los bebés prematuros (niños nacidos antes de concluidas 37 semanas de gestación y peso inferior a dos quilos) se mantienen en unidades de terapia intensiva hasta que sus órganos se desarrollan completamente.

Entonces, sus primeros modelos fueron sus hijos prematuros; pero pronto otros padres de hijos prematuros se interesaron por el proyecto. “Son especiales porque yo estaba allí para tomar una foto de ellos. Y estoy muy feliz de que la gente esté hablando sobre la prematuridad y que las fotos puedan ser vistas por personas que están viviendo esto

¹¹ *RED MÉTHOT – Photographe à Québec*. Disponible en: <https://redm-photo.ca/>>. Acceso en Febrero/2021.

¹² *LES PRÉMAS*. Disponible en <https://redmphoto.ca/les-premas/>>. Acceso en Febrero/2021.

ahora. Puede haber gente que tenga un hijo pequeño en el hospital, en este momento y espero que esto pueda ayudarles”. Él declaró. ”

Así, que me puse en contacto con él, a través de una red social para comunicar mi intención de, inspirada en su trabajo, realizar algo similar.

El Proyecto

Mi proyecto se llama: “Nacidos de nuevo: Un ensayo fotográfico”¹³ El lugar donde yo desarrollé fue el Ambulatorio de Prematuros del Departamento de Pediatría (disciplina de pediatría neonatal) Hospital Universitario de la Escuela Paulista de Medicina (*EPM*) de la Universidad *Federal de São Paulo (UNIFESP)*, en conjunto con *ONG ‘Instituto vivir y sonreír’*, ambos con sede en la ciudad de *São Paulo*, región sudeste del *Brasil*.

Este ambulatorio es un centro especializado en el acompañamiento de prematuros. Fue instituido en 1981 con el objetivo de prestar asistencia multiprofesional a niños nacidos prematuramente, buscando la promoción de su crecimiento y desarrollo, desde el alta del hospital hasta el final de la adolescencia.

El acompañamiento ambulatorio es prestado por un equipo interdisciplinar, lo que posibilita la colaboración de varias especialidades con conocimientos y competencias distintas, situación que permite el diagnóstico y el tratamiento precoz de posibles secuelas de la prematuridad, minimizando sus repercusiones presentes y futuras.

Inicio

Desde octubre de 2012 actúo como psicóloga y psicoterapeuta voluntaria en el ambulatorio de prematuros, atendiendo (en grupo e individual) los niños, cuando de su internación, así como la doble madre – bebé, acompañándolos

¹³ Ensayo fotográfico: unión de fotografías sobre un mismo tema o realizadas por un mismo autor.

en las consultas pediátricas y fisioterápicas y, en casos específicos, en la escuela y en el hogar (*in loco*) y también presto asistencia a los adolescentes hasta que completen 21 años.

Desarrollo

Los casos

Inicié el proyecto con la aprobación y la autorización de la coordinadora del ambulatorio de prematuros y, también, de algunas madres, que aceptaron la invitación para participar.

Estos eran los objetivos del proyecto:

- Divulgar la problemática de la prematuridad, pues el número de nacimientos prematuros es alto, y este dato es desconocido por la sociedad en general. El informe *Born too Soon: the global action report on preterm birth*,¹⁴ señala que 15 millones de niños nacen prematuramente cada año.
- Divulgar y concientizar a la sociedad de las necesidades imperativas referentes a los niños nacidos prematuros para su evolución física y salud mental, una vez que tecnologías avanzadas, modernos equipamientos en el tratamiento hospitalario, la presencia de profesionales especializados y la mejoría en el enfoque posnatal, así como el apoyo psicosocial a las familias, contribuyen para aumentar las tasas de sobrevivencia de bebés prematuros.

¹⁴ *Nacido demasiado pronto. Informe*. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acceso en febrero/2021. *Born Too Soon. Report* <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acceso en febrero/2021.

Muchas madres no habían fotografiado sus hijos en esta etapa de la vida, “ya que pensaban que podrían no sobrevivir y tener una foto sería más doloroso”. Por lo tanto muchos niños y adolescentes involucrados no conocían este capítulo de su historia.

Entonces, antes del ensayo fotográfico promoví una jornada de conversaciones con las madres, los niños y los adolescentes sobre estos hechos y otros asuntos pertinentes. Fue un recurso importante en la tentativa de recuperar parte significativa de sus trayectorias personales, integrando parte de sí mismas por medio de las historias relatadas, abriendo nuevos horizontes y robusteciendo la fuerza de la vida.

Con el inicio del ensayo fotográfico, observé que los niños y los adolescentes fueron ampliando la autopercepción y la readecuación de la mirada sobre sí mismos, por lo que creo que la iniciativa fue un éxito.

Los contratiempos

Debido al acuerdo de confidencialidad que existe entre terapeuta y paciente, no voy presentar aquí los detalles de los niños y adolescentes que aceptaron participar en el proyecto, con la aprobación de sus familias. Para que los lectores tengan una idea general de los perfiles de cada uno de ellos, desarrollé el proyecto con las siguientes personas: Cuatrillizas preadolescentes no idénticas; un joven rapaz que nació solo en el cuarto embarazo de la madre, con 26 semanas, pesando 1050 gramos; una adolescente que ha estado entre la vida y la muerte en más de una oportunidad; una familia en la que los cuatros partos fueron de bebés prematuros: dos gemelas, uno de trillizos y uno de cuatrillizos; una preadolescente que vive con el padre y con la abuela paterna

desde muy pequeña; una preadolescente que presenció un asesinato, nació de 30 semanas y fue internada durante 28 días; un adolescente que normalmente se muestra quieto, callado, tímido, asustado.

Ninguno de ellos tenía fotos de la época en que nacieron. Con diferentes grados de aceptación y resistencia, todos tomaron fotos sosteniendo imágenes que tenían de la época en que estaban en la incubadora, un proceso que se mostró bastante revelador y contribuyó para el avance de nuestro trabajo terapéutico.

La pandemia del nuevo coronavirus, que cambió el mundo en 2020 también afectó mi trabajo con los niños, adolescentes y familias. Al principio, debido a las restricciones impuestas por las autoridades, el contacto con los pacientes fue interrumpido durante tres meses. Sin embargo, a partir de junio de 2020 volví a tener contacto con todos ellos de manera remota, a través de la computadora, y nuestro trabajo conjunto continuó.

Los Resultados Preliminares

A pesar de todas las dificultades impuestas por la pandemia del nuevo coronavirus, mi trabajo con los pacientes prematuros, aunque momentáneamente interrumpido, siguió adelante en 2020. Aquí vale la pena una observación: a diferencia de algunos segmentos del área médica, que presuponen la presencia física del paciente y el contacto físico con el médico, el trabajo psicoterapéutico puede ser desarrollado de manera remota, vía teléfono o computadora.

No es lo ideal, evidentemente, pero entre continuar el tratamiento de esa manera “imperfecta” o interrumpir totalmente el contacto con los pacientes, no tuve dudas como debía proceder.

Al principio del proyecto, pedí una fotografía que fuera primera foto de su vida. Muchos no poseían, pues sería muy triste, para las madres y padres, tener algún recuerdo de algo que querían olvidar – no querían recordar. Hasta el hecho de que yo lo pidiera generaba cierta ansiedad y nervosismo. Surgían interrogantes:

- ¿Por qué quiere eso?
- ¿Qué pretende?

Esas frases eran parte de lo no dicho. Pero yo entendía la necesidad de identificar, nombrar, producir y relacionar. Pues es necesario combatir la desesperanza. ¡La recuperación de la esperanza necesaria para vivir y desarrollarse! Preparar para el futuro con sus elecciones. Con mi manera de mirar, sentir y ver, relato algunas situaciones vividas durante el trabajo. Soy psicóloga, psicoterapeuta y en for-

mación para convertirme en psicoanalista. Uno de mis primeros conceptos, aprendidos durante mi vida profesional, como ya mencioné en otros momentos, es que la experiencia emocional puede ser el generador y motivador de cambios. Siempre pensando en la relación y en cómo creo que se desarrolla: observando, escuchando y participando con y en presencia.

Hasta la finalización de este libro (abril 2021) yo podría mencionar, de manera general, los siguientes resultados alcanzados con el proyecto “Nacidos de nuevo: Un ensayo fotográfico”.

- Algunos de los pacientes, cuando escucharon la propuesta de las fotografías, se pusieron eufóricos. Otros incluso se detienen para montar un escenario trayendo accesorios (juguetes y máscaras, entre otros objetos, para sus interpretaciones) – esto no fue solicitado, pero ellos consideraron importantes.
- Hubo entre ellos quien no se reconocía en las fotos cuando eran bebés pareciendo estar delante de sus imágenes por primera vez, demostrando curiosidad y extrañeza.
- En uno de los casos, yo y una paciente, delante de varias fotos sin identificación nos quedamos buscando la que podría ser la de ella, y juntas elegimos la misma fotografía. Eso porque, de alguna manera asociamos la imagen de un bebé gordito con una silueta de la niña en ese momento. Después, descubrí que estábamos equivocadas: aquella foto no era la de ella. Cuando ante el retrato verdadero, viéndose recién nacida en la Unidad de Terapia Intensiva, ella expresó cierta aflicción por medio de falta de aire y palidez. “Usted

ya no está así, afirmé para tranquilizarla. Y seguimos con el trabajo.

- He estado construyendo una relación bastante interesante con una paciente. Hemos hecho tres sesiones de fotos en diferentes lugares. Pudimos conversar varias veces sobre situaciones de su vida, y las fotos fueron hilos conductores importantes en el rescate de su memoria e historia. Los registros fotográficos sirvieron como un instrumento que articula, correlaciona afectos y emociones, trayéndolos a la superficie de manera lúdica. ¡No! Quizás jugar no sea la mejor palabra. Lo más adecuado sería pensar que si, los registros fotográficos pueden actualizar, en el presente, los afectos y emociones de forma más espontánea, singular y genuina.
- Algunos niños no tenían fotos de la época de su nacimiento, pero decidieron participar del ensayo, pues demostraron interés y mucha voluntad de ser fotografiados. Son niños con fuerza y deseo.
- Una paciente se mostró muy tenaz y sensible. Ella me trajo una foto en la que aparece en el regazo de su madre, sostenida por el método madre canguro. Ella reinició el seguimiento psicoterapéutico a petición de su madre y demostró ser una chica poética, dramática, habladora e inteligente. Ha sido capaz de “soportar” sus miedos, hasta el punto de permanecer despierta varias horas, como sí así pudiera proteger a su familia, tal un guardia nocturno.

Reflexiones/conclusiones

He estado trabajando con bebés prematuros y sus familias desde 2012. A lo largo de estos nueve años (hasta 2021), aprendí mucho de ese universo que yo conocía tan poco, y creo que ya tengo condiciones para hacer algunas reflexiones acerca de este tema.

Primero, veamos algunas reflexiones.

Si todo lo que ocurre en el *setting* terapéutico¹⁵ puede promover cambios, los tres recursos metodológicos combinados que yo denominé 3 pilares – la Observación, la Escucha Analítica y la Presencia Terapéutica – se potencian y, de esta forma, incrementan la receptividad de lo que puede suceder en el encuentro, en la sesión, en la consulta, en la conversación y en el entorno.

Estos recursos posibilitan la transformación para la acogida y la reestructuración del dolor y del sufrimiento, abriendo puertas de esperanza para una vida futura con mejor calidad.

Con relación al papel del psicólogo/psicoterapeuta, esos recursos – la Observación, la Escucha Analítica y la Presencia Terapéutica - son herramientas que alimentan el razonamiento, la reflexión y el análisis, estableciendo y/o proporcionando hipótesis inspiradoras de pensamiento y de imaginación, trayendo aperturas y abstracciones para continuar ampliando el sentido y espacio del existir.

En los diversos cuidados realizados con los bebés nacidos prematuros, pude percibir algunas situaciones que pudieron desarrollarse como forma de tranquilizar, el paciente. Cada

¹⁵ Espacio en el que ocurre la relación entre terapeuta y paciente.

encuentro fue – y es – una posibilidad. Por ejemplo: recibo una solicitud para que vea y hable con una madre que está muy preocupada, angustiada y atormentada, pues su hijo tiene dificultades para alimentarse. La solicitud viene del profesional del ambulatorio que identifica algo que puede estar contribuyendo al desasosiego de esa madre. Marco una conversación con ella y lo que percibo, en el transcurso del contacto, es que vive internamente una sensación de soledad, angustia, sufrimiento, desamparo, confusión y aflicción – todo eso es fruto de diversos recuerdos mal acomodados dentro de sí. Y todo ese malestar acaba produciendo, en la relación con el hijo, un vínculo simbiótico fusional.

En ese sentido, nuestras conversaciones fueron tomando un lugar de destaque en su habla y, poco a poco, los síntomas, que eran frecuentes en su hijo, fueron quedando escasos. En el momento en que la madre se sintió acogida, contenida en su aflicción, ella pudo ampliar su observación a su alrededor y establecer un contacto más realista con el entorno. Ella consiguió identificar en sí elementos que pueden ser trabajados para expandir su capacidad de tolerar las vicisitudes.

Por lo tanto, el trabajo implica la eficiencia de estar disponible para observar, escuchar y estar presente en y durante la experiencia. Esa tríada, en el ejercicio del oficio, propicia la articulación de lo conocido, inspirando la dilatación del arte de la espera.

Lo que vi en mis encuentros independiente de si estarían o no vinculados a la prematuridad, fue la creación de un espacio interno para soportar y tolerar lo que es insostenible. Un espacio que ayuda al paciente a reflejar sobre sus problemas, encontrando nuevos medios de lidiar con ellos. Con esto, el individuo puede promover cambios

profundos en su modo de pensar y mejorar su vida de manera significativa.

Ahora, me gustaría compartir algunas de las conclusiones a las cuales llegué como resultado de este viaje.

Si las madres pudieran ser psicológicamente amparadas y sentir ese amparo, no como una recriminación, sino como auténtico apoyo, eso las ayudaría a lidiar con la angustia y la culpa por el nacimiento del bebé. La madre no es culpable del nacimiento prematuro del bebé.

En general, las madres están más presentes en el tratamiento y acogimiento del bebé nacido prematuro que los padres. En mi experiencia, solo tuve apenas dos casos de padres muy presentes – mucho más de lo que las madres.

La mayoría de las veces, la razón principal para que los pacientes abandonen el tratamiento es la cuestión financiera: no siempre queda dinero para el transporte hasta el ambulatorio, y no siempre la madre puede llevar al niño hasta allí, debido al trabajo. Sin embargo, con la pandemia esa situación puede ser eludida, y la gran dificultad pasó a ser la conexión a distancia (teléfono disponible, calidad de internet, etc.) - El otro lado de las limitaciones financieras.

Tuve casos de niños que decidieron cerrar el trato porque sintieron que podrían seguir adelante solos, con sus propias piernas. Por otro lado, noté que en algunos casos, los niños percibían que ya no estaban más enfermos. Y yo tenía que ayudarlos a ver esa realidad. La sensación de muerte, a veces, permanece e impacta la vida del niño, sin que se dé cuenta.

Muchas madres repiten sus propias historias – describieron varios intentos de quedar embarazadas, incluso con casos de abortos y fallecimiento prematuro de bebés. Como se dijo anteriormente, las madres guardan en sí mismas,

cuestiones, angustias y anhelos en función del nacimiento prematuro.

Dependiendo del funcionamiento de cada madre, el grado de ese sentimiento de culpa e incompetencia, en función de haber generado un bebé prematuro, variará.

Especialmente frente a las situaciones en que la madre se ve incapaz e imposibilitada de alimentar su hijo – en la mayoría de los casos por sus propias condiciones al no conseguir succionar. Surge, entonces una frustración intensa: “Soy incapaz de alimentar a mi bebé”- lo que a su vez, desencadena un sentimiento frustrante e impotente, que genera angustia.

Una de las maneras que las madres encuentran para lidiar con esto es intentar evadirse, proyectar en el mundo y en las relaciones más cercanas, muchas veces en el equipo médico, ese sentimiento de impotencia.

Entonces, a menudo la madre intenta expulsar sus sentimientos indeseables de culpa y frustración, entre otros igualmente destructivos, en el equipo médico. Pues ella es la más cercana a la situación presentada, que acaba recibiendo toda la descarga emocional.

A su vez, el equipo médico puede reaccionar de diversas formas. Podemos comprender todo ese escenario. Es, de cierta forma, esperando. Sin embargo, todos nosotros seres humanos (“que no tenemos sangre de cucaracha”), tenemos y sentimos angustia. Por lo tanto, es de esperar que el equipo, comprendiendo la emoción de la madre, pueda lidiar con la misma. ¿Como? Acogiéndola, minimizando los conflictos, dando significado – encontrando las angustias y disminuyendo la ansiedad.

Dependiendo de la madurez emocional y psicológica de la madre, así como del equipo médico, el resultado de

este escenario puede colaborar o perjudicar el desarrollo del bebé. Por ejemplo: Propiciando una acogida adecuada el útero puede ser reconstituido del lado externo de la madre – con la Unidad Neonatal funcionando como un útero extra corpóreo.

La propuesta de los Tres Pilares es oportuna porque propone la creación de un espacio para identificar y acoger las angustias, los miedos y las fantasías involucradas, hasta que puedan ser reconocidas y trabajadas.

El psicólogo, como dije, es un integrante de ese equipo. Es como un engranaje: cada uno con su papel, función y objetivos únicos, de manera unánime, para la supervivencia biopsicosocial saludable de ese ser nacido prematuro.

Importante: dependiendo del grado de dificultad experimentado en la situación de la prematuridad, emociones y sentimientos de miedo para todos los involucrados pueden ser desencadenados - pues, de cierta forma, todos sufren. Un nacimiento prematuro puede entenderse como “una violencia no identificada, no procesada y por lo tanto surgen riesgos para malentendidos”.

Mi experiencia ha demostrado que, en muchos casos, el psicoterapeuta actúa como un maestro entre las madres y el equipo médico. Él/ella es un puente entre esos dos extremos, que a veces tiene mucha dificultad para hacerse entender. Han sido varias las ocasiones en que los médicos me han pedido asistencia en este sentido – y también para poder comprender un poco mejor la condición psicológica de las madres.

En este libro, después de presentar la situación de la realidad de los bebés prematuros y mi trabajo con algunos de ellos, busqué reunir un conjunto de ideas para llegar a un todo. Pues es en contacto interpersonal que se constituye

una relación y la propuesta de expansión, en que el psicoterapeuta ayuda al paciente a salir del sensorial en dirección al psicológico, ampliando en el otro y no el propio psicoterapeuta, la promesa de salud mental. A partir de ahí, seguimos adelante.

Apéndice

En 17 de noviembre de 2020, como un homenaje al Día Mundial de la Prematuridad, decidí elaborar un texto y distribuirlo entre amigos, profesionales y entidades vinculadas a terapias.

NOVIEMBRE PÚRPURA¹⁶
MES INTERNACIONAL DE SENSIBILIZACIÓN
SOBRE LA PREMATURIDAD

17 DE NOVIEMBRE
DÍA MUNDIAL DE LA PREMATURIDAD

¿TENEMOS QUE HABLAR DE PREMATURIDAD?
¡SÍ!

1. **Porque** la prematuridad es un problema mundial de salud pública, ya que afecta a 15 millones de niños cada año: uno (1) de cada diez (10) bebés en todo el mundo.¹⁷
2. **Porque** la prematuridad es la principal causa de muerte neonatal (0 a 28 días) y de mortalidad infantil (menores de 5 años) en el mundo. Más de un millón de

¹⁶ El púrpura simboliza sensibilidad e individualidad, características peculiares de los niños nacidos prematuramente. El morado también significa transmutación (mudanza); el arte de transformar algo en otra forma o sustancia – transformación.

¹⁷ BORN TOO SOON. Informe. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acceso a febrero/2021.

niños mueren anualmente debido a complicaciones del parto prematuro.

3. **Porque** la prematuridad es una importante causa de morbilidad, asociada a las largas hospitalizaciones.
4. **Porque** los sobrevivientes de nacimiento prematuro, pueden enfrentar consecuencias adversas para la salud a lo largo de la vida, relacionadas con el desarrollo físico, cognitivo, emocional y conductual.
5. **Porque** las secuelas de la prematuridad generan una carga expresiva para las familias y para la sociedad.
6. **Porque** son innumerables las causas que llevan al parto prematuro, pero aún no se conocen todas ellas; en muchas ocasiones, no se consigue asociarlo a una causa específica.
7. **Porque** al priorizar la acción preventiva, el diagnóstico y la provisión de cuidados adecuados, así como la concienciación sobre los efectos de prematuridad, son medidas urgentes y necesarias para enfrentar el problema.
8. **Porque** es una forma de llamar la atención del poder público, del poder privado y de la sociedad en general sobre la seriedad del tema, y la necesidad de medidas de prevención, humanización del cuidado, tratamientos adecuados y de forma igualitaria.
9. **Porque** las desigualdades en las tasas de supervivencia en el mundo, todavía son dispares y requieren medidas urgentes y efectivas, siendo uno de los principales desafíos inherentes a la provisión de servicios. En los países en desarrollo, la mitad de los bebés nacidos con 32 semanas de gestación mueren debido a la falta de medidas esenciales como, por ejemplo, apoyo a

la lactancia y cuidados básicos para prevenir infecciones y dificultades respiratorias.¹⁸

10. **Porque** es necesario involucrar a los padres y familiares en el cuidado, la estimulación y la interacción como factores cruciales para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño nacido prematuro.
11. **Porque** es necesario invertir en la capacitación de los profesionales de salud para los cuidados y atención primarios, y en la mejora del abordaje postnatal, para la previa identificación e inicio de tratamiento.
12. **Porque** es necesario invertir en la funcionalización y en el equipamiento de las Unidades de Internamiento Neonatal y en tecnologías avanzadas para minimizar las consecuencias del nacimiento anticipado.

¹⁸ El Brasil es el 10 país con más nacimientos prematuros del mundo. El nacimiento de bebés prematuros corresponde al 12,4% de los nacidos vivos.

Bibliografía

- ABERASTURY, A. *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1990.
- BATISTA PINTO, E. *O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida*. Rio Grande do Sul. No prelo.
- BATISTA PINTO, E. et al. *A criança prematura: implicações da parentalidade*. In: SILVA, MCP; SOLIS-POTON, (Org). *Ser pai, ser mãe: a parentalidade, desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp. 177-188.
- BOWLBY, J. *Apego e perda. Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- . *The nature of the children's ties to his mother*. *Intl. Journal of Psychoanalysis*: 1958, 39, 350-373.
- BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- DOLTO, F. *O caso Dominique*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- . *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde cuidados com o recém-nascido pré - termo*. v. 4. Brasília, DF, 2011.
- FREUD, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: FREUD, *Obras psicológicas completas*. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- . *O ego e o id*. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas*. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

- _____. *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- KLAUS, M.; Kennell, J.H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLEIN, M. *Melanie Klein: psicologia*. São Paulo: Ática, 1982.
- _____. *Amor culpa e reparação e outros trabalhos*. In: KLEIN, M. *Obras completas*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- MAHLER, M.S.; PINE, F.; BERGMAN, A. *The psychological birth of human infant*. New York: Basic Books, re-printed 1991.
- MATHEIN, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- MAZET, P.; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- PIONTELLI, A. *De Feto a Criança: um Estudo Observacional e Psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- STERN, D.N. *The first relationship-infant and mother*. Cambridge (Mass.): Harvard Press, 1977.
- _____. *Constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- SPITZ, R.A. *O primeiro ano de vida*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- WINNICOTT, D.W. *A criança e o seu mundo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZORNIG, S. *Prematuridade e trauma*. Revista da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, Rio de Janeiro, v. 33, 2001.

Websites

INSTITUTO DO PREMATURO VIVER E SORRIR. *Relatório Anual 2018*. Disponível em: <institutodoprematuro.org.br>. Acesso em: janeiro/2021.

RED MÉTHOT – *Photographe à Québec*. Disponível em: <[Https://redmphoto.ca/](https://redmphoto.ca/)>. Acesso em: fevereiro/2021.

LES PREMÁS. Disponível em: <<https://redmphoto.ca/les-premas/>>. Acesso em: fevereiro/2021.

BORN TOO SOON. *Report*. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born-too-soon-report.pdf>. Acesso em: fevereiro/2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS (www.prematuridade.com)

Revistas

Riese ML. *Temperament in Full-Term and Preterm Infants: Stability over Ages 6 to 24 Months*. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1988;9(1):6-11. Revista Educação (Edição 245 – dezembro 2017).

Emilia,

Leí su libro dentro de mis condiciones de este momento. Me gustó mucho el contenido y la forma de presentación. Muy clara, objetiva, sucinta, como debe ser la información relevante.

Si fuera destinada a un público más académico, necesitaría de algunos desarrollos y más referencias bibliográficas.

Mi admiración por su interés por nuestros frágiles compañeros de viaje en nuestro planeta, por su condición investigativa del problema, y especialmente por su dedicación a los prematuros.

¡Que todo esto pueda ser muy útil para todos los interesados en este problema tan relevante para todos!

Un añorado abrazo,

J.A. Pavan

in memoriam

ISBN: 978-65-5854-215-5



9 786558 542155