

## **El apego en contextos clínicos Institucionales- Edith Vega<sup>1</sup>**

*“... después lloraba y lloraba sin secarse los ojos ni moverse hasta que las enfermeras le avisaban  
que debía salir...”*

**(Ángeles Mastretta. Mujeres de ojos grandes, 1995)**

### *Resumen*

El estudio del apego ha generado alto grado de interés no solo por su aplicación en el ámbito clínico con niños, sino también en el de los adultos (Kaye, 1986; Main, 2001; Fonagy, 1998, 1999, 2002, 2004; Soares y Dias, 2007; West, 1994). El objetivo de este trabajo es aplicar el concepto de apego en contextos clínicos institucionales, específicamente aquellos que reciben bebés con patología neonatal o prematuridad.

Palabras clave: apego, neonatología, estilo parental

### *Abstract*

The study of attachment has generated high interest not only for its application in the clinical setting with children but also of adults (Kaye, 1986; Main, 2001; Fonagy, 1998, 1999, 2002, 2004, Soares and Dias, 2007; West, 1994). The aim of this paper is to apply the concept of attachment in clinical settings institutional, specifically those that receive newborn with neonatal pathology or prematurity

Key words: attachment, neonatology, parental style

---

<sup>1</sup> Publicado en Revista Pser-Integrativo N° 5 del año 2011- Ecuador  
Dra. en Psicología- Coordinadora Docente Fundación Aiglé- Profesora en UBA- UAI- Universidad del Valle de Guatemala- [docencia@aigle.org.ar](mailto:docencia@aigle.org.ar)

### *Marco de la psicología perinatal. Ubicación histórica del concepto de apego*

Suarez Ojeda (1987) refiere como muy restringida la incorporación de contenidos básicos de psicología neonatal familiar en Latinoamérica; observa un elevado grado de rigidez y predominio de criterios quirúrgicos en cuanto al cuidado del nacimiento y el recién nacido.

Las primeras experiencias interdisciplinarias desarrolladas en la República Argentina, fueron en la Maternidad Sardá (Iglesias, Spinelli, Naddeo, 1997; Iglesias, Ingilde, Naddeo, y cols., 2000). La psicología perinatal surgió en el inicio de la década del 90. Oiberman y cols. (2003, 2008) y Vega (1993, 2005), dan cuenta del nacimiento de este nuevo campo disciplinar.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen despliegue de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo inicial).

El trabajo de Bowlby (1969, 1973, 1980) estuvo influenciado por Konrad Lorenz (1951) quien en sus estudios con gansos y patos en los años 50, reveló que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre (teoría instintiva) sin el alimento como mediador. Pero fue Harry Harlow (1958) con sus experimentos con monos, y su descubrimiento de la necesidad universal de contacto quien lo encaminó de manera decisiva en la construcción de la Teoría del Apego.

El bebé –según esta teoría- nace con un repertorio de conductas que también tienen como función producir respuestas en los padres: la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto, son estrategias, por decirlo de alguna manera, del bebé para vincularse con quien le da seguridad y confianza. Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (ansiedad de separación), y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que exploran el mundo.

Mary Ainsworth (1974, 1978) en su trabajo con niños en Uganda, encontró una información muy valiosa para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Ainsworth describió tres

patrones principales de apego, donde los comportamientos dependían de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño.

Lo más interesante de este concepto es que, tanto Bowlby como sus seguidores, ven al niño como un activo constructor de ese vínculo inicial, algo que el niño hace para poder encontrar una respuesta en sus padres y/o cuidadores.

Más adelante, Patricia Crittenden (1995; 2008), desarrolló el Modelo dinámico Maduracional. Diferenció en el apego inseguro dos formas: evitante y coercitivo. Consideró que los padres no hieren a sus hijos a menos que, su gran temor sea dañarlos más si no los castigaran. Según la autora, algunos padres descuidan a sus hijos si ellos mismos están absorbidos por sus propias formas básicas de supervivencia o se creen indefensos.

Alguien que posteriormente trabajó en esto, y ya dentro de un modelo más integrativo, es Martha Edwards (2005) quien desarrolla un modelo que denomina Procesos Parentales. Investigó qué hace el padre para poder sostener, mantener o continuar el movimiento del bebe de captar la atención del adulto. Ella pone mucho más el acento en el adulto, y para eso integra con la teoría del apego, la teoría del desarrollo cognitivo de Vygotsky y la teoría de la personalidad de Adler.

Estos autores nos ayudan a conformar mapas sobre cómo cada uno aportó y nutrió el concepto inicial.

*Características de la relación temprana madre- bebé:  
el desarrollo de los primeros significados*

Los seres humanos somos activos constructores de significados desde el inicio de la vida hasta la muerte (Fernández-Álvarez, 1992). Tomando el aporte de Stern (1985, 1997), podemos considerar que los bebés experimentan desde el nacimiento el sentido de un sí mismo emergente. El autor plantea que están preconstituídos para darse cuenta de los procesos de auto organización y responder selectivamente a los acontecimientos sociales.

Podríamos imaginarnos una primera pregunta al momento del nacimiento (tomando una licencia de la psicología del desarrollo, que señalaría sin duda un error en la misma, ya que el bebé recién nacido no podría formularla): ¿dónde estoy?. Son *organizadores cerebrales* los que funcionan a raíz del nacimiento; los organizadores

neurofisiológicos permiten, si todo va bien, diferenciar luz- sombra, líquido-aire, dentro-fuera, sostén- amplitud, entre otros opuestos.

El ser humano comienza a generar significados más complejos como ¿con quién cuento? Este posiblemente sea un segundo ordenador, donde encontrará similitudes y diferencias con aquellas personas que significativamente se ocupan de su cuidado, en la búsqueda activa del contacto inicial. Construirá su sentido de *pertenencia histórica*.

No todos los niños nacen en contextos en los cuales puedan tener mucha claridad respecto de con quién cuentan. Pueden encontrarse con alguien, o no encontrarse. O encontrarse con figuras que no lo acompañarán toda la vida. Quisiera detenerme en este punto: nuestra realidad excede la imagen del nacimiento con un papá y una mamá que lo esperan, en muchos casos por problemas sociales que dañan los vínculos iniciales (Cova Solar, 2004; Vega, 2008). Este punto lo dejaremos entre paréntesis, no porque no sea una variable importante, sino porque no es el foco de este capítulo.

En otros casos, hay circunstancias en las cuales, el modo de vincularse con alguien se ve alterado por prematuridad o por patología neonatal. Cuando ambas variables se suman, la situación muestra un alto grado de complejidad. Nacer en situación de pobreza y con problemas neonatales suele ser una combinación que requiere estudiar muy finamente el modo de intervención más pertinente.

#### *Contextos institucionales:*

##### *características del vínculo inicial en el servicio de neonatología*

Podemos observar la situación desde tres perspectivas: desde el bebé, desde el adulto cuidador y desde el equipo de salud. Analizaremos cuáles son los riesgos desde cada una de ellas.

Desde la perspectiva del bebé, el riesgo es generar dificultades en el proceso de constitución del apego. La patología neonatal y la prematuridad, favorecen una distancia con los cuidadores, ya que en el momento del nacimiento el bebé es separado de su mamá y requiere un cuidado que no era el previsto. Por ejemplo, el apego inseguro aumenta el estrés, lo cual incrementa la producción de cortisol. Esto disminuye la liberación del factor neurotrófico del cerebro (BDNF), con el riesgo de generar una poda neuronal, es decir, circuitos neuronales no perfilados. Si esto sucede es campo propicio para aumentar la posibilidad de desarrollar trastornos de conducta, de aprendizaje, y trastornos psicopatológicos más adelante. (Torras de Bea, 2010). Los

diferentes sistemas de clasificación psicopatológicos lo consideran: la Clasificación Diagnóstica: 0 - 3 (1998), el DSM IV (1996), la CIE – 10 (1992).

En síntesis, el riesgo desde el niño es que su cerebro no se desarrolle adecuadamente, dificultando la generación de vínculos que favorezcan la construcción de significados a lo largo de su infancia (Gómez Muzzio, Muñoz, Santelices, 2008).

Desde la perspectiva del adulto cuidador, necesitaríamos recurrir a otros conceptos. Las personas procesamos información tanto de los estímulos internos como externos. Para hacerlo contamos tanto con la base genética y la plasticidad que nos brinda nuestro cerebro, como con la posibilidad de interacción y propiedades *emergentes* que nos brinda nuestra mente. (Varela, Thompson, Rorch, 1992)

El procesamiento está regido por un sistema de reglas que:

- Regula la actividad
- Organiza los archivos de la memoria (Fernández.-Álvarez, 2010)

Esta actividad procesual puede tener resultados (efectos y consecuencias) funcionales o disfuncionales. Serán funcionales tanto si tienen congruencia la información recibida y la respuesta dada, como si tiene estabilidad el estímulo. Serán disfuncionales, si el procesamiento de la información muestra incongruencia o inestabilidad.

El adulto busca consistencia entre las diferentes necesidades: de apego, de orientación y control, de autoestima, de evitar el estrés y maximizar el placer. Las disfunciones mentales son entonces el resultado del fracaso en el logro de la consistencia entre diferentes necesidades. (Grawe, 2004)

Hechas estas aclaraciones conceptuales, podemos decir que estas experiencias en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales podrían poner en riesgo la *consistencia*, en los padres, madres y/o cuidadores, generando un terreno propicio para la disonancia, el conflicto, la disociación en los casos extremos. Son riesgos, lo cual no quiere decir que necesariamente vaya a ocurrir. Nos puede ayudar a entender esto, la consideración sobre las Funciones y Reglas del procesamiento de información (Fernandez-Álvarez, 2008)

La información que recibe un papá o una mamá “su bebe no podrá estar con usted, tendrá que quedarse acá, su bebé requiere otra cosa que no es solamente estar con usted”, pone en riesgo la coherencia interna respecto de una creencia tal como “yo puedo cuidar a mi hijo”. En ese sentido se alteran los sistemas de clasificación y

categorización, poniendo en juego la capacidad de cada persona de poder tolerar ese nivel de incertidumbre y dar una resolución satisfactoria

La situación entonces será funcional o disfuncional según el grado de congruencia o incongruencia que cada padre, madre encuentren en esta experiencia. No necesariamente por vivir la situación de prematuridad o patología neonatal, la persona se desestabilizará; depende del modo en que la experiencia cobre significado para cada uno de ellos.

Respecto del sistema familiar, no necesariamente frente a las situaciones mencionadas, se desequilibrará. Hay familias que facilitan y familias que dificultan la construcción de significados funcionales (Kirszman, Salgueiro, Vega, 2008). Se han descrito las características de las familias denominadas resilientes (Walsh, 2005).

Fernández-Álvarez (2007) refiere que una familia es funcional cuando muestra:

\*estabilidad: capacidad de ajustar las relaciones de parentesco al sistema social de expectativas, se pueden cumplir los límites del apareamiento, la consanguineidad, el manejo patrimonial, etc. El segundo punto es que da la posibilidad de cumplir con un guión de desarrollo, la familia puede facilitar las etapas del guión de cada persona.

\*crecimiento de sus miembros, físico, biológico, cultural. Es la matriz donde se produce cultura. Es la generadora primaria de cultura. Favorecer el crecimiento quiere decir que sea capaz de colaborar con el desarrollo de las personas, que promueva el reconocimiento entre los miembros y facilite la autonomía de ellos.

¿Bajo qué condiciones puede conformarse una familia funcional? En condiciones de un *intercambio solidario* del cual surja una *continuidad* del vínculo que requiera un producto: los hijos.

¿Cuándo no se produce? Cuando no hay posibilidades de elaborar, por ejemplo, un hecho traumático en la gestación de la familia o en el desarrollo. Algunas situaciones vividas en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UTI) representan estos riesgos. El autor referido menciona tres, a modo de ejemplo:

- cuando los padres son demasiado jóvenes
- cuando son adultos, pero inmaduros psicológicamente
- cuando hay discrepancia entre ambos padres, respecto del deseo de tener el hijo

*Cuando son muy jóvenes*, pueden compartir el deseo de tener el hijo, pero éste no es visto como alguien que va a continuar la vida de los padres. Si son muy jóvenes, están aferrados al aquí, la visión del futuro no maduró y por eso muchas veces ven a los bebés como un juguete, no como un hijo. Tienden a abandonar la responsabilidad

porque no se sienten en condiciones de afrontarla. Pueden tener conductas afectuosas y sentimientos positivos, pero no están preparados para la continuidad. A veces en esas circunstancias los papás muy jóvenes forman una familia, pero disfuncional. Esto suele compensarse con la participación de la familia más ampliada. En esa fase de transición pueden ser de ayuda los abuelos u otras personas del ámbito familiar.

*Cuando son adultos pero psicológicamente inmaduros.* Se trata de una familia con pocos deseos de tener un hijo. Padres centrados en sí mismos, donde el hijo llena un vacío emocional, con dificultades para resolver los conflictos, y que exigen garantía frente a la inseguridad. Para estos papás tener un bebé prematuro o patología neonatal puede desencadenar una crisis, porque la situación es muy disfuncional para recibir a un niño con problemas.

*Cuando hay discrepancias entre los padres.* Cuando el deseo de tener un hijo no es compartido, suelen ser situaciones en las cuales queda en evidencia la tensión y lucha de poderes del núcleo familiar.

A veces la expectativa es que el ámbito institucional sea la continencia, el dador de todo, o el juez. Retomaremos este punto en el próximo tópico referido al cuidado del equipo, y más adelante mencionaremos algunas consideraciones para desarrollar criterios de intervención psicológica.

Desde la perspectiva del equipo de salud, podemos también considerar estos dos elementos que anteriormente mencionamos:

- Consistencia
- Disonancia, conflicto, disociación

Si las personas del equipo de salud tienen la experiencia de consistencia y congruencia en su labor, entre sus expectativas y los logros, será muy diferente que si consideran que la experiencia cotidiana es de disonancia, conflicto y/o disociación. De este modo, podemos diferenciar:

- Desgaste en el trabajo
- Compromiso con el trabajo y realización personal

Respecto del primer punto, en algunas oportunidades las enfermeras o el equipo de salud, atendiendo incansablemente al bebé, intentan lograr “como sea” que supere momentos críticos, que suelen presentarse frecuentemente en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (Grzona, 2008). Esta situación aumenta el riesgo a generar sentimientos de impotencia, ya que, pese a todos los esfuerzos, el bebé no sale adelante,

vulnerando de este modo el equilibrio entre nivel de expectativas esperable y el logro por la labor realizada.

Otras veces, por la vocación reparatoria, los agentes de salud tienen un alto grado de involucración con el trabajo que sobrepasa los límites tolerables y los sobrecarga. La enfermería se identificó como un sector vulnerable en el equipo de salud (Popp, 2008)

Desde la década del 80 viene estudiándose el tema (Maslach y Kasman 1980; Gil-Monte y Peiró Silla, 1997; Gil-Monte, García-Juesas, Caro Hernandez, 2008; Zaldúa y Lodieu 2000; Howard & Beutler, 2000; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Vega, 2009). Se han diferenciado algunas dimensiones del Síndrome de Burn out: Despersonalización (a veces *como estrategia de afrontamiento*), baja realización personal en el trabajo, sentimiento de agotamiento emocional. La sobrecarga emocional es un estresor significativo asociado a una variedad de reacciones de deterioro psicológico incluyendo el burn out. La sobrecarga percibida incrementa los niveles de agotamiento emocional.

Respecto del segundo punto, la realización personal por el trabajo posee un componente de autoeficacia (Bandura 1997): conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados. La *autoeficacia* tiene un papel modulador entre la *sobrecarga laboral y agotamiento emocional*. La autoeficacia influye en forma:

- Directa: más nivel de autoeficacia, menos nivel de burn out
- Moduladora: a los mismos niveles de sobrecarga laboral, aquellos profesionales que tengan mayores niveles de autoeficacia, desarrollarán menores niveles de burn out. Por lo tanto la autoeficacia ejerce efectos amortiguadores sobre los diferentes estresores. Tiene un efecto modulador entre el apoyo informativo y la percepción de equidad.

En síntesis, el riesgo para el equipo de salud tendría dos caras: las dificultades para regular la distancia óptima para llevar adelante la tarea, y las dificultades para desarrollarse personalmente en el ámbito laboral; el equilibrio en brindarse como figura de apego (a veces no solo para el bebe sino también para la familia), sin que esto exceda los límites del cuidado personal. La literatura muestra un continuo entre el burn out y la realización personal en el trabajo; pero podríamos preguntarnos si no se tratará acaso de dos dimensiones diferentes, y si la realización personal en el trabajo, no tendrá que ver con otros aspectos además de la autoeficacia percibida. Es un tema para continuar investigando.



### *La intervención psicológica oportuna*

Es interesante, llegado a este punto, y viendo los diferentes riesgos en los diferentes niveles, considerar ¿cuál es el rol del psicólogo que está en ésta situación? ¿cuál es el lugar de la intervención psicológica? ¿de qué se trata? ¿de qué manera puede facilitar o favorecer una intervención psicológica?

El espacio de la intervención psicológica es un espacio intermedio, entre los hechos y la experiencia que la persona pueda tener de satisfacción o insatisfacción. En ese sentido el psicólogo trabajando como psicoterapeuta, va a incidir sobre la representación y sobre la interpretación que la persona tenga de la situación vivida. Puede facilitar la creación de alternativas para darle significados diferentes a la experiencia. No es hecho en sí mismo, sino la interpretación que se le da al mismo. No necesariamente porque su hijo tuvo que quedarse muchos meses en Terapia Intensiva Neonatal, el papá tendrá un problema. Depende del modo en el cual la persona interpreta este hecho, y cuál es la representación que tiene de la situación. Un ejemplo muy notable es el de un bebe que falleció de muerte súbita. Los médicos no sabían cómo transmitirles la información a los papás primerizos. Daban vueltas y vueltas. La mamá estaba sumamente angustiada. En un momento el médico decidió decirle “tu bebé murió de muerte súbita”. Cambió la expresión especialmente de la mamá, quien un poco más adelante nos cuenta que todas las mujeres de su familia habían tenido su primer bebe fallecido de muerte súbita. Esto le daba sentido de pertenencia. Es lo que sucedía en su familia. Ahora podía seguir. Esto le daba *consistencia*.

#### Puntos de intervención

Diseñar la intervención psicológica más pertinente en cada momento, es una clave que merece especial atención. Nuevas patologías requieren nuevos diseños de intervención (Vega, Maristany, Fernández-Álvarez, 2010). Miremos desde cada una de las perspectivas anteriormente mencionadas: el bebe, los padres, el equipo de salud

#### *Desde el bebé...*

La evaluación temprana (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1979; Oiberman, Mansilla, Orellana, 2002; Lejarraga, Kemansky, Pascucci, Salamanco, 2005), tiene sentido. Sin caer en el extremo de buscar minuciosidad si hay problemas, donde hay un desarrollo normal, la intervención oportuna podría ser aquello que facilite, que favorezca que el cerebro en desarrollo, encuentre un organizador. Por ello facilitamos el

contacto, por ejemplo, frente a intervenciones médicas dolorosas. Dar el chupete, suele ser una indicación que organiza. O poner la palma de la mano presionando, no acariciando.

Gracias al aporte de las neurociencias, sabemos que el afecto modula el desarrollo cerebral, que se produce una activación ambiental de los genes. Hablamos de memoria corporal refiriéndonos a toda experiencia que deja una huella molecular (la mente encarnada en el cuerpo). Mente y cerebro sabemos que van juntos. Una intervención psicológica puede favorecer y facilitar el desarrollo cerebral de otra manera (Schapira, Toledo, Roy y cols., 2010).

*Desde los padres...*

Enfocaremos sobre lo que los padres y madres hacen, sienten, piensan, realizan para poder salir adelante en relación a esta circunstancia que les ha tocado vivir, de la cual no siempre son responsables de lo que está sucediendo. Es importante facilitar las estrategias que cada uno tiene Lazarus y Folkman (1984) Dejaremos entre paréntesis la situación de padres y madres con trastornos de personalidad, ya que en ese momento no trabajaremos sobre esquemas disfuncionales, sino sobre las estrategias de afrontamiento. Ejemplos de estrategias de afrontamiento son ponerse a rezar, buscar alguien con autoridad que diga qué es mejor hacer. En cierta oportunidad, los médicos pensaban que lo más importante era decirles en términos generales el estado de su hijo a los padres y madres. Llegó una mamá matemática, ella necesitaba números, porcentajes, eso la aliviaba. La intervención psicológica facilitó la adecuación al lenguaje que necesitaba la mamá para aliviarse. Su estrategia de afrontamiento era a través de los números; respetarla, facilitó que la experiencia se integrara.

Anteriormente mencionamos situaciones de riesgo con padres muy jóvenes, psicológicamente inmaduros o con discrepancia entre ellos. Veamos algunas recomendaciones (Fernandez-Álvarez, 2007):

*Con padres muy jóvenes, ¿qué podemos hacer con estas familias en génesis?*

Brindar recursos para afrontar la situación. Facilitar el desarrollo de estrategias. Enseñarles a superar la situación, si sienten que no pueden optar, y se observan deseos de huir. Como los afecta tanto, es frecuente que desaparezca el padre, si se siente más débil. Cuando esto sucede, la madre se reciente y puede ver en el bebé a alguien que alimenta la hostilidad, o por el contrario, puede aferrarse y genera un vínculo asfixiante con el bebé. La Psicoeducación puede brindar estrategias de *diferenciación*.

Con *padres psicológicamente inmaduros*. Debido a que suelen ser padres pendencieros, incluso con los que le brindan asistencia, cuestionando porque no le resuelven problemas, es necesario poner límites a esas demandas porque proyectan problemas hacia el exterior. Es especialmente importante en esta situación ayudar a los cuidadores a que se *protejan de la hiperdemanda*.

Con padres con alto nivel de *discrepancias entre ellos respecto del deseo del hijo*. Es muy importante también el cuidado del equipo de salud para no quedar enredados en la telaraña. Todo lo que favorece regular la distancia y la proxemia o las alianzas con uno de ellos es bienvenido. Es mejor ubicarse del lado del niño que necesita a todos los que estén disponibles. El lenguaje con ellos tiene que ser profesional, claro y preciso.

En síntesis, con las familias es conveniente considerar (Fernández-Álvarez, 2007):

- en qué situaciones se encuentra la familia: en términos de reconocimiento mutuo, grado de realización de los padres y otros familiares
- qué significa el niño y la enfermedad para padres y familiares
- qué indicios se presentan de haber enfrentado otras situaciones traumáticas previamente, enfrentado otras situaciones críticas. Es una medida de con qué pueden contar.
- que otros recursos adicionales hay en la familia
- en qué medida aceptan las reglas institucionales
- qué muestras de solidaridad manifiestan

Como dijimos anteriormente, no siempre lo traumático tiene un efecto negativo. A puede ser algo que desate un efecto positivo, puede justificar la existencia de los padres, puede permitir reparar heridas, puede ser una oportunidad para madurar, o una fuente de unión. En las condiciones más difíciles pueden estar las mejores oportunidades.

*Desde el equipo de salud...*

El tema del cuidado de cuidador. Retomemos el punto anterior referido a la importancia otorgada a la autoeficacia para el logro personal. (Gil- Monte, García-Juesas, Caro Hernandez, 2008).

¿Cuándo se debilita la autoeficacia? Cuando la persona duda de su capacidad. En este caso es necesario desarrollar competencias y sentido de autoeficacia percibido. También se debilita cuando no consigue resultados debido al entorno social no

respondiente, sesgado negativamente y punitivo. En este caso, lo más pertinente es evaluar la posibilidad de cambiar el entorno social.

¿Cómo se fortalece la autoeficacia? Cuan se asignan adecuadamente tareas; cuando se rediseñan procesos de trabajo con participación de los/las trabajadores

¿Cómo prevenir el burn out? Tres cuestiones para tener en cuenta: que haya perdurabilidad en la labor, que otros continúen la obra, que la obra sea trasmisible. Las tres, facilitan el desarrollo del control y del dominio (directo o delegado).

El profesional de la salud debe atender a las propias necesidades de cuidado, considerar el poder cohesivo del humor y los lazos significativos, conocer las propias limitaciones y las limitaciones del equipo.

Al referirnos al cuidado de cuidador, incluimos el cuidado del psicólogo que trabaja en estas situaciones; tiene que ver con el estilo del terapeuta (Vega, 2006). La investigación ha mostrado que la tarea moldea al estilo: más allá de las adscripciones teóricas, el modo de trabajo de los psicólogos que se desempeñan como psicoterapeutas en neonatología, es similar en algunas de las dimensiones estudiadas. Es de relevancia, por lo tanto, reconocer y valorar el propio estilo, a través del trabajo que brinda el entrenamiento en competencias específicas.

### *Conclusiones*

Hemos hecho un recorrido por el establecimiento del vínculo de apego en circunstancias críticas, como son las que rodean a la prematuridad o a la patología neonatal en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) de la República Argentina.

Luego de una síntesis histórica sobre el concepto, miramos desde las perspectivas de las personas involucradas en la experiencia: el bebé, sus padres y/o cuidadores, el equipo de salud. Analizamos algunos de los riesgos y dificultades en el establecimiento del apego, que la internación implica para cada uno de ellos:

- Para el bebé, las dificultades en el desarrollo neuronal y la construcción de significados
- Para los padres y/o cuidadores, el desbalance y el alto grado de incertidumbre que aumenta la disonancia, el conflicto, la disociación
- Para el equipo de salud, la exposición a situaciones de burn out.

De todos modos, no siempre los hechos determinan el sentido que tiene para cada persona, por eso dijimos que situaciones tan críticas pueden ser oportunidades para otorgar significado funcional a la experiencia, integrándola con otros aspectos de la vida, tanto para la familia como para el equipo de salud.

Es en esta dirección donde cobra relevancia la intervención psicológica:

- Para facilitar la modificación oportuna que permita el desarrollo de nuevas conexiones neuronales.
- Para favorecer estrategias que permitan afrontar la situación
- Para permitir la realización personal a través de una labor realizada con la responsabilidad y la formación continua que la circunstancia merece.

El campo de la psiconeonatología, es sin duda, un terreno árido, intenso y para muchos, estimulante.

Las UTIN pueden ser lugares en donde se lleve adelante una tarea colaborativa, un sumar manos para facilitar que el apego encuentre otros canales, otras redes neuronales para poder establecerse.

### **Bibliografía**

Ainsworth, M.D.S. (1974), "The Development of Infant-Mother attachment", *Reviews of Child Development*, Chicago: University of Chicago Press.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.; Wlaters, E.G. y Wall S.G (1978), *Patterns of Attachment*", New Jersey: LEA Publishers.

American Psychiatric Association (1996) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol 1. *Attachment*. New York: Basic Books. (Trad. esp., 1976) *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol 2. *Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books. (Trad. esp., 1976) *El separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. Vol 3. *Loss: sadness and depression*. New York: Basic Books. (Trad. esp., 1983) *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Cova Solar, F (2004) Factores familiares de riesgo de psicopatología en la niñez y adolescencia. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 19: 7-19

Crittenden, P. (1995) Attachment and Psychopatology", en S. Goldberg, et. al.

- Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. New York: The Analytic Press.
- Crittenden, P. M. (2008) *Raising Parents: Attachment, parenting, and child safety*. New York: Willan Publishing
- Edwards, M (2005) Apego, dominio e interdependencia: un modelo de procesos parentales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. (2005) 14 (3): 187-199.
- Fernandez-Álvarez, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2007) *Cuidado centrado en la familia, ¿es solo un slogan?*. Presentación en lasl 8º Jornadas de enfermería Neonatal- Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. 8 de noviembre
- Fernández-Álvarez, H. (2008) *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Fernández-Álvarez, H (2010) *Comunicación personal*.
- Fonagy, P.; Target, M.; Steele, H. y Steele, M. (1998), *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*, Londres: University College London.
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría", *Revista de Psicoanálisis. Aperturas Psicoanalíticas*, 3
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. y Target, M. (2002): *Affect Regulation, Mentalization: Developmental, Clinical and Theoretical Perspectives*, Nueva York: Other Press.
- Fonagy, P. (2004), *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona. Editorial SPAXS
- Gil-Monte, P y Peiró Silla, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil -Monte, P, García-Jueas, A.G., Caro Hernandez, M. (2008) Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el syndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*. 42 (1): 113-118.
- Gómez Muzzio, E., Muñoz, M.M., Santelices M.P. (2008) Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile. *Terapia psicológica*. 26 (2): 241-251.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Cambridge: Hogrefe & Huber.

- Grzona M. E (2008) Muerte Digna en Neonatología. *Revista Médica Universitaria*. Universidad Nacional de Cuyo 4 (1):1-12
- Harlow, H (1958) The Nature of Love. *American Psychologist*, 13: 573-685
- Hill, C.E., Stahl, J. & Roffman, M (2007) Training Novice Psychotherapist: Helping Skills and Beyond. *Psychotherapy* 44(4): 364-370.
- Howard, K. & Beutler, L. (2000). *Journal of Clinical Psychology. In Session. Psychotherapy in practice*. (Ejemplar especial) 56, (5).
- Iglesias, J., Spinelli J., Naddeo, S (1997) Reconocimiento y manejo de malformaciones fetales. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá XVI* (2): 60-62
- Iglesias, J., Ingilde, M., Naddeo, Sánchez, M., S, Spinelli J., Van der Velde J., Yañez A. (2000) Detección y tratamiento del mielomeningocele por un equipo interdisciplinario. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá XIX* (1): 11-17
- Kaye, K. (1986) Apego, individuación y personalidad. En *La vida mental y social del bebe. Cómo los padres crean personas*. Barcelona: Paidós.
- Kirszman, D., Salgueiro, M., Vega, E. (2008) Tarea Intersesión en Terapia Familiar, en colaboración, en H. Fernández-Álvarez, *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Lazarus R., Folkman, S. (1986) *Estres y procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V.I., Marro, C.T. (2002) Afrontamiento. En *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lejarraga, H, Kemansky, D., Pascucci, M. y Salamanco G. (2005) *Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE*. Buenos Aires: Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".
- Lorenz, K (1951) *The role of Gestal Perception in Animal Behaviour. Aspects of form*. Londres: Lund Humprhries and Co.
- Main, Mary, "Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: Atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego", *Revista de Psicoanálisis. Aperturas Psicoanalíticas*, nº 8, 2001
- Marshall, R. y Kasman, C. (1980). Burnout in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 65,(6) 1161-1165.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Mastretta, A. (1995) *Mujeres de ojos grandes*. México: Seix Barral.

- National Center for Clinical Infant Programs (1998) *Clasificación diagnóstica: 0-3 Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Oiberman, A., Mansilla, M. y Orellana, L. (2002) *Nacer y Pensar: Manual de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (EAIS) de 6 meses a 2 años*. Vol. I y II. Buenos Aires: Ediciones CIIPME- CONICET.
- Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., Cantillos, M., Vega, E. (2008) *Nuevos dispositivos en salud mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*. Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman, A., Vega, E., Mercado, A. Galíndez, E., Mansilla, M., Shoham, C., Grisolia E. (2003) Trastornos de angustia y ansiedad en momentos críticos del nacimiento: estudio comparativo de dos modelos de entrevistas. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA –*, XI, (2): 41-50.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (c)* Ginebra: OMS
- Popp, M.S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*. 25: 1-27.
- Rodriguez, S., Arancibia, V. y Undurraga, G. (1979) *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Seligman, Martín E. P. (1981). *Indefensión. En la Depresión, el Desarrollo y la Mente*. Madrid: Debate.
- Schapira, I., Toledo, S., Roy, E. y cols. (2010) *Los años formativos. Desarrollo e intervención oportuna en los primeros cinco años de vida*. Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia.
- Soares I. y Dias P (2007) Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7(1): 177-195
- Spitz, René (1965) *The first year of life*, Nueva York: International Universities Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Esp., *El mundo interpersonal del infante*. (1991). Buenos Aires: Paidós.



- Stern, D. (1997) *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Suárez Ojeda, E. N. (1987) Los servicios de atención en el periodo neonatal en América Latina. *Cad. Saúde Pública* [online]. 3(4): 426-443.
- Torres de Bea, E. (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 49:153-171.
- Varela, F.J., Thompson, E., Rosch, E. (1992) *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Vega, E., Maristany, M., Fernández-Álvarez, H. (2010) Las nuevas patologías y los dispositivos en la terapia de niños y adolescentes, en M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (comp) *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental Con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos
- Vega, E. (2009) Síndrome de desgaste profesional en enfermería, en Comité Científico de Enfermería Neonatal. Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. J.P. Garrahan, *Cuidados en Enfermería Neonatal*, pp. 58-68. Buenos Aires: Ediciones Journal
- Vega, E (2008) Situaciones clínicas con niños que han sufrido daños. En H. Fernandez-Alvarez, *Integración y salud mental*, Bilbao: Desclée de Brower, pp.203-242.
- Vega, E. (2006) *El psicoterapeuta en neonatología. Su rol y su estilo*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Vega, E. (2005) La unidad de cuidados intensivos neonatales como lugar de inicio, desarrollo y resolución de crisis: un abordaje cognitivo, pp. 116- 122, en A. Oiberman (comp.) *Nacer y después. Aportes a la psicología perinatal*. Buenos Aires: JCE
- Vega, E. (1993) El trabajo grupal en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Psicólogo Argentino*, Vol. IV, N° 1, ene/fe/mar
- Walsh F (2005) Resiliencia familiar: un marco de trabajo para la práctica clínica. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*. 21 (1-2): 76-97
- West, M. & Sheldon-Keller A. (1994) *El apego adulto*. Valencia: Promolibro.
- Zaldúa, G. y Lodieu, M. (2000). El Burnout. La salud y los trabajadores de la salud. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*, 5, 1, 151-169.