

Artículo Original

# Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros durante el período de hospitalización

*Interações entre mães e seus bebês prematuros durante o período de hospitalização*

Interactions between mothers and their premature babies during the hospitalization period

Andrea Mira<sup>a</sup> , Rodolfo Bastías<sup>b</sup> 

<sup>a</sup>Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Unidad de Neonatología, Hospital Luis Tisné T., Santiago, Chile.


**Cómo citar:** Mira, A., & Bastías, R. (2020). Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros durante el período de hospitalización. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(3), 875-889. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2042>

## Resumen

**Introducción:** Hay varios factores que se relacionan con la mayor susceptibilidad de los infantes de pretérmino de presentar dificultades en su desarrollo, tales como el efecto de la inmadurez neurológica, y la temprana separación de sus padres. La Organización Mundial de la Salud plantea la necesidad de fortalecer el rol de los padres y brindar mayores espacios de interacción. **Objetivo:** El presente estudio busca conocer cómo las madres viven las primeras interacciones entre ellas y sus bebés prematuros durante la hospitalización. **Método:** Para poder responder al objetivo de esta investigación se utilizó una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico. La recolección de datos se hizo a través de entrevistas en profundidad a 11 madres, las cuales luego fueron analizadas a través de la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** Las madres nos compartieron información respecto a cómo vivenciaron ellas sus primeros contactos con sus bebés y la relevancia que le fueron dando a estas interacciones, y por otro lado, ellas enfatizaron en cómo el contexto podría limitar estos espacio de relación. **Conclusion:** en este estudio se pudo evidenciar la necesidad de las madres de interactuar con sus bebés durante la hospitalización, lo que tendría efectos positivos para ambos, lo que remarca la necesidad de que los equipos de salud promuevan una atención centrada en la familia.

**Palabras-clave:** Recien Nacido Prematuro, Relaciones Madre-Hijo, Hospitalización.

Recibido Ene. 3, 2020; 1ª Revisión Mayo 20, 2020; Aceptado Jun. 18, 2020.

 Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

### Resumo

**Introdução:** Existem vários fatores relacionados ao aumento da suscetibilidade de prematuros ao desenvolvimento, tais como o efeito da imaturidade neurológica e a separação precoce de seus pais. A Organização Mundial de Saúde declara a necessidade de fortalecer o papel dos pais e proporcionar maiores espaços de interação. **Objetivo:** O presente estudo busca conhecer como as mães vivem as primeiras interações com os seus bebês prematuros durante a internação. **Método:** Para atender ao objetivo desta pesquisa, foi utilizada uma metodologia qualitativa com abordagem fenomenológica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade com 11 mães, as quais foram analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** As Mães compartilharam informações sobre como experimentaram seus primeiros contatos com os bebês e a relevância que estavam dando a essas interações e, por outro lado, enfatizaram como o contexto poderia limitar esses espaços de relacionamento. **Conclusão:** Neste estudo, foi possível demonstrar a necessidade das mães interagirem com seus bebês durante a internação, o que traria efeitos positivos para ambas, destacando a necessidade das equipes de saúde promoverem o cuidado centrado na família.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido Prematuro, Relações Mãe-Filho, Hospitalização.

### Abstract

**Introduction:** Several factors are related to the increased susceptibility of preterm infants to develop difficulties in their development, such as the effect of neurological immaturity, and the early separation of their parents. The World Health Organization raises the need to strengthen the role of parents and provide greater spaces for interaction. **Objective:** The present study seeks to know how mothers live the first interactions between them and their premature babies during hospitalization. **Method:** To meet the aim of this research, a qualitative methodology with a phenomenological approach was used. Data collection was done through in-depth interviews with 11 mothers, which were then analyzed through the Content Analysis technique. **Results:** The Mothers shared information about how they experienced their first contacts with their babies and the relevance they were giving to these interactions, and on the other hand, they emphasized how the context could limit these relationship spaces. **Conclusion:** In this study, it was possible to demonstrate the need for mothers to interact with their babies during hospitalization, which would have positive effects for both, highlighting the need for health teams to promote family-centered care.

**Keywords:** Infant; Premature, Mother-Child Relations, Hospitalization.

## 1 Introducción

La prematuridad es definida como el nacimiento que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Se estima que en el mundo el 10% de los nacimientos corresponde a partos prematuros (Blencowe et al., 2012), lo que se traduce en el nacimiento de alrededor de 41.000 bebês prematuros al día (World Health Organization, 2012). Los avances

tecnológicos han aumentado la sobrevivencia de neonatos de pretérminos (Blencowe et al., 2012), sin embargo, los bebés prematuros tienen una mayor tasa de mortalidad que los de término, y aquellos que sobreviven suelen tener algún tipo de consecuencias en su desarrollo cognitivo, motor y/o social (Platt, 2014). Incluso en condiciones de bajo riesgo médico, el parto prematuro aumenta la probabilidad de que los niños puedan presentar dificultades en su desarrollo cognitivo y social (Brummelte et al., 2011).

Durante la vida intrauterina, el feto recibe una serie de estímulos sensoriales fundamentales para su desarrollo, como estímulos auditivos y lumínicos regulados, e importantes inputs táctiles, propioceptivos y vestibulares, que se producen a través del movimiento de la madre y del mismo feto, así como del contacto con el líquido amniótico y del útero (Altimier, 2015; Limperopoulos et al., 2008). El parto prematuro interrumpe el neurodesarrollo en un periodo crítico y, dependiendo de la edad gestacional al nacer, los procesos de diferenciación y organización de muchas de las estructuras neurológicas deben continuar en el contexto extrauterino en las unidades de neonatología (Weber et al., 2012). De esta manera se puede alterar el proceso de desarrollo cerebral que corresponde al tercer trimestre de gestación (Bouyssi-Kobar et al., 2016), lo que podría tener un impacto en las trayectorias del desarrollo de los niños y niñas de pretérmino.

Las unidades de neonatología, si bien son espacios fundamentales para la sobrevivencia de los neonatos prematuros (Hauser et al., 2014; Bastías & Mira, 2019), poseen numerosos estresores ambientales. Dentro de éstos podemos mencionar los estímulos táctiles no afectivos que se producen a través de los procedimientos y cuidados de enfermería, los estímulos vestibulares irregulares e inesperados producto de los cambios de posición repentinas y del efecto de la gravedad, y la falta de estímulos propioceptivos por no tener elementos de contención como lo entregaban las paredes del útero. Del mismo modo, hay una gran cantidad de estímulos auditivos y visuales, dados por el ruido de las alarmas de los monitores y las voces de las personas, y por el exceso de luz. Sumado a estos estresores es importante mencionar que los bebés prematuros suelen ser sometidos a experiencias de dolor con frecuencia y además, deben enfrentar una temprana separación de sus cuidadores lo que puede afectar tanto al infante, como a los padres y a la interacción entre ellos (Pickler et al., 2010; Lester et al., 2011).

En las primeras interacciones del recién nacido prematuro con su medio físico y social son fundamentales las experiencias sensoriales, por ejemplo, las que se dan a través del tacto con sus cuidadores, o la contención y movimiento que reciben al ser sostenidos en brazos. Experiencias que son fundamentales en el proceso neurodesarrollo de los recién nacidos (Altimier & Phillips, 2016). Éstas, además, tendrán un rol importante en cómo los infantes se comunican y relacionan con sus cuidadores, así como van desarrollando su capacidad para regularse y cómo irán aprendiendo a conocer el mundo en que viven (Feldman et al., 2002, 2010). Las interacciones del bebé con sus cuidadores son de gran relevancia para ambos, no obstante, éstas pueden verse interferidas por el contexto de hospitalización, por la dificultad del infante de pretérmino para regular sus estados fisiológicos y mantener un nivel alerta óptimo (Minde, 2000), por el estado emocional de los padres y las dificultades que pueden presentar para responder adecuadamente a las señales de su bebé (Feldman, 2007). No obstante, en el documento "Survive and Thrive" la OMS sugiere que en las unidades de neonatología se debería

fomentar el fortalecimiento y participación de los padres favoreciendo los espacio de interacción con sus bebés (World Health Organization, 2018).

Para poder favorecer las interacciones entre los bebés prematuros y sus cuidadores en las unidades de neonatología es importante conocer este fenómeno con mayor claridad. Esto puede ser estudiado a través del uso de diversas metodologías, por ejemplo, a través de observaciones conductuales, de cuestionarios respondidos por los padres, entre otras. No obstante, en la actualidad no existe una gran cantidad de estudios que hablen de las interacciones en este contexto desde una mirada diádica y fenomenológica, para lo cual es necesario aproximarnos a la realidad desde las narrativas desde las madres o padres donde podamos analizar sus experiencias en relación a las interacciones con sus bebés durante el período de hospitalización. Este estudio se focalizó en conocer cómo las madres describen las primeras interacciones entre ellas y su bebé prematuro durante la hospitalización.

## 2 Método

### 2.1 Participantes

Las participantes de este estudio son madres de recién nacidos de pretérmino. Dentro de los criterios de inclusión, están ser mayor de 18 años y tener un hijo/a de pretérmino hospitalizado en el Servicio de Neonatología. La estrategia de muestreo utilizada corresponde a una metodología no probabilística por conveniencia. En este estudio participaron 11 madres (Tabla 1) cuyos hijos/as fueron hospitalizados en el Servicio de Neonatología de un hospital público que pertenece a la red asistencial del servicio de salud metropolitano de la ciudad de Santiago, Chile. Esta unidad atiende a bebés nacidos en ocho comunas y su población corresponde a un nivel socioeconómico heterogéneo con un predominio de población ingresos económicos medios y bajos.

**Tabla 1.** Información descriptiva de las participantes.

Identificación	Nacionalidad	Edad	Vive con pareja	Gemelaridad	Primeriza	Edad gestacional nacer	Peso al nacer (gramos)
M1	Chilena	30	Si	No	No	31	1700
M2	Chilena	28	Si	No	No	28	800
M3	Venezolana	36	Si	No	Si	27	1107
M4	Chilena	28	Si	No	Si	26	1098
M5	Chilena	40	Si	No	No	31	1570
M6	Chilena	24	Si	No	No	28	1266
M7	Chilena	25	Si	No	Si	32	1917
M8	Chilena	30	Si	No	Si	29	935
M9	Chilena	34	Si	No	No	28	1500
M10	Chilena	28	Si	Si	No	28	1098
M10	Chilena	28	Si	Si	No	28	1241
M11	Chilena	24	Si	No	No	25	662

## **2.2 Diseño del estudio y procedimientos**

Esta investigación se realizó a través de una metodología cualitativa, la cual permite rescatar y analizar los relatos de las madres de bebés prematuros, otorgándole importancia a las experiencias subjetivas de las participantes en relación a sus primeras interacciones con sus bebés. Para este estudio se utilizó un enfoque fenomenológico, ya que las premisas de éste buscan comprender la realidad desde la perspectiva de los propios participantes, para explicar la naturaleza de distintos fenómenos (Martínez, 2012). De esta forma podríamos acercarnos a una mejor comprensión de las interacciones madre-bebé, evitando describir o comprender este fenómeno desde la perspectiva de terceros, de personas que intentan aclararlo desde sus propios preconceptos y no desde la vivencia personal de dicha realidad.

El alcance del presente estudio es de tipo exploratorio-analítico, por un lado, exploratorio, ya que estos tienen como objetivo examinar un problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes (Hernández et al., 2014). Por otra parte, es de tipo analítico ya que se pretende conocer, describir e interpretar la realidad desde la propia experiencia de los participantes (Hurtado, 2010). Los evaluadores realizaron entrevistas en profundidad con todas las participantes de manera individual, fuera de las unidades de neonatología para favorecer un espacio de tranquilidad y confort para las madres. Esta técnica de producción de información, nos permite acceder a aspectos de profundidad asociados a las valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de interpretación de los participantes (Cerón, 2006). Cada entrevista fue almacenada a través de grabación de voz, teniendo una duración de aproximadamente una hora y posteriormente fueron transcritas por el equipo investigador.

## **2.3 Consideraciones éticas**

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Andrés Bello. Todos los participantes invitados consintieron su participación en el estudio, dejándolo estipulado en el consentimiento informado.

## **2.4 Análisis de datos**

Para el análisis de la información recopilada se utilizó el análisis de contenido, lo que permite analizar la información en cuanto a los relatos de los entrevistados y el contexto del cual surge, interpretarla y generar nuevo conocimiento (Bardín, 1991). Para llevar a cabo lo anterior, se transcribieron las entrevistas a una matriz de análisis individual, en cada una se realizó un análisis de contenido. Al tener las once matrices de análisis individual, se integraron en una matriz grupal de análisis, que por medio de la inducción se formularon categorías más generales que permitieron presentar los resultados de la investigación. Por lo tanto, el análisis de contenido permitió ordenar y categorizar la información recabada, para luego ser analizada.

### 3 Resultados

Se generaron siete categorías a partir de las narrativas de las madres. Para responder al objetivo de este estudio nos centraremos en dos de las categorías:

1. Interacción entre la madre y el bebé
  - 1.1 Primer contacto entre la madre y el bebé;
  - 1.2 El tacto como el primer medio de relación con el mundo;
  - 1.3 Buscando un buen calce entre la madre y el bebé.
2. Aspectos culturales y sociales que interfieren con el acercamiento al bebé.

La primera categoría corresponde a la interacción entre la madre y su bebé prematuro, esta se divide en tres subcategorías. La primera subcategoría está relacionada con el primer contacto entre la madre y su bebé, en donde las narrativas de las madres se relacionan con el impacto que significó ese momento, donde el temor y la ansiedad predominaba al ver la fragilidad de sus bebés. Esto se puede ver reflejado en el siguiente relato:

*Me daba miedo tocarlo, era como transparente, se le veían las venas. Yo lo tocaba poco porque me daba nervio... que lo fuera a romper. Me gustaba... pero me daba miedo (M11).*

Evidenciándose como estas primeras interacciones se pueden dar en un contexto marcado por emociones como el temor.

En la siguiente subcategoría, que hace referencia al tacto como el primer medio de relación con el mundo, éste termina siendo una vía primordial para la conexión, interacción e interpretación de su bebé, tal como aparece en los siguientes relatos:

*Es sumamente importante, como la cercanía que se puede tener, el calor que se siente a través de las manos de cuando uno lo toca (M5).*

*El bebé requiere del contacto con su madre... que lo toquen porque él diferencia tanto al padre de la madre como de las personas que lo atienden. Ellos diferencian, ellos saben cuando es de cariño, es de amor y cuando no (M3).*

*Mi hija fue tan pequeña... yo la sentía muy frágil, pero al tocarla me dí cuenta que no era tan indefensa... ella sabía que era yo, que no era la enfermera, que no era el médico, que yo era la mamá, aunque no la había tocado nunca (M2).*

Las primeras interacciones a través del tacto son a distancia teniendo que tocar al bebé cuando está en la incubadora. En estas interacciones los relatos de las madres revelan que hay ciertas preferencias por tocar manos, pies, cabeza y cara, como lo podemos ver en las siguientes citas:

*Lo primero que le toqué fueron las manitas, que estaban como más cercanas, pero después ya agarré confianza y le toqué la cabecita un ratito (M7).*

*Cada vez que le hago cariño en la cara, especialmente en la frente como bajando hacia los ojos, el contorno de los ojos, ella busca mi mano, entonces me da la sensación de que a ella le gusta. Incluso la calma cuando está inquieta... siento que le gusta (M5).*

Si bien las narrativas de las madres reflejan una emoción positiva al tocar a sus bebés, ésta es aún más fuerte cuando ellas pueden tomar a sus bebés en sus brazos, como se evidencia en estas experiencias:

*[...] tocarla no es lo mismo que tomarla... es todo parte de un lenguaje, pero hay algunas cosas que son más fuertes que otras... la conexión se siente más profunda (M9).*

*Tocarla no es lo mismo que sentirla. Cuando hacemos apego [en este contexto este concepto hace referencia a cuando las madres cargan a sus bebés], es muy rico sentirla, sentir su cuerpo, es como una sensación muy linda, que no es lo mismo que meter la mano a la incubadora y tocarle el pie (M8).*

*Tomarla en brazos es como, no sé, una sensación de que te respire cerquita, como de seguridad (M7).*

La última subcategoría se refiere al buscar un buen calce entre la madre y el bebé, en donde la madre realiza cambios o ajustes en su conducta para facilitar una adecuada interacción con su bebé, y éste es un agente activo en esta relación debido a que entrega señales de conformidad o disconfort en respuesta a las acciones de su madre. En los relatos se detallan algunas experiencias:

*Cuando yo me la acerco, ella se acurruca a mi cuerpo, es como si buscara su forma dentro de mi forma (M9).*

*Yo siempre le voy siguiendo los movimientos... lo voy siguiendo a él (M4).*

*[...] cuando está en brazos intenta como abrir sus ojitos y uno trata de estimularla un poco más... de hablarle (M1).*

En estos relatos se puede observar que es una relación dinámica, donde se va buscando un buen ajuste entre las necesidades del bebé y los estímulos y acciones que van entregando los cuidadores.

La segunda categoría incorpora aspectos culturales y sociales que van limitando el acercamiento e interacción con el bebé, tal como lo muestra el siguiente relato en relación a un modelo de comportamiento predeterminado:

*Acá me pasa.. siento que tengo que ser como todas las demás y yo no soy igual (M11).*

Evidenciando la expectativa de seguir un modelo de mujer determinado por estándares sociales y culturales. En otros relatos, se habla sobre la invisibilidad del propio

sentir que tiene la madre al relacionarse e interactuar con su bebé, como lo podemos evidenciar en la siguiente cita

*La gente me dice que es algo reflejo, pero yo siento que no es reflejo [refiriéndose a las respuestas conductuales de su bebé] (M5).*

Es así como las madres van viendo las conductas o avances de sus hijos/hijas, no obstante, presentan dudas en compartirlos con el resto porque creen que los demás no van a creer en sus observaciones o que solo lo adjudicarán a acciones reflejas del bebé.

Por otro lado, la situación de hospitalización trae consigo ciertas normas que se deben cumplir, es así como las madres comienzan a adaptarse al funcionamiento de las unidades de neonatología, focalizando su atención en el cumplimiento de las reglas y en el poder obtener información acerca de cómo ha estado y se ha comportado su bebé en su ausencia, en vez de concentrarse en el presente y disfrutarlo, tal como se expresa en las palabras de una de las madres,

*Siempre una está atenta a lo que los técnicos tienen que hacer, o tratar de ver si es que la doctora está para preguntarle cómo estuvo... cómo pasó la noche. Uno trata de interactuar más en el cómo estuvo a que con él cómo está (M1).*

Otras experiencias reflejan el tema de las normas hospitalarias:

*La toco cuando quiero pero no puedo tomarla cuando quiero. Yo quisiera tomarla todo el día, y no puedo (M2).*

*Para mi era como frustrante no poderlo agarrar, no poderlo tomar cuando yo quisiera, no poderle cambiar el pañal cuando yo quisiera, es complicada la situación (M3).*

*Pero al comienzo al verlo a través de la incubadora, yo decía si está bien ;por qué no puedo tomarlo? (M7).*

*Había un letrero que decía no tocar sin guantes hasta después de 14 días, y yo ya había metido la mano (M8).*

En estos relatos se evidencia cómo los deseos y necesidades de las madres van siendo limitados por las necesidades y reglas del contexto. Si bien la mayoría de ellas comprenden y aceptan las normativas del lugar, sus relatos reflejan la gran necesidad que tienen de tocar y tomar a sus bebés por un tiempo mayor de el que está permitido.

Dentro de las construcciones sociales está el rol de madre, donde hay ciertas expectativas en cuanto a que la madre debe ser la persona que brinda los cuidados y soporte para favorecer la sobrevivencia y bienestar del bebé. Es así como en las narrativas de las madres aparecen relatos que hacen referencia al no poder ejercer el rol de madre, como se puede observar en las siguientes citas



*Ya han pasado 21 días y no la he mudado, no le he cambiado ropita... Aquí uno es mamá porque es tu hija, porque tu la pariste, pero no has hecho tu trabajo de mamá (M1).*

*Uno entiende que las reglas están por algo, se entiende que es para el bien de los bebés, pero para una, como mamá, una quisiera tener la posibilidad de estar todo el día... de tomarla desde el principio... no esperar tanto (M5).*

*Para mí era frustrante no poder agarrarlo, tomarlo cuando yo quisiera, no poder cambiar el pañal cuando yo quisiera. Que las mamás puedan ayudar más en la atención... cuando se pueda hacerlo. El bebé no se va a quedar toda la vida acá... necesitamos saber cómo se comporta (M3).*

*Yo quisiera tomarla todo el día, y no puedo. Necesitan un espacio más amplio... por intimidad de tener al hijo y de hablarle y de sentirse libre de hacer lo que uno quiera con el hijo (M2).*

Es así como ellas sienten que no le pueden entregar los cuidados básicos a sus bebés, como por ejemplo, cambiarle los pañales, pero además se puede desprender desde los relatos de las madres la idea de que no pueden interactuar libremente con sus bebés y que ellas requieren conocer a sus bebés antes de recibir el alta médica y llegar a sus hogares.

#### **4 Discusión**

Uno de los objetivos de este estudio era conocer la interacción entre la madre y el bebé prematuro durante su hospitalización por medio de la experiencia táctil. Es así como la primera categoría nos permite acercarnos un poco más a la comprensión de este fenómeno. Esta fue denominada “Interacción entre madre y bebé” y evidencia cómo el miedo y la ansiedad se hacen presentes en las primeras etapas, lo que puede estar relacionado con los temores respecto a la salud del bebé, que comprende aspectos tales como la inquietud, la presunción o sospecha de algún daño o deterioro de salud del infante durante el período internado en la unidad de neonatología (Hauser et al., 2014). Esto coincide con la mirada de otros autores que hacen referencia a las implicancias en la salud mental de las madres frente a un parto prematuro y la hospitalización de su bebé (Shaw et al., 2006; Dudek-Shriber, 2004), lo que puede llevar a altas tasas de depresión y ansiedad en estas madres (Lotterman et al., 2019). Al igual que lo sustenta la literatura, en este estudio las madres relatan que en los primeros momentos ellas experimentaban emociones relacionadas con la tristeza y la ansiedad, sin embargo, a medida que podían tener más contacto con sus bebés ya sea al tocarlos o sostenerlos en brazos, estas emociones negativas iban disminuyendo y de forma paulatina las emociones positivas comenzaron a instaurarse. Es importante hacer notar que esta literatura señala que las interacciones tempranas ayudan a disminuir el estrés en los padres, y estas interacciones pueden darse a través de la alimentación, de los cuidados generales, o de la realización del método canguero, entre otras acciones (Harding et al., 2019).

El principal elemento de contacto en estas interacciones es el tacto, el cual es fundamental en la relación que va estableciendo el cuidador con su bebé, en esta

investigación las madres expresan la de tocar a sus hijos o hijas, narrativas que aparecen como un elemento común en todas las madres. Algunos autores han destacado el hecho de que el tacto es el componente esencial de las interacciones diádicas entre la madre y su bebé (Field, 2010; Moszkowski et al., 2009), que éste además, posee un impacto positivo para el crecimiento y desarrollo de los bebés (Field, 2010). También ha sido descrito como un facilitador para el desarrollo de autorregulación del infante, habilidad que le permite a los bebés adaptarse a los cambios en los estímulos ambientales (Ferber & Makhoul, 2004). La necesidad de las madres de tocar o de tomar en brazos a sus bebés puede estar relacionado con la existencia de mecanismos sensoriales que inducen la regulación, como por ejemplo, el efecto que tendrían el tacto afectivo de los cuidadores y de los estímulos propioceptivos que reciben los bebés al ser sostenidos en los brazos de sus cuidadores (Esposito et al., 2013) o cuando son sostenidos en brazos por sus madres mientras caminan, estímulos que en combinación disminuye el llanto y su frecuencia cardíaca (Esposito et al., 2015). A través de las narrativas de las madres se puede visualizar que ellas tienden a tocar partes determinadas del cuerpo de sus bebés cuando están en la incubadora, dentro de estas podemos señalar las manos, los pies, la cara y su cabeza. A pesar de no encontrar mayor evidencia en la literatura que pudiese explicar estas preferencias, una de las evaluaciones existentes en relación a la interacción madre-bebé en las unidades de neonatología (Santos, 2017) diferencia las zonas del cuerpo del bebé que toca la madre durante la interacción, dándole diferentes puntajes según la zona que la madre toque.

El otro objetivo fue poder identificar las influencias que pueden tener los aspectos culturales y sociales en estas interacciones tempranas, las cuales son el inicio de la construcción del proceso de crianza. En esta segunda categoría, se puede extraer de las narrativas de las madres las dificultades que sienten al momento del querer tocar o tomar a sus hijos, que es lo que instintivamente más quisieran hacer, donde emerge una especie de lenguaje único y fundamental en la diada (Field, 2010; Moszkowski et al., 2009; Esposito et al., 2013; Feldman et al., 2002, 2010). El modelo de comportamiento del cómo debe ser la madre se ve cuestionada según algunos de los relatos del estudio, ya que es aquí donde se pueden ver enfrentadas diversas concepciones sobre la maternidad. La comprensión y entendimiento de la maternidad se ha ido modificando a lo largo de la historia según las características sociales, políticas, económicas y culturales del lugar desde donde se aborda, por lo que se puede decir que este concepto es una construcción social y simbólica permeable a cambios (Royo, 2011; Molina, 2006). Así como la comprensión de la maternidad está determinada por aspectos sociohistóricos y culturales, la vivencia de esta también lo está, es decir, hay factores psicosociales que pueden influir en la vivencia de la maternidad, tales como, el soporte social (familiar, amigos, de la comunidad, relación de pareja), ingreso económico, tipo de trabajo, nivel educacional, acceso a la salud y condiciones de la vivienda (físicos, ambientales y sociales). Por lo tanto, la experiencia de ser madre estará influenciada por las creencias personales, culturales y condiciones contextuales en las cuales vive la madre (Benza & Liamputtong, 2014), lo que nos exige como profesionales de la salud a desarrollar una mirada más comprensiva sobre la maternidad y las interacciones que la madre va estableciendo con su bebé. En este proceso, también las madres relatan una especie de invisibilidad del cómo sentir a sus bebés y sentirse al respecto de esto, donde creen que sus percepciones no serán validadas por los demás. Esto coincide con la idea de violencia

simbólica de Bourdieu que está presente en los contextos de salud, donde el médico o los profesionales de la salud representan una figura de poder donde van subordinando a las madres a los conocimientos que ellos presentan en un lenguaje más técnico y científico (Sadler et al., 2004).

En las unidades de neonatologías, así como en cualquier unidad hospitalaria, existen una serie de características y formas de funcionar que llevan consigo normas que son necesarias cumplir (Novoa et al., 2009), pero estos elementos pueden afectar directamente el adecuado desenvolvimiento de las madres, tal como ellas lo reflejan en sus discursos. En sus relatos se puede desprender la sensación de estrés y discomfort por la presencia de una gran cantidad de elementos técnicos y máquinas que le brindan soporte a sus hijos e hijas, además, de las normas que ven como restricciones pero que entienden como parte del proceso de recuperación de sus bebés (Hauser et al., 2014). Esto puede interferir en que ellas puedan ejercer su rol de madre, lo que se ha descrito en la literatura al reconocer que el ambiente atípico de las unidades de cuidados intensivos neonatales dificultan que la madre pueda contener a su hijo o hija, y este representa un contexto donde deben lidiar con experiencias de pérdida, dolor, desesperación, incertidumbre, pérdida de control, alteración del rol y de alienación (Deeney et al., 2012). Las características de este ambiente dificulta el que madres puedan centrarse en el presente, debiendo estar más atentas al absorber la mayor cantidad de datos biomédicos que puedan entregarle, como si los datos que aporta la neurobiología ofrecieran una comprensión final o exhaustiva de la complejidad del comportamiento (Moya, 2012).

Durante la estadía en el hospital el bebé prematuro se ve expuesto a una gran cantidad de estímulos que dificultan su organización y su interacción con el medio, además, se suman dos elementos que pueden afectar su desarrollo, estos son la separación con los padres y la privación somática, kinestésica y vestibular (Davis et al., 2003; Bröring et al., 2017). Por tanto, el deseo instintivo de la madre, representado por la necesidad de tocar y contener a su bebé en los brazos se ve limitado por el contexto físico y social de las unidades de neonatología, donde se prioriza el estado de salud del bebé prematuro, y en este afán, se ve en peligro la continuidad natural de las relaciones vinculares en este atípico ambiente dado por la unidad neonatal, y es esta discontinuidad una de las razones que pueden provocar alteraciones en el desarrollo psicobiológico del infante así como del estado emocional de los padres (Brett et al., 2011).

En la formación de los profesionales que trabajan en las unidades de neonatología siempre ha prevalecido el interés por una “práctica científica” que resulta en un enfoque inevitablemente reduccionista (Gonzalez, 2016), y quizás sea esto uno de los elementos que interfieren en la continuidad y fortalecimiento de las relaciones entre los cuidadores y sus bebés. Todas las intervenciones realizadas hacia los bebés prematuros y a sus familias durante la hospitalización, tales como las prestaciones realizadas por el equipo de enfermería, deben evidenciar un cuidado humanizado en todas las acciones que ejecuta, aplicando el saber ético, actitudes y valores hacia las personas a cuidar (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2018). Siempre se debe tener presente la díada madre-bebé, porque como profesionales de la salud, una señal de empatía y ética sería dejar de lado la propia postura personal como profesional, y considerar la de los usuarios como el motivo principal (Arancibia Heger et al., 2018). En la publicación de la Organización Mundial de la Salud, *Survive and Thrive* (World Health Organization, 2018), se estipula la

necesidad de trabajar con un modelo de atención centrado en la familia, que si bien puede ser conocido por muchos de los equipos que trabajan en las unidades de neonatología, su aplicación puede no ser tan masiva como debiese. Los principios de este modelo incluyen la dignidad, el respeto, el compartir información y la participación y colaboración de los cuidadores, transformándolos en agentes activos en la promoción del bienestar de los infantes. Esta guía, además, promueve el contacto del bebé con sus cuidadores para favorecer la lactancia, el apego y su desarrollo. De este modo, además, se fortalecerían las habilidades y competencias de los padres para cuidar a su hijo o hija, reduciendo de esta forma sus niveles de estrés y ansiedad.

Luego de conocer la narrativas de este grupo de madres se hace evidente la necesidad de evaluar la reducción de las barreras con las que se encuentran día a día en las unidades de neonatología y que les impiden relacionarse de forma continua y más natural con sus hijos o hijas. Sin duda que es algo que se debe trabajar ya que estas barreras pueden influenciar negativamente en la interacción de los padres con sus bebés (Pineda et al., 2018), no obstante, esto se debe hacer con cuidado y responsabilidad debido a que no se puede poner en riesgo la estabilidad y salud del bebé. La humanización de los procedimientos de las unidades de neonatología debe abarcar amplios aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y que se gestione acciones aplicables a cada realidad local (Bastías & Mira, 2019). Para esto, la humanización en el ámbito de la salud implica un compromiso ético, permitiendo valorar a la persona en su totalidad (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2018), y para las madres que relataron su experiencia, el poder tocar a sus hijos, poder tomarlos, ejercer su rol de madres, es fundamental.

Para dar cuenta de esta mirada en términos éticos, la invitación es ver la diada madre-bebé como un fenómeno social, ya que su adecuada estabilidad, a través de acciones propias de la crianza, es primordial para el desarrollo del infante y de la estabilidad emocional parenteral, y esta diada se da dentro de otro sistema social que es la unidad de neonatología, y para conservar estos sistemas son necesarias conservar sus organizaciones y adaptaciones, así como la existencia de una adecuada coteriva concorde a la red de participantes (Maturana, 2006). Para las madres, según las narraciones, el más importante medio de interacción con sus hijos es el tacto, y esto se correlaciona con la evidencia (Field, 2010; Moszkowski et al., 2009), por tanto en ambos sistemas sociales deben propiciarse el lenguaje (en este caso el tacto) como manera de operar para su adecuada conservación (Maturana, 2006; Gutiérrez, 2009, 2010). Lo social, y su conservación, es posible sólo en un ambiente ético, entendiendo lo ético el hacer alusión al comportamiento (conducta) con el otro, y las dimensiones éticas son en el hacer (Maturana, 2006; Gutiérrez, 2010).

Finalmente, se puede ver que este estudio es un primer acercamiento al entendimiento de este fenómeno y abre un espacio de reflexión para las personas que trabajan en las unidades de neonatología en torno a las interacciones madres-bebés, y como ambos necesitan de ese espacio que va generando una regulación mutua y que los va preparando para la transición al hogar. Futuros estudios podrían incluir una muestra mayor de madres e incluso incorporar la participación de los padres y de los mismo profesionales del equipo.

## Agradecimientos

A la unidad de neonatología del Hospital Luis Tisné.

## Referencias

- Altimier, L. B. (2015). Neuroprotective core measure 1: the healing NICU environment. *Newborn and Infant Nursing Reviews - NAINR*, 15(3), 91-96. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.014>.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews - NAINR*, 16(4), 230-244. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>.
- Arancibia Heger, M., Silva Dreyer, A., & Pantoja Molina, F. (2018). Vivencia de madres gestantes de niños y niñas con malformaciones incompatibles con la vida. *Acta Bioethica*, 24(1), 67-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100067>.
- Bardín, L. (1991). *Análisis de contenido*. Lisboa: Edições 70.
- Bastías, R., & Mira, A. (2019). Enfoque desde la violencia perinatal: visita del padre a su hijo prematuro durante su hospitalización. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), 307-311. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.65486>.
- Benza, S., & Liamputtong, P. (2014). Pregnancy, childbirth and motherhood: a meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery*, 30(6), 575-584. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005>.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., & Narwal, R. (2012). *Nacido demasiado pronto: informe de acción global sobre nacimientos prematuros*. Ginebra: OMS.
- Bouyssi-Kobar, M., du Plessis, A. J., McCarter, R., Brossard-Racine, M., Murnick, J., Tinkleman, L., Robertson, R. L., & Limperopoulos, C. (2016). Third trimester brain growth in preterm infants compared with in utero healthy fetuses. *Pediatrics*, 138(5), e20161640. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-1640>.
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1(1), e000023. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000023>.
- Bröring, T., Oostrom, K. J., Lafeber, H. N., Jansma, E. P., & Oosterlaan, J. (2017). Sensory modulation in preterm children: theoretical perspective and systematic review. *PLoS One*, 12(2), e0170828. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0170828>.
- Brummelte, S., Grunau, R. E., Synnes, A. R., Whitfield, M. F., & Petrie-Thomas, J. (2011). Declining cognitive development from 8 to 18 months in preterm children predicts persisting higher parenting stress. *Early Human Development*, 87(4), 273-280. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.01.030>.
- Cerón, M. C. (2006). *Metodologías de la investigación social*. Santiago: Lom Ediciones.
- Davis, L., Mohay, H., & Edwards, H. (2003). Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 578-586. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02661.x>.
- Deeney, K., Lohan, M., Spence, D., & Parkes, J. (2012). Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 1106-1113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.018>.
- Dudek-Shriber, L. (2004). Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 509-520. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.58.5.509>.
- Escobar-Castellanos, B., & Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica*, 24(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>.

- Esposito, G., Setoh, P., Yoshida, S., & Kuroda, K. O. (2015). The calming effect of maternal carrying in different mammalian species. *Frontiers in Psychology, 6*, 445. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00445>.
- Esposito, G., Yoshida, S., Ohnishi, R., Tsuneoka, Y., Rostagno, M. C., Yokota, S., Okabe, S., Kamiya, K., Hoshino, M., Shimizu, M., Venuti, P., Kikusui, T., Kato, T., & Kuroda, K. O. (2013). Infant calming responses during maternal carrying in humans and mice. *Current Biology, 23*(9), 739-745. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.041>.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 48*(3-4), 329-354. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics, 110*(1), 16-26. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.110.1.16>.
- Feldman, R., Singer, M., & Zagoory, O. (2010). Touch attenuates infants' physiological reactivity to stress. *Developmental Science, 13*(2), 271-278. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00890.x>.
- Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics, 113*(4), 858-865. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.4.858>.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review, 30*(4), 367-383. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2011.01.001>.
- Gonzalez, R. (2016). Nacer en el límite de la viabilidad: consideraciones desde la narrativa. *Bioética Complutense, 27*, 29-33.
- Gutiérrez, H. (2009). *Biología social*. Santiago: Forja.
- Gutiérrez, H. (2010). Biología social: una mirada sistémica comprensiva biológica. *Revista Mad, (23)*, 38-42.
- Harding, C., Levin, A., Crossley, S. L., Murphy, R., & van den Engel–Hoek, L. (2019). Effects of early communication intervention on speech and communication skills of preterm infants in the neonatal intensive care unit (NICU): a systematic review. *Journal of Neonatal Nursing, 25*(4), 177-188. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2019.04.004>.
- Hauser, M. P., Milan, T. A., González, M. C., & Oiberman, A. (2014). Impacto emocional en madres de bebés internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales: aplicación de la entrevista psicológica perinatal. *Investigando en Psicología, 19*(1), 63-83.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación México*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Hurtado, B. J. (2010). *Metodología de la investigación: guía para la comprensión holística de la ciencia*. Caracas: Quirón Ediciones SA.
- Lester, B. M., Miller, R. J., Hawes, K., Salisbury, A., Bigsby, R., Sullivan, M. C., & Padbury, J. F. (2011). Infant neurobehavioral development. *Seminars in Perinatology, 35*(1), 8-19. <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.003>.
- Limperopoulos, C., Gauvreau, K. K., O'Leary, H., Moore, M., Bassan, H., Eichenwald, E. C., Soul, J. S., Ringer, S. A., Di Salvo, D. N., & du Plessis, A. J. (2008). Cerebral hemodynamic changes during intensive care of preterm infants. *Pediatrics, 122*(5), e1006-e1013. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-0768>.
- Lotterman, J. H., Lorenz, J. M., & Bonanno, G. A. (2019). You can't take your baby home yet: A longitudinal study of psychological symptoms in mothers of infants hospitalized in the NICU. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 26*(1), 116-122. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9570-y>.
- Martínez, F. T. (2012). Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica, 11*(2), 98-101.
- Maturana, H. R. (2006). Biología del fenómeno social. In H. R. Maturana (Ed.), *Desde la biología a la psicología* (pp. 69-83). Santiago: Editorial Universitaria.
- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behavior, and intervention. In C. H. Zeanah Junior (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 176-194). New York: The Guilford Press.

- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyche*, 15(2), 93-103. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>.
- Mozzkowski, R. J., Stack, D. M., & Chiarella, S. S. (2009). Infant touch with gaze and affective behaviors during mother–infant still-face interactions: co-occurrence and functions of touch. *Infant Behavior and Development*, 32(4), 392-403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.06.006>.
- Moya, P. (2012). La función del hábito en el comportamiento humano según M. Merleau-Ponty. *Filosofía Unisinos*, 13(3), 367-380. <http://dx.doi.org/10.4013/fsu.2012.133.02>.
- Novoa, J. M., Milad, M., Vivanco, G., Fabres, J., & Ramírez, R. (2009). Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 168-187. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200010>.
- Pickler, R. H., McGrath, J. M., Reyna, B. A., McCain, N., Lewis, M., Cone, S., Wetzel, P., & Best, A. (2010). A model of neurodevelopmental risk and protection for preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(4), 356-365. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181fb1e70>.
- Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Human Development*, 117, 32-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.12.008>.
- Platt, M. J. (2014). Outcomes in preterm infants. *Public Health*, 128(5), 399-403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.010>.
- Royo, R. (2011). *Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE: ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sadler, M., Acuña, M. E., & Obach, A. (2004). *Nacer, educar, sanar: Miradas desde la antropología del género*. Michigan: Catalonia.
- Santos, M. S. (2017). *Encontrarnos dentro de la incubadora: escala de observación del proceso de vinculación madre-bebé durante la internación en unidad de cuidados intensivos neonatales (N-EOV-INC)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206-212. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.47.3.206>.
- Weber, A. M., Harrison, T. M., & Steward, D. K. (2012). Schore's regulation theory: maternal-infant interaction in the NICU as a mechanism for reducing the effects of allostatic load on neurodevelopment in premature infants. *Biological Research for Nursing*, 14(4), 375-386. <http://dx.doi.org/10.1177/1099800412453760>.
- World Health Organization – WHO. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO. (2018). *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Key findings*. Geneva: WHO.

### Contribución de los Autores

Andrea Mira: Construcción del estudio, realización y codificación de las entrevistas, análisis de los resultados, redacción y edición del texto. Rodolfo Bastías: Construcción del estudio, coordinación del trabajo de campo, realización y codificación de las entrevistas y colaboración en la redacción del texto. Todos los autores aprueban la versión final del texto.

### Autor para la correspondencia

Andrea Mira  
e-mail: andrea.mira@unab.cl