



INVITADOS

ESPECIALES

Volumen XXVIII N° 1
2009 – Segunda Época



INVITADOS ESPECIALES

La Maternidad en la Prematurez: A Propósito de Dos Casos Clínicos

Romina Izzedin Bouquet
rizzedinb@libertadores.edu.co

Centro Universitario de Atención Psicológica a la Infancia,
Fundación Universitaria Los Libertadores

Resumen

Se presentan las contribuciones más relevantes al estudio de la maternidad en la prematurez realizando una revisión teórica e ilustrando con dos casos clínicos de madres que tienen a sus bebés pretérmino hospitalizados. El material (entrevistas y observaciones) permite indagar desde el psicoanálisis los niveles consciente e inconsciente de relación materno filial.

Palabras clave: *Maternidad, Bebé pretérmino, Psicoanálisis, Salud mental.*

Premature Motherhood: Two Clinical Cases

Abstract

The most relevant contributions to the study of motherhood in mothers with hospitalized preterm babies appear making a theoretical revision and showing two clinical cases. The material (interviews and observations) allows investigating from the psychoanalysis theory the levels conscious and unconscious of the relationship between the mother and her baby.

Key words: *Motherhood, Preterm baby, Psychoanalysis, Mental health.*

El Recién Nacido Pretérmino

Según De Ajuriaguerra (2000):

Desde un punto de vista biológico se considera como prematuro a un recién nacido que pese 2.500 g., o menos, o

bien, si no se tiene en cuenta el peso, a un recién nacido con un período de gestación menor a 37 semanas (p.451).

Este autor lo define de así porque el parto pretérmino y el bajo peso al nacer por lo general coinciden. Sin embargo también aclara que no todos los bebés prematuros tienen bajo peso al nacer y no todos los bebés con bajo peso al nacer son prematuros ya que la prematuridad depende del tiempo de gestación (inferior al normal) y de la inmadurez de los sistemas orgánicos del niño no del peso.

Los recién nacidos se clasifican de acuerdo con su edad gestacional en (Sánchez, 1992):

- *Pretérmino o prematuros*: nacidos antes de completar 37 semanas de gestación cualquiera que sea su peso al nacer.
- *Término*: nacidos entre el comienzo de la semana 38 y el final de la 42.
- *Postérmino*: nacidos después de completar las 42 semanas de gestación.
- *Posmaduro*: nacido después de completar la semana 42 de gestación y que muestra los efectos de la insuficiencia placentaria progresiva.

Los pesos al nacer se clasifican en (Sánchez, 1992):

- *Grande para la edad gestacional*: peso por encima del percentil 90.
- *Adecuado para la edad gestacional*: el peso cae entre los percentiles 10 y noventa para la edad del bebé.
- *Pequeño para la edad gestacional*: peso por debajo del percentil diez.
- *Bajo peso al nacer*: peso menor de 2500 gramos al nacer. Estos recién nacidos tienen ya sea menos de la tasa esperada de crecimiento intrauterino o un período corto de gestación.
- *Crecimiento intrauterino retardado*: es el término que se aplica al bebé cuya tasa de crecimiento no satisface las normas esperadas.

Los prematuros nacen antes de que sus cuerpos hayan madurado completamente. Los problemas de los bebés prematuros se relacionan

directamente con la inmadurez de sus sistemas orgánicos por lo cual necesitan cuidados especiales en la sala de Neonatología hasta cuando sus sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlos con vida sin necesidad de brindar apoyo especializado (Fanaroff, 2001).

Los problemas de salud más frecuentes de los bebés pretérmino son la inestabilidad de la temperatura, los problemas respiratorios tales como el síndrome de dificultad respiratoria, la displasia broncopulmonar y el desarrollo incompleto de los pulmones, y los problemas cardiovasculares como presión sanguínea demasiado baja o demasiado alta, frecuencia cardíaca baja y ductus arterioso permeable. En los prematuros también se encuentran niveles demasiado bajos o demasiado altos de minerales y otras sustancias en la sangre como por ejemplo calcio y glucosa. Otros problemas que se presentan son de tipo gastrointestinal como la dificultad para alimentarse ya que muchos bebés no tienen la capacidad para coordinar las acciones de succión y deglución antes de las 35 semanas de gestación, también mala digestión y enterocolitis necrotizante que se presenta cuando hay inflamación del intestino. Y por último, encontramos problemas neurológicos como la hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular y convulsiones que pueden ser consecuencia de hemorragias cerebrales entre otros (MMHS; 2002).

Emergencia del Sujeto en el Bebé

Algunos teóricos, especialmente del psicoanálisis, describen al bebé como un sujeto desde el momento de su nacimiento. Freud (1925) hace referencia a la angustia del nacimiento que se genera en el lactante como la reacción frente a la separación de la madre. Esta angustia no es un observable sino un constructo teórico y según este autor el bebé repetirá el afecto de angustia en todas las situaciones que le recuerden el nacimiento. Por su lado, Siptz (1958) da cuenta de la impotencia del recién nacido el cual debe patear, gritar y llorar para hacerse entender del medio que lo rodea. Todas estas son acciones de descarga difusas e inespecíficas que se presentan como formas de comunicación para expresar sentimientos y necesidades. Es la madre la que tiene que empezar a reconocer las diferentes manifestaciones de su hijo para poder brindarle respuestas adecuadas. De todas maneras a la díada madre-hijo le toma cierto tiempo conocerse y comprenderse mutuamente (Oberman, 2001).

Brazelton (1973) afirma que las reacciones del bebé a los estímulos internos y externos dependen de un estado progresivo de conciencia denominado “estado de conducta” el cual depende de variables fisiológicas tales como el hambre, el grado de hidratación y los momentos del ciclo vigilia-sueño. Es a través de este estado que el bebé comunica su disposición a la interacción. Es importante destacar que el bebé pretérmino a raíz de su inmadurez orgánica presenta diferencias con respecto a los bebés a término en cuanto a la organización de sus estados, siendo éstos estados más fugaces. Por último, según Lacan (1984) el ser humano está atravesado por el lenguaje lo cual implica nuestra necesidad de comunicarnos. El deseo de ser oído por otro aparece hasta en los prematuros extremos. De acuerdo con Mathelin (2001) la presencia del otro es imprescindible para la emergencia del sujeto por eso es que al bebé hospitalizado hay que tocarlo y hablarle para que pueda construirse.

El Vínculo Madre-Hijo en la Prematurez

Para Lebovici (1985), el hijo crea a la madre, es decir que la hace madre a su vez ésta debe identificarse con el bebé. Esta identificación suele acentuarse durante el último trimestre del embarazo por lo tanto si los bebés nacen antes a las madres se les dificulta alcanzar esa identificación, aceptar su nueva condición de madre y realizar el duelo por la pérdida de la panza. Estas madres además suelen sentirse decepcionadas por no haber podido completar el embarazo, cargan con la culpa de haber dado a luz a un niño inmaduro y frágil y cuestionan su capacidad. Muchas aseguran tener la sensación de seguir estando embarazadas. Según Mathelin (2001), después del parto pretérmino la madre se aferra al bebé imaginario para no sentirse tan decepcionada y con culpa, de esta manera anula psíquicamente el nacimiento del niño aunque la realidad indique lo contrario. Generalmente, ante el nacimiento, es decir frente al bebé real, la madre debe hacer el duelo por el hijo imaginado durante el embarazo y el de sus fantasías, en el nacimiento prematuro este duelo se torna más complicado.

Dos problemas principales para el fortalecimiento del vínculo madre-hijo en los nacimientos pretérmino son por un lado la permanencia de los bebés en incubadoras, en ocasiones durante varios meses, la cual obliga a una separación temprana de la díada (Wahlberg, Affonso y Perssons, 1992) y por otro lado la escasa interacción entre ambos debido a la fragilidad del sistema sensoriomotor del prematuro. Esto último afecta la vinculación y el apego en las horas de visita (Kaplan y Sadock, 1999).

Cuanto mayor es el tiempo de separación entre madre e hijo a causa de la hospitalización de este último mayor es la adaptación de la madre a los cuidados como la alimentación y el cambio de pañales. En un primer momento estos cuidados quedan a cargo del personal de salud por lo cual las madres se pueden llegar a sentir impotentes y angustiadas.

Caso Clínico N° 1

Juan A. es un bebé prematuro de 1500 gramos y 35 semanas de gestación. Su permanencia en cuidados intensivos neonatal se debe a la inmadurez de sus pulmones. Juan A. muere dos días después de su nacimiento.

La mamá de Juan A. es María M. y el papá José C. María M. trabaja y también es ama de casa, José C estudia y trabaja. Ambos llevan siete años de noviazgo al momento de nacer Juan A. María M. se entera de que está embarazada el día en que dejó la casa paterna para irse a vivir con una amiga. Durante casi todo el embarazo María M. convive con esa amiga. Por su parte, José C continúa habitando la casa de sus padres quienes sufren de náuseas y problemas gastrointestinales desde que supieron la "buena nueva". Hasta los cinco meses de embarazo, la familia de José C. se niega a ver a María M. Dicen no querer verla hasta no tener asumido el embarazo. Mientras tanto María M. y José C. piensan en formar un hogar pero como no pueden comprar una vivienda por falta de recursos económicos solicitan la ayuda de sus padres. La ayuda financiera es dada por el padre de María M. y el terreno donde construir el apartamento es cedido por la madre de la misma. En cuanto a los padres de José C., éstos no aceptan compartir su terreno aduciendo que la joven pareja tiene que vivir sola. Finalmente comienza la construcción, en la terraza de la casa de la madre de María M.

Vale comentar que María M. tiene una relación conflictiva con su madre. Ella siente que es el "patito feo" de la familia y dice haber sido durante la adolescencia varias veces discriminada y acosada por su progenitora, a causa de sus graves problemas visuales que le impedían trabajar junto con su hermana y su madre como modista.

El día en que van a habitar el apartamento por primera vez, su primer día de licencia por maternidad, el primer día de ese último mes de embarazo en el que María M. dice que va a descansar, ese mismo día tiene fuertes contracciones y es llevada al hospital donde mediante cesárea viene

prematuramente al mundo Juan A. A los tres meses del fallecimiento del bebé, María M. y José C. contraen matrimonio "para renovar el amor" como dice ella y a los nueve meses tienen a su segunda hija. Flor nace con un problema visual congénito. María M. se muestra muy sobreprotectora con esta hija, que además es asmática. A lo largo de estos dos años, María M. queda embarazada de nuevo pero sufre un aborto espontáneo. Ella tiene muchas ganas de tener otro hijo pronto aunque comenta que su esposo no soporta cuidar a Flor y quiere irse del hogar.

Una anécdota que María M. cuenta de manera casual, lleva a pensar que hay en ella una necesidad de humanizar a este bebé que tan poco tiempo tuvo de vida, una necesidad de darle una personalidad, una subjetividad. Pareciera que María M. aún no termina de realizar el duelo por la muerte de su hijo. Dice: "Me enteré que hay un santo, San A., que le hacía la vida imposible a su mamá, que se llamaba M. (Santa M.) como yo. ¡Este A. era terrible como Juan A.!" La historia cuenta que Santa M. depositó en su hijo muchas esperanzas, *des espoirs infinis*, pero él se dirige hacia las pasiones carnales y las aventuras espirituales. San A. dejó su hogar como un hijo pródigo. Es claro como en los últimos meses de embarazo es cuando los padres comienzan una verdadera interacción con el hijo pero esta interacción suele verse interrumpida de manera abrupta en los nacimientos pretérmino.

En este caso clínico se puede apreciar la rivalidad entre madre e hija y a manera de espejo entre suegra y nuera. Según Mathelin (2001), los mitos y los cuentos relatan historias de mujeres jóvenes que se tornan estériles o que paren un monstruo debido a una maldición. Es común encontrar en los nacimientos prematuros historias de mujeres que han tenido malas relaciones con sus progenitoras destacándose que lo intransigente de la palabra materna no deja lugar al sujeto.

Una madre, una madrastra, una suegra (...) lanzan palabras mortíferas porque están celosas. (...) El niño será anormal o no será. En los tiempos de la Antigüedad, el mayor castigo que la ira de los Dioses desencadenaba sobre los hombres era la esterilidad. Se trata nada más y nada menos que de pagar una falta, una ofensa irreparable. (...) Al crecer, ella se torna una amenaza para la otra mujer que teme perder su lugar (Mathelin, 2001, p.141-142).

Por otro lado, los reiterados abortos y la necesidad de esta mujer de seguir dándole hijos a su esposo a pesar de que su matrimonio se está

derrumbando tienen una explicación psicoanalítica desde las similitudes con el mito de Medea en lo que respecta a la muerte y la obsesión por el hombre. María M. como Medea castiga a su esposo y se castiga ella cuando mata de manera inconciente a sus hijos.

De acuerdo con Casanova (2006):

Los hijos representan lo común que les queda, a él y a ella, y al matarlos toca doblemente, tanto a él como a sí misma. (...) casi se puede decir que en este punto busca unirse por última vez con su hombre, pero en un sufrimiento indecible (p.202).

Por lo tanto se puede decir que los embarazos-muerte en María M. (aborto, muerte prematura del hijo e hija con discapacidad como herida narcisista) son un síntoma, algo que retorna y mediante el cual el cuerpo habla mostrando que lo único que puede unir a la pareja es la desgracia.

Por otra parte, el psicoanálisis hace referencia al deseo de la mujer de ser completa. De acuerdo con Gamarnik (2005): “Esta fantasía sería la expresión de la actividad narcisista, satisfecha tanto por medio del embarazo como de un hijo. El embarazo, según esta postura, contrarresta la sensación de vacío y la preocupación de que el cuerpo sea incompleto” (p.55). Todo ser humano es un sujeto deseante, la madre desea un hijo desde la falta, desde la castración. Cuando el deseo no se satisface se vuelve queja y es en la queja donde la madre expresa que el otro (el padre) tiene que completarla, que llenar ese vacío como se ve en los dos casos presentados (Bustamante, 2006).

Caso Clínico N° 2

Lila es una bebé pretérmino de 1700 gramos y 36 semanas de gestación, hospitalizada en cuidados intensivos.

El segundo embarazo de Juanita es planeado y muy deseado, según comenta ella no podía quedar en embarazo debido a un hipertiroidismo⁴ que le fue detectado luego del nacimiento de su primera hija. A pesar de conocer los riesgos que corre si queda embarazada, Juanita quiere tener otro hijo. Argumenta: “...acepté porque mi hija quería un hermanito, ella pedía que se

⁴ Hiperfunción del tiroides. Las mujeres afectadas de hipertiroidismo presentan alteraciones menstruales (Sánchez, 1992).

lo trajera el Niño Dios.” Cuando se entera de que está embarazada, Juanita dice sentir mucha angustia y miedo por su propia salud.

El embarazo de Juanita transcurre sin complicaciones hasta los tres meses de gestación cuando tiene una amenaza de aborto por placenta previa⁵. Los médicos le informan que debe hacer reposo absoluto porque de lo contrario puede perder al bebé. A los siete meses de embarazo se le diagnostica preeclampsia⁶ y debe ser hospitalizada. Siente mucho miedo ya que ha tenido un aborto anteriormente y también ha dado a luz hace ocho años a un bebé que murió a las 36 horas de vida. Juanita permanece hospitalizada por un lapso de 20 días, el obstetra le informa la necesidad de adelantar el nacimiento del bebé.

La bebé lleva 20 días hospitalizada, Juanita afirma que llevarla a su casa es lo que más anhela en la vida y que: “...es muy bello el cuidado que hay que tener con estos bebés prematuros, se siente inseguridad cuando uno la tiene pero bien con lo que me enseñan las enfermeras y doctores”.

Observación N° 1:

La observación se realiza durante la primera visita de Juanita a su hija hospitalizada en Neonatología. La madre no tiene aún el alta obstétrica cuando va a ver a su bebé, un día después del parto. Juanita es acompañada por una enfermera hasta la incubadora donde se le proporciona una silla para que se siente. Se queda largo rato sentada allí, casi sin efectuar movimiento alguno, con la vista recorre todas las incubadoras de la sala donde se encuentran otros bebés pero no mira en ningún momento a su hija. Su rostro es inexpresivo. Luego baja la vista hacia sus manos las cuales comienza a frotar fuertemente. Permanece de esta manera durante un corto tiempo hasta que posa sus manos en la silla y se incorpora. Una vez de pie, hace un gesto con la cara: frunce sus ojos y su boca y se lleva la mano derecha hacia el vientre. Camina dos pasos hacia delante, gira su cabeza hacia la izquierda en dirección a la incubadora, mira a su bebé y luego comienza a caminar hasta la salida del servicio.

La observación dura aproximadamente 10 minutos, todo el tiempo que Juanita se queda en cuidados intensivos. Durante este lapso, la bebé

⁵ Implantación y desarrollo de la placenta en la zona de distensión del útero. Puede provocar hemorragias (Sánchez, 1992).

⁶ Es una enfermedad aguda, propia de la mujer embarazada, que aparece ordinariamente durante el último trimestre y se caracteriza por la presencia constante de hipertensión arterial (Sánchez, 1992).

permanece quieta y con los ojos cerrados. Tiene puesto en su mano derecha un sensómetro y se alimenta por sonda.

Observación N° 2:

La segunda observación se realiza a los 10 días de hospitalización de la bebé. Juanita ya tiene el alta obstétrica y suele pasar por el hospital dos veces al día para ver a su hija. Juanita está sentada en una silla con su hija en brazos. La bebé se encuentra prácticamente recostada sobre la falda de su madre, su cabeza está apoyada en el antebrazo izquierdo de Juanita. Lila tiene los ojos abiertos, mira a su madre fijamente y mueve sus piernas y brazos. De vez en cuando llora, Juanita la mece un poco sin cambiarla de posición, ni hablarle ni tocarla. Lila sigue alimentándose por sonda. Juanita no deja de observar a su hija con lágrimas en los ojos.

Durante esta observación que dura una media hora, no se ven grandes interacciones entre madre e hija, cada una parece estar en su propio “mundo”. El único contacto entre ambas es visual.

Observación N° 3:

La tercera y última observación también se realiza en la sala de cuidados intensivos, esta vez a los 18 días del nacimiento de la niña.

Juanita llega a la sala de incubadoras a las 2:30 horas de la tarde. En la sala se encuentran 4 madres más dándoles de mamar a sus bebés y dos enfermeras. Juanita se para al lado de la incubadora donde se encuentra su hija, ésta ya sin sonda. La observa durante un buen rato. La bebé está despierta, mueve sus miembros superiores e inferiores en forma desordenada. Juanita mira a la enfermera que se encuentra en la sala, ésta se dirige rápido hacia ella, abre la incubadora y saca a la niña. Luego la envuelve en una cobija. La enfermera le entrega a Juanita su hija, Juanita sonrío, mira a su bebé y le habla cerca del oído. Después se sienta en una silla, acomoda a la niña sobre su brazo izquierdo, sosteniéndola con ese brazo y teniéndola “abdomen con abdomen”. Pone su pecho izquierdo en la boca de la niña y lo presiona con su mano derecha. Juanita observa a su hija, sonrío y le habla. Luego retira la mano del seno para cubrir a su hija con la cobija que se estaba cayendo. Lila mueve la mano izquierda llevándola sobre su cara y dejándola caer sobre el pecho de su madre. Juanita acaricia la cara de su hija con la mano derecha una y otra vez, pasa uno de sus dedos por las mejillas de la niña. Luego retira el pezón de la boca de Lila y la cambia de posición, la

acomoda sobre su brazo derecho y le pone el pecho derecho en la boca. La bebé comienza a succionar. Juanita acaricia con la mano derecha las piernas de la niña de abajo hacia arriba. La bebé sigue mamando y mueve los pies. La niña se queda dormida, Juanita retira el pezón de su boca y la mece.

En lo que respecta a este caso clínico, se puede decir que en tanto el bebé imaginario no se parece al bebé del embarazo ni al de la realidad hay una confrontación de la madre con este sujeto que desconoce. Según Soulé (1970), esto se produce cuando ve por primera vez al hijo. Es en parte por ello que a Juanita se le dificultan los primeros acercamientos y el contacto más próximo con su hija. Por otro lado, es probable que al no haber podido completar el embarazo la madre no haya desarrollado la preocupación maternal primaria de la que da cuenta Winnicott (1947). Se trata de un fenómeno psicológico que acontece progresivamente en la madre hasta alcanzar su mayor grado de intensidad durante el último trimestre del embarazo y permaneciendo hasta unas semanas después del nacimiento del niño. Se trata de un ensimismamiento, de una disociación comparable a un episodio esquizoide en el cual la madre debe ser capaz de alcanzar un grado de hipersensibilidad para con su hijo y así proporcionarle las condiciones necesarias para que pueda desarrollar sus tendencias evolutivas.

Con este caso también se puede ver que en la díada madre-recién nacido predomina el lenguaje no verbal: la sonrisa, la forma de sostener y de ser sostenido, el tacto y la mirada siendo estas últimas unas de las principales maneras de comunicarse (Spitz, 1965).

La mirada mutua despierta sentimientos intensos en ambos miembros de la díada aunque como el caso lo muestra es necesario un tiempo antes de lograr esta interacción. Oberman (2001) afirma: “Y esta conducta visual del bebe hacia la madre, permite que ella comience a humanizarlo” (p.68).

En cuanto a la comunicación no verbal por medio del contacto o tacto es importante destacar que, según Montagu (1979), en la matriz el feto ha sido el recipiente de las comunicaciones táctiles desde sus días más tempranos.

Estas comunicaciones se intensifican al máximo durante el nacimiento para luego dar inicio a un diálogo entre la madre y el bebé que marca el comienzo del proceso de socialización. La base temprana de la comunicación parece estar relacionada con la lactancia materna. La fijación de los ojos del niño en la cara de la madre sugiere que la situación de amamantamiento

puede ser un diálogo interpersonal con implicaciones para un desarrollo óptimo de comunicación.

A su vez, la postura de la madre también forma parte de la interacción expresando la actitud mental y afectiva de la misma, su tensión o distensión. De acuerdo con Lebovici (1985) la madre sostiene en sus brazos al menos tres niños: el bebé imaginado durante su embarazo, el hijo de sus fantasías y el bebé real.

Conclusiones

A modo de conclusión se enfatiza la importancia de la ayuda y el apoyo que el personal de psicología debe brindar a las madres de los bebés pretérmino hospitalizados para elaborar su maternidad, construir el instinto maternal y desarrollar su maternalización. A estas madres se les dificulta descubrir a sus hijos, conocerlos, acercarse a ellos ya que están frente a la inminencia constante resultado de la situación médica del hijo y a la vez atravesando su propio duelo, el duelo por el embarazo que no pudieron completar.

La labor psicológica debe encaminarse hacia la reparación del daño es decir la separación repentina entre madre e hijo. Lo esencial es no intentar suprimir el sufrimiento o forzar el vínculo inicial sino reelaborar el trauma para así mejorar la interacción con el niño, aumentar la autoestima y mermar el rechazo y el conflicto que le produce a la madre encontrarse frente al bebé real que es muy diferente al imaginado durante el embarazo. También es necesario tener en cuenta que en ocasiones ese bebé de la realidad a pesar de ser sinónimo de vida por su nacimiento puede llegar a fallecer lo cual implica para el personal de salud mental el inicio de la asistencia al duelo.

Referencias

- Brazelton, T. (1973). Neonatal behavioral assessment, *Nat. Spactics Society Monograph Clinics in Developmental Medicine*, 50, Londres: William Heineman & Sons.
- Casanova, C. (2006). Medea o la radicalidad del deseo. *Desde el Jardín de Freud*, 6, Bogotá.
- Fanaroff, J. (2001). Bebé prematuro. *Department of Pediatrics, Rainbow Babies and Children's hospital, Case Western Reserve University, Cleveland, OH. Review provided by VeriMed Healthcare Network*. En línea www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001562.htm.
- Freud, S. (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu, obras completas XX.

- Gamarnik, Y (2005). *El apego en proceso. Aportes desde el advenimiento complejo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kaplan, H. y Sadock, B.(1999). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: ArtMed.
- Lacan, J. (1984). *Les complexes familiaux en pathologie*, París: Nava.ren
- Lebovici, S. (1985). *El lactante, su madre y el psicoanalista*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Martin Memorial Health Systems Inc – MMHS. (2002). *El Recién nacido de alto riesgo y la prematuridad*. Disponible en www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/hrnewborn/prematur.htm
- Mathelin, C. (2001). *La sonrisa de la Gioconda: Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés...Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Sánchez, F. (1992). Alto riesgo obstétrico. *Bogotá: Empresa editorial, Universidad Nacional de Colombia*,
- Soulé, M. (1970). *L'enfant et son corps*. Paris: P.U.F.
- Spitz, R. (1958). *El primer año de vida del niño*. Madrid, Aguilar.
- Wahlberg, V., Affonso, D. y Perssons, B. (1992). A retrospective comparative study using the kangaroo method as a complement to standard incubator care. *European Journal of Public Health*, 2 (1), 34-37.

(Recibido el 27 de Abril de 2009 – Aceptado el 06 de Julio de 2009)