



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**La llegada a un mundo en el que me miran con
preocupación y desde lejos:
Establecimiento del vínculo maternofilial en la Unidad
de Cuidados Intensivos Neonatales.**

Autor/a: Sofía Goñi Dengra

Director/a: María Vega Sanz

Madrid

2022/2023

Índice

Marco teórico	4
La prematuridad y las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales	6
Establecimiento del vínculo	8
Vínculo maternofetal.....	8
Vínculo maternofilial	9
Representaciones maternas del vínculo con el bebé	12
Interacciones madre-bebé.....	13
Vínculo maternofilial y prematuridad	14
Impacto de la prematuridad en las representaciones maternas del vínculo.....	14
Impacto de la prematuridad en la calidad de las interacciones mamá – bebé.....	16
Consecuencias de la alteración del vínculo maternofilial	19
Resiliencia	20
Discusión.....	21
Referencias	25
ANEXO.....	33

Marco teórico

Cada año nacen en el mundo 15 millones de bebés prematuros, siendo a nivel mundial la causa principal de mortalidad en los menores de 5 años (OMS, 2022). El nacimiento de un bebé antes de la semana 37 supone un nacimiento pretérmino o prematuro del bebé (Vogel et al., 2018). Este tipo de nacimientos presenta un sistema de clasificación en función de las semanas gestacionales. Se identifican los prematuros extremos (nacidos antes de las 28 semanas de gestación, <1.000 gr), los muy prematuros (nacidos entre la semana 28 y 31 de gestación, <1.499 gr), los prematuros moderados (nacidos entre la semana 32 y 36 de gestación, <2.499 gr), entre los que se encuentran los prematuros tardíos (nacidos entre la semana 34 y 36 de gestación) (OMS, 2022).

Un nacimiento prematuro puede darse de forma espontánea o puede ser inducido por el equipo médico (Tascón et al., 2016). Por un lado, en el caso de nacimientos prematuros espontáneos, algunas de las causas son: gestaciones múltiples, edad materna (<20 años o >35 años), estrés, tabaquismo y anomalías congénitas en el bebé (Ginovart, 2020; Tascón et al., 2016). Por otro lado, en el caso de parto prematuro inducido, algunas de las causas son: embarazos múltiples, infecciones, sangrados, sufrimiento fetal y restricción del crecimiento intrauterino (Tascón et al., 2016). A pesar de esto, la mayoría de los partos prematuros no pueden ser asociados a una causa conocida (Ginovart, 2020; Tascón et al., 2016)

Debido a los avances en la atención prenatal y neonatal, la tasa de supervivencia de los bebés prematuros ha mejorado significativamente (Rysavy et al., 2015). Aun así, el nacimiento prematuro impacta en diferentes áreas del desarrollo: dificultades biológicas y físicas, como alteraciones en la función respiratoria (Cifuentes, 2023); retrasos cognitivos (Flórez y Cano, 2016); retrasos en el lenguaje (Ballantyne et al., 2016), y problemas de conducta (Scott et al., 2012), aspectos que a su vez impactan en el desarrollo escolar del niño (Roberts et al., 2011). Los factores que los estudios concluyen que guardan una relación directa con algunas de estas consecuencias se nombran a continuación. En primer lugar, se han identificado como factores de riesgo de los problemas de conducta en niños prematuros no solo su edad gestacional y ciertas complicaciones médicas (Downey et al., 2015), sino también las interacciones cuidadores-bebé, las exposiciones sensoriales aversivas y la exposición al dolor (Church

et al., 2020). Es más, la exposición del prematuro al dolor altera aspectos tan diversos como la atención, el temperamento, respuestas de estrés, entre otras (Valeri et al., 2015).

En segundo lugar, ciertos estudios han identificado el mero ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (en adelante, UCIN) como un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en el lenguaje (Ballantyne et al., 2016). Efectivamente, el entorno de la UCIN es un factor muy importante en la explicación subyacente a las consecuencias que tiene la prematuridad en el desarrollo del niño. Al fin y al cabo, la prematuridad implica una separación temprana de la diada madre-bebé, y el desarrollo de sus primeras interacciones en el contexto de la UCIN con los factores de amenaza que ello supone (Forcada-Guex et al., 2011). Entre ellos, la distancia físicas, procedimientos dolorosos, equipamientos sanitarios intrusivos, y una escasa participación materna en el cuidado del bebé (Forcada-Guex et al., 2011). Este conjunto de variables, además, suponen una acumulación de peligros para el desarrollo de calidad del vínculo maternofilial (Forcada-Guex et al., 2011). Será en esta consecuencia de la prematuridad y las UCINs en la que se centrará el presente trabajo. La Clasificación Diagnóstica de Salud Mental y Trastornos del Desarrollo de la Infancia y la Temprana Infancia (Zero to Three, 2005) de la Asociación Americana de Psicología permite diagnosticar un desorden en el vínculo maternofilial que se puede definir como una alteración en la capacidad materna de responder emocionalmente a su bebé durante sus interacciones tempranas a lo largo del primer año del postparto (Palacios, 2016).

Destaca, sin embargo, lo que ciertos estudios documentan sobre la evolución de la calidad del vínculo en los meses postparto, mostrando que este alcanza niveles de calidad equiparables al de las diadas madre bebé nacidas a término (Korja et al., 2010). Es más, la implementación de programas de intervención como el modelo Family Integrated Care (FiCare; Franck y O'Brien, 2019) en las UCINs obtiene resultados favorables en el desarrollo del bebé prematuro (Church et al., 2020; Moe et al., 2022) y del vínculo maternofilial (O'Brien et al., 2018). Esta capacidad de superación de la adversidad esta haciendo referencia a un proceso de resiliencia individual y de los vínculos (Berástegui y Pitillas, 2021). Por ello, enfocar los esfuerzos en potenciar esta resiliencia desde una mirada ecológica hacia el desarrollo del vínculo, podrá generar un impacto positivo en diferentes niveles del funcionamiento individual y familiar (Berástegui y Pitillas, 2021).

La prematuridad y las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales

Entrar en una UCIN significa entrar en un espacio repleto de tecnología y equipo humano que conjuntamente buscan “convertir en milagro la viabilidad del feto” (Cortada, 2020, p.11). Se trata de un espacio repleto de incubadoras que buscan la regulación del clima, de pantallas con muchos gráficos y números, motores como fuente de oxígeno, etc. En cuya aglomeración tecnológica se pierde de vista al bebé. Es común, por ejemplo, encontrar las incubadoras cubiertas por fundas o los ojos de los bebés tapados por antifaces atendiendo a la inmadurez de sus párpados (Vicente, 2020).

El ingreso en una UCIN puede producirse cuando un bebé nace con un diagnóstico de malformación fetal, infección congénita, patologías inmunohematológicas o sepsis, entre otras (Ginovart, 2020; Vicente, 2020). Una de las importantes causas que llevan a un bebé a ser ingresado en una UCIN es un nacimiento prematuro implicando un bajo peso al nacer, y es en esta adversidad en la que se centrará el presente trabajo.

Llegar al mundo prematuramente implica un estado inmaduro de los órganos y sistemas fisiológicos (control de la temperatura, metabolismos, digestión, respiración, etc.) generando una mayor vulnerabilidad al desarrollo de enfermedades y una mayor sensibilidad a la luz, ruido y otros agentes externos (Cruz et al., 2013; Oliveros y Chirinos, 2008). Por ejemplo, aquellos bebés que nacen entre la semana 24 o 25 de gestación tienen un cerebro que no se ha desarrollado lo suficiente, por lo que el ambiente en el que se encuentre el bebé será clave para que su cerebro pueda recibir la estimulación suficiente para terminar su desarrollo (Tarragó, 2020).

Debido a estas consecuencias amenazantes que conlleva un nacimiento prematuro para la salud del bebé, la atención médica inmediata se convierte en fundamental (Berger y Thomson, 1997). El ingreso del bebé y su familia en la UCIN permite que se les atienda en diferentes áreas: medicina fetal, el nacimiento, la recién maternidad, abordaje de cualquier complicación médica y atención quirúrgica, así como programas de seguimiento (Hospital Universitario La Paz, s.f.).

Sin embargo, para un bebé pretérmino su único reto no es sobrevivir a partir de esta temprana atención médica, sino también enfrentarse a un entorno con unas condiciones

lumínicas, sonoras estresantes, así como a una exposición al dolor y a la separación de sus padres (Sanders y Hall, 2018). Al fin y al cabo, el entorno en una UCIN no es un entorno natural sino más bien artificial que intenta imitar condiciones intrauterinas pero que no siempre es posible pues en un entorno hospitalario siempre habrá una fuente lumínica activada, no existen claros ciclos de día-noche, además, siempre habrá estímulos sonoros provenientes de los ruidos de los monitores o de la propia incubadora (Tarragó, 2020). Este cúmulo de factores es vivido como estresante por el sistema nervioso inmaduro del bebé teniendo una repercusión en su desarrollo a corto y largo plazo, especialmente si no hay un cuidador disponible para regular al bebé en estos niveles de estrés (Sanders y Hall, 2018; Vicente, 2020).

Estos altos y crónicos estados de estrés conllevan una hiporesponsividad en el bebé prematuro que, si bien es adaptativa para proteger a su cerebro inmaduro del sobre estimulante entorno de la UCIN, resulta perjudicial para su involucración activa en las interacciones madre-bebé (Sanders y Hall, 2018). Sus pautas de conducta difíciles de interpretar y comprender (Tarragó, 2020), así como sus características alteraciones del sueño (Tarragó, 2020; Vicente, 2020) inciden en la desregulación de su conducta haciendo que se dificulte la interacción de los padres con ellos. Es más, esta hiporeactividad del bebé se traduce en una desconexión conductual con el entorno que los cuidadores interpretan como un rechazo por su parte (Tarragó, 2020), una interpretación que obstaculiza la vinculación maternofilial (Pitillas, 2022).

Por lo tanto, estas condiciones a las que la UCIN enfrenta al bebé prematuro y la forma en la que impactan en su comportamiento conforman uno de los factores que influyen de forma crítica en el escenario en el que la madre desarrolla la vinculación con su bebé (Tarragó, 2020). Es por ello, por lo que se hace tan necesario el cuidado de los factores protectores de este vínculo desde el contexto de la UCIN. La diada madre-bebé necesita encontrarse en un espacio que favorezca la participación de la madre en los cuidados y la regulación del recién nacido, y, consecuentemente, el establecimiento del vínculo (O'Brien et al., 2018).

El vínculo que una madre establece con su bebé es el resultado de una conjunto de variables que se ponen en juego incluso desde antes de que el bebé llegue a los brazos de su madre, es decir, desde el momento en el que la madre empieza a imaginar a su bebé

(Stern, 1997). A continuación, para poder comprender como el nacimiento prematuro del bebé impacta en el desarrollo y en la calidad de este vínculo, se procederá a revisar cuáles son estas variables y cómo interaccionan entre ellas.

Establecimiento del vínculo

Vínculo materno-fetal

El vínculo materno-fetal es un constructo que hace referencia a la conexión emocional que la madre embarazada establece con su feto (Salisbury, 2003). Esta conexión se traduce en un conjunto de cogniciones (o representaciones), sentimientos (e.g. sensación de la vulnerabilidad del feto, y deseos y responsabilidad por cuidar al feto) y de conductas que muestran compromiso con el cuidado del feto (adopción de conductas saludables, acariciar el vientre, comprar ropa para el bebé, etc.) (Salisbury, 2003).

Cuando el bebé es concebido y el embarazo se desarrolla en su primer trimestre, la madre inicia una vinculación con la idea de estar embarazada (Rubin, 1976). La aceptación o el rechazo de esta idea se basa en la compatibilidad con la propia imagen de su cuerpo, de sí misma y de su yo ideal (Rubin, 1976); y será fundamental para dar pie a la construcción del vínculo materno-fetal (Rubin, 1976).

Bowlby (1982) consideraba indispensable, en la construcción del vínculo con el bebé, la interacción bidireccional entre la madre y su hijo, un elemento que no se da cuando el hijo es todavía un feto. Por ello, la construcción del vínculo materno-fetal se sustenta sobre las representaciones cognitivas de la madre sobre el feto (Rubin, 1976). Estas representaciones incluyen escenarios imaginados que comparte con su bebé, así como aspectos físicos y emocionales que le atribuye (Rubin, 1976). Stern (1997) acuñó el término de representaciones maternas para hacer referencia a la percepción que la madre tiene sobre el *self* (sí mismo), el otro (bebé) y la interacción entre ellos. Estas representaciones, que incluyen expectativas, miedos, fantasías, esperanzas, recuerdos de la propia infancia y modelos parentales, pueden influenciar la relación con su propio hijo (Cabral y Levandowski, 2011).

En el segundo trimestre del embarazo, la madre empieza a percibir movimientos del feto en su útero, lo que se denomina presencia de la otredad, la sensación de guardar vida el

interior (Rubin, 1976). De repente la pronta llegada de un bebé se convierte en un acontecimiento más real y evidente (Stern, 1997). Además, los niveles de estrógenos y progesterona en la madre se elevan aumentando la sensación de vitalidad y bienestar (Figuro-Ruiz, 2006; Rubin, 1976); la sociedad le devuelve una valoración positiva de su apariencia y conducta; ella se siente bien con una imagen corporal, una imagen de sí misma y una imagen de su yo ideal que se unifican en un “todo” armonioso (Rubin, 1976). Este sentimiento de amor propio se asocia y atribuye al bebé que lleva dentro fortaleciendo la conexión emocional con él (Rubin, 1976). En consecuencia, la especificidad, riqueza y cantidad de las representaciones del futuro bebé aumentan velozmente hasta llegar al séptimo mes (Ammaniti, 1991).

En el tercer trimestre de gestación las representaciones del bebé van perdiendo gradualmente especificidad y riqueza hasta llegar al punto de ir desapareciendo (Stern, 1997). Esto se debe a que la madre está renunciando a las representaciones más optimistas de su bebé como estrategia defensiva ante la potencial desilusión que conlleven las discrepancias entre las características del bebé real y las del bebé representado (Stern, 1997). En el caso de un nacimiento a término, cuando el bebé ya ha nacido, la madre vuelve a desarrollar un mundo representacional sobre quién es su bebé y quién llegará a ser. En este momento, las representaciones estarán construidas a partir de las características reales del bebé, como su temperamento o sexo, y sus características como madre (Stern, 1997). De esta forma, el ajuste de las representaciones a la realidad estará más logrado.

Los estudios demuestran que hay una correlación positiva entre la vinculación materno-fetal y la vinculación materno-filial (Siddiqui y Hägglöf, 2000), siendo el primero un predictor del grado de responsividad (Shin et al., 2006) y de sensibilidad (Alvarenga, 2013) de la madre hacia su bebé, dos constructos esenciales en la vinculación materno-filial como se explicará en el siguiente apartado.

Vínculo materno-filial

Brockington (2004) considera que el proceso en el que se establece la relación entre la madre y el bebé después del parto es uno de los procesos psicológicos del postparto más importante.

El sistema comportamental del vínculo se denomina sistema de cuidados (Bowlby, 1982). Bowlby (1982) adoptó el concepto de “sistema comportamental” a partir de los estudios de la etología para hacer referencia a un sistema de comportamientos específico de la especie cuya activación conlleva la proximidad del progenitor y su bebé, la protección del bebé y la contribución a la aptitud reproductiva de los padres (Cassidy, 2000).

El Sistema de Cuidados engloba la capacidad de mostrar disposición y apertura a la interacción con el bebé, de percibir satisfacción y disfrute en la misma, de empatizar con el bebé, de regular durante la interacción los propios estados de ánimo, así como los del bebé, o de dotar de sentido la propia vivencia de maternidad e integrarla en la identidad (Hughes y Baylin, 2012; Pitillas, 2021). Si bien tiene un fundamento biológico, este sistema no es enteramente innato, sino que se adapta a los cambios del entorno, las decisiones y el aprendizaje de los cuidadores (George y Solomon, 1999). Es por ello por lo que se pueden encontrar diferencias individuales en los sistemas de cuidados, lejos de tratarse de comportamientos pasivos y mecánicos (Cassidy, 2000).

Uno de los aspectos que puede explicar estas diferencias es el propio estilo de apego de la madre con sus figuras de apego. Bowlby (1979) afirmaba que un estilo de apego seguro en la infancia facilita la adaptación a la maternidad o paternidad de la persona. En las interacciones y relaciones tempranas los bebés aprenden lo que significa su papel como bebés en una relación, pero también aprenden lo que significa ser un cuidador (Sroufe y Fleeson, 1986). La crianza brinda a los padres un escenario en el que recordar experiencias previas (Pitillas, 2021). En la relación con el niño, la madre con una historia de cuidados suficientemente segura reconectará con estas experiencias seguras (Pitillas, 2021). Mientras que, en la madre con experiencias tempranas de cuidado aversivas, se puede dar una reexperimentación postraumática que le lleve a responder de forma defensiva y dañina para el hijo en la interacción con él. Consecuentemente, el hijo incorpora un guión interno que estructura sus formas de interpretar la conducta de los demás, de interactuar y de protegerse (Pitillas, 2021). Esto es lo que se conoce como la transmisión intergeneracional del trauma (Siegel, 1999).

Sin embargo, son varios los factores que determinarán la capacidad del cuidador para desarrollar un sistema de cuidados apropiado superando la reexperimentación emocional traumatizante que les genera la crianza (Pitillas, 2021). Estos factores son el tipo de experiencias tempranas que prevalecen, el nivel de seguridad que transmite el entorno en

el que el adulto ejerce su rol de cuidador, o la forma en la que el adulto reflexiona sobre estas experiencias de cuidado tempranas e integra en su rol de cuidador (Pitillas, 2021). Cabe preguntarse, por tanto, cómo interviene en este proceso la resiliencia de la persona para no prolongar esta transmisión intergeneracional del trauma a través de los cuidados. Los autores han identificado que cuando las experiencias tempranas de apego no son congruentes con las representaciones que ha desarrollado la persona como adulto (por ejemplo, cuando un adulto a pesar de haber vivido una infancia con experiencias negativas en sus relaciones con sus figuras de apego, desarrolla representaciones del vínculo seguras), el vínculo que este desarrolla con su propia descendencia está más relacionado con sus representaciones que con sus experiencias tempranas (Pearson et al., 1994).

Promover esta resiliencia en las representaciones del vínculo en el adulto es el objetivo de las terapias centradas en el vínculo y en las diadas cuidadores-hijos (Pitillas, 2021). Desde este enfoque de intervención, los esfuerzos van dirigidos a facilitar en los cuidadores un marco de seguridad, es decir, dinámicas relacionales potencialmente restauradoras de la seguridad en estos padres, a partir del vínculo terapéutico (Pitillas, 2021). De esta forma, el cuidador podrá, entre otras cosas, modificar sus percepciones relativas a su hijo, explorar diferentes perspectivas y prácticas de crianza, e incluso revisar su pasado y cómo este influencia su manera de ser madre/padre (Pitillas, 2021); es decir, reducir el impacto de la experiencia traumática no resuelta de los cuidadores en sus representaciones del vínculo (Pitillas, 2021). Así mismo, se puede trabajar con lo que los autores denominan la memoria amable (Pitillas y Berástegui, 2018). Esto es, recuperar en la narrativa autobiográfica los recuerdos de episodios de seguridad en las relaciones tempranas, poniéndolos en relación con la presente experiencia vincular con su hijo (Pitillas, 2021).

Sea como sea la historia de apego desde la que llegue el adulto a la vinculación con su hijo, son dos, por tanto, las dimensiones fundamentales que toman un papel importante en la construcción del vínculo maternofilial (Bowlby, 1982): las representaciones maternas del vínculo con el bebé (pensamientos) y las interacciones madre-bebé (comportamientos). A continuación, se procederá a revisar cómo estas dos dimensiones interactúan para lograr el establecimiento del vínculo de la mamá con su bebé.

Representaciones maternas del vínculo con el bebé

Respecto a la primera dimensión conceptualizada en el sistema de cuidados, es fundamental conocer la construcción representacional de la madre sobre su experiencia como cuidadora y sobre su bebé como sujeto de cuidado (Solomon y George, 1996).

Sin embargo, existe una descoordinación bibliográfica sobre la forma de entender y por tanto de evaluar esta variable. Algunos estudios (e.g. Madigan et al., 2007; Pederson et al., 1998) utilizan la Entrevista del Apego Adulto (George, et al., 1996) para evaluar las representaciones maternas del vínculo en relación a la propia infancia del adulto (Hesse, 1999). Sin embargo, esto no permite evaluar las representaciones del vínculo en relación al hijo y cómo ciertos eventos, como la prematuridad, pueden afectarlo (Borghini et al., 2006). Otros estudios utilizan “The Working Model of the Child Interview” (WMCI) (e.g Borghini et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2011; Meijssen et al., 2011) desarrollado por Zeanah y Benoit (1995) para evaluar las representaciones parentales del vínculo hacia el hijo, entendiendo esta variable como la experiencia interna y subjetiva que tiene la madre sobre su relación con su hijo. Es importante tener en cuenta que la historia de apego del adulto es un elemento fundamental, pero no el único, en el vínculo maternofilial (Palacios, 2016).

A partir de esta herramienta de evaluación, se clasifican las representaciones maternas del vínculo hacia su hijo en tres categorías: balanceadas (seguras), desconectadas y distorsionadas (ambas inseguras). Las representaciones maternas del vínculo balanceadas se distinguen por narrativas que demuestran ser coherentes, detalladas, abiertas al cambio, y que da la sensación de que la madre está inmersa en la relación con su bebé (Meijssen et al., 2011). Sin embargo, una madre con una representación del vínculo con su hijo desconectada (“disengaged”) muestran una distancia emocional hacia su bebé, incluso pudiendo expresar aversión hacia él, con una narrativa exenta de involucración emocional en la relación y falta de motivación para cambiar su representación del vínculo (Meijssen et al., 2011). Por último, las representaciones distorsionadas caracterizan a las madres con una mayor involucración y una narrativa elaborada, pero las descripciones de sus bebés son incoherentes, confusas o contradictorias (Meijssen et al., 2011). Las madres con representaciones distorsionadas pueden sentirse ansiosas y sobrepasadas por el bebé y pueden incluso percibir a su bebé como un adulto o un colega (Meijssen et al., 2011).

Diversos autores (Bowlby, 1982; Sokolowski et al., 2007; Stern, 1997) han propuesto que las representaciones maternas del vínculo con el bebé guían el comportamiento materno en las interacciones de cuidado. Existe, por tanto, un círculo subyacente de influencia recíproca entre las interacciones y las representaciones maternas del vínculo, los dos componentes del vínculo maternofilial. Cuando la madre concibe una experiencia subjetiva positiva hacia el bebé, ocurre también una influencia positiva en la calidad de la interacción madre-bebé (Korja et al., 2010).

Interacciones madre-bebé

Ainsworth (1969) introdujo una descripción extensa y detallada sobre los componentes de la respuesta parental a las necesidades de los hijos. A través de la Escala de Cuidado Materno (Ainsworth, 1969), conceptualizó los cuatro componentes nucleares de la responsividad parental en forma de dimensiones que varían entre dos polos de un continuo: la cooperación frente a la interferencia, la sensibilidad a las señales del bebé frente a la insensibilidad, la aceptación de las necesidades del bebé frente al rechazo, y la disponibilidad física y psicológica frente a la ignorancia y el descuido (Ainsworth, 1969). El punto en el que el cuidador se encuentre en cada una de estas dimensiones representará la calidad de la responsividad parental (Halty y Berástegui, 2021).

La sensibilidad, si bien Ainsworth la conceptualizó como una dimensión del constructo, se ha utilizado de forma habitual para hacer referencia al constructo global y no a la dimensión (Halty y Berastegui, 2021). La sensibilidad se ha definido como la capacidad de la madre para darse cuenta e interpretar de forma precisa las señales y los mensajes implícitos en el comportamiento de su hijo (Ainsworth, 1969); y, partiendo de esta comprensión, dar una respuesta pronta que ofrezca al bebé la percepción de control sobre el entorno, y adecuada en términos de idoneidad, completitud y adecuación/intensidad de la respuesta (Ainsworth, 1969).

A modo de resumen, el vínculo que una madre desarrolla con su bebé se trata de una conexión emocional, cognitiva y comportamental que comienza a gestarse en el momento en el que el bebé es concebido (Salisbury, 2003). El vínculo maternofetal se desarrolla y va transformándose, respondiendo a las diferentes etapas gestacionales, las operaciones defensivas de la madre, y las diversas experiencias que la gestante va viviendo en relación a su embarazo, aspectos que van dando forma a las representaciones maternas

subyacentes al vínculo con el feto (Rubin, 1976; Stern, 1997). Una vez que el bebé nace, las representaciones maternas del vínculo y del bebé, así como la calidad de las interacciones de la diada en términos de responsividad y sensibilidad, se ajustan a la realidad dando lugar al establecimiento del vínculo materno-filial (Stern, 1997).

No obstante, la prematuridad supone un desafío para el desarrollo aquí ilustrado (Tarragó, 2020), lo que justifica la necesidad de explorar con mayor profundidad el impacto de esta adversidad en el establecimiento del vínculo materno-filial.

Vínculo materno-filial y prematuridad

El bebé prematuro nace con una interrupción considerable de su desarrollo y llega a los brazos de una madre cuyo mundo representacional tampoco ha culminado su curso natural (Stern, 1997). Esta falta de correspondencia entre el bebé imaginado y su bebé real generan sentimientos que se interponen en las funciones maternas (Forcada-Guex et al., 2011). La madre siente a este bebé como decepcionante, no ha sido capaz de culminar un embarazo de 9 meses ni de dar a luz a un bebé sano (Tarragó, 2020). No puede percibir su rol como madre con un bebé al cual no puede sostener entre sus brazos, que no se relaciona con ella de forma esperable, que no la mira y que no puede tranquilizar (Tarragó, 2020).

Las situaciones que generan en la madre sensaciones de impotencia, que le hacen percibir que es incapaz de proteger al bebé, pueden provocar la desorganización del Sistema de Cuidados impactando tanto en la calidad de las representaciones maternas del vínculo como en la calidad de la interacción de la diada madre-bebé (Forcada-Guex et al., 2011; Solomon y George, 1996).

Impacto de la prematuridad en las representaciones maternas del vínculo

Borghini et al (2006) evaluó las representaciones maternas del vínculo a través de la entrevista semiestructurada “The Working Model of the Child Interview” y encontró que tanto a los 6 meses como a los 18 meses del nacimiento las madres de bebés a término habían desarrollado más representaciones balanceadas que las de bebés prematuros. A los 6 meses, las madres de bebés prematuros de alto riesgo tenían mayoritariamente representaciones distorsionadas, que evolucionaban hacia representaciones balanceadas

en su mayoría; mientras que las de bebés prematuros de bajo riesgo tenían mayoritariamente representaciones desvinculadas (Borghini et al., 2006). La explicación que dieron los autores se basa en la gravedad de los riesgos postnatales. Los bebés con un cuadro de salud más grave generaban en los padres una mayor preocupación haciendo que sientan una mayor necesidad de acompañar a su bebé durante la hospitalización (Borghini et al., 2006). Esta mayor involucración en los cuidados del bebé repercutía a su vez en la percepción de desbordamiento y, por tanto, en el desarrollo de representaciones distorsionadas de la relación con el bebé (Borghini et al., 2016). En cambio, los padres de bebés prematuros de bajo riesgo mostraban una mayor confianza en el progreso del bebé, lo que paradójicamente disminuía la calidad e intensidad del vínculo con su bebé (Borghini et al., 2016).

En resumen, la activación emocional que generan las complicaciones en la salud del bebé es un factor potenciador de la implicación parental en el sistema de cuidados, incluso viéndose aumentado el riesgo de desarrollar representaciones distorsionadas, preocupadas o confusas hacia el bebé o hacia el vínculo (Borghini et al., 2016). Otros estudios como el de Beckwith y Cohen (1978) también concluyeron que la atención de las madres hacia sus bebés prematuros de 1 mes de edad es mayor cuanto más graves sean los resultados médicos neonatales.

Sin embargo, otros autores aportaron nuevas variables mediadoras entre la prematuridad y las alteraciones en el vínculo. Coppola et al. (2007) concluyeron que no es la prematuridad en sí misma la que tiene un efecto negativo en el sistema de cuidados que desarrolla la madre, sino que el efecto negativo sucede cuando el nacimiento prematuro del bebé se combina con las propias representaciones de apego no seguras en la madre. De esta forma, observaron que las madres con representaciones seguras de sus historias de apego eran capaces de aumentar su sensibilidad en la relación con un bebé en riesgo, con un temperamento difícil y con dificultades para participar en la interacción. En cambio, la sensibilidad de las madres con una representación insegura era mucho menor en la misma desafiante y estresante situación (Coppola et al., 2007).

Esto sucede ya que la madre con una representación segura de su historia de apego afronta el demandante cuidado de un bebé prematuro emocionalmente libre de sus experiencias de apego pasadas y con una representación de su infancia balanceada, coherente y

significativa (Coppola et al., 2007). Por lo tanto, es capaz de relacionarse de una forma sensible con su bebé prematuro adaptándose a sus necesidades y peculiaridades (Coppola et al., 2007). En cambio, una madre con una historia de apego inseguro necesita preservar su representación del apego defensiva (Main et al., 1985). En consecuencia, la información relativa al vínculo presente con su bebé se procesará de una forma distorsionada, generando déficits en su capacidad de ser sensible en la interacción con él (Main et al., 1985).

Impacto de la prematuridad en la calidad de las interacciones mamá – bebé

La responsividad materna es un componente fundamental para el desarrollo del vínculo seguro entre la madre y el bebé (De Wolff y van Ijzendoorn, 1997). Una llegada prematura del bebé puede repercutir negativamente en la responsividad, y, por lo tanto, de manera indirecta en la calidad del vínculo (Amankwaa et al. 2007; Zelkowitz et al. 2007).

Otra variable de la interacción de la diada madre-bebé que se ha estudiado en el contexto de la prematuridad es la sensibilidad (e.g. Forcada-Guex et al., 2006). Los estudios observan que la sensibilidad de la madre al interactuar con el bebé prematuro es menor que en madres con bebés nacidos a término (Forcada-Guex et al., 2006; Muller-Nix et al., 2004). La sensibilidad materna se ha descrito como un factor protector para el desarrollo de los bebés prematuros considerados de alto riesgo, en áreas tales como el comportamiento y el desarrollo comunicativo, emocional y social (Forcada-Guex et al., 2006; Treyvaud et al., 2009). Por lo tanto, la ausencia de esta sensibilidad no solo repercute en el desarrollo del vínculo sino también en el propio desarrollo del bebé.

Los factores que contribuyen a estas dificultades de la madre en la interacción durante la prematuridad pueden ser tanto por parte del bebé como de la madre (Amankwaa, 2007). Los factores del niño pueden ser la prematuridad en sí misma, los ciclos desorganizados del sueño, la irritabilidad y sus estados de necesidades (Crockenberg y Smith, 2002). Los bebés prematuros muestran un comportamiento más pasivo caracterizado por una mínima exteriorización del afecto, así como menos expresiones faciales mientras interactúa con su madre (Udry-Jørgensen et al., 2011). Actuar con sensibilidad ante un bebé pretérmino y con un cuadro clínico frágil puede resultar difícil dado que las claves de

comportamiento del niño suelen ser más difíciles de reconocer y comprender (Eckerman et al. 1999).

Respecto a los factores maternos, estos pueden ser la ausencia de apoyo social (Burchinal et al., 1996), un estado emocional inestable (Field et al., 2001), dolor, sufrimiento, fatiga y factores socioeconómicos (Blank et al., 1995). Niveles de estrés altos, una autoestima y bienestar debilitados, así como una actitud hacia la maternidad infructuosa (cambio de rol, expectativas de la maternidad y de una misma como madre), son factores que también afectan a la calidad de la respuesta de la madre a su hijo (Amankwaa, 2007). Es destacable la vulnerabilidad que generan estos factores en la madre a sufrir de depresión postparto, que, a su vez, impacta en la capacidad de responsividad de la madre (Amankwaa, 2007). Esto se debe a que la presencia de sintomatología depresiva disminuye la disponibilidad de la madre para prestar atención a las necesidades y señales de su bebé (Karl, 1995).

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, se puede concluir que las madres de bebés prematuros se encuentran en un escenario complejo pues, por un lado, requieren una mayor capacidad de responsividad y más esfuerzo al ser las señales de los prematuros más difíciles de identificar (Karl, 1995); pero, por otro lado, estas madres se enfrentan a muchos más estresores que las madres de bebés nacidos a término, lo que pone en riesgo esta capacidad responsiva (Amankwaa, 2007), fundamentalmente cuando se da junto a representaciones maternas inseguras del vínculo (Coppola et al., 2007) como se explicó anteriormente. Esto va en línea con lo que explica la teoría del apego, según la cual una historia de apego segura en la madre es el principal antecedente de la calidad de su comportamiento en la interacción con su hijo (van IJzendoorn, 1995).

En cambio, una historia de apego insegura implica diferentes amenazas para esta calidad en la interacción, por ejemplo, puede fomentar la ausencia de la especularización en la comunicación cuidadores-bebé (Pitillas, 2021); esto se traduce en una ausencia de ayuda por parte de los cuidadores hacia niño para que desarrolle la capacidad de comprender y tolerar los propios estados mentales (Pitillas, 2021). En consecuencia, este bebé cuando sea padre o madre encontrará dificultades en su capacidad de mentalizar a su propio hijo, es decir, de comprender los estados internos del bebé subyacentes a sus comportamientos, una habilidad esencial en el sistema de cuidados parental (Pitillas, 2021).

Considerando, por tanto, la dificultad de un bebé prematuro de alcanzar, debido a su inmadurez neurocomportamental, un desarrollo óptimo en sus comportamientos para y por la interacción con el otro (Coppola et al., 2007), un cuidador, con estas carencias en su desarrollo y consecuencias en la actual interacción con su propio bebé, puede tener un mayor riesgo para interpretar estos déficits relacionales de su bebé como señales de rechazo (Pitillas, 2021). Esto sucede ya que, ante estos gestos espontáneos del niño, el cuidador entra en un estado mental infantil donde se encuentran esos sentimientos familiares de rechazo, rabia, miedo y desesperación que no fueron regulados y organizados por sus propias figuras de apego (Siegel, 1999).

Dejando de lado por un momento la variable de la historia de apego del adulto, existen estudios que han relacionado de manera directa la prematuridad con una disminución de las capacidades mentalizadoras de las madres a los 6 y 18 meses del nacimiento (Borghini et al., 2016). Como consecuencias de este déficit en la mentalización parental, el bebé prematuro se ve privado, al menos durante un tiempo, de estas oportunidades de regular sus estados internos y así recurrir al otro de forma ajustada, mutua, cercana y multimodal (Borghini et al., 2016), es decir, se potencian esos comportamientos del bebé que el cuidador puede percibir como amenazantes y que caracterizan a los bebés prematuros. Ante este círculo vicioso que se da entre la ausencia de la mentalización parental y los déficits relacionales del niño, el cuidador distorsiona su percepción de lo que ocurre, generándose la sensación de encontrarse en peligro cuando se relacionan con su hijo y, consecuentemente, activando la necesidad de volver a tener el control a través de operaciones defensivas (Pitillas, 2022). Su forma de defenderse puede ser a través de respuestas parentales insensibles que generan en el niño una mayor inseguridad y dolor, pudiendo llegar a niveles traumáticos (Pitillas, 2022). De esta forma, se reinicia en la diada un proceso de inseguridad que interfiere en el establecimiento del vínculo maternofilial (Pitillas, 2022).

Por lo tanto, el nacimiento prematuro enfrenta a la diada madre-bebé a una doble dificultad. En primer lugar, la llegada temprana del bebé no permite que la especificidad de las representaciones disminuya y por tanto se genera una potencial discrepancia entre las representaciones de la madre y el bebé real. Por tanto, se convierte en fundamental la interacción de la diada para que sobre ella se construyan las nuevas representaciones de la madre sobre el bebé y su relación con él (Stern, 1997). Sin embargo, aquí entra en juego

la segunda dificultad: la interacción está muy interrumpida y afectada en la diada madre-bebe prematuro. Por lo tanto, las dos dimensiones del sistema de cuidados o del vínculo se ven perturbadas: representaciones (del bebé y de la relación con él) e interacciones.

Es importante tener en cuenta que la prematuridad implica sucesos potencialmente traumáticos (Sanders y Hall, 2018). Cuando este tipo de sucesos se dan junto a unos cuidados parentales inseguros, traumáticos o no sensibles, impactan negativamente en el desarrollo y en la salud mental del menor (Pitillas, 2021), como se explorará a continuación.

Consecuencias de la alteración del vínculo maternofilial

Las alteraciones en el vínculo maternofilial y, por tanto, una sintonía y disponibilidad emocional y empática limitada a las necesidades del bebé, promueven en el niño el desarrollo de un sistema de acomodación patológica como respuesta a las vivencias relacionales traumáticas (Doctors, 2018). De esta forma, para garantizar su propia seguridad en el vínculo, el niño se adapta a las necesidades del cuidador a expensas de sus propias necesidades y experiencia del self (Doctors, 2018).

Palacios (2016) nombró algunas de las consecuencias negativas en el niño cuando la vinculación maternofilial se ve perturbada: alteraciones en el temperamento infantil y la gestión del estrés (Waxler et al., 2011), dificultades en la autorregulación y adaptación emocional (Hay y Pawlby, 2003), así como en la adaptación social (Brockington, 2011). A su vez, el desarrollo cognitivo y del lenguaje (Trevorthen y Aitken, 2001), y el desarrollo cerebral biológico y funcional (Schore, 2001) también se pueden ver perjudicados pues las alteraciones en el vínculo madre-bebé generan consecuencias no solo a corto plazo sino también a largo plazo (Palacios, 2016). El tipo de apego que desarrolle el niño también estará influenciado por cómo haya sido ese primer vínculo de la madre con él (Tomlinson et al., 2005), condicionando de esta forma sus siguientes interrelaciones sociales, así como el desarrollo psicopatológico en la infancia y adolescencia (Skovgaard, 2008).

Ante un desorden del vínculo maternofilial, el bebé se ve expuesto al riesgo de negligencia grave, maltrato y abuso infantil (Brockington, 2011). Esto tiene

consecuencias en el niño duraderas en el plano físico, emocional y psicopatológico (Sundermann y DePrince, 2015). Es más, llegando a niveles extremos, aumenta el riesgo de infanticidio (Shelton et al., 2015), y sucesivamente el suicidio de la madre (Debowska et al., 2015).

No obstante, a pesar de las condiciones a las que la prematuridad enfrenta a la diada madre-bebé en los primeros momentos postparto, los estudios muestran que muchas diadas son capaces de superar estas adversidades, como la separación temprana, y desarrollar un vínculo maternofilial seguro (e.g. Leifer et al., 1972). Es por ello por lo que cabe preguntarse si existe un proceso de resiliencia que se desarrolle en las diadas prematuras madre-bebé.

Resiliencia

El concepto de resiliencia de los vínculo ha sido acuñado por Berástegui y Pitillas (2021) para hacer referencia a la capacidad de la relación para restablecer la conexión después de la desconexión, recuperar la seguridad cuando se siente perdida, o retomar la capacidad de encontrar significado a la interacción, cuando ha habido un período de incomprensión o de incapacidad para mentalizar.

Es llamativo que si bien la resiliencia no es el resultado esperable tras la adversidad (Berástegui y Pitillas, 2021), el propio concepto de vínculo maternofilial alberga intrínsecamente la idea de resiliencia. Los estudios de diadas madre-bebé muestran que aquellas cuya vinculación es segura están constantemente resolviendo secuencias de ruptura-recuperación en la interacción, solo el 30% del tiempo que interactúan la madre y el bebé existe una total sintonía (Beebe y Lachmann, 2014; Tronick, 1989). La naturaleza del vínculo deja un margen de error, lejos de esta idea de la madre como una cuidadora sin fallos y perfectamente sintonizada con su bebé, y de la diada madre-bebé como una relación siempre armoniosa y completa (Pitillas, 2021).

Aun así, actualmente existen programas de intervención que pueden potenciar esta capacidad resiliente de los vínculos (e.g. Franck y O'Brien, 2019). Stern (1997) explicó que la posibilidad de que los padres vean que los profesionales identifican la autoeficacia del progenitor en el rol de cuidador es un ingrediente fundamental para impulsar el

vínculo hacia un cambio positivo y sistémico (Berástegui y Pitillas, 2021). Cuando los cuidadores generan una relación segura con el equipo médico se ofrece una oportunidad para romper los círculos de inseguridad en las interrelaciones y mantener un compromiso activo en el cuidado del menor (Berástegui y Pitillas, 2021). En línea con esto, el programa FiCare (Family Integrated Care) es un ejemplo de modelo que busca la integración de los progenitores en el equipo médico de la UCIN para el cuidado de su bebé ingresado (Franck y O'Brien, 2019). Este programa logra una mayor interacción maternofilial contribuyendo a una mayor capacidad de sensibilidad a las señales del bebé (Moe et al., 2022), menores niveles de ansiedad y estrés en la madre (O'Brien et al., 2018), mayor capacidad en los bebés de adaptación a situaciones sociales, de autorregulación emocional y menores niveles de emocionalidad negativa, así como una evolución de su salud más prometedora (O'Brien et al., 2018).

Por lo tanto, si a nivel exosistémico se trabaja para que la relación de la diada madre-bebé se desarrolle en un entorno como este que se ha descrito, se ofrecerán oportunidades contextuales para promover la resiliencia del vínculo (O'Brien et al., 2018). Esto brinda un apunte fundamental: la importancia de una mirada ecológica hacia al vínculo. La prematuridad no sucede de forma aislada, sino que junto a ella se están dando otras muchas circunstancias en niveles ecológicos diferentes. Es muy diferente cómo el vínculo de la diada prematura se desarrollará en función de en qué ambiente ecológico sucede la prematuridad (véase Anexo). Por lo tanto, para analizar la capacidad de resiliencia del vínculo es preciso evaluarlo desde una perspectiva ecológica (Berástegui y Pitillas, 2021). Quizá sea esto lo que hace que la investigación científica actual sobre el vínculo maternofilial en la prematuridad sea tan heterogénea, pues el encuentro de cada mamá con su bebé prematuro sucede en entornos únicos y diversos.

Discusión

A raíz de lo expuesto en el presente trabajo, al considerar, desde lo que explican los teóricos del vínculo maternofilial (Bowlby, 1982; Stern, 1997), las consecuencias que trae el desarrollo interrumpido del bebé prematuro, así como las condiciones a las que expone la UCIN a diada (Cruz et al., 2013; Sanders y Hall, 2018; Tarragó, 2020), se puede concluir que la prematuridad genera un encuentro de la diada madre-bebé acompañado de diferentes potenciales peligros (Stern, 1997; Forcada-Guex et al., 2011). Estos peligros

afectan tanto al desarrollo seguro de las representaciones maternas del vínculo y de su bebé (Borghini et al., 2006), así como a las interacciones caracterizadas por la responsividad (Amankwaa et al. 2007), sensibilidad (Forcada-Guex et al., 2006) y mentalización (Borghini et al., 2016); es decir, afectan al establecimiento de una vinculación maternofamiliar segura. Esto se da especialmente cuando la madre ha tenido una historia de apego inseguro, de lo contrario, una historia de apego seguro puede amortiguar los efectos de la prematuridad y sus consecuencias biopsicosociales en el desarrollo del vínculo (Coppola et al., 2007). Finalmente se concluye que las consecuencias de las alteraciones de este vínculo en el desarrollo del niño alcanzan diversas áreas de desarrollo del niño (Doctors, 2018; Palacios, 2016). Aun así, se recoge un potencial carácter resiliente en este vínculo tan ecológicamente sensible (Berástegui y Pitillas, 2021), lo que explica que haya diadas madre-bebé prematuras que superen de forma segura esta primera adversidad (Tarragó, 2020).

El recién nacido pretérmino es un ser humano con una experiencia emocional e intersubjetiva propia y viva (Olza, 2021). Su organismo de pequeño tamaño, que incluso a veces parece incompatible con la vida, está siendo capaz de superar el cúmulo de amenazas que le han acompañado en su llegada al mundo. Ellos necesitan que quien los acompañe en este esfuerzo y lucha por vivir lo hagan desde un trato sensible y respetuoso a sus sufrimientos y a sus fortalezas. A su vez, la familia que se ha agrandado de forma prematura también se enfrenta a una adversidad ante la que se pondrán en juego sus fortalezas y vulnerabilidades. De esta forma nacen investigaciones como la presente para ampliar el conocimiento científico y la sensibilidad profesional hacia esta realidad, así como diversos proyectos (e.g. FiCare, Franck y O'Brien, 2019) que van más allá de la tecnología médica y que buscan acompañar a la familia para potenciar la resiliencia en su experiencia y así poder relacionarse con el bebé de forma segura.

El protagonista del presente trabajo ha sido la diada madre-bebé prematuro, sería interesante analizar estas variables también desde la perspectiva de la diada padre-bebé. Son muchas las investigaciones que resaltan la importancia del cuidado y encuentro de la mamá y su bebé: Una investigación realizada con bebés pretérmino permitió observar como la aplicación del método Madre Canguro inmediatamente tras el nacimiento logró un menor índice de mortalidad en los 28 días siguientes que los bebés que recibieron cuidados tradicionales, participando en el Método Madre Canguro solamente una vez que

se hubiese logrado una estabilización física (WHO Immediate KMC Study Group, 2021). También se ha identificado que la voz de la madre en vivo alivia la experiencia de dolor en bebés pretérmino pues el contacto vocal genera una liberación endógena de oxitocina que funciona como un mecanismo protector (Filippa et al., 2021). De igual manera, Bergam (1998) afirmaba que el hábitat natural del recién nacido es el cuerpo de la madre, y es en ese vínculo que se crea en la diada donde ambos van a encontrar las fortalezas para seguir luchando ante la adversidad. Estos resultados indican que la diada madre-bebé se necesita mutuamente desde el primer momento al igual que cualquier otro recién nacido. Es más, Klaus y Kenell (1976) introdujeron la idea de que existe un periodo crítico para que se dé la vinculación maternofilial limitado a los primeros minutos u horas postparto.

Cuando estos investigadores empiezan a estudiar el vínculo, el panorama que había en las plantas de maternidad de los hospitales era el siguiente: cuando la madre daba a luz, se le ensañaba al bebé y directamente se lo llevaban al nido durante las siguientes 4 a 6 horas en las que no tenían contacto con la madre. Gracias a sus estudios y la importancia que le dieron a estos primeros momentos postparto para la vinculación, los procedimientos hospitalarios empezaron a cambiar siendo ahora impensable considerar que alejar al bebé de su mamá nada más dar a luz es una buena práctica (Berger y Thomson, 1997).

Sin embargo, varias investigaciones posteriores han puesto en duda el carácter crítico de este primer contacto pues descubrieron que no existían diferencias a largo plazo en la relación madre-hijo en función del contacto inmediato piel con piel (Lamb, 1982; Myers, 1987). Eyer (1992) ofreció una perspectiva crítica con los planteamientos hechos alegando que la comunidad científica, así como la sociedad en general se había mostrado muy proactiva a aceptar la “imprescindible” necesidad de mantener al bebé con la mamá a pesar de la escasa investigación que lo avalase. Si bien haber extendido esta idea generó algunas cuestiones positivas como es la humanización del parto y postparto hospitalario tradicional, Eyer (1992) se preocupó por las consecuencias negativas de esta “apasionada” acogida de dicha idea, pues el afecto inmediato hacia el bebé se estaba convirtiendo en una norma obligatoria cuando son muchas las madres que no son capaces de experimentarlo de forma inmediata (Eyer, 1992).

Si la madre no ha sentido esas emociones de amor inmenso y esos lazos vinculares a su bebé en el momento inmediato a su nacimiento podrá verse abrumada por sentimientos de culpabilidad y de miedo hacia su propia capacidad de ser una buena madre (Berger y Thomson, 1997), siendo estos sentimientos potenciales activadores de verdaderas defensas para el desarrollo del vínculo (Tarragó, 2020).

Actualmente, las investigaciones hablan de una flexibilidad en la formación del vínculo (Berger y Thomson, 1997). Las historias de madres y padres de niños adoptivos, de acogida o incluso biológicos que no pudieron mantener un contacto inmediato y prologando en el postparto pero que sí han desarrollado un vínculo y sistema de cuidados favorable y seguro, funcionan como evidencia de que el contacto inmediato no es una variable necesaria ni suficiente para el desarrollo del vínculo (Berger y Thomson, 1997).

Esto no implica ni mucho menos que se puedan retomar esas UCIN frías y ajenas a las necesidades afectivas de las familias y los bebés que se describieron al principio del presente trabajo. Pero, esta perspectiva flexible del desarrollo del vínculo, sí implica, en primer lugar, la necesidad de disminuir los sentimientos de culpabilidad y de no ser “buena madre”, sentimientos que sí conforman potenciales amenazas para el desarrollo del vínculo; y, en segundo lugar, ampliar el foco de atención, pasando de la madre hacia el contexto ecológico que rodea a la diada madre-bebé, donde se encuentran todas las variables que permitirán comprender las amenazas que existen para que el vínculo materno-filial logre un desarrollo seguro. Y de esta forma, potenciar su capacidad resiliente permitiendo que el vínculo materno-filial florezca tras haber vivido una primera adversidad: *la llegada a un mundo en el que me miran con preocupación y desde lejos.*

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press. (Obra original publicada en 1978).
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Lordelo, E. D. R., Alfaya, C. A. D. S. y Piccinini, C. A. (2013). Predictors of sensitivity in mothers of 8-month-old infants. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23, 311-320. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2013.05.012>
- Amankwaa, L. C., Pickler, R. H. y Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2006.12.001>
- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 246-255. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<246::AID-IMHJ2280120310>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<246::AID-IMHJ2280120310>3.0.CO;2-8)
- Ballantyne, M., Benzies, K., McDonald, S., Magill-Evans, J., y Tough, S. (2016). Risk of developmental delay: Comparison of late preterm and full-term Canadian infants at age 12 months. *Early Human Development*, 101, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.04.004>
- Beebe, B. y Lachmann, F.M. (2014). *The origins of attachment: infant research and adult treatment*. Routledge.
- Beckwith, L. y Cohen, S. E. (1978). Preterm birth: Hazardous obstetrical and postnatal events as related to caregiver-infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 1, 403-411. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(78\)80051-4](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(78)80051-4)
- Berástegui, A. y Pitillas, C. (2021). What Does It Take for Early Relationships to Remain Secure in the Face of Adversity. Attachment as a unit of resilience. En M. Ungar (Ed.) *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*, 271-290. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.001.0001>
- Berger, K. y Thomson, R. (1997). *Psicología del Desarrollo: Infancia y adolescencia*. Panamericana.
- Bergman, N. (1998). Charge for the future of KC: a public health imperative. En *Abstract of paper presented at the Second International Workshop on Kangaroo Mother Care, Bogotá, Colombia*.
- Blank, D. M., Schroeder, M. A. y Flynn, J. (1995). Major influences on maternal responsiveness to infants. *Applied Nursing Research*, 8(1), 34-38. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(95\)80292-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(95)80292-4)
- Borghini, A., Faure, N., Turpin, H., Dimitrova, N., Muller-Nix, C. y Morisod-Harari, M. (2016). Évaluation de la mentalisation chez le parent et son enfant 18 mois et 11 ans après une naissance prématurée. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 29-48. <https://doi.org/10.7202/1040159ar>
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. y Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months

- after birth. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 27(5), 494-508. <https://doi.org/10.1002/imhj.20103>
- Bowlby, J. (1979). *The Making and breaking of Affectional Bonds*. Routledge.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5), 329-336. <https://doi.org/10.1159/000325058>
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303-310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15390-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15390-1)
- Burchinal, M. R., Follmer, A. y Bryant, D. M. (1996). The relations of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among African American families. *Developmental psychology*, 32(6), 1073. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.6.1073>
- Cabral, S. A. y Levandowski, D. C. (2011). Maternal representations of adult mothers: Clinical report using Interview R. *Psicologia Clínica*, 23, 37-52. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000200004>
- Cassidy, J. (2000). The complexity of the caregiving system: A perspective from attachment theory. *Psychological inquiry*, 11(2), 86-91.
- Church, P., Grunau, R., Mirea, L., Petrie, J., Soraisham, A., Synnes, A., ... y O'Brien, K. (2020). Family Integrated Care (FICare): Positive impact on behavioural outcomes at 18 months. *Early Human Development*, 151, 105196. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105196>
- Cifuentes, J. (2023). El impacto de largo plazo de la prematuridad. *Revista Neumología Pediátrica*. 18(1). 4-5.
- Coppola, G., Cassibba, R. y Costantini, A. (2007). What can make the difference?: Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age: The role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk. *Infant Behavior and Development*, 30(4), 679-684. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.03.004>
- Cortada, M. (2020). Prólogo. En R. Tarragó, P. Amor, S. Bolaños, M. Cortada, G. Ginovart, I. González, M. Mañosa y S. Vicente (Ed.), *Vivir la prematuridad* (pp. 11-16). Octaedro.
- Crockenberg, S. B. y Smith, P. (2002). Antecedents of mother–infant interaction and infant irritability in the first 3 months of life. *Infant Behavior and Development*, 25(1), 2-15. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00088-7)
- Cruz, I., Serrano, D. y Guede, M. T. (2013). Enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 83, 26-31.
- Debowska, A., Boduszek, D. y Dhingra, K. (2015). Victim, perpetrator, and offense characteristics in filicide and filicide–suicide. *Aggression and violent behavior*, 21, 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.01.011>

- De Wolff, M. S. y van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68(4), 571-591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x>
- Doctors, S. (2018). La Acomodación Patológica de Brandchaft: Lo que es y lo que no. *Clinica e Investigación Relacional: Revista electrónica de Psicoterapia*, 12(2), 203-221. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2018.120201>
- Downey, L. C., O'Shea, T. M., Allred, E. N., Kuban, K., McElrath, T. F., Warner, D. D., ... y Study, E. L. G. A. N. E. (2015). Antenatal and early postnatal antecedents of parent-reported attention problems at 2 years of age. *The Journal of Pediatrics*, 166(1), 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.004>
- Eckerman, C. O., Hsu, H.-C., Molitor, A., Leung, E. H. L. y Goldstein, R. F. (1999). Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: Effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental Psychology*, 35(1), 282-293. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.282>
- Eyer, D. (1992). *Maternal-infant bondings: A scientific fiction*. Yale University Press.
- Field, T., Diego, M. A., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R. y Bendell, D. (2001). Depressed withdrawn and intrusive mothers' effects on their fetuses and neonates. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 27-39. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(01\)00066-2](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(01)00066-2)
- Figuro-Ruiz, E., Prieto, I. y Bascones-Martínez, A. (2006). Cambios hormonales asociados al embarazo: Afectación gingivo-periodontal. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 18(2), 101-113.
- Filippa, M., Monaci, M. G., Spagnuolo, C., Serravalle, P., Daniele, R. y Grandjean, D. (2021). Maternal speech decreases pain scores and increases oxytocin levels in preterm infants during painful procedures. *Scientific reports*, 11(1), 17301. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96840-4>
- Flórez, J. y Cano, T. (2016). Influencia del nacimiento prematuro en el desarrollo neuropsicológico infantil. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 10(16), 201-238.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. y Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human development*, 87(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., y Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-e114. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- Franck, L. S. y O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth defects research*, 111(15), 1044-1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.152>
- Hughes, D. A. y Baylin, J. (2012). *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. WW Norton & Company.

- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1996). Adult Attachment Interview. Department of Psychology, University of California, Berkely.
- George, C. y Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 649–670. The Guilford Press.
- Ginovart, G. (2020). Atención al recién nacido prematuro o enfermo desde el ámbito del neonatólogo. En R. Tarragó, P. Amor, S. Bolaños, M. Cortada, G. Ginovart, I. González, M. Mañosa y S. Vicente (Ed.), *Vivir la prematuridad* (pp.39-52). Octaedro.
- Halty, A. y Berástegui, A. (2021). ¿Cuidado Materno, Responsividad o Sensibilidad? Una Revisión del Constructo de Ainsworth hasta hoy. *Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2021a20>
- Hay, D. F. y Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. *Child Development*, 74(5), 1314-1327. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00609>
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 2.
- Hospital Universitario La Paz. (s.f). Neonatología. <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/profesionales/hospital-materno-infantil/neonatologia>
- Karl, D. (1995). Maternal responsiveness of socially high-risk mothers to the elicitation cues of their 7-month-old infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(4), 254-263. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(05\)80022-3](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(05)80022-3)
- Klaus, M. H. y Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. Mosby.
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen L. y PIPARE Study Group. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 330-336. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.010>
- Lamb, M. E. (1982). Maternal employment and child development: A review. *Nontraditional families: parenting and child development/edited by Michael E. Lamb*.
- Leifer, A. D., Leiderman, P. H., Barnett, C. R., y Williams, J. A. (1972). Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior. *Child Development*, 1203-1218. <https://doi.org/10.2307/1127508>
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R. y Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(10), 1042-1050. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01805.x>
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104. <https://doi.org/10.2307/3333827>

- Meijssen, D., Wolf, M. J., van Bakel, H., Koldewijn, K., Kok, J. y van Baar, A. (2011). Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.009>
- Moe, A. M., Kurilova, J., Afzal, A. R. y Benzie, K. M. (2022). Effects of Alberta family integrated care (FICare) on preterm infant development: Two studies at 2 months and between 6 and 24 months corrected age. *Journal of Clinical Medicine*, 11(6), 1684. <https://doi.org/10.3390/jcm11061684>
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. y Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early human development*, 79(2), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Myers, B.J. (1987). Mother infant bonding as a critical period. En M.H. Bornstein (ed.), *Sensitive periods in development: Interdisciplinary perspectives*. Erlbaum.
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., ... y Hales, D. (2018). Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(4), 245-254. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7)
- Oliveros, M. y Chirinos, J. (2008). Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. *Revista peruana de Ginecología y obstetricia*, 54(1), 7-10.
- Olza, I. (2021). *Parir: el poder del parto*. Ediciones B.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Palacios, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Pearson, J. L., Cohn, D. A., Cowan, P. A. y Cowan, C. P. (1994). Earned and continuous security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and psychopathology*, 6(2), 359-373. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004636>
- Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G. y Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental psychology*, 34(5), 925. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.5.925>
- Pitillas, C. (2021). *El daño que se hereda: Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Desclée De Brouwer.
- Pitillas, C. (2022). Peligro y circularidad en las relaciones diádicas tempranas: un estudio de caso. *Psychology*, Artículo-e20. <https://doi.org/10.5093/cc2022a16>
- Pitillas, C. y Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Gedisa
- Roberts, G., Lim, J., Doyle, L. W., y Anderson, P. J. (2011). High rates of school readiness difficulties at 5 years of age in very preterm infants compared with term controls. *Journal of*

developmental & behavioral pediatrics, 32(2), 117-124.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318206d5c9>

- Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1(5), 367-376. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x>
- Rysavy, M. A., Li, L., Bell, E. F., Das, A., Hintz, S. R., Stoll, B. J., ... & Higgins, R. D. (2015). Between-hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. *N Engl J Med*, 372, 1801-1811. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1410689>
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L. y Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289(13), 1701-1701. <https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1701>
- Sanders, M. R., & Hall, S. L. (2018). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: promoting safety, security and connectedness. *Journal of Perinatology*, 38(1), 3-10. <https://doi.org/10.1038/jp.2017.124>
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 201-269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
- Scott, M., Taylor, H., Fristad, M., Klein, N., Espy, K., Minich, N., y Hack, M. (2012). Behavior disorders in extremely preterm/extremely low birth weight children in kindergarten. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(3), 202-213. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182475287>
- Shelton, J. L. E., Hoffer, T. A. y Muirhead, Y. E. (2015). *Behavioral analysis of maternal filicide*. Springer.
- Shin, H., Park, Y. J. y Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of advanced nursing*, 55(4), 425-434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03943.x>
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape what we are*. Guilford Publications.
- Siddiqui, A. y Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction?. *Early human development*, 59(1), 13-25. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(00\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(00)00076-1)
- Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S. L., Jørgensen, T. y CCC 2000* Study Group. (2008). Predictors (0–10 months) of psychopathology at age 1½ years—a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 553-562. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01860.x>
- Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J. y Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 28(3), 344-365. <https://doi.org/10.1002/imhj.20140>

- Solomon, J. y George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(3), 183-197. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q)
- Sroufe, L.A. y Fleeson, J. (1986). Attachment and the Construction of Relationships. En: WW Hartup & Z. Rubin (eds) *The Coherence of Family Relations*. Oxford University Press.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós.
- Sundermann, J. M. y DePrince, A. P. (2015). Maltreatment characteristics and emotion regulation (ER) difficulties as predictors of mental health symptoms: Results from a community-recruited sample of female adolescents. *Journal of Family Violence*, 30, 329-338. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9656-8>
- Tarragó, R., Amor, P., Bolaños, S., Cortada, M., Ginovart, G., González, I., Mañosa, M. y Vicente, S. (2020). *Vivir la prematuridad*. Octaedro.
- Tascón, L. A., Benítez, D. I., Tascón, L. I., Guatibonza, M. D., y Ospina, C. B. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>
- Tomlinson, M., Cooper, P. y Murray, L. (2005). The mother–infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. *Child development*, 76(5), 1044-1054. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00896.x>
- Trevarthen, C. y Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3-48. <https://doi.org/10.1017/S0021963001006552>
- Treyvaud, K., Anderson, V. A., Howard, K., Bear, M., Hunt, R. W., Doyle, L. W., Inder, T.E., Woodward, L. y Anderson, P. J. (2009). Parenting behavior is associated with the early neurobehavioral development of very preterm children. *Pediatrics*, 123(2), 555-561. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0477>
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44(2), 112. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
- Van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
- Valeri, B. O., Holsti, L., & Linhares, M. B. (2015). Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. *The Clinical journal of pain*, 31(4), 355-362. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000114>
- Vicente, S. (2020). Cuidados de enfermería en la UCIN del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En R. Tarragó, P. Amor, S. Bolaños, M. Cortada, G. Ginovart, I. González, M. Mañosa y S. Vicente (Ed.), *Vivir la prematuridad* (pp. 53-72). Octaedro.
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>

- Udry-Jørgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. y Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother–infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305-318. <https://doi.org/10.1002/imhj.20298>
- Waxler, E., Thelen, K. y Muzik, M. (2011). Maternal perinatal depression-impact on infant and child development. *Eur Psychiatr Rev*, 4(1), 41-47.
- WHO Immediate KMC Study Group. (2021). Immediate “Kangaroo Mother Care” and survival of infants with low birth weight. *New England Journal of Medicine*, 384(21), 2028-2038. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2026486>
- Zeanah, C. H. y Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), 539-554. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30418-8](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30418-8)
- Zelkowitz, P., Bardin, C. y Papageorgiou, A. (2007). Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 28(3), 296-313. <https://doi.org/10.1002/imhj.20137>
- Zero-to-Three (2005). *Diagnostic Classification: 0-3R: Diagnostic Classification of Mental health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition*. Edit. Zero To Three Press. <https://doi.org/10.1002/imhj.21591>

ANEXO:

Gráficos de elaboración propia realizados con información sobre los sistemas que contribuyen a la resiliencia en el embarazo, parto y parentalidad. Información obtenida de la siguiente investigación: Berástegui, A., y Pitillas, C. (2021). What Does It Take for Early Relationships to Remain Secure in the Face of Adversity. *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*, 271-290.

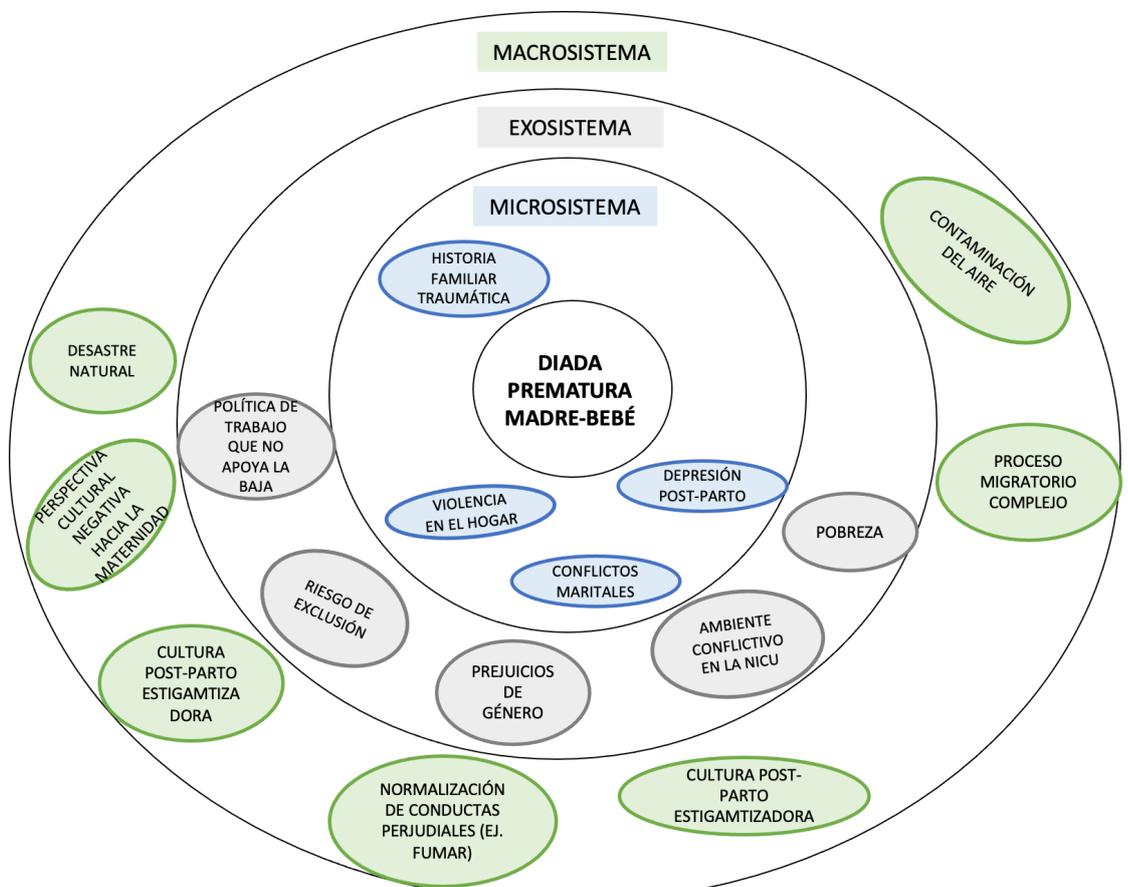


Gráfico 1: Ecomapa representativo de un ambiente ecológico potenciador de un desarrollo inseguro del vínculo en la diada prematura madre-bebé. Fuente: Elaboración propia

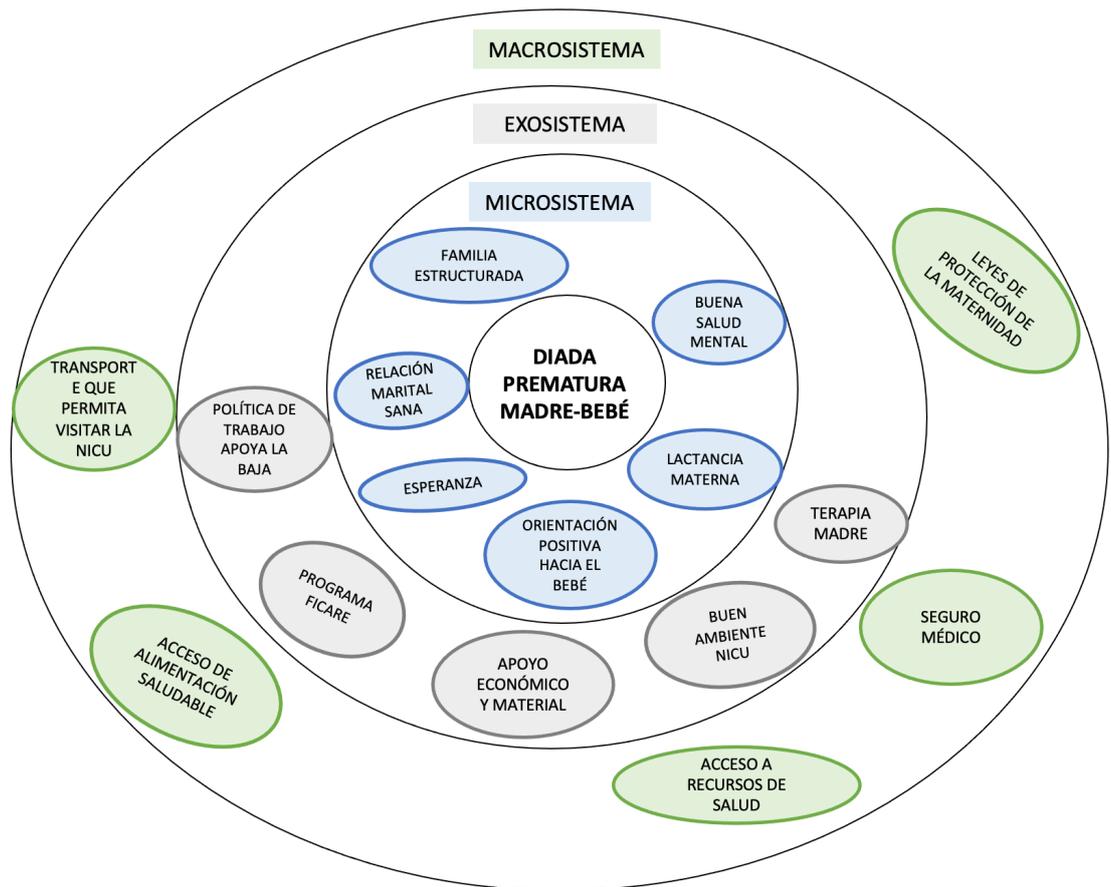


Gráfico 2: Ecomapa representativo de un ambiente ecológico potenciador de un desarrollo del vínculo seguro en la diada prematura madre-bebé. Fuente: Elaboración propia