

# La Mentalización como estrategia para promover la Salud Mental en bebés prematuros\*

ANA MARÍA MESA\*\*

Investigadora Grupo Desarrollo Emocional y Salud Mental Pontificia Universidad Javeriana – Cali, Colombia.

ANA CRISTINA GÓMEZ\*\*\*

Investigadora Grupo Desarrollo Emocional y Salud Mental Pontificia Universidad Javeriana - Cali Colombia.

*Primera versión recibida febrero 26 de 2010; versión final aceptada agosto 6 de 2010 (Eds.)*

• **Resumen:** *En el presente trabajo pretendemos mostrar la importancia de la intervención con madres de bebés prematuros, como estrategia de promoción y prevención en salud mental. Sugerimos que la mentalización puede ser una forma de ayudar a las madres a pensar y a contener la experiencia emocional del bebé, y a reconocer la interacción de sus mentes. Primero, nos centramos en la problemática de los bebés prematuros y sus madres en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal UCIN, porque las condiciones adversas hacen de ellos una población de alto riesgo y vulnerabilidad a nivel de salud mental. Luego mostramos la importancia de los conceptos de vínculo afectivo, apego y mentalización, y sus posibles consecuencias en el desarrollo del niño o niña. Posteriormente presentamos los objetivos y destacamos los principios que deben guiar un programa que busca favorecer el desarrollo de una adecuada capacidad reflexiva o mentalización en madres de bebés prematuros.*

**Palabras Clave:** Prevención, Salud Mental, Nacimiento Prematuro, Mentalización.

## A Mentalização como estratégia para promover a Saúde Mental em bebês prematuros

• **Resumo:** *No presente trabalho se pretende expor a importância da intervenção com mães de nenês prematuros, como estratégia de promoção e prevenção em saúde mental. Sugerimos que a mentalização pode ser uma forma de ajudar as mães a pensar e conter a experiência emocional do nenê, e a reconhecer a interação da suas mentes. Primeiro, nos centramos na problemática dos nenês prematuros e suas mães nas Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal UCIN, porque as condições adversas fazem deles uma população de alto risco e vulnerabilidade em nível de saúde mental. Logo apresentamos a importância dos conceitos de vínculo afetivo, apego e mentalização e suas possíveis conseqüências no desenvolvimento do menino o menina. Posteriormente se oferece os objetivos e destacamos os princípios que devem guiar um programa que procura favorecer o desenvolvimento de uma adequada capacidade refletiva ou mentalização em mães de nenês prematuros.*

**Palavras chave:** Prevenção, Saúde mental, Nascimento Prematuro, Mentalização.

## Metalization as a strategy to promote mental health in premature babies

• **Abstract:** *This paper aims to show the importance of intervention with mother of preterm infants, as a strategy for the promotion and prevention in mental health. It suggests metalizing as a way to help mothers to be able to think and contain the emotional experience of the baby and also be aware of the interaction between their minds. First, it focuses on the issue of the premature babies and their mothers in the Intensive Care Units Neonatal NICU because adverse conditions make them a high risk population in mental health. Then it shows the importance of the concepts of bonding, attachment and metalization and its possible impact on the development of the child. Finally, it presents the aims and also highlights some principles that may guide*

\* Este artículo hace parte de la construcción del estado del arte de la Investigación Exploración de la mentalización en madres de bebés prematuros, como base para estrategias de prevención en salud mental, el cual inició en enero de 2009 y aún está en ejecución. Código de registro RII-250, financiado por la Vicerrectoría académica de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

\*\* Psicóloga, Maestría en Psicología Profundización Clínica (c). Correo electrónico: [ammesa@javerianacali.edu.co](mailto:ammesa@javerianacali.edu.co)

\*\*\* Psicóloga, Maestría en Psicología Profundización Clínica (c). Correo electrónico: [acgomez@javerianacali.edu.co](mailto:acgomez@javerianacali.edu.co)

*programs in order to encourage development of an adequate mentalization or reflexive capacity in preterm mothers.*

**Keywords:** Prevention, Mental Health, Prematurity, Mentalization.

**–1. Introducción. –2. Los Nacimientos Prematuros como Situación Problemática. –3. Vínculo Afectivo y Apego. –4. Mentalización. –5. Intervenciones que Promueven la Mentalización. –6. Discusión. –Lista de referencias.**

## 1. Introducción

El tema de la prevención y promoción se ha convertido en foco de atención de muchos profesionales que tienen como campo de trabajo la salud mental. Las intervenciones que se realizan en los niños y niñas son muy eficaces, especialmente las que se hacen en la primera infancia, entre los 0 y 6 los años, ya que producen grandes cambios con intervenciones mínimas (Lecannelier, 2006). Desde el punto de vista de la prevención en el campo de la salud en el sujeto infante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su programa Salud y Desarrollo del Recién Nacido y del Niño, manifiesta el interés que tiene en las intervenciones tanto en el plano de la morbi-mortalidad (desde el ámbito de lo orgánico), como en propuestas integrales que contengan elementos relacionados con la salud mental y el desarrollo psicosocial. La OMS propone intervenciones que combinen la prevención con la curación y que operen en tres niveles: en el hogar, en centros de primer nivel y en centros de atención de referencia (OMS, 2008).

En Colombia, la preocupación por este grupo poblacional se ve reflejada en la Ley de Infancia y Adolescencia (Ley N° 1098 del 8 de noviembre de 2006), que en dos de sus artículos dice:

Artículo 27. Derecho a la Salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad (p. 5).

Artículo 29. Derecho al Desarrollo Integral en la Primera Infancia. La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y

en este Código (p. 5).

Desde el punto de vista del estudio de las neurociencias, de acuerdo con algunas investigaciones en desarrollo, se encuentra que las vivencias de la temprana infancia, aunque no pueden recordarse conscientemente porque no hay la posibilidad de codificarlas de manera simbólica; quedan inscritas de manera permanente e inciden sobre la vida futura del sujeto (Doug Watt, 2001, citado por Gerhardt, 2004). Estas experiencias van a constituir lo que para Dolto (1997) es una imagen inconsciente del cuerpo que consiste en una representación sobre las más primitivas sensaciones, a partir —entre otros aspectos y de manera central—, del encuentro con la madre sin palabras, incluso, sin imágenes claramente delimitadas.

Ahora bien, la intervención temprana implica un trabajo sobre lo que se ha denominado prevención y promoción primaria de la salud, cuyos objetivos son proteger la salud y desarrollar potencialidades (Gómez, 1998, citado por González, Rodríguez, Sburlati & Triaca, 2000).

Buscando hacer un vínculo entre estos conceptos y las posibilidades del enfoque psicoanalítico, González, et al. (2000) indican cómo este trabajo es posible, desde lo que denominan las *vulnerabilidades inconscientes específicas* de los sujetos, de manera particular o colectiva. Esto implica tener en cuenta el concepto de *riesgo* en la salud mental a partir de eventos que pueden ser desorganizantes; entre éstos, los autores señalan:

- “La incapacidad para tramitar conflictos a través de una cadena asociativa;
- La imposibilidad de dar representaciones a situaciones traumáticas, problemáticas, conflictivas, etc.
- La ausencia de espacios de mentalización porque lo que se ha puesto en juego son angustias de fragmentación muy temidas y/o actos que cortocircuitan el registro representacional” (p. 5).

Lo anterior concuerda con lo dicho por Fonagy (1999) en la siguiente cita.

En momentos de alta activación emocional, en el contexto de relaciones íntimas, encontramos difícil el construir representaciones exactas del mundo mental del otro. Razonamos acerca de la conducta de aquellos cercanos a nosotros sobre la base de lo que parece obvio, de lo que es visible, de lo físico más que del mundo mental. Si usamos estados mentales, éstos tienden a ser estereotipados, distorsionados, o confusos, demasiado fragmentarios e inexactos (p. 5).

Se considera el nacimiento prematuro como un evento desorganizante de carácter traumático. El bebé prematuro debe permanecer durante un periodo más o menos prolongado en la unidad de cuidados intensivos de neonatología, lo que es en sí mismo una experiencia extrema por cuanto se trata de un lugar donde el exceso y la sobrecarga de contenidos emocionales está a la orden del día (Jaar & Michea, 2009). Las situaciones traumáticas activan mecanismos defensivos por medio de los cuales se toma distancia del mundo mental (Fonagy & Target, 1997, citados por Allen, 2003) y de esta manera se obstaculiza o impide la mentalización. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se presenta un panorama sobre los aspectos psicológicos asociados al nacimiento prematuro, así como también una revisión teórica del vínculo afectivo, el apego y la mentalización. Para terminar, se destacan aspectos que se debe tener en cuenta en un programa de intervención de carácter preventivo que busque promover la mentalización en las madres de bebés prematuros.

## **2. Los nacimientos prematuros como situación problemática**

La OMS (2004) informa que cada año nacen unos 20 millones de niños y niñas que presentan bajo peso o que no completan su edad gestacional. En Colombia, para dar un ejemplo, la Secretaria de Salud de Cali (2005) reportó que el 19% de bebés nacen con una edad gestacional menor a 37 semanas, asociado generalmente a madres solas o con inestabilidad en las relaciones de pareja.

Esta problemática surge en el contexto de la relación temprana mamá-bebé, donde se gesta la constitución psicológica del niño o niña. Los tres

primeros años son de crucial importancia en este proceso. Autores como Isaacs (1952), Bick (1968), Segal (1981), Piontelli (1992) y Anzieu (1994), entre otros, coinciden en enfatizar la importancia central que tienen las experiencias sensoriales en la constitución del psiquismo temprano; dicho en palabras de Freud (1923), el yo es ante todo *corporal*. Según Dolto (1998), es a partir de la interacción con los cuidadores y cuidadoras como se logra dicho proceso, que incide directamente en la calidad del narcisismo del niño o niña, es decir, en la cualidad de la relación de éste consigo mismo. De manera simultánea, las percepciones del olor, el tacto, la capacidad y la calidad de respuesta del bebé, entre otros aspectos, van a incidir en el narcisismo de la madre y en cómo ella construye un “*modelo de estar con*” y de ella misma como madre (Stern, 1997). Es entonces a partir de la interacción somato psíquica como el sujeto va a construir su camino de salud o enfermedad emocional (Freud, 1916–1917).

Este camino se inicia desde el embarazo. A partir de las primeras sensaciones intrauterinas, las madres van relacionándose con un bebé imaginario sobre el cual depositan sus expectativas, anhelos, temores y ansiedades; van construyendo imágenes que dan forma a los deseos y a las esperanzas con relación a su hijo o hija, así como también construyen ideas acerca de su temperamento, su carácter, su apariencia y expectativas sobre su futuro (Vives & Lartigue, 1994a; Reyes de Polanco, 2001 & Arteaga, 2002). Lo anterior significa que todo embarazo conlleva para la pareja, y en especial para la madre, una situación de conflicto más o menos marcado, y no del todo consciente, entre la aceptación y el rechazo (Langer, 1985). Esta situación de conflicto puede favorecer la pérdida del embarazo, el aborto programado o el nacimiento prematuro (Chatel, 1996).

El nacimiento prematuro interrumpe el proceso de “anidación psicobiológica” acortando el tiempo del encuentro entre el padre y la madre con el hijo o hija; lo que unido a los conflictos propios del embarazo ya mencionados, contribuye a dificultar la relación temprana extrauterina (Ruiz, Ceriani, Cravedi & Rodríguez, 2005). El encuentro con el bebé real, que en muchas ocasiones no corresponde al bebé de la fantasía, se anticipa (Malher, 1990; Vives & Lartigue, 1994b). Este acortamiento del tiempo hace que las condiciones físicas y psíquicas del padre, de la madre y de la familia, no estén

preparadas adecuadamente (Vives & Lartigue, 1994a), lo que se ve agravado por las condiciones intrahospitalarias propias de las UCIN (Ruiz, 2004). En este orden de ideas, Jaar y Michea (2009) señalan que la UCIN es un espacio saturado por la emergencia y la urgencia, lo que evoca sentimientos contradictorios e intensos de difícil asimilación y elaboración.

Si bien el encuentro del bebé con su padre y su madre es prematuro en el nacimiento, es postmaduro en la interacción. La familia se ve alejada de los cuidados e intercambios con su bebé por la estancia en las UCIN; los cuidados son dados por otros y las posibilidades de intimidad con la madre y el padre prácticamente desaparecen (Helman & Villavella, 2000). La sobrevivencia de estos bebés implica un aumento tanto en el tiempo de permanencia en el hospital como del riesgo que tienen de desarrollar problemas severos a nivel físico y psicológico. Gracias a los avances científicos se ha logrado mantener con vida a bebés extremadamente frágiles, pero no se ha podido disminuir el incremento de nacimientos prematuros (Browne, 2003, citado por Steinberg, 2006). La fragilidad y vulnerabilidad inciden en el vínculo afectivo por el temor del padre y de la madre a apegarse a alguien que de manera más o menos permanente está próximo a la muerte (Cyrulink, 2005). Por lo anterior, es importante ayudar a los padres y madres de bebés prematuros a encontrar o a recuperar la esperanza, componente esencial que favorece la vinculación con el hijo o hija. Las mayores fuentes de estrés de los padres y madres de prematuros son el miedo a la pérdida, la impresión que produce la apariencia física del bebé y la experiencia de tener que separarse del niño o niña (Mew et al., 2003, citado por Steinberg, 2006).

Los problemas del nacimiento prematuro pueden ser temporales, pero las dificultades en la interacción de las díadas padres/madres-hijos/hijas que han iniciado su relación bajo circunstancias estresantes, pueden continuar. El nacimiento prematuro puede tener efectos en el comportamiento del niño o niña, que a su vez afectan las percepciones y actitudes de los padres y madres (Borghini, Pierrehumbert, Miljkovitch, Muller-Nix, Forcada-Guex & Ansermet, 2006). Entre los aspectos más documentados empíricamente se encuentra el estrés y la depresión en las madres, como emociones que

interfieren la adecuada interacción tanto con sus bebés como con el personal asistencial de las UCIN (Ruiz et al., 2005). Sin embargo, Rossel, Carreno y Maldonado (2002), encontraron que con el tiempo estos sentimientos, además de rabia, frustración y temor a la muerte, cambiaron hacia un mayor optimismo aun cuando persistió una sensación de incertidumbre sobre el futuro del hijo o hija. Dentro de estas emociones iniciales, la culpa en la madre es una de las más frecuentes y se relaciona con lo que ella cree que hizo o dejó de hacer de manera adecuada, incidiendo en el nacimiento prematuro (Mathelin, 2001 y Botero, 2003).

Ahora bien, desde el punto de vista de las intervenciones psicológicas, León, Poudereux, Giménez y Belaústegui (2005), hacen énfasis en los resultados positivos de las intervenciones grupales psicoeducativas, las cuales mejoran el estado emocional de las madres y, en general, permiten el surgimiento de sentimientos positivos sobre el hijo o hija y sobre el personal hospitalario que lo cuida. Por su parte, Stern, Karraker, Sopko y Norman (2000), a partir de intervenciones cognitivas breves que pretendían disminuir el efecto negativo del estereotipo de la prematuridad, encontraron que en lugar de disminuir, hubo un aumento. Las intervenciones consistieron en presentar a las madres información acerca de la prematuridad, destacando las similitudes (sociales, emocionales, comportamentales, motrices, cognitivas y perceptuales) entre prematuros y bebés nacidos a término. Adicionalmente, descubrieron que cuando se les decía a las madres que el niño o la niña había nacido a término, sus respuestas eran más positivas en comparación con las madres a las que se les dijo que interactuaban con un niño prematuro. Por último, observaron que las madres de niños o niñas prematuros tienen menos estereotipos hacia la prematuridad, que las madres con hijos o hijas no prematuros.

La incidencia que tienen la prematuridad, la ansiedad de la madre y el riesgo neurobiológico del niño o niña en la interacción materno infantil, fue investigada por Schmucker et al. (2005). Como era de esperarse, de acuerdo con los estudios revisados hasta ahora, los autores también encontraron diferencias significativas en los patrones de interacción de las díadas madre-hijo/hija, dependiendo de si el niño o niña era o no prematuro. Comprobaron que entre más

prematuro es el bebé mayor es el nivel de ansiedad de la madre, que las madres más ansiosas tienen niños o niñas menos responsivos facialmente y que el riesgo neurobiológico, y no el peso, está estrechamente relacionado con el nivel de ansiedad de la madre. En concordancia con los hallazgos, Rossel et al. (2002) mostraron que a medida que pasan los días, la ansiedad disminuye y el cambio va de la mano con el progreso y la evolución del niño o niña.

Los estudios muestran que los niños y niñas prematuros, durante el primer año de vida, son compañeros o compañeras menos gratificadores para sus padres y madres, en comparación con los niños y niñas nacidos a término. Son bebés que muestran más emociones negativas, menos afectos positivos; son más pasivos y menos responsivos socialmente; es difícil para ellos y ellas estar alerta, y una vez lo consiguen fácilmente caen en estados de sobre-estimulación (Brachfeld, Goldberg & Sloman, 1980, Garner & Landry, 1992, Malatesta, Grigoryev, Lamb, Albin & Culver 1986, Als, 1983, Pauli-Pott, 1991, citados por Schmucker et al., 2005). Todo esto incide en las interacciones que se dan entre la madre y el niño o niña, interacciones que poco a poco, por su carácter repetitivo, le dan forma al patrón de apego que va desarrollando el hijo o hija. Albeldi (2006) encontró que los niños y niñas prematuros ven a su madre y a su padre con menos actitudes de sosten parental, tienen menos resoluciones positivas, presentan menos reacción ante la separación y son menos inseguros frente al reencuentro.

La revisión bibliográfica muestra que los estudios coinciden en reconocer que el nacimiento prematuro opera como un factor de riesgo, que incide en la seguridad del vínculo, tanto por lo que le sucede a la madre como por las implicaciones que tiene la inmadurez, en términos de la receptividad y capacidad de respuesta del niño o niña. Ambos miembros de la pareja materno infantil se encuentran incapacitados de una u otra manera para atender, entender y responder a las señales interactivas que conduzcan a la creación de un vínculo empático y sostenedor, que favorezcan el desarrollo del apego seguro, la mentalización y la salud mental. A continuación, haremos una puntualización sobre el apego y la mentalización para lograr una mejor comprensión de la relación que existe entre ellos, mostrar la importancia que

tienen en el desarrollo emocional del bebé y el papel fundamental que desempeña la madre en este proceso.

### **3. Vínculo afectivo y apego**

El vínculo madre-hijo se define como una relación afectiva interactiva recíproca, regulada mutuamente (Bowlby, 1989). El bebé, al momento del nacimiento, cuenta con una serie de reflejos y conductas con las que busca la proximidad de su cuidador o cuidadora; por ejemplo la sonrisa, el llanto y el agarre. Estas conductas del bebé evocan otras en el otro —cuidador—, con las que responde: lo toca, lo carga, lo calma, le habla o lo ignora, lo deja, etc. (Fonagy, 1999). Las respuestas del cuidador o cuidadora, repetidas en el tiempo, van configurando unos patrones más o menos predecibles que han sido descritos de diferentes maneras por algunos autores; Bowlby (1989) habla de ellos como modelos internos de trabajo, Bucci (1997) como esquemas de emoción y Stern (1997) como representaciones internas generalizadas (Rigs). Estos patrones están en la base de las expectativas que una persona tiene sobre la manera como van a reaccionar los otros, es decir, hacen que el sujeto siempre espere de los otros respuestas similares a las que ha recibido, bien sea positivas o negativas y, en consecuencia, actúe conforme a estas creencias, algunas veces en términos defensivos. Todos estos conceptos están estrechamente relacionados con el de transferencia de Freud (1912), elemento esencial del marco conceptual de la teoría psicoanalítica.

Dentro del ámbito de los estudios sobre el vínculo es importante tener en cuenta la relación con el apego, como un tipo de vínculo específico que se activa en situaciones de peligro. La respuesta de las figuras de apego, como la madre generalmente, es fundamental, y está determinada por factores como sus propios esquemas de relación, la situación emocional que ésta vive, su personalidad y las representaciones que tenga del hijo o hija. Por parte del niño o niña, su capacidad de respuesta y las señales que éste produce, inciden en el vínculo materno infantil (Lamb, 1985, citado por Vives & Lartigue, 1994a).

La experiencia interactiva le enseña al bebé que la ansiedad proveniente de fuentes internas o externas encuentra alivio en presencia del cuidador o cuidadora. Por esta razón, cuando se ve expuesto

a situaciones que despiertan ansiedad, busca su proximidad física como una forma de encontrar alivio y recuperar el equilibrio perdido, ya que no puede autorregular sus emociones y éstas lo invaden continuamente (Fonagy, 1999). El niño o niña interioriza un modelo de relación con la figura primordial, que puede ser más o menos adecuado (eficiente). Ese modelo interiorizado pasa a convertirse en patrón de las relaciones del sujeto con el mundo y su análisis permite comprender las expectativas que el sujeto tiene del otro (mundo representativo) y sus dificultades.

Los estudios del vínculo materno infantil han delimitado dos grandes tipos de apego en los niños y niñas, de acuerdo con el grado de organización de las interacciones madre-hijo (Main, 1995, citada por Main, 2000). El *apego organizado* es aquel que tiene pautas más o menos predecibles de interacción. A esta categoría corresponden los tres tipos de apego descritos por Ainsworth (1967) a partir de sus observaciones, aplicando “La situación del extraño” como método experimental que evalúa la respuesta del infante en momentos de estrés asociados a la separación y reencuentro con la madre. Estos tipos de apego son: *el apego seguro*, *el inseguro evitativo* y *el inseguro ambivalente*. Los niños y niñas con *apego seguro* tienen cuidadores o cuidadoras sensibles a sus necesidades; por eso los usan como base segura cuando están angustiados. Son niños y niñas que confían en sí mismos, está orientados socialmente, son empáticos y tienen relaciones más profundas (Fonagy, 1999). En el *apego inseguro evitativo* se observa que el cuidador o cuidadora tiene dificultades para el contacto físico y para expresar el afecto en las interacciones; estos niños y niñas sobregulan las emociones, ya que no han sido calmados o han sido sobreestimulados de manera intrusiva (Fonagy, 1999). Estos niños y niñas tienden a evadir o a ignorar a sus cuidadores o cuidadoras, en una actitud de desinterés o rechazo (Cordova, Lartigue, Vives & Lopez-Duplan, 1994a). Por último, en el *apego inseguro ambivalente* se puede reconocer una inconsistencia en las respuestas y en la disponibilidad emocional del cuidador o cuidadora, lo que hace que los niños o niñas no tengan confianza en éste, sub-regulen la experiencia emocional, magnifiquen la expresión de ansiedad en búsqueda de atención y siempre se sientan expuestos a una amenaza. En términos generales, manifiestan una actitud de vigilancia

permanente sobre su cuidador o cuidadora, basada en un deseo constante de intimidad, junto con expresiones de inseguridad respecto de las otras personas (Fonagy, 1999).

La otra gran categoría asociada al grado de organización de las interacciones es el *apego desorganizado*, que se caracteriza por lo impredecible del comportamiento del cuidador o cuidadora y del niño o niña. Se supone que en la experiencia interactiva de estos niños y niñas, el cuidador o cuidadora ha sido fuente de aseguramiento y amenaza de manera simultánea (Main & Solomon, 1990, citados por Fonagy, 1999).

Todos los tipos de apego descritos, corresponden a las categorías estudiadas en los niños y niñas; pero posteriormente, surge el interés de Main (2000) por el apego en los sujetos adultos. Para estas investigaciones, fue creado el protocolo de la entrevista de apego adulto (AAI) (George, Kaplan & Main, 1985). Posteriormente, Main, Goldwyn y Hesse (2003), desarrollaron un sistema de puntuación y clasificación específicas. En esta entrevista se le pide al sujeto que diga adjetivos que califiquen a sus figuras de apego y que, posteriormente, narre episodios que permitan dar cuenta de éstos (Hesse, 1999). A través de la entrevista se pudieron establecer categorías de apego en los sujetos adultos semejantes a los tipos de apego encontrados en las interacciones de los niños y niñas. Las categorías del apego en las personas adultas son: a) *Apego seguro autónomo* (equiparable al apego seguro del niño o niña). Los sujetos adultos de esta categoría evidencian fundamentalmente claridad y objetividad en las narraciones, recuerdan episodios de relación con las figuras de apego y tienen la capacidad de ponerse en el lugar del otro cuando piensan la experiencia interactiva. b) *Apego inseguro desentendido*, también llamado despreocupado<sup>1</sup> (equiparable al apego inseguro evitativo del niño o niña). Los sujetos de esta categoría se desentienden mentalmente, evitan responder cuando se les hacen preguntas, manifiestan ausencia de recuerdos —especialmente de aquellos relacionados con emociones desagradables—, y simultáneamente tienen tendencia a idealizar la figura de apego. c) *Apego inseguro preocupado* (equiparable al apego inseguro ambivalente resistente del niño o niña).

<sup>1</sup> En México Hinojosa-Ayala (2005), se refiere a este tipo de apego como desvalorizante, y Córdoba, Lartigue, Hinojosa y Arévalo (2009), por su parte, lo nombran como descartante.

Los sujetos que pertenecen a esta categoría se muestran confusos en los relatos, evidencian enojo, preocupación o pasividad con sus figuras de apego, y continúan quejándose en la edad adulta por las ofensas de la infancia. La última categoría es la d), Apego *NC o no clasificables*, también conocida como apego no resuelto<sup>2</sup> (equiparable al apego desorganizado del niño o niña). La característica fundamental de estos sujetos es la desorganización en el discurso. Las narraciones son confusas con errores semánticos y sintácticos, lo que hace difícil su comprensión. En general se puede decir que no hay un patrón claro en los relatos; se presenta una mezcla de los patrones anteriores (Fonagy, 1999).

Por otra parte, el tema del apego ha sido de mucho interés investigativo. Se ha estudiado en relación con diversas variables, como son las diversas culturas, las posibles relaciones entre tipos de apego y manifestaciones psicopatológicas, la transmisión entre generaciones, además de muchos otros focos de interés. En cuanto a la relación entre el apego y las diversas culturas, IJzendoorn y Sagi (1999), compararon estudios realizados en Japón, Israel, África, China, Europa del Oeste y Estados Unidos; los resultados parecen validar la idea de Bowlby sobre el apego como fenómeno universal, y adicionalmente muestran que los tres patrones básicos del apego organizado (evitativo, seguro y ambivalente) se dan en todas las culturas estudiadas. Algunos estudios —como el de Stalker, Gebotys y Harper (2005, citados por Córdoba, Lartigue, Hinojosa & Arévalo, 2009)— sobre la relación entre apego y manifestaciones psicopatológicas, muestran que el apego inseguro es un factor de vulnerabilidad debido al efecto negativo que se tiene a nivel de la autoestima, la confianza básica, la regulación emocional, la capacidad de organización y de planeación. Por su parte, Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon, y Target (1995), evidencian cómo los trastornos de personalidad, específicamente el trastorno límite, tienen estrecha relación con modelos relacionales inadecuados, especialmente con el tipo desorganizado; sin embargo, debe tenerse en cuenta que el tipo o patrón de apego es un indicador de riesgo de patología, pero no la predice. Finalmente, en cuanto a la transmisión entre generaciones, los estudios también muestran que existe una correspondencia

entre el tipo de apego evaluado en la infancia y el de la edad adulta. Señalan que el tipo de apego de la madre permite predecir el tipo de apego del hijo o hija, aún desde antes de nacer (Fonagy, 1999), y que las capacidades emocionales para ejercer las funciones parentales se pueden predecir a partir del tipo de apego y de algunas características del mismo (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, citados por Córdoba et al., 2009). En este mismo sentido, la investigación de Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt (1991, citados por Fonagy, 1999) mostró una relación significativa entre capacidad reflexiva o mentalización, y apego seguro. Las puntuaciones altas en función reflexiva de las madres antes del nacimiento, permitían predecir el apego seguro del niño o niña en el 2do año de vida.

Pero, ¿cómo se da la transmisión generacional del patrón de apego? Tal parece que la sensibilidad de los padres y madres para reconocer las necesidades del hijo o hija, es un factor que incide en la transmisión del apego seguro, pero no es determinante. Lo que parece explicar dicha transmisión es la capacidad reflexiva o mentalización de los padres y madres o cuidadores (Fonagy, 1999).

#### **4. Mentalización**

El concepto de mentalización o función reflexiva se relaciona con conceptos del psicoanálisis como posición depresiva, función alpha y la preocupación materna primaria (Klein, 1945; Bion, 1962; y Winnicott, 1962, citados por Fonagy et al., 1998). Dichos conceptos tienen que ver con la mentalización en la medida en que aluden a una actividad mental orientada a la comprensión del otro. En el contexto del desarrollo psicológico generalmente es la madre o cuidador primario la persona encargada de darle sentido a la experiencia emocional del niño o niña, nombrándola y significándola, en aras de un adecuado desarrollo psíquico. Por otra parte, Fonagy et al. (1998), hacen referencia a dos filósofos de la mente, Hopkins y Wolheim, quienes han ampliado la concepción del proceso inconsciente de Dennett. Para este último, la contribución substancial de Freud fue reconocer que, a través de los procesos inconscientes, las conductas y fenómenos que antes con la teoría de la intencionalidad tenían poco sentido, son ahora más ampliamente comprensibles, teniendo en cuenta las intencionalidades inconscientes. Fenómenos

<sup>2</sup> Hinojosa Ayala (2005) y Córdoba et al. (2009) también lo tradujeron como desorganizado/ no resuelto.

humanos para los que la psicología “popular” no podía brindar una adecuada comprensión, pudieron ser explicados satisfactoriamente, como es el caso de los síntomas neuróticos, los sueños y los chistes. Para Fonagy y su grupo de trabajo, al igual que para otros psicoanalistas, la mentalización se relaciona directamente con la integración del *self*, y en este sentido tiene implicaciones importantes para la comprensión de los desórdenes psicológicos, como se vio previamente.

La mentalización se define como la capacidad de atribuir a otros y de reconocer en sí mismo estados mentales en términos de pensamientos, deseos, intenciones, etc., y de darse cuenta de que no siempre el comportamiento es equivalente al estado mental (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995b). La capacidad de mentalizar permite reflexionar, predecir y dar sentido a los propios sentimientos y conductas, lo mismo que a los de los otros, y se desarrolla básicamente en tres fases: se inicia con el reconocimiento de las intenciones en términos de la conducta de manera teleológica, luego hay atribución de emociones en términos de displacer-placer y, finalmente, integra reflexiones y atribuciones de estados mentales propios y de otros, teniendo en cuenta cómo estos se influyen mutuamente y afectan la interacción. Esta función reflexiva, o capacidad mentalizante, es un proceso que puede ser automático e inconsciente (Fonagy, 1999).

La importancia de esta capacidad según Fonagy, Target, Steele y Steele, (1998), está dada porque: a) permite predecir los comportamientos, b) promueve y mantiene el apego seguro, c) permite diferenciar entre la realidad y la apariencia, d) mejora la comunicación, y e) permite mejorar la conexión entre el mundo interno y la realidad externa.

Fonagy (1999) considera tres componentes fundamentales que inciden en el desarrollo de la mentalización: a) La especularización, que consiste en la integración de la conducta observable con el sentido emocional de la misma. La experiencia emocional inicial del pequeño o pequeña se ve modificada por la introyección que hace de la representación que construye la madre de su estado mental. Fonagy Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon, y Target, (1995b, citados por Fonagy 1999) encontraron que las madres que

mejor calmaban la angustia del hijo o hija de 8 meses, después de que le acababan de poner una inyección, eran las que le reflejaban la emoción y simultáneamente le presentaban otros afectos que se podrían llamar positivos y reaseguradores, tales como sonreír, interrogar, hacer expresiones gestuales burlonas, etc. Estas madres al mismo tiempo que le comunicaban al niño o niña que entendían lo que le pasaba, le mostraban otros afectos. Así, dicen los autores, el niño o niña descubre que las emociones de la madre son parecidas, y no iguales, a las de él; b) la parentalización reflexiva permite el paso del modelo mental teleológico al modelo intencional, lo que significa comprender o explicar la conducta en términos de estados mentales que le subyacen, y no de conductas observables; y c) el cambio desde la realidad psíquica dual a la singular —única—, es decir, el paso desde la “equivalencia psíquica” a la representación diferenciada entre el mundo interno y externo. Esto se logra en la medida en que el otro —cuidador o cuidadora— reúne e integra las fantasías (el mundo interno) con la realidad (mundo exterior) en la relación intersubjetiva con el niño o niña, permitiéndole a él o a ella reconocer que las ideas y sentimientos internos se relacionan con lo que está afuera (mundo exterior) pero no son iguales (Dunn, 1996 citado por Fonagy, 1999).

Por otra parte —según lo expresan Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, y Locker (2005b)—, existe una clara relación entre el tipo de apego adulto y la función reflexiva parental. El *apego seguro autónomo* se relaciona con una alta función reflexiva; *el preocupado*, con una función reflexiva confusa o enredada; *el desentendido*, con una función reflexiva desconectada; y *el no clasificable*, con una función reflexiva baja. Adicionalmente, existe una estrecha relación entre el sistema de apego, la capacidad de regulación de las emociones y la mentalización.

Así, el apego seguro se relaciona con la capacidad del cuidador o cuidadora de regular los estados emocionales del bebé o de la bebé (Carlson & Sroufe, 1995, citados por Nichols et al., 2001); a su vez, la capacidad de regular, modular y en última instancia, simbolizar la experiencia afectiva, depende de la función reflexiva o mentalización de la madre. Esta capacidad le permite contener y vincularse con la expresión afectiva de su niño o niña, y responder adecuadamente a ella, de forma organizada, coherente y con sentido (Slade, 1999).



Se ha demostrado que los padres y madres que poseen una mayor habilidad de mentalización, tienden a tener hijos e hijas más seguros, y que a su vez estos niños y niñas tienden a desarrollar más ampliamente y de una manera cada vez más precoz esta habilidad de teoría de la mente. Esto explicaría por qué la habilidad de mentalización, o función reflexiva, vendría a ser el factor determinante en la transmisión del tipo y calidad del apego. El impacto de la función reflexiva de la madre sobre el desarrollo de la mentalización en el niño o niña, no se da solamente por el tipo de interacciones propias del apego seguro, y parece que incluye otros aspectos de la interacción como la naturaleza de la conversación, los juegos donde hay que fingir o simular ser otro, la naturaleza de las interacciones disciplinarias y todo lo que contribuye al desarrollo de esta competencia en los niños y niñas (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998).

Es necesario tener en cuenta que la mentalización alta contribuye a la salud mental cuando tiene un carácter benevolente; busca reconocer al otro como un ser diferente desde una posición respetuosa y es usada para el reconocimiento y la regulación de las emociones. La capacidad para mentalizar a otro no contribuye a la salud mental en sí misma, ya que puede ser utilizada para entender cómo agredir, someter, intimidar o humillar al otro (Fonagy, Gergely & Target, 2007).

Ahora bien, desde el punto de vista del niño o niña, Fonagy (1999) establece una relación entre el apego de éste y la capacidad que tiene de atribuir estados mentales a los cuidadores o cuidadoras. Señala que el apego seguro provee la base psicosocial para la comprensión de la mente; por esta razón, los niños y niñas con un apego seguro pueden atribuir tranquilamente estados mentales a sus cuidadores o cuidadoras para explicar la conducta. Los niños y niñas evitativos, en cambio, se escapan del estado mental; los resistentes, por su parte, se ponen en contacto con los estados mentales pero se enfocan más en los propios que en los de sus cuidadores o cuidadoras. Por último, los niños y niñas con apego desorganizado son hipervigilantes de la conducta del otro, y pueden ser muy sensibles a sus estados mentales. A pesar de que pueden adquirir muy fácilmente la capacidad de mentalizar, ésta no favorece la organización del self por cuanto no integra la lectura de la mente del otro (para lo que es muy bueno) con sus propios estados mentales,

de los que se desprende.

Queda claro entonces que la mentalización es de máxima importancia para favorecer el desarrollo de un niño o de una niña que se encuentra en condiciones desfavorables. Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target (1994), citados por Fonagy (1999), realizaron un estudio con padres y madres con experiencias significativas de privación, tales como hacinamiento o enfermedad mental. Encontraron que todas las madres privadas con puntajes altos en mentalización tenían hijos e hijas con apego seguro, mientras que solo una de las diecisiete que puntuaron bajo en la capacidad reflexiva, tenía un hijo con apego seguro. Los hallazgos señalan que si el cuidador o cuidadora ha adquirido la capacidad para reflexionar productivamente sobre la experiencia mental, esta condición contribuye a romper el ciclo de desventaja, es decir, no se reproduce con el hijo el vínculo de apego inseguro (evitativo, resistente o desorganizado).

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el papel de la mentalización en el apego seguro y la relación de éste con una buena salud mental, resulta importante hacer un acercamiento a algunas de las formas en que se ha trabajado buscando fomentar este aspecto del vínculo afectivo.

## **5. Intervenciones que promueven la mentalización**

Se sabe que la alta mentalización del cuidador o cuidadora no garantiza el encuentro armonioso, solidario y empático entre éstos y el niño o niña, ya que es posible que el padre o madre pueda inferir los estados mentales del hijo o hija, pero los interprete de manera equivocada, por la acción de mecanismos proyectivos que le impiden diferenciar adecuadamente sus propios estados internos de los del niño o niña (Slade, 2006). Sin embargo, el valor que tienen los programas dirigidos a favorecer el desarrollo de la mentalización como estrategia de prevención e intervención en el campo de la salud mental, procede por un lado de la relación entre la alta mentalización positiva, el apego seguro y la autorregulación emocional, y por otro lado, de que las fallas en la mentalización o su uso inadecuado, se asocian con alteraciones psicopatológicas (Slade, 2005).

El objetivo principal de estos programas de intervención, según Slade (2006), es que el padre o

la madre logren imaginar la experiencia emocional del niño o niña; que se planteen algo como: “*voy a tratar de entender a mi hijo en términos de lo que siente o piensa y no sólo en términos de lo que hace, voy a responder a lo que siente o necesita y no a lo que hace*” (p. 645). De manera específica se buscaría: a) Permitir que el padre y la madre reconozcan los estados mentales del hijo o hija como diferentes de los propios, b) favorecer que el padre y la madre se pongan en contacto con los estados mentales del hijo o hija, y c) promover que busquen entender lo que el niño o niña comunica a través del comportamiento manifiesto.

Para favorecer la mentalización de las madres a través de programas de intervención, Slade (2006) plantea que se deben tener en cuenta los siguientes principios: 1) *Modelar la reflectividad* a través de devolverle al padre una representación del hijo o hija en términos de estados mentales, para que se abra un espacio donde sea posible empezar a pensar en estados mentales. 2) *Facilitar que se hagan preguntas* a partir del reconocimiento de la experiencia emocional del hijo o hija para que se interesen por los estados mentales. 3) *Generar el afecto como una forma de mentalización* invitándolos a que hablen de situaciones concretas que les hicieron sentir emociones fuertes, ya que como dice Target (2003, citada por Slade, 2006, p. 647), la función reflexiva consiste en “pensar acerca de los sentimientos y sentir acerca de los pensamientos”. 4) *Sostener al padre en la mente*, eso significa contener su experiencia emocional (la rabia, el rechazo, la tristeza, etc.) para que pueda sostener y contener la experiencia emocional del niño o niña. Este principio se relaciona con la propuesta de Jenkins y Williams (2008), quienes consideran que por medio de preguntas y actividades en un espacio de contención a las madres, es como se puede favorecer el desarrollo de la función reflexiva. En el mismo sentido estaría la idea de Steinberg (2006), para quien “estar con” los padres en términos de presencia física y disponibilidad emocional, les permite abrir un espacio psíquico para el bebé o la bebé. 5) *Trabajar en un nivel que los padres puedan manejar*; implica que se empieza en un nivel básico a hablar acerca de qué altera o calma al bebé o a la bebé, sin abordar temas de índole interactivo.

Por último, consideramos importante hacer alusión al trabajo de Steinberg (2006) realizado con madres de bebés en una unidad de cuidado

intensivo. La autora plantea que es necesario ayudarles a los padres y a las madres a reencontrar o a recuperar la esperanza, para que puedan vincularse con el hijo o hija. El “estar con” los padres mientras están con sus hijos o hijas les da un lugar estable y favorece que puedan hablar, ser escuchados y abrir un espacio psíquico para el bebé o la bebé. Contar la historia una y otra vez les permite encontrarle sentido a lo que está sucediendo y promover el surgimiento de la esperanza. O dicho en términos de Slade (2006), esto se lograría cuando el cuidador o cuidadora vincula el pasado y el presente para hacer una construcción narrativa coherente de las circunstancias (traumáticas o no), y cuando logra acceder a múltiples interpretaciones sobre los eventos físicos o psicológicos. Este proceso estaría en consonancia con el carácter reparador de la función reflexiva en la elaboración de los conflictos o situaciones traumáticas, como lo enuncia Allen (2003).

## 6. Discusión

Una vez revisados los tres conceptos fundamentales presentados en el texto, buscaremos hacer algunas relaciones entre ellos.

Es claro cómo el vínculo afectivo tiene implicaciones psicológicas muy importantes no sólo en la calidad de las relaciones humanas en general, sino en la de la salud mental en particular. Es en la relación vincular donde se inscribe, de manera específica y como estrategia de sobrevivencia de la especie, el desarrollo de patrones de apego más o menos estables.

Ahora, si bien el concepto de apego tiene una íntima relación con el campo de la etología y el componente comportamental de la especie, también parece ser un fenómeno universal, como lo muestran los estudios transculturales realizados por IJzendoorn y Sagi (1999). La revisión realizada muestra que la calidad del desarrollo representacional y propiamente psicológico del ser humano, se basa en las primeras estrategias comunicativas o patrones de relación, que permiten ir construyendo representaciones internas de sí mismo y de los otros significativos con calidades diferenciales dependiendo de diversos factores. Uno de éstos es la capacidad que tiene la madre de pensar sus propios estados mentales en términos de pensamientos, emociones e intenciones; sólo así,

con esta posibilidad, la madre podrá tener en su mente a un hijo o hija humanizado, al cual también podrá otorgar un espacio mental diferenciado que contenga pensamientos, emociones e intenciones propios y diferentes a los de ella misma, contribuyendo a que el niño o niña realice el proceso en sí mismo desde la especularización hasta la diferenciación psíquica propiamente dicha (Dunn, 1996 citado por Fonagy, 1999).

Sin embargo, el funcionamiento mentalizante o capacidad reflexiva puede verse afectado por múltiples situaciones internas (psicológicas) o externas (de la realidad exterior). El contexto del nacimiento prematuro es uno de estos escenarios donde dicha capacidad se puede ver especialmente vulnerada, ya que cumple con los criterios desorganizantes planteados por González, et al. (2000). El aspecto desorganizador esencial obedece a la presencia de angustias de fragmentación propias de estados que evocan fantasías y temores de muerte, que inciden de manera negativa en la posibilidad de representar y pensar las situaciones problemáticas o conflictivas. Este estado mental (interno) se ve agravado por las condiciones adversas y amenazantes inherentes al ambiente de las UCIN (externo), como lo señalan tanto Ruiz (2004) como Jaar y Michea (2009).

Es importante tener presente el hecho de que, si bien la mentalización se puede ver obstaculizada por lo impactante de la situación vivida, y es claro que un nacimiento prematuro constituye una de estas situaciones, también se deben tener en cuenta otras consideraciones. Las limitaciones en la función mentalizante de la madre del bebé o la bebé prematuros, pueden ser resultado no solo de la situación que vive, sino también de la capacidad previa para representar sus propios estados mentales, de su patrón principal de apego y de la tendencia a la repetición de dicha forma de relación de manera transgeneracional (Fonagy, 1999). A este factor, que hace alusión al mundo interno de la madre construido a partir de sus interacciones infantiles, se le suman otras variables, como son: las relaciones con el padre del niño, el apoyo de las personas del contexto hospitalario y familiar, y adicionalmente —de manera central— las condiciones físicas con que nazca su hijo o hija; condiciones que inciden en la manera como la madre se representa al hijo o hija y afectan sus interacciones (Lamb, 1985, citado por Vives & Lartigue, 1994a).

El componente reparador del funcionamiento reflexivo al que alude Allen (2003) cobra importancia en los nacimientos prematuros por la incidencia que tiene la mentalización en la elaboración de situaciones dolorosas o estresantes. En este sentido, los programas que favorecen la mentalización pueden servir de ayuda a las madres, en primera instancia para tramitar las emociones negativas propias de la situación de prematuridad; pero sobre todo, ayudan al reconocimiento del bebé o de la bebé como un ente psicológico, aspecto esencial para el desarrollo adecuado de la salud mental. Adicionalmente, se considera que programas de este estilo contribuyen a devolver a los padres y madres algo de la intimidad que se ve interrumpida por la condición hospitalaria (Helman & Villavella, 2000), así como también a contrarrestar el impacto negativo de situaciones adversas, como lo demuestra el estudio de Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target (1994, citados por Fonagy, 1999).

Ahora bien, hay que tener en cuenta que si bien es cierto que los programas son útiles en la mayoría de los casos, hay situaciones en las cuales el estado emocional de las madres se encuentra tan alterado, que no es posible para ellas acceder a la posibilidad de pensar las dificultades en términos conscientes y preconscious, lo que estaría al servicio de un funcionamiento defensivo. En estos casos, probablemente un factor fundamental es el componente de apoyo y de contención dentro del cual está inscrito el trabajo que se realiza con la madre; por esta razón es necesario enfatizar el cuarto principio propuesto por Slade (2006), el cual se refiere a *Sostener al padre en la mente*, con lo que coinciden Steingberg (2006), Jenkins y Williams (2008), más que en el aspecto esencialmente cognitivo y reflexivo de la mentalización.

Finalmente es importante resaltar en términos generales que las intervenciones que promuevan la salud mental en la primera infancia son de gran complejidad y muy potentes en sus efectos. Por ello las investigaciones e intervenciones sobre esta etapa del desarrollo con población de alto riesgo o no, resultan ser de mucha utilidad y de gran importancia. Es así como la investigación alrededor de los nacimientos prematuros, de manera particular, es un campo que debe ser tenido en cuenta para conocerlo cada vez mejor y poder implementar acciones específicas que

contribuyan a contrarrestar los efectos adversos inherentes a dicha situación. Si bien los programas de prevención y promoción en salud mental sirven para proteger la salud, desarrollar potencialidades y evitar los riesgos de eventos desorganizadores, adicionalmente tienen valor en términos de gasto público. El diseño y planeación de políticas públicas, que permitan intervenciones que inciden en disminuir la aparición e instauración de patologías, redundan en beneficios económicos para las entidades de salud públicas y privadas, ya que la intervención preventiva siempre será menos costosa que las intervenciones curativas.

### Lista de referencias

- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Patterns of Attachment Behavior* Baltimore: Johns Hopkins University Press. Recuperado el 6 de noviembre de 2009, de: <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment>.
- Albeldi, M. (2006). Características del vínculo (attachment): Estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a término. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Allen, J. (2003). Metalizing. *Bulleting of the Menninger Clinic*, 67 (2), pp. 91-112.
- Anzieu, D. (1994). *El Yo Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arteaga, M. (2002). Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el 3er trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object Relations. En M. Harris and E. Bick (1987), *Collected Papers*. (pp. 104-118). Clunie, Perthshire: ed. M.H. Williams.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. & Ansermet, F. (2006). Mother's Attachment Representations of Their Premature Infant at 6 and 18 Months after Birth. *Infant Mental Health Journal*, 27 (5), pp. 494-508.
- Botero, H. (2003). La Experiencia Emocional de la Prematurez: Madre prematura-Bebé prematuro una relación especial. Manuscrito no publicado.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Chatel, M. (1996). *El Malestar de la procreación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Córdova, A., Lartigue, T., Vives, J. & López-Duplan, A. (1994). Investigación sobre el apego en un grupo de diadas materno – infantiles. En J. Vives & T. Lartigue, *Apego y vínculo materno infantil* (pp. 126-155). México, D. F.: Universidad de Guadalajara.
- Córdova, A., Lartigue, T., Hinojosa, N. & Arévalo, M. (2009). Factores asociados al apego inseguro en gestantes mexicanas de alto riesgo. En *Género y Psicoanálisis. Contribuciones contemporáneas*, T. Lartigue & O. Varela, compiladoras. México, D. F.: MT Lartigue, Capítulo 28.
- Cyrulink, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural de apego*. Barcelona: Gedisa.
- Dolto, F. (1997). *La Imagen Inconciente del Cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Dolto, F. (1998). *En el juego del deseo*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. R. Muir & J. Kerr (Eds.). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-279). New York: Analytic Press.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado el 5 de noviembre de 2009, de: <http://www.aperturas.org/3fonagy.html>.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:3/4, pp. 288–328.
- Freud, S. (1981 (1912)). *La dinámica de la*

- transferencia. En Obras completas, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981 (1916-1917)). Lecciones Introductorias al Psicoanálisis. En Obras Completas, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. En Obras Completas, Tomo III. Madrid: Bibliotheca Nueva (1981).
- George, C., Kaplan, M. & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Berkeley: University of California.
- Gerhardt, S. (2004). Why love matters. How affection shapes a baby's brain. New York: Brunner-Routledge.
- González, E. M., Rodríguez, M., Sburlati, M. & Triaca, A. (2000). Psicoanálisis, Prevención y Promoción de Salud. Una viñeta. Trabajo presentado en el XIV Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo, Octubre, Uruguay.
- Helman, V. & Villavella M. (2000). Niños prematuros: La clínica de lo perentorio, de la medicina al psicoanálisis. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. En: J. Cassidy & P. R. Shaver (Editores). Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications, pp. 395-433. New York: Guilford.
- Hinojosa-Ayala, N. (2005). Clasificaciones del apego en 31 mujeres embarazadas con trastorno depresivo. Disertación doctoral. México, D. F.: Centro de Estudios de Postgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Ijzendoorn, MHv. & Sagi, A. (1999). Cross-Cultural patterns of Attachment: Universal and contextual dimensions. En J Cassidy, PR Shaver, editores. Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications, pp. 713-734. New York: Guilford Press.
- Isaacs, S. (1952). The Nature and Function of phantasy. En M. Klein, Developments in Psychoanalysis, (pp. 67-121). London: Karnac Books.
- Jaar, E. & Michea, L. (2009). Prematurez y enfermedad en el recién nacido; su impacto emocional en el equipo médico. Revista del CPM, 18. Recuperado el 16 de mayo, de: 2010, de [http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista/18/art\\_4.html](http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista/18/art_4.html).
- Jenkins, C. & Williams, A. (2008). The mother -Baby Prenatal Group: Nurturing Reflective Functioning in n Methadone Maintenance Clinic. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health. 22 (3), pp. 163-180.
- Langer, M. (1985). Sexo y Maternidad. Barcelona: Paidós.
- Lecannelier, F. (2006). Estrategias de Intervención Temprana Preventivas en salud mental: Una experiencia chilena en Investigación e Intervención. Ponencia: I Congreso Internacional de Actualizaciones en Psicología. Santiago de Cali. Cencolp.
- León, B., Poudereux, M., Giménez, C. & Belaústegui, A. (2005). Sistema de Intervención Psicológica en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Intervención Psicológica en Padres de Niños Prematuros. *Mapfre Medicina*, 16, pp. 130-139.
- Ley de Infancia y Adolescencia (2006). Recuperado el 5 de noviembre de 2009, de: <http://www.unicef.org.co/Ley/ley.pdf>.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. Journal of the American Psychoanalytic Association, 48 (4), pp. 1055-1127.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003). Adult attachment scoring and classification Systems (Version N° 7.2). Unpublished manuscript. Berkeley, CA.:Department of Psychology, University of California.
- Malher, M. (1990). Estudios 2. Separación e individuación. Buenos Aires: Paidós.
- Mathelin, C. (2001). Clínica Psicoanalítica con bebés Prematuros. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Nichols, K., Gergely, G. & Fonagy, P. (2001). Experimental protocols for investigating relationships among mother- infant interaction, affect, regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment. Bulletin of the Menninger Clinic, 65 (3) pp. 371-379.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2004). Método Madre Canguro. Guía Práctica. Recuperado el 18 de octubre de 2006, de: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/index.html>.

- OMS, Organización Mundial de la Salud (2008). Programa Salud y Desarrollo del Recién Nacido y del Niño. Recuperado el 4 de diciembre de 2009, de: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/about/child/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/about/child/en/index.html).
- Piontelli, A. (1992). *From Fetus to Child*. London: Routledge.
- Reyes de Polanco, N. (2001). Aspectos Psicológicos y Sociales de las Fantasías Fecundantes. Cuadernos de Psicoanálisis, XXXIV, 1 y 2. Recuperado el 15 de septiembre de 2009, de: <http://www.apm.org.mx/Dreamweaver/Publicaciones/2001/12/Aspectos%20psicologicos.html>.
- Ruiz, A. L., Cerianai, J. M., Cravedi, V. & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. argent. pediatr.* 103 (1), pp. 36-45.
- Ruiz, A. (2004). *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Rossel C., Carreno, T. & Maldonado, M. E. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Revista chilena de pediatría*, 73 (1), pp. 15-21.
- Schmucker, G., Heinz Brisch, K., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, R., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H. & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal Anxiety, and infants' neurobiological Risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26 (5), pp. 423-441.
- Secretaría de Salud de Cali (2005). Cali Saludable. Estadísticas. Recuperado el 18 de octubre de 2006, de: <http://www.calisaludable.gov.co/estadisticas/inicio.php>.
- Segal, H. (1981). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Slade, A. (1999). Representation, Symbolization, and Affect Regulation in the Concomitant Treatment of a Mother and Child: Attachment Theory and Child Psychoanalytic Inquiry, 19 (5), pp. 797-830.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and human Development*, 7 (3), pp. 269-281.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. & Locker, A. (2005). Maternal Reflective Functioning, Attachment, And The Transmission Gap: A Preliminary Study *Attachment & Human Development*, 7 (3), pp. 283 - 298.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), pp. 640-657.
- Steinberg, Z. (2006). Pandora Meets the NICU Parent or Whither Hope? *Psychoanalytic Dialogues*, 16 (2), pp. 133-147.
- Stern, D. (1997). *La Constelación Maternal*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Stern, M., Karraker, K. H., Sopko, A. M. & Norman, S. (2000). The prematurity stereotype revisited: impact on mothers' interactions with premature and full-term infants. *Infant Mental Health Journal*, 21 (6), pp. 495-509.
- Vives, J. & Lartigue, T. (1994a). *Apego y vínculo Materno Infantil*. México, D. F.: Universidad de Guadalajara.
- Vives, J. & Lartigue, T. (1994b). *Manual de Psicoterapia Breve Durante el Embarazo y la Lactancia*. México. D. F.: Universidad Iberoamericana.

---

**Referencia:**

Ana María Mesa y Ana Cristina Gómez, "La Mentalización como estrategia para promover la Salud Mental en bebés prematuros", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, vol. 8, núm. 2, (julio-diciembre), 2010, pp. 835 - 848.  
 Se autoriza la reproducción del artículo, para fines no comerciales, citando la fuente y los créditos de los autores.

---