



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

**Trabajo de Integración Final de la Licenciatura
en Musicoterapia**

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

**“La voz materna en el vínculo mamá-bebé prematuro en la Unidad de
Cuidados Intensivos Neonatales”**

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Autora: Jana Ojeda

DNI: 39417083

E-mail: janaojed@gmail.com

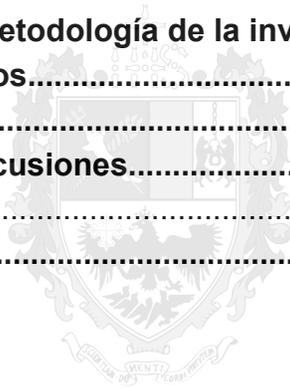
Fecha de entrega: 03/02/2025

Docentes: Violeta Schwarcz López Aranguren, Lara Galán, Ingrid Kleiner

2025

Índice:

Introducción.....	2
Planteo del problema	
Relevancia.....	3
Problema:.....	3
Objetivo general:.....	3
Objetivos específicos.....	4
Capítulo 1: Marco teórico.....	5
1.1 La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Argentina.....	5
1.2 El bebé prematuro.....	6
1.3 La voz materna dirigida al bebé prematuro.....	9
1.4 Modificaciones tónico-posturales de la madre y el bebé en la UCIN.....	11
Capítulo 2: Estado del Arte.....	14
Capítulo 3: Tipo de estudio y metodología de la investigación.....	17
Capítulo 4: Recolección de datos.....	18
Capítulo 5: Análisis de datos.....	21
Capítulo 6: Conclusiones y discusiones.....	37
Referencias Bibliográficas.....	40
Anexos.....	44



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Introducción

En el presente trabajo integrador final, se busca exponer las diversas cualidades e incidencias de la voz materna como medio para reforzar el vínculo que se ve transformado en la internación del bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Comprendiendo el contexto institucional, desbordante de estímulos visuales y auditivos vinculados al personal hospitalario y la maquinaria necesaria para la estabilización del bebé prematuro internado, la voz materna se introduce como un modo de acercamiento particular, contenedor, facilitador del bienestar del bebé internado.

Nuestra intención es poder investigar sobre el lugar de la presencia materna y cómo esa voz con intención emocional dirigida al bebé puede implicar la continuación de un vínculo posnatal.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Planteo del problema

Relevancia

En el presente trabajo integrador final, nos proponemos profundizar el conocimiento que se posee hasta el momento sobre el lugar que ocupa la voz materna en el vínculo con el bebé prematuro, dando lugar a las perspectivas de las madres y los actuales profesionales en salud dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Considerar el lugar que ocupa la voz materna en el vínculo dentro de este contexto, podría favorecer espacios que propicien el encuentro del bebé prematuro y su madre en el ámbito hospitalario.

Asimismo, tal investigación permite conocer la perspectiva del área de musicoterapia, la cual cuenta con una formación específica en la escucha de la voz y sus cualidades sonoras particulares que podrían nutrir los conocimientos que se poseen sobre la voz materna en este contexto y sus incidencias en el vínculo.

Por último, creemos que profundizar en la presente temática, podría dar lugar a nuevas investigaciones que continúen actualizando el conocimiento construido hasta este momento y a su vez fomentar la formación para futuros musicoterapeutas que se inserten en estos ámbitos.

Problema:

¿Cuáles son las características que presenta la voz materna en el vínculo mamá-bebé prematuro en la UCIN?

Hipótesis:

La voz materna expresada en la UCIN, por su cualidad afectiva se utiliza como medio para favorecer el vínculo mamá-bebé prematuro

Objetivo general:

Analizar las cualidades e incidencias de la voz materna en el vínculo mamá-bebé prematuro en la UCIN

Objetivos específicos

- Describir las características específicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- Detallar las particularidades del bebé prematuro
- Caracterizar la voz materna dirigida al bebé prematuro en la UCIN desde la perspectiva de madres y profesionales en este ámbito.
- Indagar desde la perspectiva de madres y profesionales en el área, la incidencia de la voz materna en el vínculo mamá-bebé prematuro, por medio de las modificaciones tónicas musculares de ambos en la UCIN.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Capítulo 1: Marco teórico

1.1 La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Argentina

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es relativamente moderna, ya que nace en 1960 con el reconocimiento de la especialidad médica en neonatología (Schaffer, 1960).

La UCIN es considerada un servicio ubicado dentro del área hospitalaria entendido como de amplia complejidad. Allí el staff de profesionales de salud, garantiza servicios de múltiples disciplinas, procurando brindar escenarios de seguridad y eficacia con el fin de ofrecer atención de calidad a los pacientes, los cuales en su mayoría requieren soporte respiratorio por complicaciones a nivel multiorgánico a causa de su prematurez (Lopez Chavez, 2020).

Gracias a los avances en la UCIN han aumentado considerablemente las posibilidades de supervivencia en bebés prematuros en las últimas décadas (con mejoras en el equipamiento utilizado, el uso de esteroides prenatales, las técnicas ventilatorias, etc).

Uno de los eventos significativos, relativo a la UCIN, se originó en los años 80, con la expansión del cuidado al neonato centrado en la familia, donde se incluían visitas de hermanos al hospital, los grupos de apoyo, las consultas prenatales, el desarrollo de comités multidisciplinarios para el desarrollo infantil (Sánchez Perez, et al., 2014) y también el método canguro, concebido en Colombia en 1978 por Edgar Rey Sanabria. Este método, consta en que el neonato permanezca con la madre y sea esta quien le proporciona calor y alimentación a fin de beneficiar el equilibrio psicoafectivo, reducir el riesgo de infecciones, integrar al bebé pronto a la familia, disminuir costos de una hospitalización extendida y asimismo evitar estímulos inadecuados de la UCIN.

Sin embargo, aún considerando los avances en el área, se percibe actualmente en la UCIN, cierta contaminación acústica. Esto último, es entendido como el incremento del nivel de sonido adecuado, lo que interfiere en el desarrollo de neonato (Lopez Chavez, 2020).

Asimismo, es preciso destacar que una mayor supervivencia en la UCIN implica también tratamientos médicos que producen estrés y dolor (Zimmerman & Bauersachs, 2012). En la UCIN, los bebés atendidos, experimentan entre 7 y 17 procedimientos dolorosos al día (Cruz, M. et al., 2016). A esto último, se le agrega que incluso hoy en día todavía se restringe la participación de los padres en el cuidado de sus bebés las 24 horas al día (Greisen et al., 2009).

El cuidado del bebé pasa a ser ahora principalmente de los profesionales y el tiempo y preparación para ejercer de estos padres se ha roto de un momento a otro debido al nacimiento prematuro. Los padres se transforman así en cuasi espectadores de tal proceso vital de su hijo/a, teniendo ahora que encontrar una manera de acomodarse a la nueva situación para reforzar el vínculo afectivo y aprender a ser padres de un bebé que no habían imaginado (Rizo Marcos, 2019).

1.2 El bebé prematuro

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera un bebé prematuro a aquel nacido antes de que haya completado 37 semanas de gestación. La OMS estima que en el año 2020, 13, 4 millones de niños nacieron pretérmino. Esto representaría a más de 1 de cada 10 nacimientos.

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (s/f), en nuestro país, nacen alrededor de 740.000 niños de los cuales el 8% nace prematuramente. El Comité de Estudios Feto Neonatales de la Sociedad Argentina de Pediatría expresa adhesión al derecho número 3 del Decálogo que afirma:

“El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro.” (p. 2)

De acuerdo a la semana gestacional, se produce la siguiente clasificación (Sánchez Perez, et al., 2014):

- Recién nacido pretérmino límite o tardío: 36 a 37 semanas de gestación;
- Intermedio: 31 a 35 semanas de gestación;
- Extremo: con menos de 30 semanas de gestación.

Algunos de los factores destacados que provocan el parto antes de la semana 37 son principalmente partos espontáneos y aquellos que provienen de partos inducidos o cesáreas, también influye el rango de edad (madres adolescentes o más de 40 años), y familias con problemas de fecundación, monoparentales u homosexuales (Rizo Marcos, 2019).

El grado de madurez y el peso descendido al nacer se vinculan directamente con la inmadurez de aparatos y sistemas, los cuales implican una gran posibilidad de presentar procesos mórbidos. Por esta razón, un alto porcentaje de ingresantes al área de UCIN permanecen por períodos de hospitalización prolongados. Uno de los sistemas que implica mayor susceptibilidad en el bebé prematuro es el sistema nervioso, que podría hacerlo vulnerable a variadas alteraciones fisiológicas determinadas por la inmadurez (Sánchez Pérez, et al., 2014).

Sánchez Pérez, et al., (2014) expresa cómo el recién nacido prematuro, debido a tal inmadurez fisiológica y sus características clínicas, constituyen factores de riesgo de importancia, vinculados al aspecto biológico, por la inmadurez de aparatos y sistemas (el sistema cardiopulmonar, el sistema digestivo, la función renal, y mecanismos de termorregulación, inmunitario); al aspecto ambiental, ya que experimenta múltiples intervenciones causantes de estrés y desorganización, exposición a cambios de la temperatura ambientes y separación de la madre; al aspecto neurológico con cuadros como hipoxia neonatal grave, encefalopatía hipertensiva isquémica, convulsiones; así como también crisis convulsivas neonatales, infecciones nosocomiales, hiperbilirrubinemia, entre otros.

Además, es necesario comprender que en la vida intrauterina, el feto crece en un ambiente acuático, de baja presión y atemperado, durmiendo a un determinado ritmo, acostumbrado de estar acompañado de sonidos internos producidos por la madre, en un principio orgánicos (por sus latidos del corazón, movimientos gástricos, etc) y luego su capacidad sensorial auditiva mejora y puede percibir sonidos externos como las voces de sus madre, música, etc. (Rizo Marcos, 2019).

En el caso de los bebés prematuros, se genera una contundente interrupción del desarrollo del feto, que como hemos visto, puede traer consecuencias del orden físicas

y neurológicas y asimismo del orden afectivo a largo plazo para el bebé prematuro (Shoemark & Dearn, 2008).

Ahora bien, en el caso de los bebés prematuros internados en la UCIN, antes de la Segunda Guerra Mundial, la madre era alejada del bebé, ya que era considerada una amenaza y entendida como fuente de infecciones. Después de la Segunda Guerra, comenzó a estudiarse que los gestos de la separación o privación materna implicaban efectos en el desarrollo y personalidad del niño. Durante el Siglo XXI se destaca el lugar de su presencia para favorecer la estabilidad clínica del prematuro y la interacción madre-hijo para el establecimiento del vínculo afectivo (Martínez, et al., 2007).

En relación a lo afectivo, la permanencia en la incubadora y la fragilidad de ciertos bebés limitan o impiden el contacto físico con sus padres. Tal situación puede obstaculizar la creación del vínculo afectivo, puesto que la interacción temprana entre el bebé y su cuidadores es un aspecto fundamental para la construcción del vínculo familiar (Loewy et al., 2013).

Nocker-Ribaupierre (2016) sostiene que los bebés prematuros son expuestos a un trauma en dos vertientes. No sólo el niño pierde prematuramente el ambiente prenatal, sino que la incubadora, la cual se transforma en ese primer ambiente postnatal, es drásticamente diferente a los brazos, el pecho, los ojos y la voz de su madre.

Esa voz, puede ser percibida desde el cuarto mes y medio de gestación, puesto que en este momento, el aparato auditivo se encuentra desarrollado. A partir de allí, el feto puede escuchar sonidos desde el interior y el exterior. Tal audición entonces, le permite conectarse con el exterior, posibilitando la capacidad mental de relacionar y asociar sonoridades y situaciones desde edades muy tempranas (Federico, 1999).

Incluso, es probable que la prematurez repercuta en el control de la temperatura, la respiración y la alimentación, por lo tanto deberán requerir un respirador y/o se los deberá alimentar por medio de una sonda. A esto último, se le suma un ambiente donde existen cambios bruscos de intensidad de las alertas sonoras de los monitores que se encuentran en la UCIN, sumado a la contaminación lumínica y acústica las 24 horas del día (Nocker-Ribaupierre, 2016).

Los sonidos de máquinas y señales electrónicas, sustituyen el sonido de la circulación sanguínea, el latido del corazón, la respiración, e incluso la voz de la madre (Nocker-Ribaupierre, 2016).

1.3 La voz materna dirigida al bebé prematuro

Según Pellizzari y Rodriguez (2019) la voz es considerada un elemento del cuerpo, la cual contiene elementos tanto expresivos como simbólicos. Los autores mencionados (2019) afirman que la voz es gesto, capaz de vehiculizar variados gestos expresivos e intenciones comunicacionales. Incluso, puede ser comprendida en dos niveles. Por un lado, la voz como sonoridad vinculado a lo instrumental, las alturas, la melodía, el ritmo, el fraseo, el timbre, la textura, el aire, la conexión al cuerpo, los órganos y por otro lado, se considera la semantización de la voz relacionado a su sentido, significado, contexto, cultura. Entre ambos, se afirma que hay niveles de articulación como el llanto, el grito, el gemido, la risa, entendido como estados de la voz que poseen una carga de significado consciente y consensuada.

Es por medio de esas cualidades de la voz, que podemos observar cómo la voz con que el adulto se dirige al niño pequeño no es su tonalidad habitual, sino que es más aguda, con un timbre más brillante, más modulada (Pain, 1996, como se citó en Calmels, 2009).

La voz de la madre, transmitida con ese timbre agudo es modulada en forma de exclamación e interrogación. Tal empleo de la voz, le permite al niño reconocer cuándo se dirigen a él y cuándo no. Aún, cuando la madre se aleja del bebé, suspendiendo el contacto y la mirada, puede ser compensado por el contacto sonoro, hablándole o cantando (Calmels, 2009).

Cuando ambos, madre y bebé, construyen tales experiencias emocionales en las que se comunican por medio del ritmo y la entonación de la voz, crean un momento de empatía en el que se produce cierta regulación de su estado emocional (Trevarthen, 1997) e incluso tales cualidades sonoras del adulto, pueden sostener el vínculo en relación con las sonoridades que produce el bebé. Armus y Giacobone (2017) afirman en relación a lo previamente mencionado: