

**NACER DE NUEVO:
LA CRIANZA DE LOS NIÑOS PREMATUROS:
ASPECTOS EVOLUTIVOS.
ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO
AL BEBÉ Y LA FAMILIA***

Fernando González Serrano**

RESUMEN

Tras una primera parte en que se abordaron las situaciones de gran prematuridad, considerando las características del bebé prematuro y las relaciones tempranas con el entorno y la familia, se hace una revisión acerca de aspectos evolutivos a lo largo de la infancia y adolescencia de estos niños y sus familias. Finalmente, se plantean algunas propuestas de atención y acompañamiento a estos bebés y sus familias, en el medio hospitalario y tras el alta, con el objetivo de prevenir dificultades futuras, tanto en la relación con el entorno cercano y el apego, como en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño.

Palabras clave: Prematuridad. Crianza. Relaciones tempranas. Desarrollo. Apego.

* Continuación de la ponencia "Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego", presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Getxo (Bizkaia). Psicoterapeuta y miembro de Sepypna. Correspondencia: c/Alangobarrí 7,bis. 48990 Getxo (Bizkaia). E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.net.

ABSTRACT

After a previous article considering the characteristics of child with great prematurity and the early relationships with his environment, it is made a review of evolutive aspects along the childhood and adolescence of these children and their families. Finally, there are shown some proposal of care and support to the babies and their families, during the hospital stay and after discharge. The aim is the prevention of future difficulties related both with the nearby setting and with the attachment, such as the cognitive, social and emotional development of the child. Some of this data proceed from a study about the development of 90 children with great prematurity and their families, at 2 years old.

Keywords: Prematurity. Parenting. Early relationships. Mental and Psychomotor development. Attachment.

EVOLUCIÓN DE LOS GRANDES PREMATUROS DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Los estudios de seguimiento realizados con poblaciones de niños y adolescentes que nacieron con gran o extrema prematuridad y muy bajo peso mantienen que el riesgo de dificultades evolutivas y en la crianza persiste a lo largo de la infancia.

Hay un amplio consenso en considerar como significativas las diferencias en las puntuaciones en las pruebas del desarrollo durante los 3 primeros años de vida entre grandes prematuros (sin sintomatología neurosensorial aparente) que tienden a presentar valores más bajos que la población de niños a término. Estos valores, sin embargo, entrarían en rangos considerados dentro de la normalidad (Bylund et al 1998, Portellano 2007).

En nuestro estudio hemos obtenido resultados similares en relación al desarrollo cognitivo y psicomotor con la población de 90 grandes prematuros evaluados a los 2 años de edad corregida con las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil: los índices de desarrollo son más bajos pero dentro de la franja de normalidad, y hay una asociación significativa con el nivel educativo y socioeconómico de los padres.

Los estudios que contemplan la variable nivel socioeconómico concluyen que éste influye significativamente en estos resultados: los niños prematuros que crecen en familias de nivel medio o alto es un subgrupo que no presenta diferencias con relación a la población de no prematuros de similares características. Por el contrario, la pertenencia a un nivel bajo conlleva no sólo valores significativamente inferiores en las pruebas de desarrollo, sino también mayor frecuencia de otras expresiones de la patología psicosocial como el maltrato (Miles et al 1997, Deater-Deckard et al 2000).

En relación a la evolución cognitivo-intelectual, emocional y conductual de los grandes prematuros –con los resultados de nuestro estudio, concordantes con otros de los citados– hemos hallado como indicadores de riesgo el modelo vincular inseguro de la madre, el bajo nivel educativo familiar (con más influencia el de la madre) y bajas condiciones socioeconómicas. Además estas tres variables tienen una clara asociación estadística en nuestros análisis. Debemos señalar, una vez más, que esta asociación no se puede entender en términos de causalidad lineal, sino de pluricausalidad e interacción de factores de vulnerabilidad en estas familias.

Hay controversia sobre el papel que juegan tanto el grado de prematuridad, como las complicaciones perinatales, en la evolución del desarrollo durante estos primeros años y a lo largo de la infancia.

La inmadurez y las complicaciones médicas tendrían más importancia en el desarrollo durante el primer año, adquiriendo más relevancia, a partir de entonces, factores relacionados con el entorno familiar y social (Miceli et al 2000).

Un área que suele estar afectada en los grandes prematuros es el de la alimentación, al menos durante los primeros años. Algunos autores lo relacionan con la intensidad del estrés materno al afectar globalmente las interacciones madre-bebé, siendo la alimentación una de las funciones principales en que éstas se expresan (Pierrehumbert et al 2003). Además, en los prematuros, la alimentación puede estar influida y complicada por las experiencias displacenteras vividas en las fases tempranas y por las técnicas utilizadas para alimentarles durante la hospitalización.

Las madres de grandes prematuros de nuestro estudio también refieren con más frecuencia problemas de alimentación, sobre todo rechazo del alimento, y más síntomas psicofuncionales, especialmente los agrupados en los llamados trastornos de comportamiento externalizado (cóleras, rituales, oposicionismo, agresividad) a los 2 años de vida de sus hijos (evaluados mediante el cuestionario Symptom Check List-Robert-Tissot et al 1989).

Durante la edad escolar (a partir de 6 años), los grandes prematuros que han tenido un desarrollo neurológico sin problemas relevantes son un grupo de riesgo de presentar dificultades cognitivas, escolares y de atención (Bhutta et al 2002, Hack et al 2005). Es lo que clásicamente se han denominado secuelas leves tardías o, por autores francófonos, hace bastantes años, el síndrome del antiguo prematuro (Lezine 1977). Más ampliamente son los trastornos instrumentales (grafo-perceptivos, de atención, lenguaje, memoria), dificultades del aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas) y problemas de comportamiento (hiperactividad, pasividad, inestabilidad).

La frecuencia y magnitud de dichas dificultades está relacionada, en parte, con la severidad de la prematuridad (sobre todo edad gestacional) y el menor peso al nacimiento. Llega a superar una prevalencia del 50% en los estudios con grupos de prematuros con EG menor de 29 semanas y menos de 1.000 gr. de peso (Anderson et al 2003). Parece que la tendencia durante la década de 1990 es a mantener estas tasas pero, como han sobrevivido prematuros mucho más pequeños e inmaduros, se puede hablar de mejoría en la evolución a nivel tanto neurológico como de las diversas áreas del desarrollo. En un alto porcentaje, su progreso académico está retrasado y suelen precisar de recursos y programas educativos específicos. A pesar de ello, una proporción importante de estos niños evoluciona satisfactoriamente.

No se ha encontrado evidencia de que presenten más trastornos psiquiátricos que la población normal, aunque padres y profesores refieren más problemas de comportamiento externalizante, sobre todo de atención e hiperactividad, problemas de comportamiento internalizante de intensidad media (ansiedad, temores y fobias, síntomas depresivos, quejas somáticas)

y menos competencias en la socialización (Bhutta et al 2002, Anderson et al 2003).

Son frecuentes en los antiguos prematuros las dificultades de autonomización, con notable inhibición social y escasos intereses en actividades extraescolares. Sólo en el marco familiar parecen poder expresar movimientos de individuación con oposicionismo o agresividad. La curiosidad acerca de las condiciones de su nacimiento, a veces marcadas en sus cicatrices corporales, tampoco suele ser favorecida por los padres, como si fuera un tabú difícil de desvelar y que pudiera hacerle daño.

No es raro que las funciones parentales sigan afectadas a lo largo de los años de la infancia. Los padres pueden sentirse obligados a compensar el inicio difícil de su hijo, incapaces y culpables de ponerles límites y de limitar su tiempo con ellos. Siguen sometidos a un modo de pensar medicalizado: su inestabilidad, sus problemas de atención, sus reacciones impulsivas o agresivas son descritas como secuelas o handicaps sobre las que ellos no pueden hacer nada. Como si no pudiesen identificarse a los movimientos psíquicos variados del hijo.

Suelen tender a buscar la figura reaseguradora del pediatra, o de alguna enfermera de neonatología -que ha realizado el seguimiento del niño- pensando que nadie más puede ocuparse tan bien de su hijo en los momentos difíciles, ni ellos mismos asumir su responsabilidad solos. Esta figura idealizada, a modo de padre ideal, les permite compartir su desvalimiento y ser confirmados como buenos padres, con el riesgo de quedar ocultas, negadas o proyectadas, las inenunciadas fantasías agresivas hacia su hijo. Sin duda esto tiene su influencia en la resistencia a solicitar ayuda psicológica.

La naturaleza y la amplitud de estas dificultades tardías en los grandes prematuros siguen abiertas a debate en su complejidad. La tendencia a reducirlas a secuelas relacionadas con un trastorno únicamente neurológico tiene sus consecuencias sobre la visión que se tiene del niño y sus posibilidades evolutivas. Es fácil que los padres acepten y participen de este punto de vista reduccionista del desarrollo psíquico que tanto está impregnando nuestra sociedad, con una fascinación por las certezas científicas aparentes y las soluciones rápidas (Sibertin-Blanc et al 2002).

A pesar de todo, los datos neuroevolutivos de los 2 primeros años no siempre predicen las llamadas secuelas leves tardías. Prematuros sin alteraciones aparentes en ese primer periodo pueden presentar dificultades a los 6-7 años; y, al contrario, signos menores de mala calidad del desarrollo neuroevolutivo a los 2 años pueden no evolucionar hacia secuelas leves tardías. La maduración neurológica y la emocional, vinculada a los avatares de los intercambios con el entorno o, en algunos casos, a factores terapéuticos, parece ser la responsable de estos imprevistos evolutivos (Hack et al 2005).

Las diferencias en el área cognitiva y en los resultados académicos tienden a persistir en la adolescencia y juventud de las poblaciones que tuvieron gran prematuridad, así como dificultades en su autonomización y socialización. Sin embargo, según varios estudios, el nivel de adaptación y funcionamiento académico y profesional es comparable, cuando llegan a la juventud, a la población de nacidos a término (Saigal et al 2006).

A pesar de tener en la infancia factores de riesgo de evolución psicopatológica (problemas de aprendizaje y socialización, de atención e hiperactividad), estos adolescentes que fueron grandes prematuros, presentan menos problemas de conducta (externalizantes) y tasas más bajas de comportamientos antisociales y consumo de tóxicos. Se han explicado estos hallazgos como consecuencia de actitudes educativas de mayor vigilancia y protección por parte de los progenitores de niños prematuros (Hack et al 2002).

Modelos de intervención con los grandes prematuros y sus familias

De manera paralela a los avances en las terapéuticas médicas, tanto en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales NICU como en los programas de seguimiento, se han ido poniendo en marcha diversas intervenciones focalizadas sobre el desarrollo global del recién nacido prematuro. De una manera inicialmente intuitiva y, posteriormente, basándose en los resultados logrados, las intervenciones se han prodigado más sobre los prematuros más vulnerables, es decir, los de menor peso y edad gestacional, que son, además, los que están so-

metidos a largos tiempos de hospitalización y a más riesgos y tratamientos médicos.

Hay que señalar el contraste entre la uniformidad y el consenso existente a nivel de las intervenciones médicas –en muchos casos con protocolos aceptados en la mayoría de unidades de neonatología– y la diversidad o la escasa relevancia que se da a las citadas intervenciones sobre el desarrollo de los grandes prematuros. Como ejemplo más ilustrativo de ello tenemos la falta de especialistas psicólogos o psiquiatras de la infancia temprana en bastantes de estas unidades de neonatología, ya sea como personal de plantilla o como colaboradores estables desde la psiquiatría de enlace o interconsulta. Otro ejemplo son las divergencias existentes entre los propios neonatólogos a la hora de valorar la necesidad de intervenciones tempranas con estos niños, más allá de las evaluaciones psicométricas del desarrollo, que, en la actualidad, forman parte de los programas de seguimiento.

Creo que es importante tener en cuenta las dificultades y angustia que situaciones de intensa gravedad médica, como la gran y extrema prematuridad genera también en los profesionales médicos y de enfermería, y que es difícilmente reconocida, si no es vinculada con aspectos relativos a las cargas laborales y la capacitación técnica.

La diferencia de contextos asistenciales y, hay que decirlo también, la escasez de recursos coordinados y accesibles de atención y seguimiento del desarrollo (programas o servicios de atención temprana) en bastantes comunidades de nuestro país es otra de las limitaciones en la atención a estos niños y sus familias.

Estas intervenciones, en algunos casos, se han sistematizado en forma de programas específicos con sus objetivos, cronología y evaluación. Buscan fundamentalmente identificar elementos del entorno hospitalario y social temprano que tengan influencia sobre diferentes áreas del desarrollo posterior del niño.

Podemos resumirlos en los que se dirigen prioritariamente al bebé, desde el momento del nacimiento y durante la estancia hospitalaria, y los que buscan apoyar la crianza y las

competencias parentales y, a partir de esto, compensar la vulnerabilidad del gran prematuro y mejorar su desarrollo emocional, social y cognitivo. No obstante ambos objetivos están íntimamente entremezclados.

La función contenedora de la Unidad de Neonatología –a modo también de incubadora psíquica– debería dirigirse a los padres, sumidos en un caos emocional; a los profesionales, disociados entre sus competencias técnicas “automatizadas”, y la intensidad de sus experiencias psíquicas internas, y al bebé prematuro, expuesto a los cuidados médicos y a las percepciones y proyecciones de padres y cuidadores (Jacoby et al 2003, Jacques 2003).

Al mismo tiempo, la Unidad debería buscar ofrecer al bebé un entorno suficientemente fluido y continuo que le permita hacer lazos entre su mundo interno y el mundo exterior de relación que le ofrecen padres y cuidadores, creando los primeros procesos de pensamiento. La atención y repetición de los signos de reconocimiento que percibe, a ritmo regular, pueden ayudarle a organizar representaciones de su entorno y de las interacciones que darán lugar a las bases de su sentimiento de seguridad psíquica.

Uno de los programas más difundidos y estudiados es el Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program NIDCAP (programa de evaluación y cuidado individualizado del desarrollo del recién nacido), desarrollado en el Children’s Hospital de Boston (USA) en 1990, cuyo objetivo es mejorar la evolución del niño y de la familia a través de la intervención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal NICU y la estancia hospitalaria (Als et al 2003).

La observación detallada de las conductas y reacciones del niño, durante las interacciones en los cuidados, es la base para plantear una serie de recomendaciones o medidas que buscan minimizar el estrés y optimizar el desarrollo. Puede concretarse en reducir los estímulos luminosos, buscar la posición en flexión del prematuro y concentrar los cuidados en periodos limitados de tiempo, respetando, en la medida de lo posible los ciclos de sueño y alimentación. Asimismo, se ayuda a los profesionales médicos y de enfermería y a los padres a comprender los comportamientos del bebé y a estos últimos

a participar en sus cuidados. Se parte de la idea de que es posible la comunicación –también verbal– con el pequeño, y que lo que le dicen y el contacto que se establece con él pueden ayudarlo a disminuir el malestar y el dolor. Estas adaptaciones pueden lograr una mejoría en la evolución a nivel del bienestar somático, la maduración neurológica y las funciones parentales (Als et al 2003).

Los profesionales formados trabajan con la familia y el personal médico y de enfermería para, conjuntamente, diseñar un plan de cuidados y estructurar entornos de apoyo individualizado al bebé. Realizan regularmente observaciones formales de los comportamientos de cada niño, que se plasman en informes semanales de la maduración neurológica, y hacen recomendaciones para promover la estabilidad y competencias de autorregulación y comunicación del bebé.

Los comportamientos estudiados (con vídeo) incluyen datos de la regulación autonómica (respiración, frecuencia cardíaca, cambios de color de la piel y signos viscerales), funcionamiento motor (posturas, fluctuación del tono muscular y movimientos) y organización de estados globales (niveles de alerta, patrones de transición entre estados sueño-vigilia, claridad y consistencia del sueño y los estados de despertar). Algunos comportamientos se categorizan como propios del estrés (flacidez, movimientos agitados, hiperextensión, pausas respiratorias, arqueamientos, extensiones de los dedos, desviación de la mirada) o reguladores (mano en la boca, apretar la mano, agarrar, intentos de chupar, flexionarse) y son interpretados como índices de vulnerabilidad o, por el contrario, fortaleza del bebé.

Concluyen que hay clara evidencia de la efectividad del programa en términos de:

- Mejoría en la transición a alimentación autónoma, ganancia de peso, menor tiempo de hospitalización, reducción de rehospitalizaciones y mejoría evolutiva a nivel neurológico.
- Aumento de las conductas sensibles de los cuidadores en la NICU a las señales del bebé, lo que se piensa que es un factor que contribuye a la mejoría evolutiva.

- Demostración de mayor cercanía de las madres a su bebé, que puede explicar que sientan más responsabilidad al cuidarlo y mayor nivel de ansiedad. Se fortalecen los sentimientos maternos y mejora la percepción del niño por los padres, lo que finalmente es favorecedor del vínculo emocional temprano (Kleberg et al 2007).

Los procesos biológicos subyacentes a la prematuridad pueden ser influidos por las experiencias de reducción del estrés y apoyar así las fuerzas del bebé y su competencia reguladora. Una buena regulación calma, y la relajación del niño puede haber mejorado la autorregulación cerebral y modificando el eje hipotálamo-pituitario-adrenal que controla las reacciones al estrés. El bebé puede respirar más calmado, gastar menos energía y alimentarse y crecer mejor. Al mismo tiempo, el aumento de la capacidad de calma vigil influye en un mayor contacto visual con la madre. El intercambio de miradas es un vehículo indispensable para la vinculación emocional (Brazelton et al 1993, Kleberg et al 2007).

Muchos procedimientos utilizados en cuidados intensivos son generadores de estrés. En el transcurso de estos, sostener y acompañar al bebé, por ejemplo un padre o una enfermera que le acunan mientras se le prepara o se recupera de ciertas intervenciones más o menos traumáticas, puede reducir de modo considerable su gasto energético, contribuir a que se tranquilice y disminuir su estrés a lo largo de las largas estancias hospitalarias (a veces 3 o 4 meses).

Además facilita el desarrollo del cerebro inmaduro y de gran plasticidad del prematuro, asegurando un contacto íntimo y familiar y una predecible seguridad emocional, ingredientes esenciales del desarrollo físico y psíquico de un bebé frágil.

La implantación de un programa de cuidados como el NIDCAP precisa una formación exhaustiva por parte de los profesionales que van a atender al prematuro y, también, una implicación total de los padres. Parece difícil todavía su realización en las Unidades de Neonatología de nuestro país, dadas las limitaciones de recursos y personal. A pesar de ello una familiarización con dicho modelo de comprensión de los cuidados del recién nacido en el medio hospitalario puede lograr una visión más completa sobre el bebé.

Las investigaciones en las NICU han evaluado también otras prácticas como el método de contacto piel con piel (llamado también Canguro), acompañado de técnicas de sostén y masaje, siendo aceptadas mayoritariamente como positivas para favorecer el vínculo en los casos en que las condiciones somáticas del prematuro lo permiten. Como consecuencia, se ha ido ampliando el papel de los padres, con visitas no restringidas o participación en los cuidados, alimentación e higiene de sus hijos prematuros. Es de especial importancia que esta participación sea progresiva y adaptada a la disponibilidad y deseo de los padres.

Los programas o intervenciones sobre el entorno familiar buscan facilitar la transición al hogar tras el alta y la mayor capacitación de los padres, especialmente la madre, para apreciar los comportamientos específicos y las características temperamentales de su bebé prematuro, y responder a estos de manera más adaptada. En alguno de estos programas lo han conceptualizado como promover las conductas sensibles maternas, que –además de dar autoconfianza y satisfacción a los padres– van a influir positivamente en determinadas capacidades y comportamientos del bebé y mejorar el desarrollo cognitivo y psicomotor (Landry et al 2006).

Con el alta hospitalaria los padres pasan de nuevo por una situación de incertidumbre y mezcla de sentimientos, la alegría y la celebración por ir con su hijo al hogar, hacerse cargo plenamente de su bebé, “celebrar por fin el nacimiento”, junto al miedo de perder el ambiente protector “idealizado” de la Unidad de Neonatología. Los padres con buenos recursos psíquicos y apoyos del entorno viven esta transición, durante varias semanas o meses, con ansiedad y preocupación. No son raras las llamadas al hospital o las consultas de urgencia. Es raro que se reorganicen antes de los seis meses de vida del bebé. Este tiempo es necesario para metabolizar el impacto traumático: los mecanismos defensivos van relajándose; los afectos depresivos y de ansiedad son la expresión de este proceso dinámico y de integración del traumatismo pasado. Esto permite que estén progresivamente más disponibles para su hijo.

Otros padres, por el contrario, viven este momento de una manera tan desestabilizadora como el nacimiento mismo.

No encuentran en el exterior un sustituto que cumpla las labores de sostén y acompañamiento que recibían en el hospital. No son capaces de reorganizarse incluso después de un año: permanecen en verdaderos estados postraumáticos y el trabajo de prevención con estas familias es prioritario, antes de que se organice una psicopatología o problemas en el desarrollo del niño (Pavoine et al 2004).

Estas intervenciones son llevadas a cabo por enfermeras neonatales antes del alta hospitalaria y posteriormente en el hogar hasta final del primer año del niño. Incluye el visionado de casos videofilmados así como la discusión con las madres de sus propias conductas grabadas en las visitas en el hogar. La mejora en las conductas sensibles se evidencia en el grupo de madres incluidas en este programa que perciben tanto las señales positivas como negativas de sus hijos como comunicación de las necesidades e intereses específicos de éstos, responden de manera más rápida y adecuada y utilizan un lenguaje más rico, a diferencia de las madres no incluidas en el programa cuyas respuestas eran más intrusitas, restrictivas, con tonos de voz más duros y lenguaje más limitado. Estos cambios se dieron también en madres de bajo nivel educativo y sociolaboral. Muchas de estas madres decían, al principio, no comprender la importancia de hablar a los bebés y no sabían que decirles si estos no les respondían. En un estudio previo con una población de alto riesgo social, se mostraba como la calidad de la interacción madre-hijo, observada a los 13 y 20 meses, era una medida significativa para predecir los posteriores resultados cognitivos y lingüísticos en la etapa preescolar, y ello era independiente de la contribución del cociente intelectual de la madre (Kelly et al 1996).

A lo largo de este periodo temprano de emergencia del lenguaje, los niños del grupo diana, con diferentes grados de riesgo, mostraron un mayor enriquecimiento en el uso de vocalizaciones y palabras que los niños no incluidos en el programa. Mejoraron también en aspectos como la cooperación, las modificaciones en su regulación de los estados afectivos y en la capacidad social temprana, de manera paralela al incremento de las conductas sensibles maternas. Será importante valo-

rar a estos niños en edades más tardías para ver si las influencias positivas persisten.

El mecanismo por el que el entorno sensible apoya el desarrollo cognitivo y emocional pasa por múltiples procesos. Los niños cuyas madres eran consistentemente más sensibles, estaban implicados en interacciones más cercanas, que perciben sus necesidades y dan niveles apropiados de estimulación. Por el contrario, los que eran criados con mínima sensibilidad experimentaban descuido, por parte de sus madres, hacia sus señales y necesidades, escasa atención, altos niveles de actitudes negativas y bajos niveles de estimulación.

Estos procesos se pueden comprender desde varios marcos teóricos. Desde la teoría del apego, una respuesta pronta y sensible del cuidador ayuda al niño a implicarse, con sentimientos internos de seguridad, en interacciones cooperativas. Desde un punto de vista socio-cultural del desarrollo, el estilo de crianza va parejo a niveles de estimulación que encajan con las necesidades de aprendizaje del niño. Con una crianza sensible, el aprendizaje tiene mejor nivel que si el niño lo intenta independientemente, y se sostiene, por estos autores, que dicha forma de apoyo en la crianza puede ser particularmente importante para el aprendizaje en los grandes prematuros.

Estos resultados tienen implicaciones para los programas de intervención ya que, si se les facilita este modo de crianza con alto nivel de sensibilidad durante la infancia temprana, se puede establecer una trayectoria positiva en el desarrollo que persiste en periodos posteriores (Backermans-Kranenburg et al 2003). Estos modos interactivos facilitados pueden tener aún más efecto en las madres que crían niños que nacieron con gran o extrema prematuridad (Landry et al 2006).

El nivel socioeconómico también se asoció a la evolución, pero la influencia de la sensibilidad parental se apreció incluso valorando esta variable.

Hay cierta controversia acerca de la efectividad de estas intervenciones intensivas y tempranas con los padres, más allá de los beneficios reduciendo el estrés que suele ser alto en el periodo posterior al nacimiento. Se cuestiona si realmente hay una mejoría en el desarrollo cognitivo, motor y de conducta del

niño. Algún autor propone realizar con la familia intervenciones menos intensivas y a partir del año de vida (Kaaresen et al 2008).

POSIBILIDADES EN NUESTRO CONTEXTO ASISTENCIAL

Nuestro contacto con los prematuros y la neonatología ha surgido tímidamente y limitado, de momento, a participar en la valoración del desarrollo. Ello, animado por el interés de algunos neonatólogos, ha hecho posible un estudio que ha considerado esencial incluir a las familias. Los descubrimientos de este estudio han venido a ratificar; con el apoyo de datos estadísticos, lo que desde las observaciones y teorizaciones del desarrollo se veía: la influencia crucial del entorno en la evolución del niño, aún más cuanto mayor es su vulnerabilidad.

Esta investigación ha permitido, asimismo, que profesionales externos al hospital hayamos tenido una serie de reuniones con los neonatólogos y una, más amplia, incluyendo una parte importante del personal de enfermería de la Unidad. En ellas han surgido varios temas que podrían considerarse pequeños logros en ese controvertido encuentro entre profesionales del cuerpo y de la mente:

La transmisión de la idea de una vida psíquica temprana y de la posibilidad de una interacción con bebés tan pequeños, aunque cueste semanas. No hace tanto tiempo, se mantenía que un bebé, y más si era muy inmaduro, no sentía nada. Reconocer que siente, precozmente, dolor y angustia da un nuevo sentido a las señales que envía de su desvalimiento, y que si no hay una respuesta rápida del entorno, se corre el riesgo de que el bebé cese en sus intentos y se encierre en su aislamiento (Golse et al 2001). Muchos profesionales que cuidan a estos prematuros mantienen –seguramente por las intensas vivencias de su trabajo cotidiano– la intuición de que fomentar el vínculo de éstos con sus padres lo más pronto posible es una prioridad. Esto no deja de ser difícil en un medio extremadamente delicado de cuidados y tecnología. A diferencia, en otros servicios médicos es infrecuente la presencia de los padres. Aunque va siendo mayor la tendencia hacia la aceptación pro-

gresiva de medidas que favorezcan el apego con el bebé, sigue habiendo notables diferencias entre hospitales de nuestro país.

Uno de los objetivos que nos parecen viables a partir de nuestro estudio es el despistaje de bebés en riesgo en función, no sólo de variables socioeconómicas que clásicamente se consideraban, sino de variables de la relación madre-bebé según el modelo de apego y la intensidad del estrés padecido por aquella. Se podría, por medio de entrevistas relativamente simplificadas –realizadas incluso estando el bebé aún hospitalizado, y cuando el estado emocional de los padres lo permitiera– evaluar la seguridad en el apego de la madre (Stern et al 1989, Pierrehumbert et al 1999, Lasa et al 2008) y, junto a la valoración de la evolución del niño y la calidad de los apoyos hacia la familia, proponer marcos de seguimiento de corte terapéutico. Estos podrían complementar la atención que se da dentro del programa de seguimiento de grandes prematuros (o de muy bajo peso) y el marco más adecuado serían equipos de atención temprana, donde se evalué el desarrollo del niño y se intervenga, si es necesario, con él (abordaje psicomotriz, consultas madre-bebé centradas sobre la interacción), pero que contemple también el acompañamiento psicoterapéutico a los padres.

Sabemos que las tareas de un psicólogo o psiquiatra infantil en una Unidad de Neonatología pueden ser más amplias y, a menudo, no exentas de ambivalencia para personal hospitalario y para los padres. En los casos en que esta figura está presente, sea a tiempo parcial o en el programa de interconsulta hospitalaria, su rol no está del todo claro: personaje externo al equipo, raramente considerado médico (aunque lo sea), desconocedor de lo somático, tan fundamental en estas unidades. En cambio parece tener acceso a lo oculto, a los movimientos inconscientes, y eso acarrea otros temores. A la vez se le busca para que “ayude a familias desfondadas” y “contenga a otros padres que invaden” el trabajo de los cuidadores (Druon, 1996).

Se espera de ellos una labor preventiva en un momento de crisis: es una intervención en poco tiempo, en parte similar a

los cuidados de reanimación con los prematuros. Es un momento emocionalmente muy rico para los padres. Se trata de que no se enquiste ese período traumático por la puesta en marcha de mecanismos defensivos rígidos. Se cuenta con la capacidad de escucha y de ligar las experiencias y los pensamientos, el cuerpo y el psiquismo. En esta tarea hay que aceptar reacciones y situaciones familiares muy distintas, y poder transmitir algo de esta comprensión al personal médico y de enfermería. También entra la protección al equipo cuidador del riesgo de una invasión “real” por parte de ciertas familias que se interesan por los otros niños ingresados o por el trabajo de los profesionales en vez de ocuparse de su bebé.

No se debería olvidar la posibilidad de proponer ayuda psicoterapéutica precoz a algunos de estos niños cuyas dificultades se van a evidenciar ante las exigencias de los primeros aprendizajes escolares, bien a través de la pasividad y la poca concentración, o por comportamientos inestables a nivel familiar o social, y que tienen su origen en una angustia que, aunque permanezca oculta, tiene su efecto sobre la personalidad.

Las investigaciones sugieren, en general, que la crianza de niños prematuros puede ser más trabajosa y menos gratificante. A lo largo de la infancia las madres perciben a sus hijos como más vulnerables que sus hermanos o los niños de su misma edad, se preocupan más por su salud, la evolución de su desarrollo y sus dificultades de autoestima y personalidad. Continúan teniendo vivencias emocionales intensas, lo que podría influir en un estilo de “crianza compensatoria”, denominación que incluye estimulación, atención y protección aumentadas, y dificultad en marcar límites (Singer et al 2005). A pesar de ello, incluso las madres de prematuros de alto riesgo, ponen en marcha estrategias de afrontamiento para manejar los estresores significativos que les permiten un ajuste a las características particulares de los hijos y, con frecuencia, una mayor maduración personal.

Los profesionales, tanto de la neonatología –en los momentos iniciales– como los que atendemos sus dificultades y las de sus familias a lo largo de la crianza, tenemos como reto buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente

médica centrada sobre los aspectos físicos. Ayudar a los padres a escapar del ruido de las máquinas, de los comentarios técnicos, para observar el cuerpo de su bebé y sus manifestaciones. Darle una existencia psíquica en un lugar donde es tan difícil que la haya como en un hospital. Posteriormente, ayudarles a ir descubriendo al bebé sano y vital (ideal) que deseaban tener, en una suerte de nuevo nacimiento feliz, que enriquezca su mundo representacional sobre el hijo. Ello va a ir permitiendo a éste explorar sin temor sus orígenes difíciles, descubrir también su fortaleza para vivir, en suma construir su propia identidad integrando su historia biológica y relacional.

Para terminar, quiero desde aquí repetir mi homenaje a los profesionales de las Unidades de Neonatología, comprometidos en una tarea tan apasionante como frustrante, en la que el combate contra el tiempo y la eficacia de sus intervenciones es lo prioritario, en la que deben asumir responsabilidades importantes en un medio en el que la presencia de la muerte es real y frecuente. También quiero agradecer a los padres –especialmente a las madres– y niños que han aceptado participar en nuestra investigación la posibilidad que nos han dado de enriquecernos a partir de su difícil experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Als H, Gilkerson L, Duffy FH, Mcanulty G, Buehler DM, Vanderberg KA, Sweet N et al (2003). A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: Medical, neurodevelopmental, parenting and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr*; 24(6): 399-408.
- Anderson P, Doyle LW, and the Victorian Infant Collaborative Study Group (2003). Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *JAMA*; 289(24): 3264-3272.
- Backermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventios in early childhood. *Psychol Bull*; 129: 195-215.

- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta analysis. *JAMA*; 288:728-737.
- Brazelton, TB. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Bylund B, Cervin T, Finnstrom O, Goddlin PO, Kernell A, Leijons I, Saudstealt P, Warngard O. (1998). Morbidity and neurological function of very low birth weight infants from the newborn period to 4 years of age. A prospective study from the south-east region of Sweden. *Acta Paediatr*; 87(7): 758-763.
- Deater-Deckard K, Bulkey J (2000). Parent concerns in long-term follow-up. *Semin Neonat*; 5:171-178.
- Druon, C. (1996). *À l'écoute du bébé prématuré*. Paris: Aubier.
- Golse, B., Gosme-Seguret, S. y Mektari, M. (2001). *Bébés en réanimation. Naître et renaître*. Paris: Odile Jacob.
- Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N (2002). Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med*; 346: 149-157.
- Hack M, Taylor HG, Drotar D, Schluchter M, Cartar L, Andreias L, Wilson-Costello D, Klein N (2005). Chronic conditions, functional limitations and special health care needs of school-aged children born with extremely low-birth-weight in the 1990s. *JAMA*; 294 (3): 318-325.
- Jacoby R, Schmitz R, Schon MJ, Vervier JF, Viriot E (2003). Représentations croisées de l'enfant prématuré. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 51:28-36.
- Jacques MC (2003). La vie psychique de l'enfant prématuré: ce que les observations peuvent apporter pour tenter de la comprendre. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 51: 23-27.
- Kaarsen PI, Ronning JA, Tunby J, Nordhov SM, Ulvund SE, Dahl LB (2008). A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Hum Dev*; 84(3): 201-209.
- Kelly JF, Morisset CE, Barnard KE, Hammond MA, Booth CL (1996). The influence of early mother-child interaction on

- preschool cognitive/linguistic outcomes in a high-social risk group. *Infant Ment Health J*; 17(4): 310-321.
- Kleberg A, Hellstróm-Westas L, Widstróm AM (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Hum Dev* 2007; 83(6): 403-411.
- Landry S, Smith KE, Swank PR (2006). Responsive parenting: establishing early foundation for social, communication and independent problem-solving skills. *Dev Psychol*; 42(4): 627-642.
- Lasa A, Gonzalez F, Torres M, Castro C, Hernanz M, Tapia X, Senra H, Pijoan JI (2008). *El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. Estudio comparativo con una población control a los dos años de edad*. Proyecto de Investigación nº 200411058, subvencionado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco-Eusko Jaularitza.
- Lezine, I. (1977). *Le devenir de l'ancien prématuré*. En: Kestemberg, E., dir. *Le devenir de la prématurité*. Paris: PUF.
- Miceli PJ, Goeke-Morey MC, Whitman TL, Kolberg KS, Miller-Loncar C, White RD (2000). Brief report: Birth status, medical complications and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight infants. *J Pediatr Psychol*; 25(5): 353-358.
- Miles MS, Holditch-Davis D (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatol*; 21(3): 254-266.
- Pavoine S, Azémar F, Rajon AM, Raynaud JP (2004). Parents d'enfant prématuré: quel devenir sur la première année de vie? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 52: 398-404.
- Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch de Heredia R, Bader M, Halfon O (1999). Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement. *Devenir*; 11(1): 97-126.
- Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F (2003). Parental posttraumatic reactions after premature birth; implications on sleeping and eating problems. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 88: 400-404.

- Portellano, JA. (2007). *Neuropsicología infantil*. Madrid: Síntesis.
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachmann, JP., Besson, G., Cram, B., Knauer, D., de Muralt, M., Palacio, F. y Stern, DN. (1989). *Le Questionnaire Symptom Check-list, évaluation des troubles psychofonctionnels de la petite enfance*. En: Levovici, S., Mazet, P. y Visier, J. *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève: ESHEL.
- Saigal S, Stoskopf B, Streiner D, Boyle M, Pinelli J, Paneth N, Goddeeris J (2006). Transition of extremely low-birth-weight infants from adolescence to young adulthood: comparison with normal birth-weight controls. *JAMA*; 295(6): 667-675.
- Sibertin-Blanc D, Tchenio D, Vert P. (2002). Naître très-grand-prématuré, et après? *Psychiatr Infant*; 45(2): 437-462.
- Singer LT, Fulton SM, Kirchner HL, Eisengart S, Lewis B, Short E, Min MO, Kercksmar C, Baley J (2007). Parenting very low birth weight children at school age: Maternal stress and coping. *J Pediatr*; 151(5): 463-469.
- Stern, DN., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., de Muralt, M., Cramer B. y Palacio-Espasa, F. (1989). *L'Entretien R. Une méthode d'évaluation des représentations maternelles*. En: Levovici S, Mazet P, Visier J. *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève: ESHEL.