

NACER DE NUEVO: LA CRIANZA DE LOS NIÑOS PREMATUROS: LA RELACIÓN TEMPRANA Y EL APEGO*

Fernando González Serrano**

RESUMEN

Durante las últimas décadas, la supervivencia de los niños nacidos con gran prematuridad y muy bajo peso (menos de 1500 g y de 33 semanas de gestación) ha mejorado significativamente, lo mismo que su estado de salud. Se describen algunas características de dichas situaciones, considerando la vulnerabilidad biológica de estos recién nacidos, la experiencia de los padres, especialmente el estrés materno, y la relación padres-bebé y el modelo de apego entre ellos, y los potenciales efectos sobre la crianza y evolución del niño prematuro y su familia. Algunos de estos datos han tenido su origen en una investigación acerca de la evolución a los 2 años de una población de 90 grandes prematuros y sus familias.

Palabras clave: Prematuridad. Crianza. Relaciones tempranas. Desarrollo mental y psicomotor. Apego.

* Ponencia 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/Alangobarri 7, bis. 48990 Getxo (Bizkaia). E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.net.

ABSTRACT

During the last decades, the survival of those children born with great prematurity and very low weight has significantly increased, and their health status has simultaneously improved. Some characteristics of these situations are described: the biological vulnerability; parents experience, specially mother stress; parents-child relationship and attachment pattern; and the effects of all of this on parenting and premature infant and his family evolution. 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.

INTRODUCCIÓN

Trataré dos conceptos, crianza y prematuridad, que han adquirido estas últimas décadas nuevos sentidos en la vida cotidiana y en nuestra práctica como profesionales implicados en el desarrollo del niño y su salud mental presente y futura.

Este congreso tiene como tema central el de los cambios en la crianza en las sociedades occidentales tomada en su globalidad, es decir, abarcando la infancia y la adolescencia. Sabemos que, en estos tiempos, ciertos términos como el de crianza son cuestionados desde el purismo y las exigencias de lo supuestamente científico. Quiero hacer un reconocimiento desde aquí a dos maestros clásicos que le dieron un sentido y una gran importancia. El primero es el profesor Ajuriaguerra que sabemos que, a través de sus escritos y por el testimonio de algunos que le conocieron personalmente, reivindicaba este concepto. El otro es el novelista Gabriel García Márquez que recoge, con su manera mágica y cautivadora de contar la aventura de la existencia, el sentido de encuentro interpersonal que supone la crianza. Cuenta en su novela “El amor en los tiempos del cólera” los avatares del nacimiento del primer hijo de la protagonista, Fermina Daza, con estas breves y hermosas palabras: ella “...aprendió a conocerlo, se conocieron, y descubrió con un grande alborozo que los hijos no se quieren por ser hijos sino por la amistad de la crianza”.

Voy a tratar de ese periodo inicial de la vida, tomando la acepción más literal de crianza como la acción de alimentar y nutrir al niño por parte de la madre o la nodriza, periodo del amamantamiento, unida a la más general de cuidar material y emocionalmente el crecimiento de un niño.

Actualmente las transformaciones en los modos de reproducción y en las condiciones de vida y edad de las madres han hecho que los nacimientos prematuros lejos de disminuir hayan aumentado, apareciendo una población de niños con características y necesidades específicas. En torno al 10 % de nacimientos precisan un tiempo de hospitalización en la Unidad de Neonatología, siendo la mayoría recién nacidos con grados diversos de prematuridad.

Los grandes avances de la neonatología han logrado que la supervivencia de estos bebés prematuros haya mejorado significativamente, al igual que su estado de salud una vez superado el periodo neonatal. Los problemas tanto de supervivencia como de morbilidad a corto y largo plazo se concentran en los recién nacidos prematuros con muy baja edad gestacional (menos de 33 semanas) y de muy bajo peso (menos de 1.500 g) y, más aún, con extrema prematuridad (por debajo de 29 semanas y de 1.000 g). Son estas poblaciones, consideradas de riesgo, las que se incluyen en los programas de seguimiento y sobre las que se realizan estudios longitudinales. El objetivo es estudiar el origen de los problemas de salud a corto plazo y en su evolución, y las consecuencias en su calidad de vida futura. Una de las limitaciones de muchos de estos estudios es que no identifican más que manifestaciones visibles y objetivables según criterios médicos, sin tomar en cuenta la vivencia subjetiva del niño y los padres, y las proyecciones acerca del futuro de estos niños y la construcción de su identidad.

La vulnerabilidad biológica de los recién nacidos prematuros, así como los problemas médicos añadidos y la necesaria estancia en el hospital, a veces durante un periodo de meses, alteran las habituales condiciones de un nacimiento a término y se han revelado como un factor de riesgo que puede afectar, perturbándolo, el desarrollo psíquico y relacional de estos niños. A ello se añade la vivencia de la familia, especialmente la madre,

sometidos a un suceso de gran impacto emocional y siempre inesperado.

La prevención ha ido tomando más relevancia durante las últimas décadas, a medida que se han ido identificando factores de riesgo somato-biológicos y psicosociales sobre los que se centrarán las diferentes intervenciones.

Algunos datos han surgido de una investigación sobre la evolución de una población de 90 grandes prematuros –cuando cumplían 2 años– y sus familias, atendidos por la unidad de neonatología del Hospital de Cruces (Bizkaia), a cuyos profesionales quiero agradecer y reconocer desde aquí, lo mismo que al resto de compañeros, psicólogos y psiquiatras, que han participado en esta investigación, y al departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que la ha subvencionado (Lasa et al., 2008).

EL NACIMIENTO PREMATURO: LA VIVENCIA DEL BEBÉ Y DE LA FAMILIA

El nacimiento de un bebé con gran prematuridad ilustra claramente la interconexión de lo somático, lo psíquico y lo ambiental, o de otro modo, permite estudiar la interrelación entre los efectos del riesgo médico-biológico (problemas neuroevolutivos) y del riesgo psico-emocional (trastornos de las interacciones precoces, el ejercicio de las funciones parentales, la capacidad de afrontar el estrés...). Asimismo, supone una situación muy particular que va a hacer que las conductas interactivas entre bebé y cuidadores se vean influidas de diversas maneras.

Del lado del recién nacido encontramos que presenta características todavía fetales y que está sometido, con esa inmadurez, al ambiente hospitalario de múltiples estimulaciones y maniobras exteriores. Del lado de los padres, éstos se ven confrontados a circunstancias como un embarazo acortado, una ruptura y una separación inicial, a menudo sin poder ver ni tocar al hijo, de larga duración, y con un bebé percibido como en peligro de muerte y con riesgo de anomalías y secuelas.

Vamos a profundizar un poco más en lo que las investigaciones del desarrollo temprano y las observaciones de recién nacidos nos aportan.

El bebé prematuro debe completar su maduración física, y su desarrollo neurológico sometido a estímulos exteriores (ruidos, luces, cambios de temperatura) ante las que reacciona desde su inmadurez. Son reacciones neuromotrices rígidas y limitadas. Sus ritmos biológicos no están establecidos, a menudo está en un estado de somnolencia interrumpido por movimientos.

Desde el punto de vista de la maduración neurológica, una probable explicación es que la corteza cerebral y las redes subcorticales no están completamente maduras. La organización de las neuronas del lóbulo frontal, del que dependen muchos aspectos de la inteligencia y personalidad, ocurre en un estadio tardío de la gestación (Kleberg et al. 2006).

Desde la observación de la vida psíquica, estos bebés parecen estar todavía a la espera de nacer, en una especie de apatía que parece ignorar los intercambios con el ambiente cercano. Si se está atento, muchos de ellos expresan ciertos indicios de reacción a estímulos como los de malestar o dolor (durante mucho tiempo negados), con discretas variaciones del tono y la postura, la mímica, la coloración de la piel (Sibertin-Blanc, et al. 2001; Jacques, 2003).

Es lógico pensar que, para no alterar el desarrollo del prematuro durante esta fase, altamente sensible, se requieren unas condiciones, incluida la calidad de las interacciones con el entorno, especialmente ajustadas al grado de maduración. Pero los cuidados que necesitan para su supervivencia están también alejados de los de un bebé a término: la alimentación con sonda nasogástrica, la repetida toma de muestras y de constantes, la aplicación de medicaciones, en algunos las intervenciones quirúrgicas o la intubación respiratoria.

No podemos dejar de plantearnos cómo estos bebés viven todo lo anterior, qué huella dejan estas experiencias en su desarrollo neuropsicológico.

En general hay acuerdo en que las capacidades de interacción y de regulación de las respuestas motrices y emocionales de los grandes prematuros son más limitadas que las de recién nacidos sanos a término y están aún más afectadas cuando sufren complicaciones médicas (Mazet et al. 1990; Bozzette, 2007).

A diferencia del recién nacido a término, que descubre e integra constantemente el entorno a través de la motricidad, el prematuro es invadido por aquel, no pudiendo integrarlo. Muchos prematuros deben dedicar su energía a reaccionar a los estímulos ambientales, a menudo de malestar y dolor, defendiéndose por medio de reacciones diversas y poco organizadas, quedándole poca energía para la interacción con los padres. Se observa poca reactividad ante el rostro humano y a la voz, más dificultad para ser consolados y para entrar en diálogo tónico con el cuerpo de la madre. Se habla de déficits interactivos, con más momentos de evitamiento y replique. A pesar de ello, no se ha encontrado en la evolución de los grandes prematuros una incidencia mayor de trastornos graves de la vinculación y la comunicación de tipo autístico que en la población normal.

Además ciertas áreas claves de las interacciones tempranas se le imponen careciendo de otras: es alimentado sin que haya planteado su necesidad, no tiene la experiencia de los brazos y el contacto con el cuerpo de la madre ni su olor. Demasiados estímulos sensoriales (luz y ruido) y escasas sensaciones cenestésicas como podría tener en el útero o en condiciones de contacto en los brazos de la madre o en el amamantamiento.

A pesar de estas características generales citadas, hay una gran variabilidad entre los grandes prematuros: unos se muestran hiperexcitables y presentan gritos y descargas motrices ante mínimos estímulos; otros son más apáticos y no reaccionan a las estimulaciones del entorno; por último, otros se sitúan entre los dos extremos, demostrando capacidades notables de regulación de los estados de vigilia y de entrar en interacción con los padres, por ejemplo orientándose hacia sus voces o manteniendo un tiempo la mirada mutua.

Del lado de los padres, hay que destacar que se produce una ruptura para ellos de los procesos psíquicos que son propios del embarazo. El niño prematuro, a pesar de todas las preparaciones –cuando ello es posible– llega siempre de un modo inesperado. Adquiere el carácter de un traumatismo psíquico intenso, especialmente para la madre que, a menudo, ha tenido que pasar además por problemas médicos o por una cesárea, y por periodos de incertidumbre y ansiedad relacionados con

todo ello. Aunque no hay un modo único de reacción de los padres (va a depender de la personalidad previa de estos, de los apoyos recibidos, de las actitudes de los profesionales del servicio de neonatología que atienden a su hijo), se considera de modo global una experiencia de estrés y gran desbordamiento emocional.

En el estudio llevado a cabo por nuestro servicio (Centro de Psiquiatría Infanto-juvenil de Uribe, Getxo-Bizkaia) en los años 2006 y 2007 –entrevistando a madres de grandes prematuros cuando estos cumplían 2 años de edad corregida– hemos encontrado que éstas referían haber padecido un nivel de estrés durante el primer año de vida de su hijo significativamente más elevado que la población de madres de niños sanos a término (la probabilidad de padecer síntomas altos de estrés era del doble en las madres de prematuros). Se expresa a través de sintomatología ansiosa y depresiva de intensidad variable. Algunos autores encuentran que un porcentaje relativamente alto de madres de grandes prematuros tienen síntomas que cumplen criterios de un trastorno clínico.

En pocos casos, sin embargo, las madres de nuestro estudio habían solicitado consulta o apoyo psicológico o tomaban psicofármacos. A pesar de ello, algunas seguían teniendo –dos años después del nacimiento de su hijo– dificultad para recordar la estancia en el hospital sin verse desbordadas por la emoción o el llanto, o tener que recurrir, como modo de protección, a la racionalización o el olvido.

Los testimonios recogidos para valorar el estrés materno (utilizamos la Entrevista semiestructurada R de Representaciones Maternas –Stern et al., 1989)– incluían intensas y contradictorias emociones ligadas a los recuerdos de la situación de inmadurez y de incertidumbre por el estado de salud de su hijo, sobre todo los primeros días o semanas tras el nacimiento; a la separación de él y a las frecuentes vivencias de frustración en las actividades de crianza posteriores, cuando ya el bebé ha sido dado de alta del hospital.

El periodo que rodea y sigue al nacimiento prematuro se caracteriza por un sentimiento de irrealidad: las madres son confrontadas a la brutalidad del nacimiento y la imposibilidad de

desplegar los comportamientos esperables, sobre todo por la ausencia del hijo a su lado. En ocasiones ni siquiera pueden verlo o tocarlo, verdadera prueba de realidad, a partir de las que pueden construirse (o continuar construyéndose) las representaciones del bebé.

El impacto de este nacimiento supera los procesos de mentalización y los padres registran una serie de imágenes que no se integran: “Tuve la sensación de que me habían quitado al niño... estuve una semana sin verle”; “La sensación desagradable de que me lo sacaron... que tiraban de mí”; “En urgencias la Dra. me dijo que o nace muerto o con graves secuelas para toda la vida... no se me ha olvidado, fue muy duro”; “Sensación de que no has completado algo, que no lo has vivido. Al principio angustiada por si iba a vivir... cada hora con el móvil encendido esperando. Mucho esfuerzo... sacarte la leche todos los días, estaba muy apagada. Es difícil imaginarte el futuro cuando no sabes si va a vivir”; “No puedes olvidarte de ello. Cuando vuelvo al hospital no podría entrar en neonatal aunque me dejaran”; “Ahora puedo, pero antes no pude hablar de ello durante meses”.

Algunos autores hacen equiparable esta situación a un trastorno por estrés postraumático, perdurando sus efectos y síntomas en el tiempo en forma de impresiones e imágenes persistentes en la memoria, intentos de ignorar o evitar ciertas experiencias concretas o alerta emocional (Pierrehumbert., et al 2003). También se ha comparado esta experiencia a una reacción de duelo, refiriendo muchos padres tristeza, rabia, culpa, desesperanza, pérdida de apetito y dificultades de sueño. Hay padres en que esto puede transformarse en aflicción crónica, y vuelven a experimentar, periódicamente, a lo largo de la infancia de su hijo los sentimientos relacionados con el nacimiento. Suele ocurrir coincidiendo con enfermedades o intervenciones quirúrgicas del niño, cuando les dejan en manos de cuidadores externos o cuando se hacen patentes ciertos retrasos del desarrollo o el diagnóstico de discapacidades (Miles et al., 1997).

Aunque, en general, la evolución suele ser hacia una progresiva adaptación, disminuyendo el estrés relacionado directamente con el estado del hijo y aumentando el relacionado con

las tareas cotidianas de la crianza, es frecuente encontrar una relación entre padres e hijo teñida de inseguridad, como perseguida continuamente por esas primeras imágenes de su bebé prematuro, con un sentimiento de inquietud ante el menor signo de autonomía y miedo al futuro (Singer et al., 2007). Sin duda, tampoco estos bebés, a veces tan pasivos, les ayudan a establecer su confianza como padres. En entrevistas con padres de grandes prematuros, cuando éstos tenían 7 años, todavía persistía una intensa carga emocional acompañando los primeros recuerdos del bebé: estaban aún llenos de su culpabilidad, su vergüenza y su inseguridad inicial (Sibertin-Blanc et al., 2001).

Los padres, y sobre todo la madre, ven suprimidos las últimas semanas o meses de embarazo, de tanta importancia para las elaboraciones fantasmáticas que acompañan el proceso de maternidad. Este último periodo, por un lado de disminución progresiva de las fantasías y pensamientos de la madre acerca de su bebé, permitiendo más la presencia real de éste, con sus movimientos y su “propio carácter” y, al mismo tiempo, de plenitud y alegría, parece ser indispensable para la puesta en marcha de la “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1979), ese estado de particular sensibilidad y adaptación de la madre a las necesidades del recién nacido. El parto prematuro, en el 5.º, 6.º o 7.º mes de gestación, provoca que el bebé real irrumpa en la vida mental materna cuando ésta tiene todavía muchas representaciones del bebé imaginario, con el agravante de ser un bebé inmaduro o enfermo y en graves riesgos (Ammaniti, 1991). Ésta es una de las situaciones que más perturba esa preocupación maternal primaria y, más ampliamente, las funciones parentales y la relación con el bebé.

El último periodo de hospitalización previo al alta, en una zona poco medicalizada, favorece el ajuste de las representaciones de los padres, permitiendo una cierta represión de las representaciones de un bebé frágil y enfermo, para dejar su lugar al bebé sano del que ellos pueden ocuparse. Este trabajo psíquico va a ser importante que continúe durante los primeros meses fuera ya del hospital, para transformar la experiencia del “nacimiento de un bebé prematuro” por la del “nacimiento prematuro de un bebé”. Los padres en los que el impacto traumático

revela carencias narcisistas importantes, o en otros términos inseguridad en sus modelos internos de apego, tienen dificultad para esta elaboración, quedándose fijados a una imagen de un bebé prematuro, dañado, a veces persecutoria (Druon, 1996).

Para intensificar la desorganización emocional aparecen los sentimientos de culpabilidad con un rebrote de la ambivalencia ligada al embarazo. Esto adquiere más trascendencia cuando los padres han pasado por tratamientos largos y difíciles de reproducción asistida o cuando el embarazo no había sido planificado. La herida narcisista por no haber podido completar el embarazo y haber dado a luz un bebé inmaduro, frágil, está también en el origen de estos sentimientos que pueden dar lugar a verdaderos periodos depresivos. A veces es la hiperactividad la que aparece en primer plano, a modo de defensa maniaca que enmascara el sufrimiento depresivo.

La inevitable separación que deben hacer frente los padres va a ser vivida en función de sus recursos psicológicos personales. Los apoyos del entorno, y especialmente la presencia del padre o pareja mejora el pronóstico. A menudo, en nuestra cultura, va a ser el primero que reciba información y enfrente el choque con su hijo y, seguidamente, el que lo trasmita a la madre. Dejar sola a la madre con la responsabilidad de la prematuridad es provocar un riesgo considerable para la relación futura con su hijo, y reforzar los conflictos de la pareja, que además se ven naturalmente acrecentados por la herida vivida con su bebé decepcionante.

El acompañamiento de la familia directa, los abuelos, y amigos, así como del equipo de la unidad de neonatología va a tener también su importancia. La mayoría de las veces no ha habido ni una celebración ni regalos por el nacimiento, no se encuentran motivos ni estado anímico para la alegría, manteniéndose la situación sin compartirla con nadie. Es frecuente que estos padres experimenten un descenso en la autoconfianza y la autoestima.

Las reacciones de las familias, como las de los bebés, son variadas: unos padres no se apartan del hospital, incluso, cuando se lo permiten, de la incubadora donde está su bebé, invadidos por pensamientos mágicos del tipo "si lo pierdo de vista puede morirse". Otros, por el contrario, dejan al prematuro

casi abandonado: ¿para qué vincularse con un ser que no se sabe si vivirá? Unos preguntan mucho, expresan sus ansiedades en relación al presente y al futuro del niño; otros permanecen en silencio, resignados a lo peor, paralizados sin poder hacer nada con su hijo, cargados de fantasías destructoras y culpabilizantes, ante las que sólo tienen como salida defensiva “no pensar en nada”. Los más frágiles expresan sensaciones e impresiones poco elaboradas y difícilmente verbalizables.

El diálogo entre el equipo cuidador y los padres suele estar centrado en la información de los datos médicos, tratando de excluir cualquier contagio de la angustia de éstos. A veces puede ser rechazado o estar salpicado de acusaciones o quejas, en un movimiento defensivo de carácter proyectivo de los padres, difícil de tolerar por los profesionales sanitarios.

A pesar de que, en los últimos años, es cada vez mayor la implicación en los cuidados y atención al hijo prematuro durante su estancia hospitalaria, y que reciben más apoyo emocional por los profesionales, médicos y de enfermería, los padres y madres siguen teniendo que hacer frente a una experiencia emocional problemática especialmente por el hecho de que sobreviven prematuros cada vez más pequeños e inmaduros, con riesgos y complicaciones más graves.

LA RELACIÓN DEL NIÑO PREMATURO Y SUS PADRES

La relación entre el niño prematuro y sus padres va a ir estableciéndose en estas difíciles condiciones.

Hoy se sabe bastante sobre las condiciones necesarias y favorables para un crecimiento y un desarrollo psíquico armonioso de los bebés y, en un primer plano está la implicación personal, lo que en nuestro lenguaje denominamos investidura afectiva del niño por parte de los padres y cuidadores (Stern, 1997; Manzano, 2001; Golse, 2001).

Los primeros signos de interacción del bebé pasan por señales corporales: posturas, mímicas, tonalidad de los llantos, coloración de la piel, estado de tensión o relajación, manera de ocupar el espacio de la incubadora, reacciones a la solicitud por personas.

Los padres tienen también sus propios estilos de comunicación con el bebé: unos privilegian el movimiento, otros hablan, otros les estimulan, les acarician.

Hay un consenso, bastante general, en valorar las conductas interactivas de las madres de grandes prematuros como diferentes de las de nacidos a término sanos: se las describe como más activas y vigilantes, y con menos sensibilidad en las respuestas a sus bebés (perciben y responden alteradamente a las reacciones del bebé) (Wijnroks, 1999; Muller-Nix et al., 2004).

Hay controversia, no obstante, en relación al origen y consecuencias de dichas conductas. Algunos autores las relacionan con la intensidad del estrés y desorganización emocional sufrido por los padres. Otros las relacionan con la evolución del hijo y el ajuste frente a las características de éste. Unos las consideran conductas intrusivas y sobreestimulantes, que pueden afectar negativamente la interacción (provocar en el bebé desinterés o evitamiento) y el desarrollo del niño prematuro, si se mantienen largo tiempo (Muller-Nix et al., 2004). Otros las valoran como apropiadas a la menor capacidad de respuesta de los grandes prematuros que necesitarían más estímulos, dentro de lo que conceptualizan como “cuidado o crianza compensatoria” (Miles et al., 1997; Singer et al., 2005).

Cuando las madres presentan conductas evaluadas como de tipo cooperativo (sensibles y adecuadas a las reacciones y necesidades del bebé) los grandes prematuros tienen mejor evolución cognitiva, lingüística y en sus habilidades sociales en los primeros años de vida, y esto parece que es más significativo en niños con prematuridad extrema o con más complicaciones médicas (Landry et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2006).

En estudios basados en observaciones más exhaustivas de las interacciones madre-gran prematuro –con la limitación de ser muestras pequeñas– se encuentra que estas madres son más estimuladoras con sus bebés, sobre todo en ciertas actividades como la alimentación. La actividad verbal está constituida por llamadas continuas a su bebé para animarle a que coma. Por el contrario, las madres de niños a término manifiestan un lenguaje verbal constituido principalmente por preguntas dirigidas a su bebé, dicen su nombre y, al mismo tiempo, le ani-

man pero también le frenan en su actividad. En cuanto a la dimensión no verbal, las madres de prematuros aparecen como más fijadas, casi rígidas, y focalizadas sobre el rostro de su bebé y lo que va a hacer, les tocan menos y tienen menos conductas exploratorias visuales y gestuales hacía ellos. Las madres de niños a término estudiadas exploran, tocan, mueven los brazos y piernas de su bebé, convirtiendo el momento de la comida en un tiempo para descubrirse y conocerse mutuamente (Charavel, 2000).

Esta manera de interpelar verbalmente, junto a la exploración visual y gestual, parece buscar la creación de un espacio de anticipación del comportamiento del niño, de su propia competencia para comunicar, mostrar su autonomía y sus deseos. A través de las preguntas, la madre interpela la competencia interactiva del bebé, imaginando las respuestas y actuando como si una verdadera conversación con él se instaurara. Se trataría de la noción de anticipación (ilusión anticipatoria), que es la manera en que la madre suscita, refuerza y organiza la emergencia de la competencia del bebé en relación a los mensajes que ella le envía (Levobici, 1988; Stern, 1997). En el caso de un nacimiento prematuro, la inmadurez del bebé y su menor expresividad pone en dificultades a la madre en su capacidad para anticipar las competencias de éste.

La evolución continúa siendo diferente y solo tiende a igualarse a partir de los 3 meses de edad corregida, en que se aprecia un cambio de la actitud de las madres de prematuro. A pesar de que terminan por anticipar poco a poco las competencias de su hijo, siguen tocándole y explorándole menos, visual, verbal y gestualmente. Este acercamiento de las actitudes de ambos grupos de madres es debido también a ciertos cambios en las interacciones de las madres y bebés a término.

No hay razones para hablar de una verdadera carencia en la relación madre-bebé prematuro, pero muchos autores se plantean los efectos que puede originar dicha situación sobre el apego, con el riesgo de más incidencia de apego inseguro (Miles et al., 1997; Charavel, 2000).

El apego es un sistema relacional que regula desde el nacimiento la relación de proximidad del bebé con el adulto que le

cuida, permite buscar protección al servicio de la supervivencia. Está implicado en los procesos de regulación emocional y de separación individuación y en la construcción del sentimiento de seguridad que permite explorar al niño el mundo que le rodea y que va a ser fundamental en el desarrollo de las competencias sociales y la capacidad de pedir ayuda en los momentos de angustia o sufrimiento (Bowlby, 1969; Ibáñez et al., 2006).

Algunos estudios, entre ellos el nuestro, basándose en los modelos teóricos de transmisión del apego, se han centrado en evaluar el modelo vincular materno, como predictor del apego que desarrollará el hijo.

En nuestra investigación, en relación a las representaciones de apego y el modelo vincular de las madres de prematuros de muy bajo peso (menos de 1500 g) a los 2 años de edad de sus hijos, no se han encontrado diferencias significativas entre estas madres y las de niños que habían nacido a término y sanos. Es decir, no se encuentra que las madres de estos grandes prematuros presenten más inseguridad en sus representaciones de apego (mediante la Entrevista R de Evaluación de las Representaciones Maternas -Stern et al., 1989, corregida con Edicode: Procedimiento de Análisis de Entrevistas Semiestructuradas -Pierrehumbert et al., 1999). Estos resultados son similares y coincidentes con otro estudio reciente de nuestro país (Ibáñez, 2005).

Las concepciones teóricas y de investigación sobre la organización de los modelos de apego –y, más ampliamente, de la personalidad– han encontrado una tendencia a la estabilidad en dichos modelos (Fonagy, 2004; Miljkovitch et al., 2004). Por tanto, es esperable que las madres tienen un modelo vincular o de apego internalizado que va a continuar estable a pesar de acontecimientos o situaciones vitales adversas como puede ser un embarazo complicado, el nacimiento muy prematuro de un hijo o las posibles complicaciones médicas asociadas. La reacción emocional o el estrés padecido con estas experiencias será manejado en función de sus capacidades adaptativas (mecanismos psíquicos de defensa) y será resuelto de manera más o menos favorable según dichas capacidades.

Aunque inicialmente la experiencia de estrés afecte a las conductas interactivas y pueda alterar el tipo de vínculo, poco a

poco éste tenderá a estabilizarse hacia su pauta predominante. Parece improbable que las respuestas en entrevistas de apego en adultos (madres) puedan verse afectadas por dicho evento, puesto que lo que evalúan son las representaciones de apego en relación a su propia infancia y no específicamente hacia su hijo (George et al., 1996; Borghini et al., 2006). En nuestro estudio hay que tener en cuenta, además, que la evaluación se realiza a los 2 años, por lo tanto ha habido un periodo de recuperación de los padres tras el nacimiento prematuro.

Está demostrado que los estilos de apego seguro se asocian a mejores capacidades de manejo del estrés y de los conflictos vitales (Marrone, 2001) mientras que, ya se ha dicho, las madres con un tipo de apego inseguro tienen riesgo alto de que el impacto traumático sufrido pueda fijar una imagen de un bebé prematuro y dañado.

En nuestro estudio se aprecia, como era esperable, una relación muy significativa entre un mayor nivel del estrés materno durante el primer año del hijo y un modelo vincular de tipo inseguro. Hay que señalar que esta asociación no debe ser interpretada en términos de causalidad.

Hay algún estudio que refiere diferencias en las representaciones de apego de las madres de grandes prematuros, tanto de bajo como de alto riesgo médico, con mayor tasa de representaciones inseguras que las madres de niños a término.

Hay controversia sobre el papel que juegan los factores de riesgo biológico en el desarrollo del apego y de la relación padres-bebé. Algunos estudios sostienen que la calidad de la interacción está claramente afectada por el nivel de complicaciones médicas sufridas por el prematuro y por la duración de la estancia en el hospital. En el caso de estancias largas la interacción madre-bebé puede sufrir un bloqueo significativo, aunque el niño tenga una buena evolución a nivel somático.

Otros plantean que los problemas del niño (incluidas las complicaciones de la prematuridad) parece que tendrían menos influencia en las alteraciones en el apego que los problemas maternos, en estudios de poblaciones de relativo bajo riesgo médico (más de 1500 g de peso al nacer y de 30 semanas de EG) (Van Ijzendoorn et al., 1996).

En nuestra investigación –que evaluaba las representaciones de apego maternas– no hemos hallado diferencias entre las madres de grandes prematuros en función del riesgo biológico, valorado a través de la edad gestacional, peso al nacimiento y tiempo de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. En otras palabras, las madres de prematuros más inmaduros y con mayor tiempo de separación de sus bebés no presentaban más síntomas de estrés ni más inseguridad en sus representaciones de apego que las del subgrupo de prematuros más maduros.

La mayoría de investigaciones sobre el apego en niños prematuros realizadas durante los últimos 15 años no refieren tampoco diferencias en la distribución de relaciones seguras e inseguras comparando con muestras de nacidos a término (Van Ijzendoorn et al., 1996; Carlson et al., 2003).

Sin embargo, en estudios de prematuros de extrema prematuridad y alto riesgo médico –en seguimientos a los 6 años– se ha encontrado más tendencia en el niño a presentar inseguridad en el apego y a pasar de relaciones de apego seguro a inseguro a lo largo de la infancia, a diferencia de lo que suele ocurrir en las poblaciones de nacidos a término, que tienden a evolucionar hacia modelos vinculares seguros. Esto sugiere que los efectos de la prematuridad pueden llegar a ser más pronunciados con el tiempo. Además, muchos padres de grandes prematuros reciben un gran soporte social y de asistencia sanitaria durante el primer año, que va disminuyendo en el 2.º año, haciéndose las relaciones de cuidado más estresantes, lo que puede aumentar el riesgo de complicar el desarrollo del apego. Es posible que, a lo anterior, se sumen las decepciones cuando los retrasos del hijo se hacen más evidentes (Mangelsdorf et al 1996).

Podemos concluir que hay un riesgo relativamente importante de alteraciones en el modelo de apego madre-gran prematuro –o más ampliamente en la relación interpersonal– que persiste durante los primeros años de vida. Parece que los factores asociados con más frecuencia son el estrés materno intenso, las condiciones sociofamiliares desfavorecidas y las complicaciones médicas graves (Ibáñez, 2006).

En una segunda parte se tratará sobre la evolución durante la infancia y adolescencia y las intervenciones terapéuticas con el niño, la familia y el entorno hospitalario, teniendo en cuenta la situación actual de heterogeneidad de posibilidades asistenciales en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Infant Ment Health J*; 12(3): 246-255.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss, Volumen 1: Attachment*. Hogarth Press. London. Versión castellana: *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1983.

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 Ment Health J*; 27(5): 494-508.

Bozette, M. (2007). A review of research on premature infant-mother interaction. *Newborn Infant Nurs Rev*; 7(1): 49-55.

Carlson, EA.; Sampson, MC.; Sroufe, LA. (2003). Implications of Attachment Theory and Research for developmental-behavioral pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*; 24(5): 364-379.

Charavel, M. (2000). Évolution de l'attitude des mères d'enfant prématuré et des mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé: une étude éthologique de la naissance à 6 mois. *Psychiatr Infant*; 43(1): 175-206.

Druon, C. (1996). *À l'écoute du bébé prématuré*. Paris: Aubier.

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Madrid: Espaxs.

Forcada-Guex, M.; Pierrehumbert, B.; Borghini, A.; Moessinger, A.; Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*; 118(1): 107-114.

George, C.; Kaplan, N. y Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Department of

Psychology, University of California, Berkeley. Citado en Marrone M. La teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática, 2001.

Golse, B., Gosme-Seguret, S. y Mokrari, M. (2001). *Bébés en réanimation. Naître et renaître*. París: Odile Jacob.

Ibañez M (2005). *Estudio longitudinal de 54 niños prematuros de bajo peso <1500 gr sin secuelas a los 30 meses: influencia del riesgo biológico y el riesgo psicosocial en la aparición de secuelas leves tardías a los 7 años*. Tesis doctoral. Facultad de psicología-Universidad Autónoma de Barcelona.

Ibañez, M.; Iriondo, M.; Poo, P. (2006). Attachement et compétences relationnelles chez le grand prématuré. Facteurs de protection pour son développement. *Spirale*; 37:115-128.

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.

Kleberg, A.; Hellström-Westas, L.; Widström, A.M. (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, K.E.; Swank, P.R. (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, J.I. (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 n.º 200411058, subvencionado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco-Eusko Jaularitza.

Lebovici, S. (1988). *Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle*. En: Cramer, B., dir. *Psychiatrie du Bébé. Nouvelles frontieres*. París: Eshel.

Lezine, I. (1977). *Le devenir de l'ancien prématuré*. En: Kestemberg, E., dir. *Le devenir de la prématurité*. Paris: PUF.

Mangelsdorf, SC.; Plunkett, J.W.; Dedrick, C.F.; Berlin, M.; Meisels, S.J.; McHale, J.L.; Dichtelmiller, M. (1996). Attach-

ment security in very low birth weight infants. *Dev Psychol*; 32(5): 914-920.

Manzano, J. (editor) (2001). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Colección infancia y desarrollo*. Madrid: Necodisne.

Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson.

Miles, M.S.; Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatol*; 21(3): 254-266.

Miljkovitch, R.; Pierrehumbert, B.; Bretherton, I.; Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attach Hum Dev*; 6(3): 305-325.

Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Pierrehumbert, B.; Jaunin, L.; Borghini, A.; Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum Dev*; 79(2): 145-158.

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.

Sibertin-Blanc, D.; Hascoët, J.M.; Tchenio, D. (2001). Regards croisés et divergents des professionnels sur les bébés nés très grands prématurés. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*; 49: 449-460.

Singer, L.T.; Fulton, S.M.; Kirchner, H.L.; Eisengart, S.; Lewis, B.; Short, E.; Min, M.O.; 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, D.N.; Robert-Tissott, 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: Levobici S, Mazet P, Visier J. L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Genève: ESHEL.

Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Van Ijzendoorn, M.; Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representation in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol*; 64: 8-21.

Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Ment Health J*; 20(4): 393-409.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed Laia. Barcelona.