

VÍNCULO EN EL BEBÉ PREMATURO.

“Todos los seres humanos somos, por esencia, prematuros”. Ajuriaguerra

AUTOR: Dr. Fabricio Choca(*).

PALABRAS CLAVES: teoría del apego, vínculo, prematurez, separación, disponibilidad

RESUMEN: En este artículo se expone la importancia del desarrollo de los primeros estadios basado en la teoría del apego. Comenzamos haciendo referencia a la etapa neonatal y el desarrollo infantil, destacamos la relación madre-hijo y nos situamos en la condición de prematurez y cómo esta influye en el desarrollo. Las consecuencias de la prematurez son indiscutibles, aunque no específicas. Descriptivamente se observa una extrema dependencia padres-hijos, con dificultad en la separación y sobreprotección parental.

Debemos recordar la vulnerabilidad biológica del recién nacido y los cuidados necesarios así como la importancia del contacto con su figura de apego para la formación del vínculo.

Introducción a la Teoría del Apego.

La Teoría del Apego es una teoría iniciada en los años cincuenta que parte de una perspectiva etológica donde sus principales exponentes, J. Bolwby y M. Aisworth, plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado, cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad.

Bolwby pensaba que la relación entre lo que provoca temor y lo que realmente puede dañarnos es indirecta. Sin embargo compartimos con los animales ciertos temores: el desconocimiento del otro ser o de un objeto; el temor a objetos que aumentan de tamaño o se aproximan rápidamente, el temor a los ruidos intensos y el temor a la oscuridad y el aislamiento. Nada de esto es peligroso en sí mismo, pero desde el punto de vista evolutivo tiene explicación: son señales de peligro (Bolwby, 1985)¹.

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto.

Cuando Bolwby habla de la “presencia de la figura de apego” se refiere no tanto a la presencia real inmediata sino la accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo. Su teoría defiende tres postulados básicos:

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de

(*) *Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Asistente Grado 2 de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del CHPR.*
1 Bowlby, J. (1993) *El vínculo afectivo.* Paidós, Barcelona.

apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.

- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.

- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Relevancia de la Teoría del Apego.

Esta teoría, a pesar de su declarada filiación etológica o de adaptación, maneja muchos conceptos propiamente psicológicos y de cualificación de la relación. Se destaca además por investigar la perspectiva evolutiva del apego, lo cual no es común en otros modelos. Bowlby parte de una perspectiva evolutiva de sesgo darwiniano. Sin embargo, a pesar de mostrar una indudable orientación etológica al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo de sobrevivencia, su concepción de la conducta instintiva va más allá de las explicaciones que habían ofrecido etólogos como Lorenz, con un modelo energético-hidráulico muy en consonancia con los antiguos postulados de la física mecánica. Basándose en la teoría de los sistemas de control, Bowlby planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta modificándose a las condiciones ambientales

Es interesante señalar que la Teoría del Apego investiga la ontogenia de las respuestas a la separación e incluye referencias a Piaget al hablar de la interacción del apego con el desarrollo cognitivo del bebé en la segunda mitad del primer año de vida, cuando éste logra la permanencia del objeto. En las 28-30 semanas de vida se da el punto de viraje, es decir que aparecen las respuestas evidentes a la separación: el bebé ha empezado a percibir el objeto como algo que existe independientemente de sí mismo, aún cuando no lo perciba directamente, por lo cual puede iniciar su búsqueda. La tendencia a reaccionar con temor a la presencia de extraños, la oscuridad, los ruidos fuertes, etc., son interpretados por Bowlby como el desarrollo de tendencias genéticamente determinadas que redundan en una predisposición a enfrentar peligros reales de la especie y que existen en el hombre durante toda la vida. Aunque inicialmente esta postura podría evaluarse como demasiado sesgada hacia la carga biológica, en realidad, Bowlby completa su postura refiriéndose a una serie de circunstancias psicológicas y culturales que dan lugar a estas reacciones.

En este sentido hace referencia a los peligros imaginarios, los indicios culturales aprendidos de otras personas sobre el peligro, la racionalización, la atribución de significado a las conductas de los niños por parte de los padres, la proyección y el contexto familiar (Bowlby, 1985).

La teoría formulada por John Bowlby y Mary Ainsworth sobre el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo es un planteo teórico de mucha fuerza en el área del

desarrollo socio-emocional. Con el paso del tiempo esta teoría se ha fortalecido y enriquecido gracias a una gran cantidad de investigaciones realizadas en los últimos años que la han convertido en una de las principales áreas de investigación evolutiva. En la década de 1940, Anna Freud y Burlingham describieron la experiencia de cuidado de niños en una guardería separados de sus madres. Observaron que los niños poco tiempo después de estar en las guarderías, desarrollaban un sentimiento intenso de posesión hacia las niñeras y daban señales de inquietud cuando estas no estaban disponibles. Durante los años sesenta, Schaffer y Emerson (1964) realizaron en Escocia una serie de observaciones sobre sesenta bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. Este estudio puso de manifiesto que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres dependía fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé (en Bowlby, 1985)². En 1970 Ainsworth y Bell diseñaron la *Situación del Extraño* (Bowlby, 1985) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Desde este momento la *Situación del Extraño* se convirtió en el paradigma experimental por excelencia de la Teoría del Apego. La *Situación del Extraño* es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña. Tal y como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias.

Como resultado de este experimento Ainsworth y Bell postularon lo que se conoce como los diferentes tipos de apego:

Apego seguro:

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracterizaba en la situación experimental por niños que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Al mismo tiempo, en observaciones naturalistas llevadas a cabo en el hogar de estas familias se encontró que las madres se habían comportado en la casa como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose

² Bowlby, J. (1993) *El vínculo afectivo*. Paidós, Barcelona.

disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

Apego inseguro-evitante:

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracterizaba por niños que se mostraban bastante independientes en la *Situación del Extraño*. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes.

Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos. La interpretación global de Ainsworth en este caso era que cuando estos niños entraban en la *Situación del Extraño* comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella.

Apego inseguro-ambivalente:

Estos niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la *Situación del Extraño*. La pasaban mal cuando ésta salía de la habitación y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

Además de los datos de Ainsworth, diversos estudios realizados en distintas culturas han encontrado relación entre el apego inseguro-ambivalente y la escasa disponibilidad de la madre. Frente a las madres de los niños de apego seguro que se muestran disponibles y responsivas, y las de apego inseguro-evitativo que se muestran rechazantes, el rasgo que mejor define a estas madres es el no estar siempre disponibles para atender las llamadas del niño. Son poco sensibles y atienden menos al niño, propiciando por tanto menos interacciones.

El niño en este caso se comporta de modo tal que responde a una figura de apego que esta mínima o inestablemente disponible; el niño puede desarrollar una estrategia para conseguir su atención: exhibir mucha dependencia. Entonces acentúa su inmadurez y la dependencia puede resultar adaptativa al nivel biológico, ya que sirve para

mantener la proximidad de la figura de apego.

Sin embargo, a nivel psicológico no es tan adaptativa, ya que impide al niño desarrollar sus tareas evolutivas.

El término “interacción” fue utilizado por primera vez por Bowlby en un famoso artículo llamado “La índole del vínculo del hijo con su madre” (Brazelton, 1993)³. Este artículo ejerció una poderosa influencia en la aplicación de un modelo observacional de la relación. Bowlby, a diferencia de los psicoanalistas anteriores, sostuvo que el intercambio con la madre no se basa únicamente en la simple gratificación oral y su concomitante reducción de la tensión. Tomó en cuenta la etología al describir el carácter muy activo de las conductas de vínculo del niño. El pensamiento analítico anterior hacía mucho hincapié en la dependencia del bebé con respecto a la madre y en la necesidad de gratificación.. A diferencia de esto, en Bowlby se aprecia el reconocimiento del rol del bebé en su voluntad de suscitar respuestas en su madre, y se hace énfasis en la actividad y no en la indefensión, en la facultad de promover conductas y no en la pasividad (Brazelton, 1993). Al hacer referencia al rol de la interacción Bowlby plantea que la experiencia de separación real mina la confianza pero no es suficiente para que surja la ansiedad de separación⁴.

Basándose en la biografía de 44 ladrones juveniles, Bowlby realizó un estudio retrospectivo cuyos resultados le llevaron a afirmar que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental.

Realizó investigaciones acerca de las consecuencias que la institucionalización tiene sobre el desarrollo psicológico de los niños (Bowlby, 1951) y observó que niños que habían sufrido deprivación desarrollaban los mismos síntomas que había observado en los ladrones juveniles carentes de afecto y a partir de las observaciones de Lorenz (1935) con animales jóvenes, concluye que el infante humano llega al mundo predispuesto a participar en la interacción social.

Actualmente existe un acuerdo en la designación de los elementos clave de la conducta de apego: son conductas encaminadas a llamar la atención del cuidador, dichos comportamientos permiten al niño acercarse al cuidador puesto que tiene más posibilidades de sobrevivir si está cerca de un adulto y, posteriormente, este sistema le facilita el desarrollo de una organización interna estable. Es importante también considerar la respuesta del cuidador, puesto que ella influirá en el sistema de apego. Fonagy pone de relieve la relación que los teóricos del apego establecen entre apego y otros aspectos evolutivos del niño tales como la conducta exploratoria y el miedo; en este sentido señala que Ainsworth (1963) ha mostrado la necesidad de un sentimiento de seguridad básica para que el niño pueda llevar a cabo los comportamientos exploratorios que en ausencia de la figura de apego se interrumpen.

Fonagy cita a Cassidy (1999): “*el sistema de dar cuidado es un elemento de la conducta parental que tiene como finalidad proveer al niño de proximidad y confort*”, señala

3 www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new_page_6.htm

4 Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Ediciones Paidós, Buenos Aires.

también el autor que lo ideal sería un sistema de dar cuidado complementario con el sistema de apego del niño, contrariamente a los riesgos que supondría para el niño el establecimiento de una relación caracterizada por la inversión de roles.

Evolución de la teoría del apego

Bowlby hace una descripción del sistema de apego meramente conductual: la necesidad aparece en ausencia del cuidador/a y la presencia física de éste/a hace desaparecer esa necesidad. Sostiene que la meta del sistema de apego es mantener al cuidador accesible y receptivo, y para referirse a esto, utilizó el término *disponibilidad* (Bowlby, 1973). Las experiencias con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a modelos representacionales a los cuales Craik (1943) denomina *Modelos de Funcionamiento Interno*. El apego seguro se caracteriza por modelos de funcionamiento interno en los cuales la figura de apego es percibida como accesible y receptiva si se la necesita.

A medida que Bowlby fue construyendo su teoría, fue incorporando conceptos de la psicología cognitiva. Así, sostenía que las personas tenían acceso a ciertos tipos de pensamientos, sentimientos y recuerdos en relación a su modalidad de apego. Se relacionó la clasificación de apego desorganizado/desorientado de la Situación Extraña con malos tratos y con un trauma no resuelto en la biografía de los padres⁵.

Vínculo en el Prematuro

Para este trabajo utilizaré la prematurez, no como un factor etiológico lineal, sino como una situación. Tomaré dos enfoques, el del neonato y el de la madre sabiendo que esta separación es artificial, ya que valoraremos la “unidad dual madre-hijo” (Spitz).

Es importante jerarquizar la influencia del factor separación como fue estudiado por Klaus y Kennell⁶ así como la descripta teoría del apego hecha por John Bowlby.

Analizar a esta diada viendo la importancia de su permanencia, restituyendo a la madre su rol en los cuidados es lo que D. Winnicott jerarquiza a tal punto de decir “...eso que llaman lactante..., sin los cuidados maternos no habría lactante”.

Etapa neonatal

- neonato o recién nacido
- madre

Etapa neonatal

Comenzaremos haciendo referencia al recién nacido (RN) describiendo que al nacer presenta:

⁵ Fonagy, Peter. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Editorial SPAXS S.A., Barcelona (2004). [*Attachment Theory and Psychoanalysis*. Peter Fonagy. London. Other Press (USA). 2001.]

⁶ Klaus, Marshall H. y Kennell, John H. *La relación madre-hijo*.

- desvalimiento biológico: la idea de un estado de desamparo inicial implica la total dependencia respecto a la madre. Esta condición influencia así la estructuración del psiquismo destinado a construirse enteramente en la relación con el otro⁷.
- experiencia de satisfacción

La angustia aparece como el producto del estado de desvalimiento psicológico del lactante, correlativo de su estado de desvalimiento biológico. Esta coincidencia sorprendente, la angustia del nacimiento como la angustia del lactante, tiene por condición determinante la separación de la madre y no necesita una interpretación psicológica dado que el hecho biológico siguiente lo explica fácilmente: la madre que previamente había satisfecho todas las necesidades del feto por los dispositivos somáticos del embarazo, todavía continúa cumpliendo después del nacimiento la misma función, aunque parcialmente por otros medios.

La vida intrauterina y la primera infancia están mucho más en continuidad de lo imaginable, lo que no nos deja creer en la ruptura llamativa del acto del nacimiento. El objeto materno psicológico reemplaza para el niño la situación fetal biológica. Winnicott toma la noción de dependencia y lo convierte en el eje del desarrollo humano, al que describe en términos de dependencia-independencia.

El lactante y los cuidados maternos forman una unidad y la dependencia absoluta es un estado en el que el lactante no existe más que en razón de los cuidados maternos. En razón de la extrema dependencia afectiva del lactante, no se puede estudiar su desarrollo o su vida independientemente de los cuidados que se le brindan.

Winnicott distingue tres aspectos en el desarrollo afectivo primario:

- un proceso maduracional innato, que le hace avanzar en la medida que un entorno facilitante existe y sólo en la medida que este exista.
- un entorno facilitante que asegure el *holding* (sostén) y el *handling* (manipuleo), así como la presentación del objeto.
- un tránsito que hace el individuo desde la dependencia absoluta pasa por una dependencia relativa hasta alcanzar la independencia relativa.

Las modificaciones son primero fisiológicas y pueden ser formadas o deformadas por la salud mental de la madre, es importante por tanto considerar esta variable en cuestión.

Las madres se identifican de una manera u otra con el niño que se desarrolla en ellas. Esta identificación dura cierto tiempo después del parto y poco a poco va perdiendo su significado. Al identificarse con su hijo, la madre sabe lo que éste siente y está entonces en condiciones de suministrarle casi exactamente lo que el bebé necesita en materia de sostén y, en general, como entorno. Sólo una madre sensibilizada de esta forma puede ponerse en el lugar de su hijo y responder a sus necesidades. Esta condición es lo que Winnicott llama "preocupación maternal primaria".

Este estado que se desarrolla durante el embarazo y dura luego del parto podría ser comparado a un estado de repliegue, un estado de hipersensibilidad y le provee al

⁷ Laplanche, J. y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis.

lactante un entorno de calidad suficientemente bueno desde el estado inicial, le permite al pequeño comenzar a existir, tener sus experiencias, construir un yo personal, dominar sus instintos y enfrentar todas las dificultades inherentes a la vida. Spitz también hace referencia a esta actitud materna y la llama “reciprocidad materna”. La relación afectiva madre-hijo es de primordial importancia en tanto abre el camino a cualquier desarrollo, al proceso semántico, a la formación del yo, define la relación normal madre hijo diciendo que debe satisfacer tanto a la madre como al niño. La satisfacción de la madre por un lado es una gratificación narcisista y por otro una satisfacción de la libido del objeto.

Tras la revisión bibliográfica de esta etapa neonatal del desarrollo infantil y de la relación madre-hijo estamos en condiciones de preguntarnos:

¿Que pasa en el caso de los prematuros?

La prematurez se define por una duración de la gestación inferior a 37 semanas, se denomina entonces parto prematuro al que se produce entre la semana 28 a 36 semanas de gestación, el criterio que se usa es la edad gestacional y no el peso al nacer. Cabe destacar que se considera una anomalía del embarazo el parto que se produce fuera del límite considerado fisiológico para la duración de la gestación (37 a 41 semanas completas). Se le llama parto inmaduro al que sobreviene entre la semana 20 y 27.

Si usamos el peso al nacer para clasificar a un bebé, decimos que un neonato que pesa menos de 2500 gramos corresponde a un bajo peso al nacer y por debajo de 1500 gramos corresponde a un muy bajo peso. En América Latina la prematurez tiene una incidencia del 9% del total de los nacimientos institucionales y está presente en más del 75% de los niños que mueren en el periodo neonatal. De estos neonatos de bajo peso entre el 40 a 70% son pretérminos⁸.

La prematurez nos enfrenta a las distorsiones en la relación madre-hijo producida por el impacto de un nacimiento prematuro y las secuelas de estas distorsiones sobre la evolución del niño. Como dice el Prof. Ajuriaguerra (citado por E. Ketemberg) “todos los seres humanos somos, por esencia prematuros”; es esta una de las singularidades determinantes de nuestro destino pero basta conocer un Servicio de Neonatología para constatar que el nacimiento prematuro exige para suplir las necesidades vitales condiciones especiales que pueden ser de por sí traumáticas.

Kreisler⁹ refiere que: “...obligado, por así decirlo a vivir el prematuro está sometido a toda una serie de condiciones marcadas por la inadecuación”.

Es importante poder hacer referencia a que la supervivencia cada vez más exitosa ha llevado a los investigadores a centrar el interés en el futuro a largo plazo, en la identificación de posibles patologías de aparición tardía y en la discusión sobre la etiología de cara la profilaxis.

Las consecuencias de la prematurez son indiscutibles, aunque no específicas. Es decir

⁸ Schwarcz R., Duverges C., Díaz A., Fescina R. *Obstetricia*. (5ta. Edición)

⁹ Kreisler, L. y Soulé, M. *Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Lebovici, Diatkine y Soulé*. (Cap. II “El niño prematuro”).

que los trastornos que se describen en los antiguos prematuros se observan también en otros niños, especialmente con antecedentes perinatales.

Deberemos valorar:

- el futuro del niño, todavía con características fetales, sometidos a los estímulos y excitaciones del exterior.
- la psicología de las madres frente a las circunstancias tales como un embarazo fracasado, la inmediata separación, el tiempo que está sin verle, el sentimiento de que su hijo corre peligro de muerte o padece anomalías.

Psicopatología de la Prematuridad.

Antes de entrar en las concepciones y las hipótesis interpretativas, hay que volver a las circunstancias iniciales que rodean al prematuro, es decir, su madre y el entorno familiar.

La maduración neurológica del prematuro continúa después del nacimiento al mismo ritmo que en el útero.

Cuando alcanza las 4 a 6 semanas de edad el prematuro está en el mismo punto que el recién nacido a término, desde el punto de vista clínico, anatómico y bioeléctrico.

El desarrollo psicomotor del prematuro está retrasado en relación con el niño nacido a término, este retraso es proporcional al grado de Prematuridad, es una correlación más significativa con el tiempo de embarazo que con el peso al nacer.

Precozmente se observa dificultad en adquirir los ritmos fisiológicos (del comer y del dormir); retraso en el desarrollo pondoestatural y psicomotriz.

Un aspecto del desarrollo neuromotor está relacionado con el tono axial, la hipotonía axial persiste mucho más tiempo que en el recién nacido a término e implica el retraso en funciones posturomotrices como en el sostén cefálico, la sedestación, el mantenerse de pie, etc. Se ha señalado que el eje postural interviene como eje de referencia para la adquisición del sentido del espacio, de la lateralidad del propio cuerpo, de la individuación.

Brazelton aplicó su escala conductual neonatal a los recién nacidos prematuros y observó que la dimensión social (capacidad de enganchar con la mirada y seguir el arco de círculo, capacidad de amoldarse cuando es tomado en brazos) y la dimensión motora (tono, nivel de actividad, coordinación mano boca, etc.) eran las áreas donde el las que se obtenían resultados más pobres. Estas características se corrigen con el tiempo, la duración de la recuperación esta en relación con el grado prematuridad.; en caso de prematuros de 6 meses la diferencia es perceptible hasta los 4 o 5 años, los de 7 meses superan su retraso en 75% de los casos a los 3 años, los prematuros de 8 meses en su conjunto no se diferencian de los normales hacia el fin del primer año. Lezine¹⁰ plantea que a los 5 años recuperan los niveles de maduración independientemente de la edad gestacional al nacer.

Dentro de los trastornos precoces (primera infancia) se han identificado perturbaciones como:

¹⁰ Lezine, I. *Le devenir de l'ancien premature.*

- trastorno en las conductas alimenticias
- trastornos del sueño (insomnio inquieto o agitado)
- actividades rítmicas: balanceos o giros de cabeza.
- actividades de manipulación del cuerpo autoagresiva o autoerótica.
- trastorno del comportamiento: espasmo del sollozo.

Obligado a sobrevivir, el prematuro está sometido a toda una serie de condiciones caracterizadas por la inadecuación:

- al modo de alimentación, que se realiza por sonda
- a ritmos impuestos por las necesidades del servicio y a los cuidados del prematuro.
- inadecuación en cuanto a los estímulos sensoriales, luz viva y continua, ruidos, estimulación cenestésica, muy diferentes a las conocidas en el útero o cuando existe el contacto madre hijo.

Importancia del seno para el prematuro y dificultades en la conducta alimentaria

La palabra “seno” designa tanto la técnica de maternaje como el órgano en sí mismo. En el prematuro la madre no puede colocar el verdadero seno justo en el lugar y en el momento en que el niño está preparado para crearlo; en el momento adecuado (Winnicott). Si la madre se adapta suficientemente bien a las necesidades del niño, éste obtiene la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su capacidad personal de crear. Lo que la madre aporta se encuentra con aquello de lo que el niño podría hacerse idea. En un plano psicológico, el niño mama de un pecho que forma parte de sí mismo y la madre da la leche a un niño que es una parte de sí misma. Frecuentemente, ciertas características biológicas o consecuencia de su estado de prematuridad estos bebés no experimentan la lactada hasta luego de varios días, lo que potencialmente genera alteraciones en el vínculo así como en la función nutricia. Dentro de los trastornos de aparición tardía (segunda infancia), suele hallarse el Síndrome tardío del antiguo prematuro, representado por trastornos psicomotores: praxias y capacidad instrumental.

Es muy frecuente en la práctica escuchar a los padres decir de su hijo después de varios años “Es un prematuro”, lo que evidencia la cristalización de un imaginario que marca durante muchos años -y a veces definitivamente - la relación entre el niño y los padres, así como también con el médico.

Particularidades interactivas del prematuro.

Al describir las capacidades del recién nacido prematuro y su comunicación interactiva, se ha visto que estos bebés están mucho menos abiertos a la interacción que los bebés maduros. Martín Field denomina a este fenómeno “déficits interactivos” y llega a catalogar al recién nacido prematuro como un bebé de alto riesgo. Cuando son manipulados, estos niños parecen estresarse y quedan exhaustos tras una corta sesión de interacción.

Los neonatos prematuros y pequeños para la edad gestacional que no retroalimentan las conductas maternas son poco reactivos al rostro de una persona, a su voz, a estímulos

visuales o auditivos en general y es muy difícil lograr un diálogo tónico con la madre, lo que predispone al fracaso del vínculo.

Hay dos síntomas que se destacan. Por un lado, la desviación de la mirada del niño que, como veremos más adelante, es con frecuencia un signo precoz en la patología de la interacción. Por otro, el aspecto hiperactivo e intrusivo de la madre que, de hecho, no hace más que aumentar los comportamientos de evitación del niño. Es importante que el personal de salud reconozca estos síntomas para poder llevar a cabo una acción preventiva en ese periodo sensible durante el cual se lleva cabo la vinculación de la madre y el niño.

La madre y el entorno familiar.

Cuando la madre entra en relación con su hijo prematuro no se encuentra en las mejores condiciones para responder a las necesidades del RN y por otro lado presenta elevadas exigencias y expectativas respecto a las posibilidades reales del niño.

La madre vive los efectos de un traumatismo psíquico grave y la relación con su hijo se resiente, más o menos de las modificaciones que establece inmediatamente después. El traumatismo solo existe en el momento en el que la realidad parece autenticar la fantasía.

La madre de un prematuro se encuentra ante un niño pequeño y de aspecto ingrato, disminuido por la cualidad de sus estructuras neuromotrices, difícil por la discordancia en los ritmos de la vida, consecuencia de los impuestos por su estancia en una incubadora y prolongados por los cuidados especiales¹¹.

Este niño cuyas características deberían ser percibidas y aceptadas, va a encontrar ante él a una pareja seriamente afectada de entrada en cuanto a sus capacidades para responder a las necesidades del bebé.

Debemos recordar que en la madre la última parte de la gestación es particularmente rica en elaboraciones de todo tipo.

Un embarazo que no ha sido llevado a término deja en la mujer un sentimiento de insatisfacción, de algo que no hubiera sido completado, además hay veces que el parto llega de modo inopinado y no se desarrolla como había sido proyectado, o bien previsto puede ocurrir después de varias semanas de ansiedad.

Recordemos también que el niño prematuro desbarata el niño maravilloso de la fantasía materna y responde al modelo contrario, el de los peores temores.

Este disparalelismo entre exigencias y las aptitudes del niño sumado a la incapacidad parental para responder a las necesidades de este reproducen el patrón común que Pollok¹² detecta en la base del síndrome de "Battered Child".

Esto es confirmado por Kempe y Kreisler en cuanto al elevado porcentaje de prematuros entre los niños golpeados o abandonados.

También se ha descrito otro síndrome "Vulnerable child syndrome"¹³ que es común a

11 Melbin, Louis. *Prematurity, birth defects, and early death impact on the family.*

12 Pollok, G. *A psychiatric study of parents who abuse infants and small children in Battered Child.*

13 Green, M. y Solnit, A. *A Vulnerable child syndrome. Reactions to the threatened loss of a child.*

todo niño que en algún momento de su vida a punto de morir en la primera infancia. Esta experiencia quedaría enquistada (duelo patológico) y signaría ulteriormente la relación padres hijos; impregnándola de una expectativa ansiosa por parte de los padres; temor frente a cualquier insignificancia que reproduzca la situación confirmada de alguna forma por la conducta del hijo.

Descriptivamente se observa una extrema dependencia padres hijos, con dificultad en la separación y sobreprotección parental.

Kaplan y Mason distinguen cuatro etapas que atraviesan las madres de los prematuros:

- 1) duelo anticipado por posible muerte del hijo
- 2) aceptar el fracaso de no poder parir un hijo a término
- 3) reanudación del proceso de vinculación
- 4) aprendizaje de las particularidades del prematuro

Pero siempre debemos tener en cuenta lo que nos recuerda Carel “los efectos sobre los padres del traumatismo perinatal es proporcional al conflicto intrapsíquico en el que se inscribe”.

La madre en un momento se encuentra cursando la depresión posparto normal, así como la preocupación maternal primaria y ambas interfieren entre sí, por lo cual las modulaciones parecen difíciles en una mujer que busca modos de organización; se ve que el prematuro es escasamente sostenido en brazos, en virtud de su presunta fragilidad.

El periodo de sostén y las etapas del desarrollo que en él se cumplen se perturban: integración, personalización, colusión psicosomática y realización.

En la formación del vínculo interactúan dos órdenes de factores según el principio de series complementarias: las biológicas y el factor ambiental (factor compañía de Spitz). Planteando la vulnerabilidad biológica del recién nacido y los cuidados que este necesita así como la importancia del contacto con su figura de apego en la formación del vínculo, es que se ha instaurado en el ámbito de los Servicios de Neonatología la participación de la madre en el cuidado del niño durante su estadía en estas áreas.

Estos programas brindan a la madre:

- la posibilidad de estar con el bebé, lo que la confronta con la realidad y la ayuda a elaborar un duelo anticipado del bebé fantaseado
- la oportunidad de adquirir habilidad y seguridad en el manejo del niño
- la posibilidad y condiciones para favorecer el apego
- adiestramiento a las madres, dado que al concurrir al servicio tienen que ajustarse a reglas estrictas en la manipulación del recién nacido que favorecen el aprendizaje
- relación con el equipo técnico, lo que promueve un área de interacción entre padres y profesionales de la salud.

Se ha visto también que la presencia de las madres en sala de cuidados especiales no interfiere con la actividad asistencial sino que, al contrario, les permite cobrar confianza y las familiariza con la realidad así como con lo cuidados.

Queda en evidencia así la importancia de minimizar el factor “separación” en todo el contexto de la prematuridad¹⁴.

Creemos que esta modificación en el contexto hospitalario que promueve el contacto precoz madre-hijo es altamente beneficioso y debe intensificarse, y que se deberían prolongar los horarios de estadía de las madres así como integrar gradualmente al padre.

A los psiquiatras infantiles, estos programas nos permiten desde nuestra especialidad poder convertir en encuentros los desencuentros que se detectan precozmente entre madres e hijos para así favorecer un vínculo adecuado.

No existen demasiadas posibilidades de predecir cuál será la evolución del niño prematuro, si bien se pueden hacer algunas inferencias al respecto.

Es imposible conformarnos con un modelo de desarrollo lineal que ponga el acento en una causalidad simple y de efectos irreversibles si tenemos en cuenta la compleja influencia de factores múltiples que se interrelacionan y actúan en los diferentes momentos del desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Bowlby, J. (1993) El vínculo afectivo. Paidós, Barcelona.
- 2 www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new_page_6.htm - 55k
- 3 Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Ediciones Paidós, Buenos Aires.
- 4 http://www.clavedevida.com.ar/congresos/encuentro_xvi.html obtenida el 3 Nov 2006.
5. Teoría del apego y psicoanálisis. Peter Fonagy. Barcelona. Editorial SPAXS. S.A. (2004). [Attachment Theory and Psychoanalysis. Peter Fonagy. London. Other Press (USA). 2001].)
- 6 Marshall H. Klaus y John H. Kennell “La relación madre-hijo”.
- 7 Laplanche J. Pontalis J.B. Diccionario de Psicoanálisis.
- 8 Schwarcz R., Duverges C., Díaz A., Fescina R., 5ta. Edición “Obstetricia” Embarazo Patológico.
- 9 Kreisler, L y Soulé, M. *Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Lebovici, Diatkine y Soulé*.
- 10 Lezine, I. *Le devenir de l'ancien premature*.
- 11 Melbin, Louis. *Premature, birth defects, and early death impact on the family* (cap. 95)
- 12 Pollok, G. *A psychiatric study of parents who abuse infants and small children in Battered Child*.
- 13 Green, M. y Solnit, A. *A Vulnerable child syndrome. Reactions to the threatened loss of a child*.
- 14 Melbin Louis Capítulo 35 “Separation and deprivation”.

14 Melbin, Louis. *Separation and deprivation*.