

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
CAPÍTULO 1: Prematuridad	6
1.1 Definición de neonato a término y neonato pretérmino.....	6
1.2. Características del bebé prematuro.....	7
1.3 Factores de riesgo para un nacimiento prematuro.....	12
1.4 Morbilidad y secuelas asociadas a prematuridad.....	13
1.5 El recién nacido prematuro, del imaginario a la realidad.....	15
CAPÍTULO 2: Situación de los padres	19
2.1 Reacciones de las madres frente a un nacimiento prematuro.....	20
2.2 Apego: los primeros momentos posteriores al nacimiento.....	23
2.3 Separación.....	27
2.4 Duelos.....	29
2.5 Paternidad prematura.....	32
CAPÍTULO 3: El lenguaje corporal del bebé prematuro	35
3.1 La construcción del cuerpo.....	35
3.2 Diálogo tónico.....	38
3.3 Los ritmos del prematuro.....	41
3.4 Importancia del contacto piel a piel.....	45
3.5 El dolor.....	48

CAPÍTULO 4: Rol del psicomotricista	52
4.1- ¿Cuál puede ser nuestro rol en el abordaje de un bebé prematuro?.....	52
4.2- ¿Mediador/favorecedor del vínculo a través de lo corporal entre la triada?.....	56
5.3- Estimulación en la UCIN, ¿área de abordaje psicomotriz?.....	58
REFLEXIONES FINALES	64
BIBLIOGRAFÍA CITADA	65
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	67

Agradecimientos

A la Lic. Claudia Ravera, por acceder a ser mi tutora en este trabajo, lo que fue un privilegio y un placer que espero haber sabido aprovechar. Por su calidez, su don de gente y su continuo aliento a seguir adelante a pesar de mis "pausas".

Al Instituto Universitario CEDIIAP y a todas las personas que lo conforman, docentes y empleados, quienes siempre y dentro de sus posibilidades me apoyaron en este largo camino recorrido.

A mi familia, que siempre me acompañó, y valoró el esfuerzo que significaba realizar esta carrera en paralelo con el trabajo, con el poco tiempo que me quedaba para dedicarles. En especial a mi padre, quién siempre estuvo preocupado y por suerte insistente en que terminara la monografía.

A Carlos, mi amigo, compañero y ahora esposo, quien estuvo en todo momento y presencié lo que me costó llevar adelante este trabajo con todos los cambios que hemos tenido en nuestras vidas.

A mi hija, Felipa, que a pesar de estar aún en la panza creo fuertemente que fue ella desde allí quién me dio el último empujoncito.

iMuchas gracias!

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la carrera en distintas materias y por distintas razones nos han remarcado la importancia de ese contacto inicial entre la madre y el bebé, así como la importancia en la formación del vínculo de apego. Por este **motivo** y por experiencias personales con familiares y amigos cercanos, se me planteaban varias interrogantes: por un lado, ¿qué pasa entonces en el nacimiento de un bebé prematuro, dónde esa separación inicial involuntaria es necesaria para su supervivencia? Por otro lado, ¿qué rol tiene o se le da al padre en esta situación? y por último y no menos importante ¿qué aporte podría hacerse desde la psicomotricidad para favorecer que este encuentro **corporal y vincular** se produzca oportunamente dentro de la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)?

Debo reconocer que este "proceso" de elaboración de la monografía no me fue fácil...costó arrancar, luego -por varios y lindos motivos importantes de cambios en mi vida- pausas largas entre un paso y otro, hicieron que se demorará la finalización de esta etapa. En fin, llegó el momento de dar ese gran salto, de dejar de ser estudiante para ser Licenciada....qué responsabilidad!

Para el abordaje del tema he realizado una búsqueda y revisión de la bibliografía existente que se ocupa de la temática a desarrollar.

El primer capítulo de esta monografía, trata de la prematurez en sí misma (definición del concepto, factores de riesgo, etc) y hacia el final de este apartado se abordan de modo general, las repercusiones a nivel emocional que provoca esta situación en los padres.

El tema central del segundo capítulo hace referencia a la situación que atraviesan los padres. Se busca ahondar en la vivencia de este nacimiento tan particular, donde en lugar de un encuentro se produce una separación inicial, lo que va de la mano de mi inquietud en cuanto al apego, y por último se plantea el rol del padre en la prematurez.

El tercer capítulo hace referencia al eje central que es el bebé prematuro. Trata acerca de la construcción de la noción de cuerpo propio, destacándose la importancia del contacto piel a piel en dicha construcción. También se aborda el papel de la madre en los cuidados, en el establecimiento del diálogo tónico y de los ritmos del bebé.

El cuarto y último capítulo intenta hacer énfasis en la posibilidad de abordaje psicomotriz en la UCIN, argumentando el mismo y señalando diferentes formas de ejercer nuestro rol en este ámbito. Por ser este un nuevo espacio en el que nuestra disciplina se abre camino, la tarea es a la vez apasionante y difícil, y si bien está encaminada, dista mucho de estar concluida. De ahí la importancia de las investigaciones que en este campo puedan llevarse a cabo en un futuro.

OBJETIVOS

- a) Profundizar acerca del impacto que tiene en los padres la llegada de un bebé prematuro.
- b) Ahondar acerca del lugar y vivencias que genera en los padres la permanencia del bebé dentro de la UCIN.
- c) Fundamentar la necesaria inserción del Psicomotricista dentro del Equipo Interdisciplinario de la Unidad Neonatal.

CAPÍTULO 1- PREMATURIDAD

1.1 Definición de neonato a término y neonato pretérmino

Considero pertinente comenzar en este trabajo monográfico por especificar a qué se le denomina neonato a término y neonato pretérmino.

La Organización Mundial de la Salud (Fava Vizziello G., y otros, pág. 64) considera un *neonato a término* aquel niño que ha nacido entre la semana 37 y 42 de gestación; teniendo también en cuenta su peso al nacer.

Según su crecimiento en peso intrauterino que puede ser:

- alto: más 4,000 kg
- adecuado 3,200 kg a 4,000 kg
- bajo: menos de 2,500 kg

Durante la vida intrauterina el feto a término ha crecido, se ha desarrollado y ha alcanzado una maduración adecuada a la vida extrauterina.

De igual manera hay todavía diversas funciones fisiológicas que se definen como "inmaduras" si se comparan con el estándar del adulto, si bien son suficientes para las exigencias del neonato y aptas para que pueda sobrevivir.

No es por esta inmadurez que el *neonato pretérmino* es designado como prematuro sino por sus características de inmadurez estructural. Su característica principal está representada por la condición, en si patológica, de no transcurrir el último trimestre de embarazo dentro del útero materno. La Organización Mundial de la Salud define como pretérmino al neonato de edad gestacional inferior a 37 semanas de gestación.

En la evaluación del grado de prematurez, la edad gestacional constituye un indicador más preciso respecto del peso neonatal. El peso al nacimiento se ve influido por el crecimiento intrauterino y hay neonatos que, a igual edad gestacional, presentan un peso descendido para su edad gestacional por insuficiencia placentaria o por noxas que alteran el normal desarrollo parenquimático.

El bajo peso al nacimiento es de por sí uno de los más altos factores de riesgo. Todos los neonatos de bajo peso para su edad gestacional presentan al nacer un peso inferior al previsto

para la fecha de su edad gestacional y se ubican en las curvas de crecimiento intrauterino por debajo del percentil 10. (Fava Vizziello G., y otros, pág. 58)

La inmadurez multiparenquimatosa expone a los neonatos pretérmino a la aparición de patologías que reconocen como factor causal la incapacidad de los parénquimas para adaptarse a la vida extrauterina.

1.2. Características del bebé prematuro

El cerebro del prematuro es capaz de registrar e interpretar las informaciones ambientales pero en cambio es incapaz de modular el ingreso de los estímulos por la falta de maduración. Estos circuitos se formarían entre la 26 y las 40 semanas gestacionales. (Fava Vizziello G., y otros, pág. 89)

Expondré brevemente las características neurosensoriales, motoras, somáticas y las conductas del niño pretérmino. (Fava Vizziello G., y otros, pág. 89-96)

El sistema autónomo

El niño pretérmino demuestra una evidente inestabilidad del control homeostático, incluso en las funciones más basales, para la misma supervivencia. Es necesario el uso de máquinas como el respirador automático o los monitores de frecuencia cardíaca justamente porque las funciones vitales son insuficientes o irregulares.

Los estados de conducta

Los estados de sueño-vigilia condicionan toda función fisiológica y neuroconductual. Según Brazelton (1984) (IN Fava Vizziello G., y otros, pág. 90), en el neonato normal pueden individualizarse seis patterns organizados de comportamiento: dos estados de sueño (quieto y activo), un estado de somnolencia y tres estados de vigilia (quieta, activa y llanto).

En el neonato pretérmino el sueño, la vigilia y también los períodos de actividad son difíciles de clasificar. Luego de varios estudios poligráficos y electrofisiológicos, Parmalee y Dreyfus-Brisac (1968) (IN Fava Vizziello G., y otros, pág. 91) definen el sueño como "cualquier momento en el que los ojos del neonato están cerrados, sin llanto ni notable actividad corporal".

Observan también que la respiración tiende a regularizarse de manera progresiva al avanzar la edad gestacional. Al igual que se verifica un aumento progresivo del sueño tranquilo, mientras que los sueños activos tienden a reducirse. Se relaciona una mayor frecuencia de sueño activo en

los neonatos de baja edad gestacional con mecanismos bioquímicos dirigidos a garantizar el crecimiento del Sistema Nervioso Central.

Por los registros encefalográficos se ha observado que los estadios de vigilia del pretérmino son menos discriminados respecto de los de sueño.

Se observó que "los prematuros de más baja edad gestacional demostraban casi exclusivamente somnolencia, mientras que al avanzar la edad se hacía cada vez más evidente la capacidad de fijar y seguir.

La progresiva organización del estado de vigilia coincide también con el aumento de la atención visual y la atención". (Fava Vizziello G., y otros, pág. 92)

Las características somáticas, mímicas y los comportamientos sociales

Las características somáticas de un pretérmino difieren del recién nacido a término, "del bebé esperado", en muchos aspectos.

Las características de los niños van a variar de acuerdo a la edad gestacional al nacimiento.

Los bebés prematuros se caracterizan por:

- ser de pequeño tamaño
- movimientos escasos
- duermen permanentemente
- llanto débil
- miembros deflexionados
- cuando empiezan a adquirir el tono toman posición de batracio
- extremidades semiflexionadas
- la piel tiene un aspecto fino, casi transparente de color rojo intenso por falta de panículo adiposo
- cara y tronco están recubiertos por un vello fino, lanugo, el cual paulatinamente va desapareciendo
- su cabeza es grande en relación al resto del cuerpo
- el cráneo es blando
- el tórax es de forma cónica o de campana, de partes débiles, deprimiéndose fácilmente con los movimientos respiratorios
- el abdomen es blando y sus paredes delgadas
- el poco tiempo que están despiertos están poco alertas
- cuando realizan los movimientos como ser de mover la cabeza, bostezar, mueca de sonrisa, abrir los ojos, etc., lo hacen en forma sucesiva pero no simultánea.

- las funciones vitales son insuficientes e irregulares, por ello en la mayoría de los casos la supervivencia depende del uso de respiradores automáticos, sondas naso gástricas y monitores
- tienen dificultades alimentarias

TONO MUSCULAR DEL PREMATURO:

En cuanto al tono, en diversas investigaciones se ha observado lo siguiente (Dargassies, S., pág. 205-223):

En prematuros de 20 a 27 semanas:

- El "tono comunicado" impone una posición común: decúbito lateral, flexión de los 4 miembros, pero no corresponde al verdadero tono subyacente.
- El tono pasivo es inexplorable debido a los edemas, escleremas y estado agónico.
- La motilidad espontánea, provocada y los reflejos primarios, demuestran un enriquecimiento muy lento de la calidad, duración y perfeccionamiento.

Prematuros de 28 a 30 semanas:

- Tono activo (mejorado globalmente): deflexión de los cuatro miembros, la cabeza reposa por apoyo lateral de la cara, decúbito dorsal posible desde ahora. Motilidad espontánea, se manifiesta con más frecuencia. Persistencia de movimientos lentos, globales. Aparición, asociada o no de movimientos rápidos, más localizados. Extensión activa de la pierna sobre el muslo, movimientos alternados de flexión-extensión de los M.I. (miembros inferiores). Por último la motilidad es pareja de los M.I. y M.S. (miembros superiores). Es amplia, por fases o "tempestades de movimientos"
- Tono pasivo: hipotonía general extrema. Comienzo de refuerzo en la parte distal de los M.I. Ángulo pie-pierna; resistente y 40°. Isquiotibiales tónicos y activos. Pasividad domina: caída pesada de los miembros; oscilantes, amplios, incontrolables.

Prematuros de 30 a 32 semanas:

- Tono activo (mejorado): movimientos espontáneos: rápidos, más frecuentes, dominantes. Enderezamiento de la cabeza (sentado) permanece completamente diferente del verdadero reflejo: todavía muy rápido, muy "liberador" pero ahora se efectúa espontáneamente. Enderezamiento de los miembros inferiores (parado). La extensión no se expande pero es más firme, duradera y eficaz.
- Tono pasivo: el ángulo poplíteo es más cerrado: 160° a 150°. El tono pasivo es siempre deficiente; la hipotonía es extrema, exceptuando los miembros inferiores donde la caída es pasiva, pesada y sin rebota ha desaparecido.

Prematuros de 32 a 34 semanas:

- Tono activo: motricidad del tronco, activa, pujante, variada, en los momentos de vigilia en decúbito dorsal. Motilidad amplia, duradera y nueva en los miembros. Puede pasar solo de decúbito dorsal al decúbito lateral debido a la asociación de las dos transformaciones motrices a nivel del tronco y de los M.I. Las convulsiones son posibles. Las crisis tónicas posteriores pueden ser intensas.

- Tono pasivo: la pasividad de los miembros inferiores ha desaparecido. La extensibilidad es menor, ángulo poplíteo más resistente (140°). Los movimientos pasivos del tronco son más resistentes y limitados en su amplitud.

Este refuerzo del tono muscular explica en parte la aparición de un fenómeno muy característico de esta edad: la motilidad espontánea.

Prematuros de 35 semanas:

- Tono activo: posición de batracio, la hipotonía de la mitad superior del cuerpo contrasta con la hipertonía en flexión de los M.I. Enderezamiento M.I.: firme y difundido hasta la cadera (comienzo del sostenimiento parcial del cuerpo). Apoyo plantar eficiente. Enderezamiento de la cabeza, pero no hay freno cuando se cae hacia atrás.

- Tono pasivo: ángulo poplíteo de 90°. Ángulo de los M.I. y del tronco igual que en el nacido a término. Los M.S. en extensión aún son muy hipotónicos. En el cuello mejor tonicidad.

Se ha llegado al comienzo de una etapa de la maduración que acerca el prematuro al niño nacido a término. La idea central que resume la evolución de este período es la transformación aún más acentuada del tono muscular.

Entonces además de los cuidados básicos de higiene, alimentación, tratamientos, también necesitan los estímulos adecuados de su desarrollo psicoafectivo.

El establecimiento por parte de los padres de un apego precoz hacia estos niños, está negativamente condicionado no sólo por lo ya mencionado sino también por la falta de maduración de muchos signos de interacción social de parte del pretérmino.

La succión

La succión representa sobre todo una condición básica para la supervivencia: la alimentación del neonato está fisiológicamente ligada a la posibilidad de realizar una succión funcional ya que contribuye a la organización de la homeostasis.

Pero la succión no sólo es importante para la alimentación, sino que gracias a la succión no nutritiva es que la mayoría de los bebés logran controlar la agitación y el llanto lo que favorece la adquisición de un estado de sueño, estabilizando los ritmos cardíaco y respiratorio.

Si bien a partir de la semana 15 se han observado secuencias de succión no nutritiva, una succión capaz de permitir una alimentación adecuada no puede madurar antes de las 32-34 semanas gestacionales. (Fava Vizziello G., y otros, pág.94)

La atención y la percepción

La capacidad para mantener la atención sobre un estímulo visual específico está marcadamente relacionada con la edad gestacional, pero, por otra parte, la capacidad de inhibir la atención parece ser al menos igualmente fundamental para el desarrollo neuroconductual del pretérmino.

Estudios (Lester, Tronick, 1989) evidenciaron que los niños prematuros que demostraban una más prolongada tendencia a dejarse captar por un estímulo visual, mostraban luego en el largo plazo (18 meses) los niveles psicomotrices menos brillantes.

El comportamiento motor

El comportamiento motor, directa o indirectamente, es influido por el cambio de estado, por la temperatura del ambiente, por los problemas electrolíticos y por diversas patologías.

Los neonatos pretérmino de baja edad gestacional atraviesan una fase apostural y aquinética según plantea Bottos en 1983.

El niño reposa en posición prona o supina, no hace ningún intento de levantar la cabeza, no la rota pero la mantiene inmóvil o la mueve muy poco, no patalea o lo hace muy limitadamente. Esta fase apostural y aquinética asociada con un estado de sueño prolongado representaría una señal de indisponibilidad, un pedido de ser dejado en paz para reorganizar los ritmos y el control autónomo.

Los bebés *in útero* permanecen dormidos alrededor del 95% del tiempo, duermen mucho, de 16 a 20 horas diarias, con fases de sueño ligero y sueño profundo. Este dato da cuenta de que el bebé que aún necesita horno, o sea el pretérmino, mantiene la necesidad de dormir mucho para su homeostasis interna.

La motricidad desordenada condiciona el llanto y éste a su vez determina el posterior estado de stress acentuando la inestabilidad motora y, por ende, la autónoma y así sucesivamente, en un círculo vicioso.

Por lo tanto, en el sistema del niño los diversos subsistemas están en condiciones de influirse unos a otros, ya sea en el sentido de la estabilidad como en el de la inestabilidad. (Fava Vizziello G. y otros, pág. 95-96)

1.3 Factores de riesgo para un nacimiento prematuro

La palabra "riesgo" significa peligro, contingencia de un daño.

La posibilidad de definir factores de riesgo de prematurez entraría en una dialéctica de prevención. Se consideran embarazos de riesgo aquellos que presentan alguna condición médica materna como anemia, diabetes, enfermedades tiroideas, cardiopatías, lupus, hipertensión arterial, u otras.

Las causas de los nacimientos prematuros son multifactoriales. Pueden deberse a:

- Factores pre-concepcionales, tales como aspectos socioeconómicos, desnutrición materna, embarazo adolescente, trabajo demasiado pesado. Así como también aspectos psíquicos maternos: adicciones (tabaquismo, drogadicción, alcoholismo)
- Factores obstétricos durante el embarazo, tales como embarazo múltiple o rotura prematura de membranas (causa más frecuente de parto prematuro), infección urinaria.
- Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación, como metrorragia, hipertensión arterial del embarazo (causa bastante frecuente de interrupción del embarazo), diabetes.
- Factores fetales tales como malformaciones congénitas o infecciones adquiridas durante la gestación, como rubéola.
- Embarazos de riesgo que requieren reposo por amenaza de aborto.

De acuerdo a lo planteado, los factores que determinan el nacimiento de estos niños son múltiples. Entre ellos se encuentran factores biológicos, sociales, económicos y culturales.

En el libro "El bebé prematuro y sus padres" (Ruíz, A., pág. 39) se cita a Papiernick (1983) donde señala que la prevención de la prematurez es necesaria a pesar de los significativos logros alcanzados en el cuidado neonatal del recién nacido, con poco tiempo gestacional. Esta autora subraya que la prematurez es más frecuente entre las mujeres de menores recursos económicos y educacionales, así como en las de menor edad. Por lo tanto, define a la prematurez como una "enfermedad" con un fuerte componente social. De ahí que sea necesario poder prevenirla.

1.4 Morbilidad y secuelas asociadas a prematuridad

Los problemas que puede presentar un pretérmino están estrechamente relacionados con el desarrollo incompleto de sus órganos y aparatos. Por debajo de las 24 semanas de gestación pueden faltar los alvéolos pulmonares, la estructura terminal del árbol respiratorio, esencial para los intercambios gaseosos. Su desarrollo, junto con el sistema capilar vascular y con la producción del surfactante alveolar, son los elementos que permiten la función respiratoria. La hemoglobina de un neonato prematuro es porcentualmente más rica en cuota fetal: esto explica la menor tendencia a la cesión de oxígeno a los tejidos. Las otras funciones tampoco están aún completamente desarrolladas: la función renal es menos óptima que en el neonato a término; las funciones gastroentérica, y pancreática son deficitarias a causa del reducido patrimonio enzimático visceral del neonato pretérmino. El panículo adiposo extremadamente reducido expone al pretérmino al recurrente riesgo de hipotermia.

Por lo tanto, las **enfermedades que se presentan con mayor frecuencia** están relacionadas con el estado de inmadurez del niño y son: (Fava Vizziello G., y otros, pág. 64-69)

- 1- Las **enfermedades respiratorias**, ligada a la inmadurez de los centros respiratorios encefálicos o luego de otras patologías (convulsiones, hemorragias intraventriculares, meningitis, etc.)
- 2- Los problemas ligados a la **inmadurez del tracto gastrointestinal** y a la dificultad para alimentarse correctamente por vía oral. Es frecuente observar la presencia de vaciamiento gástrico incompleto, de regurgitaciones, que pueden constituir los síntomas de una enfermedad más grave, la enterocolitis necronizante.
- 3- La **ictericia**; al nacimiento el hígado no se ha desarrollado aún por completo y tampoco el conjunto enzimático para metabolizar la bilirrubina, por lo tanto puede estar presente una hiperbilirrubinemia. Esto genera peligro de que se deposite la bilirrubina en los tejidos, lo determina un grave compromiso neurológico en el niño. En el prematuro, esta posibilidad puede presentarse a niveles inferiores respecto al nacido a término ya que los niveles de proteína transportadoras son más bajos.
- 4- Las **infecciones por inmadurez e inexperiencia del sistema inmunológico**. La inmunidad humoral del neonato es por lo general pasiva y depende del pasaje transplacentario de inmunoglobulina a partir del sexto mes de gestación. Esto justifica la mayor susceptibilidad de un neonato prematuro a las infecciones, sobre todo porque a

menudo falta también un importante aporte de anticuerpos que suministra la leche materna.

El prematuro puede contraer infecciones gastroentéricas, pulmonares, cutáneas, de meninges o generalizadas.

- 5- La **hemorragia cerebral**, que en un tiempo era un hecho catastrófico en los neonatos prematuros, ha visto modificar la actitud del neonatólogo después de la introducción de la ecografía cerebral. La prognosis a largo plazo depende del grado de expansión de la hemorragia.
- 6- La **retinopatía de la prematurez**, tiene como secuela más grave en la cicatrización la fibroplasia retrolental, que comprometen a los prematuros de bajo peso y baja edad gestacional. Las consecuencias lamentablemente son todavía graves y pueden llegar, en sus grados extremos, a la ceguera.

La asistencia al neonato prematuro reviste por ende problemáticas complejas, dada la variedad y la gravedad de las patologías y lo invasivo de las terapias que deben aplicarse.

De igual manera la disminución de la mortalidad del neonato pretérmino refleja las mejoras en la terapia intensiva neonatal.

Según cifras del M.S.P. (Ministerio de Salud Pública), en 2009 el 9% de los nacimientos fueron prematuros en Uruguay.

De casi 48.000 niños que nacen cada año en Uruguay, 4.400 son prematuros, es decir nacen antes de completar las 37 semanas de gestación. El control del embarazo puede reducir esta cifra. Estos datos fueron presentados en el Día Nacional de Prevención de la Prematurez por parte de autoridades del M.S.P., UNICEF y Vision Air.

Se plantea que la prematurez es la principal causa de muerte en niños/as menores de un año en nuestro país. (www.msp.gub.uy)

Desde la Fundación Alvarez-Caldeyro Barcia se expone que en el año 2010, 12,1% de los partos ocurridos en el Hospital de la Mujer Pereira Rossell fueron prematuros, y que el 12,6% de esos nacimientos no tuvieron ningún control durante el embarazo. Mientras que el 48,4% solo se realizó entre 1 y 5 controles, es decir que el 61% de los nacimientos prematuros no fueron controlados adecuadamente.

El 32,7% de los fallecimientos en el Servicio de Recién Nacidos del Hospital Pereira Rossell en 2010 fueron causados por pretérmino extremo.

El profesor Dr. Daniel Borbonet indica que "si se tiene en cuenta que en muchos casos los fallecidos por malformaciones congénitas, por infecciones, o por hipoxias intrauterinas, son a su vez prematuros, la incidencia de la prematuridad pasa a ser la primera causa".

Exponen como principales y posibles consecuencias de la prematuridad en los bebés: mortalidad, inmadurez en todos sus órganos (que mayor gravedad tendrá es cuanto menos edad gestacional y peso tenga), falta de oxigenación y daño cerebral, mayor riesgo de infección, enterocolitis necrotizante, hemorragia cerebral, sordera, ceguera, incapacidad de regular adecuadamente la temperatura corporal, mayor probabilidad de parálisis cerebral, mayor frecuencia de bronquiolitis, dificultades respiratorias y diarrea; alteraciones neurosensoriales y en el neurodesarrollo, broncodisplasia pulmonar. (www.fundacionalvarezcaldeyrobarcia.org.uy)

1.5 El recién nacido prematuro, del imaginario a la realidad

En este punto se intentará reflejar lo diferente del nacimiento de un bebé nacido a término y un prematuro, en cuanto al sentir por parte de los padres. Citado en el libro "El bebé prematuro y sus padres" (Ruíz, A., pág. 79), según Gutton (1983), el nacimiento de un hijo es un acontecimiento en el cual se daría un encuentro entre fantasmas y realidad, entre objeto interno (bebé en gestación), y externo (recién nacido). El parto tendría significado de encuentro, ya que la madre "gana afuera" lo que ha "perdido adentro".

En igual año Lebovici analiza (IN Ruíz, A. pág. 79), a la luz del estudio de las interacciones tempranas madre – lactante, las diferentes representaciones del hijo que se gestan a lo largo del trabajo psíquico del embarazo. Estas representaciones son: el hijo real, el hijo imaginario y el hijo fantasmático. Las mismas se darían en ambos padres.

El **hijo real** es el que los padres tienen en sus brazos, ese bebé indefenso.

El **hijo imaginario** es el fruto del deseo del embarazo, sea el mismo programado o no. Rodeado de un gran valor narcisístico, producto de los ensueños, las fantasías o fantasmas conscientes o preconscious. Este registro del futuro hijo lo introduce en los mandatos transgeneracionales, mandatos que cumplen un importante rol en los procesos de parentalización. Es a través del hijo que los padres reencuentran a sus propios padres.

El **hijo fantasmático** corresponde a una imagen inconsciente que es originada alrededor de los conflictos infantiles de castración, edípicos, y coloreado por las fijaciones pregenitales.

El bebé prematuro, por su inmadurez, no personifica las representaciones de hijo imaginado y fantaseado gestado a lo largo del trabajo psíquico del embarazo por ambos padres.

En este mismo texto, de Ruíz. A.,-el cual es un trabajo de investigación sobre la creación de un programa de intervención psicológico en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales- el neonatólogo Dr. Martínez, en relación al momento en que se inicia el trabajo de parto, describe ese instante y expresa:

“Cuando se inicia el trabajo de parto prematuro, un gran manto de inquietudes comienza a apoderarse de esa madre, de esa familia: ¿podrá superar el nacimiento? ¿tan chiquito podrá adaptarse a vivir fuera del útero? ¿serán sus pulmones útiles para poder respirar? ¿tendrá todo completo? ¿falta todavía para que pueda ser un bebé maduro? Por todas estas inquietudes, esa madre comienza a desear con todas sus fuerzas que su bebé no nazca (qué notable diferencia con cualquier madre que está deseando también con todas sus fuerzas justamente lo opuesto; que su bebé nazca; que nazca ya, para poder encontrarse lo antes posible con él). Así llega a la sala de partos esperando mágicamente que alguien le diga que el trabajo de partos se detuvo. Llega con claras expresiones de temor, de ansiedad que sin duda comparte con aquellos que la acompañen.

Lo que una mujer normalmente desea cuando está embarazada es que esos últimos meses pasen pronto, que ese bebé nazca. Anhela ver su rostro, sus ojitos, contar los dedos de su mano, abrazar a su sueño hecho realidad. La madre de un bebé prematuro está aterrada precisamente porque siente que su sueño va en camino de no hacerse realidad.

Cuando el bebé finalmente nace, la sala de partos no se ilumina de alegría como cuando ha nacido un bebé de término, no se oyen las exclamaciones, las felicitaciones clásicas, todo es más silencioso y pareciera como si la iluminación hubiera sido atenuada, los rostros reflejan ansiedad y una actividad febril se desarrolla en el área de recepción de este bebé.

La necesidad de que su atención sea impecable justifica todo vértigo desarrollado a su alrededor. La madre lo ve muy rápidamente, de costado, casi totalmente cubierto por compresas y ya el bebé parte hacia la Unidad de Cuidados Intensivos donde, según le han contado va a librar una dura batalla.

Al regresar la madre de la sala de partos con las manos vacías son muchas las fantasías que comienza a edificar su imaginación. Por cierto su imaginación vuela mucho más allá que la realidad, y en ella su bebé es mucho más pequeño y tiene muchos más problemas que los que

realmente presenta. Se apoderan de ella grandes temores y una infundada pero increíblemente poderosa sensación de culpa".

Su sobrevivencia estará sostenida por la existencia de una alta tecnología representada en algunas máquinas como la incubadora, el respirador, el saturómetro, entre otros cuidados muy especiales que necesita el bebé prematuro.

En los primeros días de vida, dependiendo de la edad gestacional y del estado clínico del recién nacido, la mirada del equipo de cuidado y de los padres gira alrededor de la sobrevivencia del bebé. En un nacimiento a término, la mirada de los padres es una mirada cargada de fantasmas, de entusiasmos, de emergencia narcisística.

En el nacimiento pretérmino, y en especial en aquellos de menor tiempo gestacional, la mirada es de preocupación y por consecuencia la imagen del bebé imaginado a lo largo del embarazo no se corresponde con la realidad.

Las unidades de cuidados intensivos, con la reunión de su tecnología y personal entrenado en situaciones críticas, impone con su dinámica una separación física entre el recién nacido y su familia, que lejos está de lo idealizado y fantaseado con relación al nacimiento de un hijo.

"La separación que se produce ante el nacimiento prematuro, es una separación singular de un objeto interno, objeto psíquico que, al producirse súbitamente, trastorna, conmociona, provoca dolor psíquico y obliga a reconstruirse a partir de la historia individual de los padres". (Ruiz, A., pág. 78)

"Una mayor reorganización psíquica luego de los primeros momentos vividos por los padres, y en especial la madre, les permitirán la elaboración de diferentes duelos que se darán a lo largo de la internación del bebé prematuro". (Ruiz, A., pág. 86)

Con el nacimiento de un bebé de Pretermino toda la fantasía que los padres traían previo al embarazo se desvanece, rápidamente los padres se ven envueltos en una realidad totalmente diferente y anticipada.

Los padres se encuentran con que el bebé es por lo general pequeño, frágil, indefenso, que necesita de una tecnología especializada para poder vivir.

Tienen que encarar esta nueva situación no esperada para ese momento, ya que el parto se anticipó a la fecha fijada, a la fecha esperada y ocurre una separación repentina y a su vez no deseada. En definitiva este hijo no es el hijo que imaginaban.

Bebé nacido pretérmino



Bebé nacido a término



CAPÍTULO 2- SITUACIÓN DE LOS PADRES



Para comprender la vulnerabilidad psicológica que trae aparejado el nacimiento prematuro de un bebé, se deben analizar los primeros momentos: cuando una mujer y un hombre desean tener un hijo. La paternidad y maternidad se desenvuelven en una estructura cultural y familiar existente, que impone ciertas reglas que hacen al ejercicio de funciones y de roles de padres, madres y recién nacidos. (Oiberman, 1999) (IN Ruiz, A., pág. 49)

“El nacimiento prematuro de un hijo exige del grupo familiar, un complejo proceso de adaptación a las nuevas circunstancias, en una continua fluctuación de ansiedades, preocupaciones y avatares clínicos del recién nacido, en un período de internación que oscila entre las dos y las doce semanas” (Helman, V., Villavella, M., pág. 50)

Brazelton y Cramer (1990) (IN Ruiz, A., pág. 49) describen este proceso planteando diferentes fases. Así, mencionan “la prehistoria del vínculo” como el momento en el que las fuerzas “biológicas y ambientales llevan a hombres y mujeres a desear tener hijos, y las fantasías que estos deseos suscitan”. En el embarazo, los nueve meses permiten una adaptación física y psicológica al feto en crecimiento, dándose una progresión de etapas que son descritas por estos autores como los albores del vínculo. Si bien estos procesos serán vividos por los dos progenitores en forma complementaria, las dimensiones de la maternidad y paternidad son diferentes.

El embarazo constituye una crisis psicológica para ambos progenitores, constituiría un período de conflictividad mayor, una crisis madurativa, para madre y padre, que moviliza energía, despertando ansiedades y conflictos latentes. Pero, a su vez, promueven la búsqueda de nuevas

virtudes. En este caso el embarazo permite gestar, dar vida a un nuevo ser. Se trata de una situación que contiene su propia capacidad evolutiva y contribuye a los procesos de formación de una identidad nueva. La preocupación de los padres es inminente y necesitan de una figura referente, que por lo general es el médico quien es el encargado de dar respuestas frente a esta situación tan difícil para ellos.

2.1 Reacciones de las madres frente a un nacimiento prematuro

Se ha planteado que los nueve meses de gestación del futuro hijo son acompañados por un proceso paralelo de gestación psicológica de la futura madre. Pero, ¿qué ocurre cuando el nacimiento se produce antes de ese período?

Muchos de estos nacimientos, producidos antes de tiempo, no son programados. La madre es internada de urgencia; en algunos casos con riesgo de vida para ella o para su futuro hijo. Otras veces el parto es provocado luego de un período de espera. Por ejemplo, cuando se encuentra asociado con una localización placentaria inadecuada, o desnutrición fetal severa. En primera instancia se mantiene internada a la madre, intentando así evitar el parto de un niño que aún no se encuentra en condiciones de vivir fuera del útero.

Las circunstancias singulares que acompañan el nacimiento antes de término dependerán por un lado de cuestiones biológicas, pero también de las posibilidades de reconstrucción fantasmática de la familia, a partir del hecho más o menos grave y real de la prematuridad.

El nacimiento prematuro puede ser pensado así como un hecho traumático, tanto externo como interno, para la madre, el padre y todo el entorno familiar, así como también para el bebé.

Lo traumático de la interrupción del embarazo movilizará en cada madre y padre aspectos ligados a su historia subjetiva, siendo esto vivenciado de manera particular. Más allá de las diferencias individuales, se puede señalar que el nacimiento prematuro es vivido por los padres como un acontecimiento traumático, de interrupción de un proceso; encontrándolos no preparados para la separación que la internación del recién nacido requiere. (Ruíz, A., pág. 70-71)

Ana Lía Ruíz (pág. 71) plantea que: "los padres se encuentran atravesando un momento psicológico muy especial" citando a Brazelton y Cramer (1990) "en el momento en que se produce el alumbramiento prematuro, los padres estarían atravesando la etapa de "aprendizaje sobre el futuro bebé", que corresponde a los últimos meses de embarazo; pensando en el bebé como un ser diferente".

Cita también a Stern (1995) quien plantea que "la madre, alrededor del 7º mes del embarazo hasta el nacimiento del niño, ajusta a su mundo representacional de la mejor manera, a fin de crear un espacio constructivo para sus representaciones futuras; protege intuitivamente al futuro bebé y a sí misma de una posible discordancia entre el bebé real y el bebé representado, facilitando las posibles representaciones del niño a partir de lo que éste "es" y no del que ella "representó internamente". Estos procesos se verán interrumpidos por la prematurez, en la que la presencia real del niño produce un desfase en las representaciones maternas. El bebé se ve así doblemente en desventaja: por un lado por su inmadurez, al tener que luchar por sobrevivir en un ambiente extrauterino, y por el otro por las representaciones (de hijo y de madre), por constituirse en la mente de su madre a través de la constitución de su propia organización maternal". (IN Ruíz, A., pág. 71).

Independientemente de las causas médicas del parto prematuro, se encuentra en la mayoría de los relatos de las madres un signo de culpabilidad ante un hijo prematuro que viene a reflejar no sólo su inmadurez, sino su imposibilidad de retener a alguien que es sentido como parte de su cuerpo.

Si el nacimiento prematuro interrumpe el proceso de anidación bio-psíquica del futuro hijo, movilizará en consecuencia diferentes conflictos internos, tanto en la madre como en el padre, ligados a un proceso psicossomático en la mujer, y de pensamiento en el padre (Videla, 1973) (IN Ruíz, A., pág. 76).

La pérdida del bebé en gestación que nace prematuramente, cuando aún es vivido como parte de su cuerpo por la embarazada, puede movilizar algunos padecimientos primitivos, como "sentirse vacía" o "que algo les falta".

Frente a esta situación la madre debe enfrentar cometidos especiales a nivel emocional (Klaus, M. y Kennell, J. 1975). Estos autores dicen que la madre:

- debe encarar la posibilidad de que su niño muera
- debe hacer frente a una situación de incapacidad por no haber sido capaz de gestar un bebé normal
- después de los primeros días de incertidumbre debe renovar su relación con su niño separado de ella hasta entonces
- debe adaptarse a las características específicas del desarrollo prematuro
- tiene una sensación de fracaso, se culpa, se siente por ello menos madre

- siente que no han podido contener y proteger a su hijo el tiempo necesario
- a la vez que se cuestiona el futuro de su hijo, fantasea lo peor, si será normal, si podrá hablar, si podrá ir a la escuela, etc.
- además recuerda con sumo detalle las palabras y las miradas de los médicos si es que en algún momento le insinuaron la posibilidad y/o el peligro de muerte de su hijo.

En el momento del nacimiento el niño separado de su madre es llevado a la nursery o a la UCIN si lo requiere.

En un bebé nacido a término la madre está siempre con él y la separación y la individuación se van dando paulatinamente a medida que el niño crece.

En cambio con el nacimiento de un niño pretérmino este proceso se encuentra desde el inicio truncado, debido a que su nacimiento no es esperado en ese momento y requiere de todo un contexto diferente al que la madre se había imaginado; entonces los dos necesitan una consideración especial, de ahí la importancia de comprenderlos, apoyarlos, escucharlos y contenerlos en sus sentimientos.

Está comprobado que cuando el bebé está dentro de la incubadora si la madre permanece cerca acariciándolo, hablándole, etc., la evolución será mucho mejor, aumentando de peso con mayor rapidez.

Entonces si facilitamos el acercamiento tanto físico como emocional entre los protagonistas de la diada estaríamos disminuyendo por parte de la madre-pretérmino, un posible rechazo y/o negación.

Esto hay que transmitírselo a la madre una y otra vez, al mismo tiempo que se la apoya y se la contiene, porque por lo general estas madres tienden a estar muy agotadas y a tener una baja autoestima.

El miedo a la muerte se encuentra por lo general reflejado en el discurso de los padres, muchos priorizan el cuidado físico como forma de mitigar este miedo y toman cierta distancia a nivel afectivo, no logrando una real identificación con su hijo, lo que ocasiona un empobrecimiento de la interacción.

Para un desarrollo lo más adecuadamente posible para este bebé es necesario que la madre esté presente, y que los encuentros sean momentos de interacción entre la madre y su hijo.

M. Grajales y C. Ravera en un artículo llamado "Encuentro tónico-postural entre el bebé prematuro de riesgo y su madre", mencionan que en las madres que atraviesan la vivencia de un hijo prematuro una parte de la función materna está muy desarrollada y otra muy inhibida; la primera hace referencia a los cuidados físicos del bebé, la segunda a la presentación del mundo y la comunicación tanto gestual como verbal. Agregan que estas madres esperan poco del desarrollo del bebé siendo su principal preocupación la salud del hijo. Se plantea entonces una "pulseada" entre lo importante y lo urgente. Lo urgente, es la salud física del niño y lo importante es su desarrollo, sus aprendizajes. Desde nuestro rol, mientras lo urgente está siendo atendido, nos ocupamos concomitantemente de lo importante. Ocuparnos de lo importante, del desarrollo, es favorecer que lo urgente se resuelva lo antes posible; debido a que buscamos promover el afloramiento en el niño de su capacidad de fortaleza, de factores de protección. (Grajales, M., Ravera, C. IN de León, C. y otros, pág. 181)

Stern (1997) plantea como tema de preocupación para la madre, en la organización psíquica de la constelación maternal, la necesidad de crear, de permitir, de aceptar y de regular una matriz de apoyo, de manera que pueda cumplir con sus funciones de mantener al bebé con vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo. Organización psíquica que se verá interferida en su constitución por la prematurez.

Muchas veces las madres en el hospital no se sienten las figuras más aptas para cuidar y contener a su bebé. Esta función es desplazada al personal médico, por lo que las madres se sienten inhibidas frente al manejo del niño presentando dificultades para contenerlo y responder a sus necesidades; dentro de lo que sea habilitada por el equipo de atención al bebé prematuro.

La posibilidad de encontrar una red de sostén, "un ambiente facilitador" como plantea Winnicott (1971), le permitirá superar esta situación. El padre, su entorno familiar y el equipo de atención del recién nacido deben cumplir esta función.

2.2 Apego: los primeros momentos posteriores al nacimiento

La conducta de apego se va gestando desde el nacimiento del niño, incluso la madre, antes de que éste se produzca, con sus expectativas, deseos, etc., irá determinando las características de esta relación. En la constitución del apego, el tacto, el contacto suave y el olor de la piel, el calor, el movimiento rítmico del cuerpo, la mirada, la sonrisa y la voz parecen tener un papel primordial"

(Chokler, M., pág. 80). El apego le garantizará al niño, por un lado, los cuidados del adulto, cuidados imprescindibles para su supervivencia en las primeras etapas; y por otro la posibilidad de explorar el mundo (con el monto de emoción y ansiedad que ello conlleva) sabiendo que mantiene la conexión con sus figuras de referencia, quienes a través del vínculo neutralizan sus emociones excesivas y lo habilitan a conocer y aprender las características del mundo externo, internalizándolas y operando con ellas. Es evidente que las características propias del niño irán determinando y sosteniendo las conductas de apego en la madre. Pensemos en el establecimiento del apego en un bebé prematuro que debe permanecer internado, donde muchas veces las posibilidades de interacción se ven condicionadas y la identificación con ese hijo real es difícil de lograr.

Se ha demostrado que los niños que sufren enfermedades durante su primer año de vida "se pegan" literalmente a su madre, al tiempo que se muestran fácilmente agresivos respecto a ella (Loosli - Usteri, M., pág. 848). Los factores responsables por estos trastornos, serían, por un lado, la debilidad y el dolor físico que producen malestar, volviéndose el bebé apático y en muchos casos observándose ausencia de conductas esperadas para su edad cronológica. Por otro lado el miedo de los padres por la vida del niño, les lleva a ocuparse con un esmero excesivo por el bebé prematuro. Entre la madre y el bebé se crean nuevas formas de relación, en las que predomina el contacto próximo e indiscriminado.

El recién nacido normal ve, escucha y se mueve siguiendo el ritmo de la voz de su madre en los primeros minutos y horas de vida, de modo que surge un hermoso nexo en las relaciones de ambos. El aspecto del niño, junto con su amplio despliegue de aptitudes motoras y sensoriales, suscita respuestas en la madre y procura varias vías de comunicación fundamentales en el proceso de apego y la iniciación de la serie de interacciones recíprocas recién descritas.

Los estudios de Klaus y Kennell (Klaus, M., Kennell, J., 1975) condujeron a la descripción de los siguientes **principios rectores del apego**:

- 1) En los primeros minutos de vida hay un "período sensible", en el que es necesario que la madre y el padre estén en un íntimo contacto con su neonato, para que la evolución ulterior de la relaciones entre ellos sea óptima.

- 2) En la madre y el padre humanos parece existir respuestas frente al neonato que son específicas a la especie, y se ponen de manifiestos al entregarles el niño por primera vez. Este punto es reforzado por otros reconocidos autores, como Stern (1978), quien nos habla del "repertorio materno" y el "repertorio del lactante", en su libro "La primera relación madre-hijo".
- 3) El proceso de apego está estructurado de modo que el padre y la madre entablan un vínculo afectivo óptimo con un solo niño a la vez. Bowlby (1958) definió este principio como "monotropismo".
- 4) Durante la formación del apego de la madre hacia su recién nacido es menester que éste responda a la madre con alguna señal, como movimientos del cuerpo o de los ojos (tiene que haber retroalimentación).
- 5) Las personas que presencian el proceso de nacimiento adquieren un intenso vínculo afectivo con el niño.
- 6) A algunos adultos les resulta difícil pasar al mismo tiempo por los procesos de apego y desapego, o sea adquirir apego por una persona y sufrir al mismo tiempo la pérdida o pérdida inminente de esa misma persona o de otra.
- 7) Algunos acontecimientos iniciales ejercen efectos duraderos. Las ansiedades por el bienestar de un bebé con un trastorno pasajero el primer día de vida, pueden acarrear preocupaciones a largo plazo que a veces ensombrecen y deforman el desarrollo del niño (Kennell y Rolnick, 1960).

Me gustaría detenerme en el primer punto donde se plantea la existencia de un "periodo sensible", ya que el mismo va a verse perturbado en el caso de que el bebé requiera internación y por ende separación de sus padres.

Inmediatamente después del nacimiento los padres entran en un singular período - denominado período sensible - en que los acontecimientos pueden ejercer efecto duradero sobre la familia.

Las experiencias clínicas de estos autores revelan que muchas madres que estuvieron separadas de sus recién nacidos, se destacan por su vacilación y torpeza cuando asumen el cuidado de sus niños, pues requieren varias consultas para "aprender" tareas sencillas como alimentarlos y cambiar pañales, que la generalidad de las mujeres dominan con rapidez.

Cuando la separación es prolongada, las madres informan que "por momentos olvidan que tienen un bebé".

Una vez que el neonato prematuro llega al hogar, llama la atención la frecuencia con que la madre refiere que a pesar de amar a su bebé, todavía piensa que no es de ella.

Estos ejemplos sugieren que el posparto inmediato es importantísimo en la formación del vínculo afectivo de la madre con su hijo.

Las madres que estuvieron en contacto con sus neonatos inmediatamente después del parto, mostraron un comportamiento de apego más intenso (miradas cara a cara, hablarle, acariciarlo, arrullarlo, besarle, sonreírle).

La relevancia de estos primeros momentos encuentra fundamento en los siguientes hechos concretos:

En el estado de conciencia sereno y alerta, los ojos del niño están bien abiertos y éste responde a su ambiente. Lamentablemente el niño sólo puede mantenerse en este estado por escasos segundos; sin embargo, el niño se halla en este cuarto estado por un período de 45 a 60 minutos en la primera hora consecutiva al nacimiento. Después de este descubrimiento se consiguió demostrar que el neonato ve, tiene sus preferencias visuales y orienta la cabeza hacia las voces que le hablan, todo en la primera hora de vida, pero a continuación duerme unas 3 a 4 horas. Por tanto, en la primera hora de la vida se halla en condiciones ideales para el primer encuentro importante de su vida, el encuentro con sus padres.

En lo que refiere a las interacciones que se van dando entre la madre y el recién nacido, resaltamos la importancia de que éstas sean recíprocas, es decir, que exista una retroalimentación. Estas interacciones recíprocas corren por varios canales: tacto, olor, calor, contacto ocular, voz aguda, ademanes, e incluso secreciones hormonales que regulan los comportamientos maternos.

Otro punto significativo para la formación del apego, tiene que ver con la lactancia. En el caso de que el bebé pueda ser amamantado, resulta altamente beneficioso dado que la leche materna es una fuente de anticuerpos, en particular el calostro.

Además, la distancia entre los ojos de la madre y del niño, cuando ésta lo amamanta o lo tiene en brazos, es de unos 30 cm., o sea del punto focal de los neonatos.

Es así que mediante el intercambio de miradas, se refuerza el apego, a la vez que se promueve la salud del bebé mediante la leche materna.

Puede ocurrir que frente a situaciones de separación o de estrés la madre puede verse imposibilitada de dar el pecho a su bebé. La alimentación con biberón, acompañada de un buen sostén, enriquecida por el intercambio de miradas, la voz dulce y las caricias, es igualmente positiva para el bebé; siempre es necesario no culpabilizar a la madre que no puede hacerse cargo del amamantamiento de su recién nacido.

“La madre del niño prematuro requiere una matriz de apoyo que no solo le permita reorganizarse luego del nacimiento del niño, sino que la ayude psicológica y afectivamente a lograr amar al bebé y sentir que el bebé la quiera, más allá de la asistencia médica que éste requiera, y que ella puede ayudar a que su hijo sobreviva.

De ahí la importancia dada por las madres a la lactancia, ya que en la medida en que su hijo, a pesar de ciertos cuidados específicos que requiera, pueda recibir la leche materna, ellas aportarán algo para el bienestar y el crecimiento del mismo. Se sentirán activas frente a la pasividad que pueden llegar a sentir en los primeros momentos, cuando aún el estado del bebé es crítico”. (Ruíz, A., pág. 78)

Por todo lo antes mencionado en cuanto a las condiciones en que se genera el apego entre madre e hijo y la importancia del mismo, considero trascendente la contención y apoyo de las “madres prematuras” para la construcción de un vínculo adecuado con su bebé.

Este abordaje será función del equipo de salud pertinente a las Unidades Intensivas Neonatales, en el que tanto psicólogos como psicomotricistas deberían formar parte.

2.3 Separación

En los casos de separación mamá-bebé, las dificultades en estos primeros intercambios podrían venir a alterar lo que Winnicott describe como “preocupación maternal primaria”. (Winnicott, D. 1958). Esta preocupación se desarrolla gradualmente y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente al final del mismo. Existe un estado de replegamiento o de disociación que dura unas semanas después del nacimiento de su hijo y le permite a la madre identificarse con su bebé de forma tal de entender sus señales y atender a sus necesidades.

Existen casos en que la madre se adapta desde el principio a la ausencia del niño y no parece sufrir su falta, viviendo el parto como una intervención quirúrgica más. A este estado se le llama "maternidad blanca" (de Ajuriaguerra J., Marcelli D. 1992), donde las madres no pueden vivir la preocupación maternal primaria, dada la separación desde los primeros momentos de vida del niño.

También cobra importancia el hecho de la dificultad para identificarse con su hijo prematuro. La madre puede mostrarse indiferente, preguntando poco por su hijo, muchas veces sin visitarlo por varios días, adjudicando la responsabilidad de su cuidado al personal de enfermería y médicos. Frecuentemente la madre respeta mucho a las enfermeras y se siente inferior a ellas.

Las reacciones maternas frente a un acontecimiento de estrés como el nacimiento prematuro, estarían muy condicionadas por factores de la personalidad preexistentes; sin embargo las prácticas hospitalarias y el papel de los equipos de salud son capaces de influir sobre estos factores preexistentes.

"La separación de la madre y el niño durante la internación del mismo -aún cuando permanezcan en la misma institución- debe ser considerada un elemento de riesgo para el vínculo". (Defey, D. Tomo IV, pág. 61)

"Los estudios sobre disturbios de parentalidad revelan un aumento de dos a cuatro veces en la incidencia del síndrome "failure to thrive" (enanismo psicógeno) de causa no orgánica y del maltrato infantil en aquellos bebés que permanecieron separados de su madre por prematurez o enfermedad neonatal precoz" (Klaus, M. y Kennell, J. 1993) (IN Defey, D. Tomo IV, pág. 61)

Todo lo previamente mencionado acerca del apego, y los efectos negativos de la separación madre-bebé, explican las **diferencias en las reacciones de las madres de niños prematuros con respecto a las de las madres de bebés de término.**

Cuando toca a su niño prematuro por primera vez, la madre empieza rodeando la incubadora y tocando las extremidades del niño con los pulpejos de los dedos (Klaus y col., 1970).

En cambio las madres de los niños de término acarician el tronco con la palma de la mano y muchas veces juntan su cabeza con la del niño en posición cara a cara.

Estas diferencias se deben, según estos autores, a lo que se dijo a la madre acerca del niño (su estado de salud), a la barrera física de la incubadora, y al pequeño tamaño y aspecto del niño.

El nacimiento de un neonato prematuro impacta como un serio golpe a la autoestima de la madre, en sus capacidades maternas y a su papel femenino.

“Con respecto a los padres, podríamos pensar que, así como el desarrollo del recién nacido pretérmino debe completarse fuera del útero, también los padres tienen que realizar esta preparación con su hijo ya nacido. Estos padres al igual que su bebé, necesitan de “cuidados psicológicos especiales” y esta es una tecnología que es necesario incorporar en los distintos sectores de recién nacidos”. (Defey, D., Tomo IV, pág. 60)

“Haciendo un paralelismo con el bebé, los padres también son `prematuros´ y también necesitan una `incubadora´ para madurar como padres de sus hijos”. (Defey, D., Tomo IV, pág. 60)

Como medidas preventivas y terapéuticas orientadas al establecimiento óptimo del proceso maternal, proponemos eliminar siempre que sea posible la separación entre la madre y el niño. A su vez, las enfermeras deben recibir bajo su tutela a las madres, enseñándoles y alentándolas cuando atienden por primera vez a su hijo.

2.4 Duelos

El nacimiento prematuro encierra, inevitablemente, un cierto número de duelos que atravesarán los padres. Entre ellos, se mencionan el duelo anticipado, que ya ha sido descrito por Kaplan y Mason (IN Ruiz A., pág. 86), el duelo por un embarazo a término y nacimiento normal, el duelo por un bebé ideal y el duelo por dejar la institución hospitalaria cuando el bebé es dado de alta.

“Según Freud, en su artículo “Duelo y Melancolía” (1917), el duelo consiste en una reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que la reemplace, por ejemplo, un ideal. No es un estado patológico. A pesar de que puede traer aparejadas ciertas desviaciones de la conducta normal, es esperable que luego de un tiempo la persona que lo atraviesa lo supere, siendo dañino y aún inoportuno perturbar este proceso.

El proceso se inicia ante un examen de realidad que refleja que el objeto amado no existe más, siendo necesario retirar la libido enlazada con el objeto perdido” (IN Ruiz A, pág. 87)

Duelo por el fin del embarazo

Las experiencias son múltiples, singulares y multicausales: causas tanto médicas como psicosociales que acompañan la precipitación del parto. El embarazo puede ser el resultado de un tratamiento de esterilidad, luego de varios abortos o pérdidas espontáneas, o puede ser un embarazo no deseado, o planificado.

En los relatos de las madres se encuentra una idealización en referencia a situaciones, tanto de embarazo como de nacimiento, que no se han dado. Se han mencionado los aportes de M. Videla (1973) (IN Ruiz A., pág. 90) en referencia a la imagen que la sociedad de consumo difunde en relación a la maternidad, a través de la publicidad que se transmite, de una imagen de mujer gestante "hermosa y estilizada, rodeada de confort, amor, atención, familias ideales, hijos hermosos, bellos, sanos, ya crecidos", transmitiendo un modelo de familia poco existente pero a la que aspiramos. El nacimiento prematuro, lejos está de esa imagen idealizada.

El bebé es investido narcisísticamente como un hijo ideal, gestado a lo largo de la vida de la madre, la interrupción del embarazo acarreará la pérdida de una parte de su cuerpo, es la pérdida del cuerpo del embarazo. En general las mujeres aprecian ver su cuerpo transformándose a lo largo del embarazo. El vientre puede ser el equivalente a sentirse completas y omnipotentes, vivenciando su cuerpo como potente y productivo.

La pérdida del objeto investido narcisísticamente dará lugar a la ambivalencia amor/odio, generando sentimientos de culpabilidad por la pérdida expresados a través de auto reproches (Freud, 1917) (IN Ruiz A., pág. 91)

Paulatinamente, y en parte ayudada por su entorno familiar y por el equipo de atención del niño, la madre superará esos sentimientos de "falta", el duelo por el vientre vacío, en la medida en que pueda sentir a su bebé más cerca y más real, experiencias favorecidas por los primeros contactos piel a piel con su hijo.

Duelo por un nacimiento normal

La experiencia de alumbramiento estará escindida para la mente de los padres y de todo el grupo familiar. Ellos podrán preguntarse ¿cuándo es el comienzo de la vida de su hijo? El equipo de atención, durante la internación y los controles posteriores, se referirá a dos "edades", la edad

cronológica, la del nacimiento del bebé, y la edad gestacional, que sería la fecha que se estimaba de parto. Esta última será tomada en cuenta para analizar la madurez del niño.

Luego del nacimiento prematuro, en la habitación, la madre estará sola, rodeada de silencio y el estado es de preocupación. No aparecen las flores ni los rituales que generalmente acompañan los nacimientos. Las llamadas telefónicas son para preguntar el estado de la madre o del bebé; no son de felicitación ni de alegría. A esto se suma que en la mayoría de las internaciones la madre está en un piso de maternidad por lo que en las habitaciones vecinas están las madres con sus bebés, escucha llantos de los bebés, flores, felicitaciones, etc.

El alta del bebé será representado como de un segundo nacimiento. En este momento es que aparecen las flores y las felicitaciones de familiares y amigos.

Duelo por un bebé perfecto

Al pensar acerca de la investidura narcisística de la que es objeto el recién nacido por parte de los padres –expresado por Freud como “Su majestad el bebé” (Freud, 1914)- es lógico pensar que para los padres del recién nacido prematuro, su imagen esté muy lejos de la idealizada a lo largo del embarazo. (Ruíz A., pág. 93)

La imagen de este bebé tan inmaduro es modificada, en parte, a lo largo de los días, en la medida en que el bebé también mejore su estado clínico y madure. Así, los contactos piel a piel serán más intensos entre mamá y bebé, y el bebé también dará señales más claras para la interacción con su madre.

“Un manto de duda cubre el futuro desarrollo de este niño. Y se transforma en un riesgo para la constitución de los vínculos tempranos entre bebé y padres por las representaciones del niño como frágil o vulnerable”. (Ruíz A., pág. 94)

Duelo por el alta del bebé

Si bien el regreso al hogar con el niño es un acontecimiento soñado por los padres, siempre encierra un momento de angustia para aquellos que pierden esa protección y contención que sentían durante la internación.

Al alta del bebé los padres adquieren otro rol, "son autorizados" para dar los mismos cuidados a sus bebés que anteriormente fueron dados por el equipo de atención en el hospital. Se transforman de padres a "tiempo parcial" a padres a "tiempo completo". Esta delegación de los cuidados del niño puede dar lugar a sentimientos de inquietud durante los primeros días del bebé en el hogar. (Ruíz A., pág. 95)

El aumento de peso y estado clínico del bebé les permite ir reconociéndose como padres de tiempo completo. Manifestando más confianza en la crianza del bebé y comienzan a sentir que el bebé les pertenece.

"El proceso de duelo es un proceso de desinversión pieza por pieza de un objeto que no está o no existe, proceso que requiere tiempo y espacio psicológico para poder ser realizado. Estos duelos pueden continuar teniendo eficacia desde lo psíquico, en la mente de los padres, e influenciar en las interacciones con el niño". (Ruíz A., pág. 95)

Fava Vizziello G., Zorzi C., y Bottos M. (pág. 150), plantean según su experiencia clínica la idea de encontrar un espacio y cierta modalidad de gestión para encuentros entre padres, con o sin presencia de los médicos, ya que los mismos facilitan notablemente la superación del angustiante momento del alta a través de mecanismos identificatorios de unos con otros.

2.5 Paternidad prematura

Así como el proceso de la maternidad puede ser influenciado por el nacimiento prematuro, también la paternidad puede ser afectada por el mismo.

Winnicott (1960) (pág. 41-63) plantea la función paterna ligada al sostén de la díada madre-bebé, determinando que la madre, por su parte, podrá cumplir mejor sus funciones si es objeto ella misma de cuidados. Los cuidados satisfactorios que brinde a su bebé estarán en estrecha relación con los cuidados que ella misma reciba.

Stern (1997) (pág. 209-233), por su parte plantea que el padre tiene un importante papel en la organización de la "constelación maternal" como protector del ambiente en el cual ésta se desarrolla, brindando cuidados especiales a la madre, cubriendo sus necesidades vitales. La función paterna se vincularía así con un rol de protector y amortiguador físico y práctico, brindando apoyo psicológico a la madre, permitiéndole dedicarse a la organización de los temas subjetivos que se despliegan y que constituyen la constelación maternal.

Stern plantea que lo que él llama **constelación maternal**, "se trata de una organización de la vida mental de la madre, única, apropiada y adaptada para hacer frente a la realidad de cuidar a un niño". Esta organización psíquica especial convierte a la madre en una "paciente". (IN Ravera, C., pág. 4. 2008)

Constelación maternal:

- ✦ Eje organizador de la vida psíquica de la madre (hace frente a la realidad para cuidar al hijo)
- ✦ Disponibilidad importante hacia el niño
- ✦ Nueva organización temporal: Ser paciente en espera del hijo.

Uno de los temas que preocupan a la madre durante esta constelación es **la matriz de apoyo**, la cual coloca al padre en un rol primordial.

Stern se refiere a si, ¿sabrá la madre cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones? Se refiere a la necesidad de la madre de crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora de manera que pueda cumplir totalmente las funciones de mantener al bebé en vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo. La matriz de apoyo tradicionalmente era femenina y maternal, luego fue la familia extendida, y ahora cae todo el peso sobre el marido. Funciones de la matriz de apoyo:

- ✦ Proteger a la madre físicamente
- ✦ Cubrirle sus necesidades vitales y retirarla durante algún tiempo de las exigencias de la realidad externa de manera que pueda dedicarse a sus dos primeras funciones: mujer y esposa.
- ✦ La madre necesita sentirse rodeada, apoyada y acompañada, valorada, apreciada, instruida y ayudada. Tiene que ver con el aprendizaje de ser madre.

Los temores pasan por no lograr crear o mantener una matriz de apoyo. (IN Ravera, C., pág. 6. 2008)

En los últimos 30 años, según Oiberman (1994), se puede observar "un modelo de padre", que se compromete como agente emocional del desarrollo de sus hijos, más allá de la función paterna ligada al sostén de la diada. Así se encuentra un nuevo criterio de filiación que implica la posesión del estado de identidad paterna ante la presencia afectuosa y formadora del hijo, que viene a constituir el vínculo paternal. (Ruíz A., pág. 64)

Las fantasías y temores de los padres, sentidas durante el embarazo, pueden ser movilizadas, adquiriendo diferentes matices si el nacimiento se produce antes de tiempo. Los padres, junto

con el recién nacido prematuro, iniciarán un nuevo recorrido que exigirá de todos un esfuerzo de reorganización ante esta situación fuera de lo esperado.

El nacimiento prematuro ubicará al padre delante de un rol imprevisto, "ver al bebé primero que la madre, reconocerlo a través del discurso médico". (Ruíz A., pág. 64)

"En relación a las diferentes modalidades de sostenimiento del bebé por parte de la madre y el padre referidas por Oiberman (1999), se observó que los padres de bebés prematuros prefieren sostener al niño en su antebrazo, y mirar y tocar con caricias al niño durante el período que permanecen en terapia intensiva. En la medida en que el bebé evolucione clínicamente, los padres pueden sostener a su hijo frente suyo, y más en contacto proximal". (Ruiz A., pág. 99)

El nacimiento antes de término, encuentra entonces a los padres aún no preparados para el ejercicio de la paternidad. Esto trae aparejada una inseguridad en ambos padres en lo que se refiere a los primeros acercamientos al bebé, requiriendo de otro que establezca un enlace entre el cuerpo del bebé y el repertorio de sus diferentes modalidades de comunicación con su hijo.

CAPÍTULO 3- EL LENGUAJE CORPORAL DEL BEBÉ PREMATURO



3.1 La construcción del cuerpo

“Para el niño la fusión, el ser todo uno con el cuerpo materno, continuará por mucho tiempo después del nacimiento, hasta el así llamado «nacimiento psicológico»” (Gardini, E.) (IN Alizade, M., pág. 48)

“Lo que caracteriza este período para la mujer es el hecho de mantener un contacto particular con el bebé, que le permite reconocer sus necesidades aún cuando éste no pueda expresarlas. La madre permanece, en suma, como sintonizada con su criatura y eso le permite responder a sus demandas” (Alizade, M., pág. 48)

Este es el motivo por el cual no es recomendable separar a la madre y al niño después del nacimiento, lo cual en un nacimiento prematuro es algo que si bien no puede evitarse debemos tratar de que esta separación sea lo menos traumática y más breve posible.

El recién nacido de término no tiene un psiquismo acabado, por lo tanto vivencia su cuerpo en un estado de no-organización. Siendo entonces función de un “otro”, generalmente los padres, construir, estructurar e integrar ese cuerpo a la vez que la psiquis.

“Inicialmente el pretérmino está quieto dentro de su incubadora, que lo protege, pero que también lo separa del medio. Su actividad motora es muy escasa, permanece con los ojos cerrados, no tiene expresividad en su cara y se desestabiliza muy rápidamente frente a pequeños estímulos. Los padres advierten esta labilidad y limitan su contacto al mínimo...” (Defey, D. Tomo IV, pág. 50)

Es por esto que la mayoría de las veces “cuando se produce la primer visita a la sala de internación, es necesario estimular a la madre para que tome contacto con el neonato”. La madre introduce sus manos en la incubadora y las deja rígidas, tocando al bebé con la punta de sus dedos sin animarse a acariciarlo. “Es mucha su carga emocional, a lo que se agrega la impresión causada por el ingreso a una sala de internación, donde hay muchas cosas interpuestas entre ella y su hijo”. (Defey, D. Tomo IV, pág. 50-51)

“El prematuro por su inmadurez, presenta lo que Saint Anne Dargessies llamó «tempestades de movimiento» y otros autores movimientos pseudodistónicos, configurando una motilidad brusca y desordenada. A esto se agrega la falta de contención que le prodigaban las paredes uterinas y el líquido amniótico. En consecuencia el bebé prematuro no logra contenerse a sí mismo, su madre no puede hacerlo y menos aún la incubadora”. (Grajales, M., Ravera, C. IN de León C. y otros, 2000)

Con respecto a lo citado, he escuchado en mi trabajo dentro de un hospital pediátrico, relatos de enfermeras aludiendo a que en algunos centros hospitalarios se implementan los llamados “niditos”, con los que se intenta contener al bebé haciendo que su espacio dentro de la incubadora sea lo más reducido posible.

Es muy importante estimular esta interacción madre-padre-bebé, ya que “cuando pasan los días y el bebé supera su fase más crítica comienza a madurar y a organizarse, estableciendo etapas de sueño y alerta. Es en ese momento que deben planificarse las visitas de los padres para obtener los mayores beneficios para ambos”. (Defey, D. Tomo IV, pág. 50)

“Es imprescindible conocer ciertas conductas de los padres definidas como probables precursoras de un maternaje y un paternaje pobre que compromete la evolución psico-física del niño, tales como escasas visitas a la nursery, rechazo a tocar al niño, no hablarle, poco compromiso con la situación en general”. (Defey, D. Tomo IV, pág. 64)

Ruíz, A. (pág. 104) fundamenta la importancia de la participación en los cuidados del bebé prematuro por parte de su madre, expresando lo siguiente: “los cuidados conscientes maternos no son los que más fácilmente percibe el bebé, sino que aquellos que se refieren al estado afectivo de la madre y que se expresan como variaciones del tono, expresión de la voz. La madre transmite a su hijo estímulos e informaciones que son percibidos por el bebé en el dominio en el cuál él está capacitado para recibirlos (signos corporales: temperatura, tono de la voz, etc.), produciéndose un contacto directo entre inconsciente materno y cuerpo del bebé”.

Diversos estudios citados por Klaus y Kennell (1993), tales como los realizados por Barnard (1975), entre otros, revelan que “si un pequeño prematuro es tocado, acariciado o puesto en contacto físico con la madre diariamente durante su internación, presenta menos períodos de

apneas, mayor aumento de peso, menos liberación de heces y un mayor avance en las áreas superiores del funcionamiento del Sistema Nervioso Central" (Defey, D. Tomo IV, pág. 65)

A partir de estos aportes resulta fundamental observar el estado en que se encuentra el bebé: si son momentos en que está disponible para la interacción y entonces se verá beneficiado con este acercamiento e intercambio con su madre o si por el contrario, se trata de momentos donde el niño emite señales de estrés donde el intercambio y el contacto se transforman en algo invasivo.

El niño irá construyendo la noción de cuerpo a partir de (García de Salles, B.):

- ✚ la sensibilidad interoceptiva proveniente de las vísceras y su funcionamiento
- ✚ la sensibilidad propioceptiva originada en la actividad motriz propia y la que le es impuesta
- ✚ la sensorialidad exteroceptiva; tacto, temperatura, visual, auditiva
- ✚ la actividad exploratoria de su propio cuerpo y del cuerpo del otro
- ✚ las reacciones tónico emocionales que le darán en un comienzo la sensación difusa de la globalidad corporal
- ✚ los acuerdos y desacuerdos tónicos y de los ritmos
- ✚ la construcción del objeto y el espacio
- ✚ el reconocimiento y la significación otorgadas a sí mismo por el otro
- ✚ la diferenciación y separación con el otro
- ✚ la imagen visual (espejo) de su cuerpo que permitirá unir sus sensaciones corporales a la imagen de su cuerpo como totalidad.

Los tres primeros puntos hacen referencia a lo sensitivo-sensorial, y estarían directamente afectados por la internación: sensaciones dolorosas desde dentro y fuera de su cuerpo, manipulaciones bruscas, estímulos sensoriales inadecuados, intrusivos y excesivos, con restricciones de movimiento y posturas inadecuadas.

En cuanto a las actividades exploratorias-que en el recién nacido de término están centradas en su propio cuerpo (chuparse la mano, oler y mirar el espacio circundante, etc.)- en el prematuro podrían verse restringidas por el estado de somnolencia característico, las sondas, vías y aparatos a los que está conectado, y en definitiva a las indicaciones médicas a las que está sujeto para asegurar las funciones vitales.

Los últimos seis puntos tienen que ver de alguna u otra forma con la interacción con el ambiente, con la madre, que se dificulta por los diversos motivos ya mencionados y que se desarrollaran más adelante.

Dentro de los trastornos psicomotores en relación a esta vivencia del cuerpo se destacan (Grajales, M., Ravera, C. IN de León, C. y otros, 2000):

- Retraso postural sobre todo referido a la adquisición de la posición sedente y la marcha.
- Problemas de ritmo y manifestaciones tónico motrices en el primer año de vida.
- "Síndrome tardío del antiguo prematuro", descrito por Bergés, donde el niño manifiesta dificultades que conciernen sobre todo a la armonía corporal, a la estructuración espacial y al conocimiento del propio cuerpo, con la consiguiente dificultad de orientación.

Tendremos que poner especial atención en el desarrollo psicomotor de estos niños, "desarrollo que ha ido constituyéndose desde la inmadurez inicial del prematuro así como de dificultades en el establecimiento de un apego seguro. Apego que estuvo signado desde el comienzo por el temor a la separación por la muerte, por la angustia, culpa y frustración de los padres por ese hijo que no cumplió las expectativas, por la internación prolongada con los consecuentes sufrimientos corporales del bebé". (Grajales, M., Ravera, C., IN de León, C. y otros., 2000)

3.2 Diálogo tónico

"Según D. Winnicott: «los bebés no existen», haciendo referencia a que es imposible pensar en un bebé sin su madre. Hoy no sólo nos resulta impensable un bebé separado de su madre sino que además reconocemos la vital importancia de la función paterna y lo decisivo de los vínculos primarios con las figuras parentales". (Helman, V., Villavella, M., pág. 50)

De Ajuriaguerra en su "Manual de psiquiatría infantil" cita a Winnicott quién "profundizó particularmente en el tema de la dependencia completa en el estadio en el que el lactante existe únicamente en función de la asistencia materna con la que forma un todo..." Agregando que "el potencial innato de un niño puede llegar a ser un niño solamente cuando va estrechamente unido a la atención maternal."(de Ajuriaguerra, J., pág. 51)

Podemos plantear el antagonismo que "una madre sin su bebé tampoco existe", la diada se completa y complementa con los dos "protagonistas".

Wallon señala “la importancia de la primera fusión afectiva en el posterior desarrollo personal, fusión expresada mediante fenómenos motores, en un diálogo que preludia el posterior diálogo verbal y al que damos el nombre de “diálogo tónico”. El **diálogo tónico**, que se encarga de sumergir a la personalidad entera en la comunicación afectiva, tan sólo puede tener un instrumento a su medida, un instrumento total: el cuerpo”. (de Ajuriaguerra, J., pág. 214)

Plantea entonces que, el diálogo tónico establece las bases del posterior desarrollo psicológico y motor del niño, por lo tanto una falla en el mismo podría incidir en la estructuración de la personalidad de éste.

Según de Ajuriaguerra lo que denominamos diálogo tónico “se encarga de sumergir a la personalidad entera en la comunicación afectiva, tan sólo puede tener un instrumento a su medida, un instrumento total: el cuerpo”. Este mismo autor aclara: “(...) lo que yo llamo diálogo tónico es bastante concreto. Esta noción corresponde al concepto de asimilación, y sobre todo de acomodación, entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del niño; el niño sostenido por la madre se interesa muy precozmente por un intercambio permanente con las posturas maternas: con su movilidad busca su confort en los brazos que le mantienen. Mantener no significa un estado fijo de mantenimiento, sino acomodación recíproca” (IN Calmels, D., 2001)

A nivel hospitalario la Ps. Denise Defey sostiene: “propiciamos el contacto precoz de los padres con el pretérmino. Una vez que el neonato se encuentra estable y que mantiene una saturación de oxígeno, lo retiramos de la incubadora y se lo damos a su mamá para que lo tenga en brazos. Este contacto será más o menos prolongado de acuerdo a la tolerancia del neonato y siempre será supervisado por la enfermera que lo atiende”. (Defey, D. Tomo IV, pág. 52)

La mayoría de la bibliografía sobre intervenciones en el hospital con prematuros muestra la presencia de psicólogos en los equipos y la ausencia de psicomotricistas. Sabemos que muy lentamente van introduciéndose en estas primeras etapas de vida.

Un claro ejemplo de esta inserción en nuestro medio es el trabajo del “Programa SERENAR”, el cual nació en la Cátedra de Neuropediatría de la Facultad de Medicina en el año 2006. El equipo de seguimiento consta de: neonatólogos, pediatras, neuropediatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicomotricistas, psicólogos, psicopedagogos y asistentes sociales. Este programa apunta a mejorar la prevención, detección y atención temprana de discapacidades en niños nacidos en situación de riesgo en instituciones de la salud pública uruguaya. A través de grupos interdisciplinarios brinda apoyo a las madres y familias en el primer nivel de atención. Su

punto de partida es la prevención de trastornos en el desarrollo infantil y de discapacidades psicológicas, neurológicas y sensoriales en recién nacidos de alto riesgo psiconeurosensorial.

Actualmente, en el Hospital Pereira Rossell se logró equipar una sala de psicomotricidad donde se trabaja diariamente en la estimulación y prevención de los trastornos del neurodesarrollo.

Al hablar de reacciones tónico-emocionales hacemos referencia a las modulaciones tónicas que podemos observar en el bebé desde el nacimiento, como respuesta a sus emociones. Así éste expresa su incomodidad con un aumento de tono, irritabilidad e incluso llanto; a la vez que el estado de distensión nos transmite su bienestar. Con el correr de los días esta modalidad de expresión se instaura como verdadero diálogo con el otro, en especial con la madre.

La Lic. Leticia González (pág. 5-7) menciona que, la estructura tónica es el primer índice de constructividad corporal del ser humano, "el tono vehiculiza la primer modalidad de ser en su cuerpo con que el sujeto cuenta, la primer modalidad de aprender sobre sí y sobre el otro...". En el devenir de este diálogo tónico podemos enunciar que "el cuerpo es en construcción en y para la relación con otro. Es a partir de otro que el cuerpo de un sujeto se va construyendo y sabiendo de dicha construcción...el cuerpo orgánico del bebé esta significado por la presencia de su madre, que le otorga un sentido a cada una de sus producciones...".

En este diálogo corporal tan especial "la forma en que la madre sostiene a su bebé, en las primeras semanas, se caracteriza singularmente por su proximidad corporal..." "La proximidad materna «envuelve» al bebé en esa multiplicidad de estímulos. Esta envoltura maternal tendría la función de dar a conocer a través de múltiples vías sensoriales la presencia materna como organismo, hasta ese momento casi indiscriminado del de su hijo". (Díaz Rossello, J. L. y otros, pág. 25)

"Dada su inmadurez física y afectiva, el bebé, necesita esta «envoltura maternal» como experiencia de «fusión afectiva» a distintos niveles con su madre, mientras establece con ella un tipo de relación diferente a la intrauterina". (Díaz Rossello, J. L. y otros, pág. 25)

Estas posiciones de contención favorecen el encuentro de miradas y sonrisas, y están sustentadas por la forma en que la madre sostiene a su bebé de una forma envolvente.

La acomodación postural de la madre con su hijo y de éste con ella se establecerá a través de este diálogo tónico, en un juego de ajustes y desajustes, de estar alerta y de estar confiado, donde el niño irá descubriendo su cuerpo.

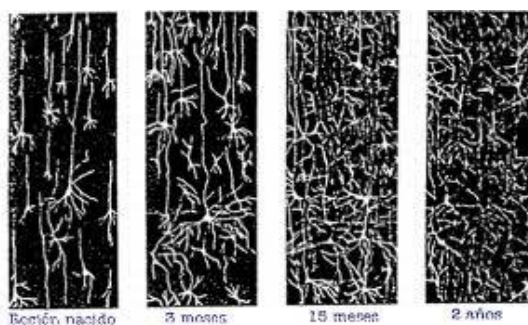
El diálogo tónico establece las bases del posterior desarrollo psicológico y motor del niño, por lo tanto una falla en el mismo podría incidir en la estructuración del psiquismo de éste.

3.3 Los ritmos del prematuro

"Un ritmo biológico puede siempre describirse como un sistema oscilante en el cual se producen sucesos idénticos a intervalos de tiempo sensiblemente iguales". (Díaz Rossello J.L. y otros, pág. 35). Se plantea que "a partir de las 24 a 27 semanas pos-gestación, el feto humano puede vivir en un ambiente extraútero. En estas últimas semanas de gestación completará un ritmo respiratorio, cardíaco, digestivo y de temperatura, a través de los intercambios placentarios... Los ritmos de sueño vigilia comienzan a diferenciarse lentamente al compás de los ritmos maternos" (Ruíz, A., pág. 108)

Por lo tanto el nacimiento prematuro en este período de gestación obliga al bebé a enfrentarse a un ambiente totalmente diferente al de sus necesidades, y le exige una búsqueda de equilibrio constante.

Teniendo en cuenta el desarrollo del sistema nervioso, durante el último trimestre de gestación se daría en el feto el crecimiento de células gliales, la mielinización, el crecimiento del cerebelo, las conexiones dendríticas entre neuronas. El nacimiento en un período en que el árbol dendrítico se está organizando, determina en parte el comportamiento diferente del recién nacido prematuro en comparación con el nacido a término. (Ruíz, A., pág. 108)



Los ritmos del bebé prematuro se ven interferidos no sólo por la intensidad luminosa, sino por las prácticas médicas y de enfermería a horarios fijos, que no respetan los intentos de sueño por parte del bebé. A estos ritmos inadecuados podemos sumarle las carencias en cuanto a otros ritmos, ya sea en la alimentación, en los ritmos verbales, cenestésicos o motores que en la interacción con la diada aporta y retroalimenta a la madre.

Las funciones vinculadas a la alimentación y al dormir son las primeras en introducir en la vida del niño pautas rítmicas, constituyéndose en verdaderos organizadores del comportamiento. Para Wallon, el dormir no es una simple detención de la actividad, sino que se trata de una función compleja que involucra distintos centros corticales y subcorticales cuya acción se extiende a su vez a la vida vegetativa, produciendo efectos sobre la respiración, circulación y la actividad posturo-motriz. Wallon destaca el papel organizador del dormir, así como su dimensión rítmica ya que constituye uno de los polos esenciales de toda actividad: "...el dormir comienza por ser, en el niño, una de las grandes funciones alrededor de la cual ordena su vida y su actividad..." (Wallon, H., pág. 34)

En cuanto a la alimentación, un bebé prematuro que es alimentado por sonda, probablemente no llegue a sentir la sensación de hambre y por ende la de saciedad, las cuales a su vez desencadenan modificaciones tónico-posturales a partir de las cuales el niño irá construyendo una noción de cuerpo propio. No tiene la posibilidad de vivir la necesidad, la espera, la satisfacción de la necesidad luego de la espera.

La creencia es que el bebé prematuro no es capaz de dar respuestas y es difícil de ser estimulado, cuando lo que en realidad sucede es que puede ser fácilmente sobreestimulado ya que es hipersensible. Para comprenderlo mejor debemos conocer la teoría actual de cómo se organiza un bebé prematuro.

Als (1982) hipotetiza una jerarquía de niveles en la organización del desarrollo neuroconductual del niño. Plantea que "la capacidad del niño a término de evocar respuestas sociales en su ambiente dependen del hecho de que él alcanzó el control sobre el estado de regulación autónoma y motriz". A diferencia de los niños pretérmino que "no completaron la maduración de la integración entre estas áreas y se encuentran frente a tareas de desarrollo a menudo muy complejas para sus recursos". (Fava Vizziello G., y otros, pág. 96-97)

Als aplica en la evaluación del pretérmino un **modelo** teórico definido como "**sinactivo**", que considera los diversos aspectos del comportamiento del neonato como resultado de una integración de subsistemas. Considerando que el desarrollo de tales subsistemas depende de una determinada secuencia y la relativa estabilidad de uno para que la funcionalidad del siguiente sea óptima. Esa secuencia puede esquematizarse del siguiente modo (Fava Vizziello G., y otros, pág. 97):

1) el neonato pretérmino de edades gestacionales muy bajas está comprometido en la estabilización e integración de sus funciones autónomas (respiración, temperatura, frecuencia cardíaca, funciones digestivas y excretoras).

El aumento de la actividad motriz, junto con las modificaciones posturales activas que a menudo implica, puede perturbar el equilibrio de la organización autónoma. Del mismo modo, las manipulaciones táctiles inapropiadas pueden ser molestas y provocar en este caso episodios de apnea u otras manifestaciones de desequilibrio.

2) Gradualmente emergen las diferenciaciones de los estados del sueño a la vigilia y aumenta la capacidad de regulación de estos últimos. En el desarrollo inicial de este subsistema puede estar comprometida la estabilidad autónoma y motora (en efecto, la insuficiente capacidad de regular la respuesta a la stress puede causar un brusco pasaje del sueño

3) quieto a llanto/agitación, que se asocia con una motricidad desordenada, que tendrá un efecto desequilibrado sobre el control autónomo).

4) Finalmente, el estado de atención se hace más flexible, al tiempo que más estable y bien diferenciado de los demás estados y disponible para la interacción social.

Sobre estas bases Als describe cuatro **sistemas de desarrollo** que el niño deberá alcanzar progresivamente, que están íntimamente conectados entre sí y dependientes de su adecuado funcionamiento. Ellos son (Fava Vizziello G., y otros, pág. 98):

- 1) el **sistema autónomo**, que asegura la realización de las funciones fundamentales para la supervivencia del organismo;
- 2) el **sistema motriz** que se desarrolló ya desde los primeros estadios del desarrollo embrionario. Las respuestas motrices condicionan a los otros subsistemas;
- 3) el **sistema de los estados del comportamiento**: de un sueño difuso a un sueño más diferenciado, del estado de vigilia;
- 4) el **sistema interactivo**: la actividad y la receptividad afectiva y cognitiva se diversifican más finamente para permitir un estado en el que es factible la interacción social.

Resulta importante reconocer las variaciones individuales de los estadios de desarrollo del niño pretérmino para regular la intervención. El niño que está aún en la búsqueda de una organización autónoma no está en condiciones de establecer una interacción mutuamente satisfactoria.

Necesita desarrollar una integridad física suficiente y una estabilidad interna antes de organizar la interacción.

También se desvirtúa en este contexto la posibilidad de instaurar la espera, ya que aspectos de la crianza que vienen a organizar al bebé en esta construcción, tales como la alimentación, el sueño, la higiene, se verán alterados.

Ritmos y esquema corporal

La existencia del ser humano está pautada por ritmos tanto en su organismo como en el medio que le permite su sobrevivencia. Desde su gestación el bebé está inmerso en ritmos, como el del sonido del corazón de la madre.

“Luego de nacer al observar madres con sus recién nacidos se apreció que abundan los ritmos y que los ritmos táctiles son los empleados más frecuentemente.”(Díaz Rossello, J.L., y otros, pág. 35)

Los **ritmos** cumplirían diversas funciones (Díaz Rossello, J.L., y otros, pág. 35- 36):

- 1) **Función de alerta:** durante la lactada la madre trata de mantener al recién nacido alerta y activo.
- 2) **Función de estimulación:** la madre estimula al hijo con su mano, palma, dedos, boca, seno, y a través de estos estímulos el bebé establecería un progresivo reconocimiento y diferenciación de sus partes estimuladas. Estas son las primeras sensaciones experimentadas por el bebé, de segmentos específicos de su cuerpo en relación con el de su madre.
- 3) **Función de discriminación:** a su vez la actividad rítmica apunta a un progresivo reconocimiento por parte de la madre, del cuerpo del hijo como otro diferente a ella.
- 4) **Función de gratificación:** el niño cuando está tenso, desconforme, se calma por medio de actividades rítmicas propias (chupeteo) y/o maternas (balanceos).
- 5) **Función de aprendizaje:** la adopción por parte de la madre de un ritmo regular en las estimulaciones, facilita las adquisiciones cognitivas del bebé, ya que por ser el ritmo una serie repetitiva, el bebé tiene la posibilidad de anticipar los estímulos siguientes.

La madre con su función organizadora es la que favorece la natural integración de los diferentes ritmos del neonato. Ella a través de sus cuidados y su propia actividad rítmica permite por un lado

organizar al bebé en momentos de desorganización, y por otro, ordenar los automatismos rítmicos de su hijo, darles un sentido, incluirlos en secuencias de comportamiento más amplios, favoreciendo el desarrollo y la comunicación social. (Díaz Rossello, J.L., y otros, pág. 100-101)

3.4 Importancia del contacto piel a piel

Tal como fue mencionado, la carencia de los primeros contactos corporales madre-bebé podría incidir en la dificultad para lograr un buen sostén materno.

Diferentes autores han jerarquizado la importancia del contacto de la piel como vía de comunicación corporal de la díada, y como forma de la presencia continente materna.

Anzieu distingue varias **funciones de la piel** (Díaz Rossello, J. L. y otros, pág. 31):

- 1) La función de **envoltura** que asegura la unidad del organismo.
- 2) La función de **protección** contra las excitaciones exteriores.
- 3) La función de **comunicación**, que filtra los intercambios entre el interior y el exterior. La piel constituye la primera superficie de inscripción, sobre la cual los estímulos externos dejan sus huellas.

“La piel del bebé, tiene para los adultos un atractivo muy especial. Representaría (a nivel de fantasía) la posibilidad de conservar un ideal de perfección”.

“Mientras las madres tocan suavemente la piel de sus bebés, con frecuencia les hablan, los hamacan. Así, el bebé experimenta con su madre una sensación simultánea de estímulos concordantes. De este modo se facilitaría el «acople» o «ensamble» entre dos sistemas de comunicación: el preverbal o corporal (proximal), y el verbal (distal). La madre se apoya en el proximal para ir «acoplado» el distal.” (Díaz Rossello, J. L. y otros, pág. 32)

Para favorecer esta interacción, el bebé viene armado de ciertas características que lo conforman lo que Stern (1920) llamara “repertorio del lactante” (Stern, D., pág. 59-85), se observan en el bebé diferentes formas de conducta que favorecen el contacto con su madre y con el entorno, que solicitan el acercamiento de aquélla: mirada, expresiones faciales, diferentes formas de llanto, sonrisas, balbuceo y extensión de los brazos. Por otro lado vemos las conductas que tienen valor de acercamiento como lo es la succión no nutritiva.

El bebé adquiere la percepción de la piel como superficie por las experiencias de contacto de su cuerpo con el cuerpo de la madre y dentro del encuadre de una relación aseguradora de apego con ella.

La piel es, por otra parte, receptora de las sensaciones propioceptivas siendo uno de los órganos reguladores del tono, como ya lo planteó Wallon.

La piel tiene una función de protección que permite establecer la diferencia entre lo externo y lo interno. "Estos límites garantizan la integridad corporal, la regulación de los intercambios y la unión entre diferentes partes del cuerpo, y es la piel que funciona como una totalidad unificadora". (Ruiz, A., pág. 118)

Es necesario que exista contacto físico entre la díada para reforzar el apego. La visión de la madre por parte del bebé, así como la modalidad táctil, la auditiva y el lenguaje, constituyen formas de facilitar tal encuentro. Una madre sensible regula su conducta de modo tal que se ajuste a la de su bebé. (Defey, D. Tomo III, pág. 91)

En referencia a las interacciones corporales Ana Cerutti (Psicomotricista) plantea que las mismas: "comprenden la manera cómo la madre sostiene a su bebé, la forma en que el bebé es manipulado, la manera como el bebé se amolda al cuerpo de su madre y lo que Ajuriaguerra llama diálogo tónico.

La forma en que la madre sostiene al bebé en las primeras semanas está caracterizada por la proximidad, que disminuye la separación física producida por el nacimiento. El bebé percibe a la madre mediante distintas sensaciones: táctiles, visuales, auditivas, gustativas, quedando envuelto en una multiplicidad de estímulos, que algunos autores denominan envoltura maternal. Esta le permite al bebé establecer con la madre otra forma de relación diferente a la de la vida intrauterina". (IN Defey, D. Tomo III, pág. 103)

En la situación de un nacimiento prematuro esta interacción se dará cuando el equipo médico considere oportuno el contacto con la madre, cuando éste no sea nocivo para el equilibrio homeostático del niño. Estas interacciones serán breves, teniendo en cuenta no solo lo que el bebé puede tolerar sino también lo que los padres están en condiciones de enfrentar.

De esta forma resulta indiscutible el beneficio que para el bebé, la díada y la familia tienen estos encuentros.

Como ya habíamos mencionado estudios citados por Klaus y Kennell (1975), revelan que si un prematuro es acariciado o puesto en contacto corporal con su madre durante su internación, sufre

menos ataques de apneas, presenta un mayor aumento de peso y un mayor avance en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. (Klaus, M., Kennell, J., pág.111)

El contacto piel a piel madre-hijo fuera de la incubadora es una propuesta que ha comenzado a considerarse a partir de la experiencia "Madre canguro" (Charpak, N., 2006) en Colombia. Este método apunta a reforzar el vínculo madre-hijo, a humanizar la internación del bebé prematuro y a redirigir el rol de la madre (desculpabilizarla). Consiste en 24 horas de contacto directo piel a piel, con un entrenamiento previo, siendo lo ideal que se dé con la madre pero pueden suplirla por momentos el padre o los hermanos por ejemplo.

Se ha descrito que en estas condiciones se incrementa el sueño profundo, disminuye la actividad motora, aumenta el estado de alerta reposado y se reduce el llanto del bebé lo cual favorece la interacción y disminuye la ansiedad materna.

El ahorro energético que el niño logra en estos estados, junto a estímulos hormonales son los responsables del mayor aumento de peso.

Es necesario mencionar que los criterios de inclusión exigen que los bebés no requiriesen oxígeno ni aportes endovenosos.



Padres realizando entrenamiento del método "Madre Canguro"

Otro aporte a la importancia del contacto piel a piel lo realizó la Lic. Paula Landen y col. (Bs.As) en su investigación con recién nacidos prematuros a los que se les brindó estimulación táctil y cenestésica extra (masajes táctiles), se comprobó que lograron un aumento de peso, un mayor estado de alerta y actividad motora; así como también se logró establecer un vínculo de apego más seguro con sus padres.

Las diferentes investigaciones antes mencionadas señalan que este contacto piel a piel fuera de la incubadora es un procedimiento seguro. Sin embargo en otros centros de Neonatología

persiste el temor a la pérdida de la estabilidad tan difícilmente alcanzada por algunos de estos bebés.

Podemos concluir entonces que la posibilidad de desarrollar un contacto temprano e íntimo entre la madre y su bebé estimula la interacción y el apego, estimula también la confianza de los padres en su bebé al no verlo tan frágil y la confianza en ellos mismos en su capacidad para cuidarlo.

3.5 El dolor

El experimentar dolor es un factor que puede contribuir a la desorganización y dificultar la vivencia de unificación corporal en el niño.

Acerca de la experiencia dolorosa estos autores (Helman, V., Villavella, M., pág. 41) plantean que, "las situaciones de dolor, en los niños prematuros, serán procesadas como peculiaridades de esta entrada a la vida. Según como uno se poseione para leerlo, verá en esto un efecto desgraciado que tendrá que lamentar, o bien a un ser que ha sobrevivido, y que en su hábito vital demanda más que nadie.

Si bien existe en estos niños un dolor agregado producido por las distintas terapéuticas a las que es sometido, éstas forman parte de haber entrado a la vida a contratiempo".

Según estudios recientes (Mitchell, A., Boss, B.J.), existen consecuencias negativas a corto y largo plazo en el sistema nervioso cuando los niños experimentan dolor profundo o en forma continua. Estos efectos son especialmente significativos en los bebés pretérmino, quienes son más vulnerables al daño neurológico durante este momento crítico en el neurodesarrollo.

Estos autores plantean que, las experiencias dolorosas pueden provocar cambios psicológicos y estructurales del sistema nervioso:

- ✚ Continuos procedimientos agresivos podrían provocar la disminución del umbral del dolor e hipersensibilidad al dolor.
- ✚ Los efectos inmediatos del dolor incluyen inestabilidad psicológica y aumento de la incidencia de complicaciones serias como la hemorragia intraventricular.
- ✚ Los estresores dolorosos pueden llevar a disturbios en el sueño, problemas de la alimentación, y dificultades para la autorregulación.
- ✚ Los efectos a largo plazo del dolor pueden incluir la alteración de la percepción del dolor, síndromes crónicos del dolor y quejas somáticas.

- ✚ Procedimientos agresivos continuos en el bebé prematuro podrían estar asociados con desórdenes de la atención, dificultades de aprendizaje y problemas conductuales en la segunda infancia.

En este artículo se considera trascendente la implicancia del personal de salud con el manejo del dolor para alcanzar logros positivos en la salud de los bebés de alto riesgo.

La necesidad de aliviar el dolor de los bebés prematuros es significativa dados los efectos nocivos del dolor en el desarrollo del bebé. Las fuentes de energía que el bebé necesita para crecer y sanar son usadas por el organismo para lidiar con ese dolor.

La respuesta al dolor conlleva un aumento en las frecuencias cardíacas y respiratorias, aumento de la presión sanguínea, disminución de la saturación de oxígeno y liberación de hormonas adrenales.

Las perturbaciones en los ciclos del sueño provocados por el dolor pueden tener a su vez consecuencias inmediatas o a largo plazo. Los sistemas neurológicos que controlan la atención, emoción y los estados de alerta interactúan entre sí. Por lo tanto, puede afectar el neurodesarrollo del niño y puede colocarlo en riesgo de desarrollar dificultades de la atención y disturbios emocionales.

Debemos tener en cuenta que la experiencia de dolor es totalmente subjetiva, por lo cual resulta difícil ser objetivo al evaluarla-sea quien sea el sujeto sufriente- y en especial si es un bebé prematuro, ya que no se expresan en forma verbal. Es por esta razón, que debemos prestar especial atención a las señales no verbales que nos emite.

Defey, D. en su compilado "El bebé, sus padres y el hospital" (pág. 95-97) cita a Correas, Díaz Rossello y Varela donde plantean que no existe en la bibliografía actual un instrumento metodológico para medir el dolor ajeno, y menos aún que sea aplicable en bebés, ya que los que se utilizan son los que miden el dolor propio, basados en el autorreporte donde necesitamos por lo menos un lenguaje rudimentario. Se interesaron entonces en conocer el tema de cómo se percibe el dolor en otro sin recurrir a estudios fisiológicos. Siendo el primer otro de un bebé su madre.

Relatan que: "es un evento frecuente que las madres piensen que sus hijos recién nacidos sienten dolores y molestias, y que ellas son capaces de percibirlos. Más aún, ellas son capaces

de descifrar una amplia gama de estados corporales y psíquicos en sus bebés. Esto sería indicador del estrecho vínculo de las madres con las situaciones dolorosas de sus bebés”.

Creer que este tipo de respuestas se vincula al rol de paraexcitación inherente a la función materna, donde la madre oficia de barrera ante cualquier estímulo del medio que pueda perjudicar a su bebé. Este rol es uno de los elementos de la conducta de la madre que Winnicott detectó y conceptualizó como preocupación materna primaria.

“Es la madre quien es relevante en la detección y el tratamiento del dolor del bebé, siente que nadie puede cumplir esta función en su lugar y que este poder le es conferido por existir un apego”.

Continúan enfatizando en que, “el dolor existe, el bebé lo expresa y es la madre quien a través del vínculo lo percibe, lo decodifica y lo alivia. La madre continua actuando como un anexo; no es concebible una comprensión del fenómeno del dolor en este período, si no es en un marco teórico que involucre a ambos”.

“En los neonatos internados por diversas causas, expuestos más que otros a estímulos dolorosos por la propia enfermedad o por las maniobras que se les deban realizar, se da una interferencia entre la manifestación y la continentación del dolor. El hospital brinda al niño atención a través de su personal, pero éste no desarrolla en general un vínculo afectivo con él de tal intensidad que le permita darle un confortamiento suficiente”. La situación de internación entonces entorpece las posibilidades de manifestación del vínculo que existe con su madre y dificulta así la elaboración del apego.

“La separación de la madre y el niño, y el cuidado del niño por personal que no ha desarrollado un vínculo afectivo expone a éste a un riesgo aumentado de dolor”.

Concluyen comprobando que es fundamental que la institución cuide a la madre para que ésta pueda cuidar de su recién nacido, premisa inaugural del vínculo. Tal vez el dolor del recién nacido requiere muy poco o ningún medicamento y tal vez, otra vez, maternaje

Spitz basándose en los aportes de H. Wallon, plantea que “para que un sistema de comunicaciones se cree es necesario que dichas comunicaciones se perciban. Según estos autores el bebé al inicio no tiene un sistema sensorial ni perceptivo que le permita organizar la realidad tal como nosotros lo hacemos, sino que al inicio y durante varios meses existiría un estado de transición gradual que ellos han llamado “recepción cenestésica” que ocurre a nivel de la sensibilidad profunda sobre todo y en términos de totalidad. Pero para el lactante las señales

del clima afectivo de la madre llegan a ser evidentemente una forma de comunicación a la cual otorga respuestas totales. Estas son percibidas por la madre de la misma forma..." "...He aludido con anterioridad a la sensibilidad casi mágica de la madre respecto al lactante. No me parece dudoso que durante el embarazo y el período que le sigue, la madre vuelva a hallar una capacidad de percepción de orden cenestésico de que carece normalmente..." "Ese intercambio entre madre e hijo se produce constantemente sin que la madre o lo que la rodea lo adviertan. Este sistema de comunicación entre madre e hijo ejercerá una presión constante, que dará forma al psiquismo infantil". (Spitz, R., pág. 41-44)

Por otro lado se considera que la experiencia del dolor es significativa en el desarrollo de los límites corporales y la forma en que el individuo llega a conocer y representar su propio cuerpo, es un fenómeno que informa de la existencia de un adentro y de un afuera. Estos conceptos fueron expresados por L. Morisseau: *"El dolor, como una envoltura, vela por la unidad somatopsíquica. Mantiene al cuerpo unido, lo protege. Nos permite entregarnos al sueño, prometiendo despertarnos al menor signo de alarma. El dolor nos es necesario para desarrollarnos psíquicamente, especialmente a nivel de la constitución de las primeras envolturas psíquicas del sí mismo. Permite establecer lazos entre la sensorialidad y la investidura narcisística del cuerpo, a través de la relación de objeto, lazo imprescindible para la constitución de un Yo armonioso. El dolor constituye el encuadre, el límite indispensable para poner en su lugar el fantaseo necesario para el desarrollo del pensamiento; es una piel para nuestros pensamientos"*. (IN Defey, D., pág. 94)

De acuerdo a lo planteado podemos pensar que la percepción del dolor por parte del bebé no sería, por sí sólo, una situación traumática; siempre que el dolor se mantenga dentro de ciertos límites. Lo que sí resultaría desestructurante sería la ausencia de "un otro"-la madre- que signifique el dolor, que lo ponga en palabras por parte del bebé. Por lo tanto, como ya mencionamos, es importante que la institución hospitalaria reconozca este hecho, y busque los mecanismos que permitan que la madre continúe ejerciendo su función, a pesar de la internación.

CAPÍTULO 4 – ROL DEL PSICOMOTRICISTA

4.1 ¿Cuál puede ser nuestro rol en el abordaje de un bebé prematuro?

Para intentar definir cuál podría ser nuestro rol en la unidad de cuidados intensivos neonatales, considero necesario en primer lugar reflexionar acerca de la relación entre prematuridad y desarrollo psicomotor.

Grajales, M. y Ravera, C. (IN de León, C. y otros, 2000) plantean que "la relación que existe entre la prematuridad y el desarrollo psicomotor, es de algún modo similar a la que ocurre en toda situación de riesgo biológico y/o psicológico. Si consideramos a la psicomotricidad como la disciplina que se ocupa del movimiento en su intrincación con las funciones psíquicas superiores (afectividad e inteligencia), el movimiento del bebé prematuro va a tener que construirse a partir de bases biológicas y psicológicas, no preparadas aún para el establecimiento del vínculo"

El desarrollo psicomotor de un niño prematuro puede correr el riesgo de:

- ser más lento, (retraso en el desarrollo)
- tener un perfil peculiar,
- no entrar dentro de los límites de la normalidad (desviación del desarrollo).

Dicen entonces que "el prematuro es un niño de riesgo y que si bien la mayoría de las veces no tiene una patología instalada, corre serios riesgos de que sí suceda. Pero estos riesgos no son sólo a nivel de cuerpo real, de lo orgánico, sino del proceso de construcción psíquica. Si bien las secuelas que tienen los niños prematuros, van disminuyendo con el avance tecnológico, hay que saber que cada vez sobreviven más bebés más pequeños tanto por su edad gestacional como por su bajo peso". (Grajales, M., Ravera, C. IN de León, C. y otros, 2000)

En este mismo artículo-"Encuentro tónico-postural entre el bebé prematuro de riesgo y su madre"- , plantean respecto al perfil del desarrollo psicomotor del bebé prematuro: "Encontramos entonces un perfil particular del desarrollo, que a su vez sigue una evolución propia. Es lento, con desfases, se da en salvas y con largos períodos de estancamiento que sobrepasan la necesaria consolidación de una etapa y se caracterizan por cierta fijeza de las conductas." (Grajales, M., Ravera, C. IN de León, C. y otros, 2000)

Hay muchas **variables** en juego **que podrían obstaculizar el desarrollo:**

- 1) **Aspectos biológicos:** en torno al embarazo, al nacimiento prematuro y al período postnatal.
- 2) **Aspectos psicológicos:** representaciones patógenas que los padres tienen de su hijo prematuro.
- 3) **Aspectos médicos-tecnológicos:** todo lo que abarca la institución que brinda asistencia al prematuro y su madre.
- 4) **Aspectos socioeconómicos**

Nuestro objetivo terapéutico general con estos bebés, se referiría a la atención o acompañamiento del desarrollo psicomotor para evitar o atenuar posibles retrasos y/o desviaciones.

Sin duda que la psicomotricidad, es la disciplina a la que le ha costado más instalarse como necesaria desde el nacimiento del bebé, a pesar que a lo largo de ésta revisión bibliográfica han quedado expuestas sobradas razones para que así sea.

Las disciplinas pertinentes en la atención del prematuro serían las siguientes: neonatología, pediatría, neuropediatría, psiquiatría, psicología, psicomotricidad, fonoaudiología y fisioterapia.

Los integrantes del equipo deben manejar la misma concepción del desarrollo normal y patológico para conformar un verdadero equipo y tener un lenguaje común.

En cuanto al **abordaje psicomotriz con bebés prematuros** los objetivos serían los siguientes (Grajales, M., Ravera, C. IN de León, C., y otros, 2000):

- favorecer la dinámica del vínculo madre-bebé sobre todo mejorando el diálogo tónico
- apoyar a la madre en la tolerancia al movimiento y a la exploración del entorno
- invertir al niño con representaciones positivas, destacando sus fortalezas
- dar pautas de desarrollo que sean construidas en forma conjunta con la madre
- acompañar el desarrollo del bebé para que sea lo más armónico posible.

Así mismo nuestro abordaje es paralelo al del psicólogo, complementándonos, sin que una disciplina invada a la otra.

¿Cómo sería el abordaje del bebé prematuro? Grajales y Ravera nos hablan de "una labor artesanal, donde a través del trabajo con la mamá, o directo con el bebé, se llega a conocer qué aspectos del desarrollo está el bebé "preocupado" por estructurar. A partir de allí trabajamos buscando que se dé una sinergia entre las diferentes líneas del desarrollo, jerarquizando el vínculo madre-bebé como el pilar estructurante del sujeto tanto a nivel motor, afectivo como cognitivo". (Grajales, M., Ravera, C. IN de León, C. y otros, 2000)

"Cuando decimos Psicomotricidad, hablamos de las producciones del sujeto: miradas, sonrisas, llantos, movimientos en tanto gestos, juegos, lenguaje, producciones todas ellas que tienen lugar en el cuerpo, en relación con el otro. El conjunto de estos fenómenos se sitúa en la perspectiva del propio cuerpo tal como es vivenciado, investido y jugado en la acción, es decir, en la realización motriz, que es donde se ubica el punto de anclaje de la Psicomotricidad." (Sassano, M. Bottini, P., 2000)

Por lo tanto, la observación de los parámetros psicomotrices del bebé es la herramienta adecuada con que cuenta el Psicomotricista para entender su modo particular de ser y estar en el mundo, de forma tal de entrar en comunicación con él gracias a su actitud empática y de permanente escucha tónico emocional.

Indudablemente la labor del psicomotricista se inscribiría dentro de un equipo interdisciplinario, en ese marco, no siempre seremos nosotros quienes hagamos el enlace entre lo que vamos descubriendo de ese bebé-prematuro y lo que las enfermeras, médicos y padres van conociendo de él; otras veces son otros los articuladores y hay que tener la capacidad de permitir que circulen naturalmente los roles dentro del equipo.

La función del psicomotricista es (Serrentino, R., 2008):

- ✚ Observar atentamente el desarrollo y las posibilidades de cada niño y sus padres.
- ✚ Saber que conducta es necesaria para cada momento.
- ✚ Tratar de que el estímulo continúe.
- ✚ Cada paso alcanzado por el niño en cualquier área del desarrollo sirve de punto de partida para alcanzar el siguiente.

- ✚ Saber detener las sobrestimulaciones cuando las haya y detectar cuando está disponible para adquirir nuevas conductas.

Con todo esto fomentamos el Apego, que se favorece a través del tacto, la audición y el lenguaje, que regula la conducta de la madre para que se ajuste a la del hijo.

En definitiva, cómo especialistas en estimulación temprana y/o oportuna, o sea, en el abordaje terapéutico en niños de 0 a 2 años cuyo nivel de desarrollo está desfasado con respecto a su edad cronológica –como lo son los niños nacidos pretérmino- está más que fundamentado nuestra participación en la atención de los bebés prematuros.

Desarrollo de los bebés pretérmino en lo cognitivo y lo psicomotor:

Es el mismo ritmo de los nacidos a término con el retraso correspondiente a la o las semanas que se haya adelantado el parto.

Los reflejos primitivos existen, presentan hipotonía muscular, pero la actividad motora es rica con movimientos repetidos y amplios a nivel de las 4 extremidades dando lugar a flexiones activas del tronco. (Serrentino, R., 2008)

Trastornos que se encuentran en los bebés pretérmino:

- ✚ Trastornos en las conductas alimenticias.
- ✚ Trastornos del sueño.
- ✚ Actividades rítmicas, balanceos y giros de cabeza.
- ✚ Trastornos del comportamiento.
- ✚ Gran dependencia respecto a su madre, soportando mal la separación.
- ✚ En la edad escolar es muy frecuente que puedan presentar trastornos de conducta, motricidad desorganizada disarmónica, dificultades de naturaleza práxica.
- ✚ La mayoría de estos niños han tenido un sufrimiento fetal, complicaciones de un parto anticipado lo que implica un desajuste en el desarrollo general. A esto le agregamos la historia de sufrimiento corporal, debido a los tratamientos médicos.
- ✚ El aislamiento y la carencia afectiva por la falta de contacto directo con los cuidados maternos.

Nuestro trabajo lo tendremos que organizar en base a las posibilidades de cada niño, no solamente en la etapa del desarrollo que estén.

Las actividades motrices se van a desarrollar centradas en el placer de las sensaciones corporales de origen propioceptivas-presiones, desequilibrios, masajes, cambios de postura-teniendo en cuenta no sobrestimularlos y estando atentos a las respuestas del niño a través de su tono, de su mímica, de sus gestos, que van a manifestar a través de movimientos calmos si el estímulo es adecuado, si no reaccionar con aumento del tono, agitación, llanto, manifestando su disconformidad. (Serrentino, R., 2008)

4.2 Mediador/favorecedor del vínculo a través de lo corporal entre la triada

Como mencioné anteriormente nuestro abordaje va acompañado y articulado con el del psicólogo, en especial en lo referente a la construcción del encuentro madre-bebé (interacción y vínculo).

La estimulación motora y sensorial realizada por el psicomotricista es una vía de abordaje adecuado porque permite una comunicación a nivel corporal mediante la vivencia de situaciones placenteras que pueden abrir camino hacia modos más elaborados de relación y expresión.

Desde nuestro rol trabajaremos en cuidar, favorecer y fortalecer este vínculo a través del diálogo corporal entre la mamá-papá-bebé prematuro.

Diversas son las razones que expuse a lo largo de éste trabajo donde éste vínculo corporal se podría ver obstaculizado (los duelos, la imagen del bebé real distinta de la del fantaseado, la situación de internación, los miedos de tocar y sostener al bebé, posible depresión de los padres, la separación, entre otras).

El cuerpo es el lugar de placer y displacer, en las condiciones en las que el bebé requiere cuidados especiales, incubadora, sondas, catéteres y muchas otras maniobras invasivas, se le priva de sensaciones placenteras, proximidad corporal con sus padres, sostenimiento y manipulaciones adecuadas, ese cuerpo se puede volver muy sufriente.

Estos sufrimientos quedan registrados de alguna manera a nivel corporal y si en cierta forma no son compensados con experiencias corporales placenteras con otro, podrían interferir en el modo de relación con los demás, en el deseo de movimiento, en el modo de "ser y estar" en el mundo.

Debemos favorecer el contacto corporal, cuidar el sostén y la manipulación. Las posturas correctas para sostenerlo deben ser dirigidas por el equipo médico y fisioterapeutas para

perturbar lo menos posible al bebé (por ej. tomarlo con las manos cruzadas en el pecho, siempre boca arriba, intentar girarlo lo menos posible).

El concepto de "holding" expuesto por Winnicott (1975) se refiere a: "La forma en que la madre sostiene a su bebé, en las primeras semanas, se caracteriza singularmente por su proximidad corporal. En esta proximidad se aminora la separación física producida por el nacimiento, a la vez que le permite introducir breves y reiterados estímulos que le van permitiendo la discriminación entre ella y su hijo". (Díaz Rossello, J.L. y otros, pág. 25)

Cuando el bebé está en brazos de su madre, la percibe a través de diferentes sensaciones táctiles, cenestésicas, visuales, auditivas, gustativas, etc... La proximidad materna "envuelve" al bebé en esa multiplicidad de estímulos.

Dada su inmadurez física y afectiva, el bebé, necesita esta "envoltura maternal" como experiencia de "fusión afectiva" a distintos niveles con su madre, mientras establece con ella un tipo de relación diferente a la intrauterina. (Díaz Rossello, J.L. y otros, pág. 25)

Estos conceptos tomados de la teoría de Winnicott, nos hablan de la importancia de tener una referencia de límites corporales, que marcan una frontera entre lo que está adentro y lo que está afuera, lo que es uno mismo y lo que es el otro.

Durante la internación, puede hacerse dificultoso tener al bebé en brazos si éste se encuentra en estado delicado y dependiente de sondas.

Desde nuestro rol es importante también transmitirles a los padres la importancia que tienen ellos en el desarrollo y estimulación de su hijo, por lo que tienen que tener un rol activo y ser protagonistas principales.

Alejar a los padres de la idea de que el niño prematuro es anormal, aclarándoles que ha nacido antes de lo previsto, que es inmaduro y que con el tiempo va a adquirir las características, las mismas conductas de un niño nacido a término.

Lógicamente esto se cumple siempre y cuando el nacimiento no haya dejado secuelas importantes que comprometan el desarrollo del bebé.

Es de fundamental importancia en esta interacción, entre los padres y el bebé, la búsqueda de los momentos de encuentro, de sintonía, lo cual puede ser difícil al principio porque al bebé le cuesta fijar la mirada, realiza pocos movimientos, no da respuestas muchas veces al estímulo de sus padres. El psicomotricista debe observar cómo es ese estímulo, ese encuentro entre los padres y el bebé.

El tiempo de los padres nunca es el mismo que el del bebé. La función del psicomotricista es estar como mediadores de ese vínculo a través de lo corporal, tratar de explicarle que tienen que encontrar los momentos para transmitirle el afecto y la contención, y estos momentos son por ejemplo las miradas entre los padres y el bebé, que haya una interacción cara a cara real, el acercamiento físico de la madre hacia su hijo, las conductas especiales que la madre debe adoptar, que debe emplear en el tono de voz, en los gestos (manifestaciones materno proximales). Hablamos de interacción porque no es solamente la madre la que aporta, sino que el hijo responde a ellos sea con disconformidad o placer mediante: llanto, mirada, aumento o disminución del tono. (Serrentino, R., 2008)

4.3 Estimulación en UCIN, ¿área de abordaje psicomotriz?

“El cerebro de los bebés prematuros al nacer se encuentra en pleno proceso de organización y sinaptogénesis, es decir, en un período sumamente activo y a la vez delicado en su proceso de desarrollo. Toda experiencia sensorial resulta en actividad neuronal que, en definitiva, afecta la 4 arquitectura del cerebro en desarrollo.” (Silberstein, D.)

Por lo cual se podría pensar que debido a sus características, las UCIN podrían ser fuente de experiencias sensoriales generadoras de algunos de los problemas de desarrollo asociados con la prematuridad-dificultades de aprendizaje, déficits de atención, dificultades emocionales y sociales-.

De aquí que la tarea que ha de ocuparnos a quienes “cuidamos” al bebé prematuro es garantizar un entorno y un cuidado que permitan tanto la supervivencia como su desarrollo normal.

La intervención terapéutica y preventiva del profesional de la psicomotricidad se realiza partiendo de la comprensión de la situación de riesgo que es el nacimiento prematuro.

Obviamente en el caso de los bebés pretérmino que se encuentran en la UCIN el apego no se ve favorecido, por eso es importante en este período el trabajo del psicomotricista que aborde esta situación **restablecer la comunicación entre la tríada**. La preparación de los padres es fundamental desde el momento que tienen que ver a su hijo en la incubadora, porque por un lado la incubadora lo protege del medio pero a su vez lo aísla y le quita las posibilidades de contacto directo con su madre, generando en ella gran depresión y una interacción negativa con el recién nacido, incluso ausente.

Es importante entonces, escuchar a los padres permitiéndoles que expresen lo que están viviendo. (Serrentino, R., 2008)

Desde nuestro rol es fundamental encontrar el momento oportuno para **facilitar estos encuentros de la tríada**, se debe esperar un momento en que el niño no esté siendo sometido a maniobras médicas, ni dormido, etc. De aquí se desprende la necesidad de ser tolerantes y flexibles, dirigiendo nuestra capacidad empática tanto hacia el bebé como hacia los padres.

La estimulación psicomotriz es una técnica para ayudar al niño con dificultades del desarrollo a superar estos trastornos o a moderar sus efectos. Es a través de la madre que se introducen en el campo de la relación de su hijo los elementos que apoyarán al niño que presenta riesgo en su desarrollo o que se encuentra ya afectado por deficiencias. (Serrentino, R., 2008)

Otra área de abordaje del psicomotricista será ayudar a **respetar los ritmos** del bebé. Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el bebé pretérmino no se encuentran claramente definidos los estados de sueño, lo cual los vuelve más vulnerables a la influencia del entorno. Para promover la diferenciación de estos estados, podemos desde afuera instaurar patrones rítmicos que alternen claridad/oscuridad, búsqueda de interacción/clima de descanso.

Debemos pensar junto al equipo interdisciplinario, en la posibilidad de agrupación de las maniobras médicas y en la instauración de ciclos día/noche.

Los ritmos fisiológicos de sueño y alimentación propios de cada bebé, van interactuando con los ritmos del entorno y conforman el punto de partida desde el cual el niño podrá organizar su relación con su propio cuerpo, el espacio, el tiempo y los demás.

“Los trabajos sobre la organización temporal de los intercambios madre-bebé, han puesto en evidencia su carácter cíclico y rítmico. El ritmo en el cual se producen los intercambios es un aspecto fundamental para la regulación del sistema y uno de los factores que hacen posible la reciprocidad de las conductas”. La ritmicidad en los comportamientos del sistema madre-bebé tiene sus antecedentes en los ritmos biológicos intrauterinos. La bio-ritmicidad tiene fundamental importancia en el logro de la coherencia del sistema diádico. En efecto, luego del nacimiento se produce el restablecimiento extrauterino de la simbiosis en base al ajuste mutuo de los ritmos. Los ritmos biológicos esenciales: la secuencia sueño-vigilia, el ritmo alimentario, la placidez-llanto, dan fundamento a los ritmos psicológicos”. (Oberman, A., pág. 74)

De aquí la importancia en colaborar en establecer ritmos al bebé prematuro, así como también que la madre sea protagonista de estas intervenciones.

Así mismo, es importante **dosificar los estímulos** que recibe el bebé, como por ejemplo reducir al máximo posible los ruidos de la UCIN y la luz artificial, promoviendo los ciclos día/noche. Sabemos que el bebé tiene el potencial para organizar y organizarse, pero sí los estímulos superan las posibilidades del organismo de ser asimilados y de algún modo comprendidos, ese potencial no se desarrolla de forma óptima y se generarían seres propensos a la desorganización. "Cuando experiencias sensoriales intensas y "no esperadas" desde el punto de vista biológico tienen lugar durante un periodo en el cual el SNC se desarrolla rápidamente, las consecuencias sobre el mismo pueden ser de mayor envergadura." (Silberstein, D.)

Otro punto importante que nos compete es **apoyar la función materna**, al actuar de tercero que sostiene a la madre, valorizando su función. Se reconoce y se valoriza a la madre en su función lo que se reflejará positivamente en la relación con su hijo.

Nuestra función es generar un espacio de escucha, no de interpretación de los aspectos inconscientes, que es lo que haría un psicólogo psicoanalista.

Mediante este espacio de escucha, buscaremos favorecer la interacción madre-bebé que como ya detallamos es de vital importancia para el desarrollo del bebé: el apego.

Podemos orientar a los padres en cuanto a las posibilidades de su hijo, brindando pautas acerca del desarrollo y sus adquisiciones, promoviendo en ellos una mirada diferente donde prevalezcan las fortalezas.

Los **objetivos de los cuidados de apoyo al desarrollo** del prematuro son (Silberstein, D.):

- ✚ Disminuir/regular los factores de estrés existentes en la UCIN.
- ✚ Promover la maduración y la organización neuro-comportamental del bebé prematuro.
- ✚ Apoyar a la familia y promover la relación temprana entre el bebé prematuro y sus padres.

Cómo especialistas en lectura del lenguaje corporal, los psicomotricistas, debemos apoyar a los padres y al equipo que interviene con el bebé, en la decodificación de las señales que el mismo nos emite.

Por esta razón considero fundamental el trabajo de Als (1986), dónde expone las señales que el bebé nos emite ante las situaciones de estrés, así como las conductas de auto regulación típicas del bebé prematuro. (IN Fava Vizziello, G., y otros, pág. 101-102)

Conductas de auto-regulación y de aproximación:

- 1) **Estabilidad autónoma:** respiración regular, coloración rosada estable.
- 2) **Estabilidad motriz:** actitud activa con buena adaptación a la superficie de apoyo, tono bien regulado, movimientos sincrónicos, movimientos finos con estrategias motrices eficientes: rascarse las manos o pies, llevarse la mano a la boca, aferrar el dedo del partner y apretarlo
- 3) **Estabilidad del estado y regulación de la atención:** estado de sueño profundo bien definido, llanto rítmico y fuerte, activa capacidad para autocalmarse, adecuada capacidad para responder a las maniobras consoladoras del partner, mirada vivaz con expresión facial animada

Conductas de estrés y de defensa:

- 1) **Señales autónomas y viscerales:** convulsiones, respiración irregular, cambios de color, crisis de sofocación, emisión de saliva, sollozo, jadeos, temblor, tos, estornudos, bostezos, lamentos.
- 2) **Señales motrices:** flaccidez (del tronco, extremidades, cara), hipertonía con hiperextensión o con actitud en flexión exagerada del tronco y de las extremidades, actividad difusa (frenesí motor, contorsiones), contracciones frecuentes.
- 3) **Señales relativas a los estados de conducta:** sueño difuso o estado de vigilia indistinto, desviación lateral de la mirada, movimientos no coordinados de los ojos, llanto agitado o débil, mirada fija, frecuente incapacidad de atención, hiperactividad, vigilia frágil e inconstante estado de adormecimiento, bajo umbral de excitabilidad, irritabilidad y excitabilidad difusas, llanto, frenesí motor e inconsolabilidad, insomnio y agitación.

Es muy importante que la intervención sea lo más cuidadosa posible y que cualquier estimulación sea modulada según los mensajes que poco a poco el niño envía, tratando de no cansarlo, aún cuando parece responder a la estimulación propuesta.

El "modelo sinactivo" de desarrollo que formuló Als ayuda a comprender al pretérmino o al niño de riesgo, brindando también sugerencias para la prevención de algunas de las secuelas neuroevolutivas asociadas con la prematurez. "El organismo está en condiciones de reaccionar de manera diferente según el tipo de estimulación: si ésta es apropiadamente regulada en complejidad e intensidad provoca en el organismo la búsqueda de la estimulación misma manteniendo, al mismo tiempo, un buen nivel de balance; a la inversa, si la estimulación es inapropiada la reacción es el estrés" (cómo se presentó en los cuadros anteriores). (Fava Vizziello, G., y otros, pág. 103)

Sobre la línea propuesta por Als (1986) se formularon modalidades específicas para la asistencia al desarrollo individual; por ejemplo, la posibilidad de privilegiar la comunicación auditiva en lugar de la táctil o visual.

Es además fundamental usar:

- 1) estimulaciones periódicas que se inserten en el ciclo de variables internas del neonato pretérmino, respetando las estimulaciones continuas;
- 2) estimulaciones de intensidad moderada y a menudo vehiculizadas en un solo canal de estimulación en los niños más pequeños (menos de 30 semanas), mientras que en los pretérmino de más edad gestacional es posible emplear múltiples canales de estimulación al mismo tiempo (visual, acústica, táctil), pero teniendo siempre en cuenta la señales del entorno. (Fava Vizziello, G., y otros, pág. 104)

Una vez que el bebé sale de la incubadora los padres tienen la posibilidad de tener a su hijo en brazos por primera vez y psicológicamente comienzan a sentirlo suyo.

Ese diálogo tónico constituye el primer sistema de señales del que dispone el bebé durante mucho tiempo antes de poder adquirir el lenguaje verbal. Estos comportamientos corporales, permiten por un lado un acercamiento mayor que es lo que va a favorecer al bebé, pero por otro lado observamos que la madre tiene temor a tocarlo, porque piensan que lo pueden lastimar o infestar.

Los objetivos una vez que el bebé no requiere de los cuidados especiales será continuar reforzando el apego y logros que vaya adquiriendo en el desarrollo acorde a su edad cronológica corregida. (Serrentino, R., 2008)

Existe un amplio abanico de intervenciones posibles que tienen como cometido cuidar del prematuro en un ambiente y de una manera más adecuada a sus necesidades de desarrollo, y transformar así a la UCIN en un medio más favorecedor del mismo.

Intervenciones dirigidas al entorno (Silberstein, D.):

- ✚ Reducir en forma premeditada el volumen de voz dentro de la Unidad y evitar llamadas a gritos de un extremo a otro de la misma.
- ✚ Hablar con un volumen bajo de voz durante el relevo y durante las visitas médicas.
- ✚ Cerrar suavemente las puertas de las incubadoras.
- ✚ Evitar apoyar objetos duros directamente sobre la incubadora.
- ✚ Evitar dejar los equipos de aspiración abiertos dentro de la incubadora.
- ✚ Evitar abrir ruidosa y bruscamente material estéril junto al bebé prematuro.
- ✚ Fijar adecuadamente y según cada caso los límites de las alarmas de los monitores y responder rápidamente cuando estos suenan.

- ✚ Cubrir parcialmente la parte superior y los lados de la incubadora con tela.
- ✚ Reducir la iluminación general de la unidad.
- ✚ Utilizar la iluminación individual si esta existe.
- ✚ Evitar la luz directa sobre el rostro del prematuro.

Intervenciones relacionadas con el cuidado directo (Silberstein, D.):

- ✚ Posicionar al bebé correctamente: es por lo general preferible el decúbito prono o lateral, con las extremidades suavemente flexionadas y cercanas al cuerpo, las manos al descubierto y cercanas a la boca o cara.
- ✚ Situarlo dentro de un "nido" hecho con rollos de pañales de tela o similar, que le otorgue contención postural.
- ✚ Evitar siempre situar al prematuro en superficies abiertas y duras sin ningún tipo de contención postural (por ej. al pesarle).
- ✚ Mantener la correcta postura y alineación del cuerpo cuando se le manipula o se le cambia de posiciones.
- ✚ Promover la succión por medio del chupete o de sus propias manos; es especialmente importante durante la alimentación por sonda.
- ✚ Ayudar al prematuro en la transición del sueño a la alerta evitando los cambios bruscos. Esto es posible tocándole y permitiendo que advierta nuestra presencia antes de comenzar a manipularlo.
- ✚ Ayudar al prematuro a calmarse y reorganizarse tras un estímulo doloroso utilizando la contención, succión y adecuado posicionamiento, hasta su estabilización neuro-comportamental.
- ✚ Identificar las señales de estrés que emite el prematuro.

La calidad de las experiencias tempranas en el recién nacido pretérmino puede afectar significativamente el desarrollo cerebral y emocional del mismo.

REFLEXIONES FINALES

Podríamos decir que el nacimiento es un encuentro. Fundamentalmente un encuentro entre tres: la madre, el padre y su hijo.

La paradoja sería que en un nacimiento prematuro lo que ocurre inicialmente es un desencuentro entre los padres y su hijo.

Desencuentro corporal, ya que muchas veces se impone la separación de la triada por los cuidados especiales que el bebé requiere.

Desencuentro afectivo-emocional por no recibir al bebé cómo y cuándo se esperaba, con todas las incertidumbres y pocas certezas que esto conlleva.

Este desencuentro inicial se acompaña de una situación de carencia e inadecuación.

Inadecuación de sus cuidados, de los ritmos impuestos, de la alimentación, de los estímulos sensoriales, de su manipulación, de sometimiento a maniobras muchas veces invasivas y dolorosas.

Carencia de sensaciones cenestésicas, de balanceos, de ritmos maternos, de envoltura materna, de contacto piel a piel, de sonrisas y de miradas que se quieren encontrar.

A raíz de todo esto existe la posibilidad de que el desarrollo del bebé prematuro se vea afectado. Por lo que debemos considerar la prematuridad **como importante factor de riesgo para el desarrollo en general y para el desarrollo psicomotor en particular.**

Por lo tanto la acción de prevención es fundamental. Apoyaremos al padre, a la madre y su hijo en el re-encuentro a partir de esta situación tan particular; favoreciendo también las vivencias de placer en el cuerpo del bebé, **así como el camino que lo llevará a una buena construcción de su esquema e imagen corporal.**

Como hemos expuesto a lo largo de este trabajo es de vital importancia que el abordaje sea también lo más prematuramente posible, o sea, desde que el bebé se encuentra en la UCIN. Siendo el propósito de esta monografía continuar abriendo puertas para la inserción del psicomotricista en esta área hospitalaria, contribuyendo con trabajos anteriores ya realizados por distintas colegas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Alizade, M.: "La maternidad y sus vicisitudes hoy". Ed. Rosa, Mendoza, Soto. Lima. 2006
- Calmels, D.: "Del sostén a la transgresión. El cuerpo en la crianza". Ed. Novedades Educativas. 1ª Edición. Buenos Aires, 2001
- Charpak, N.: "La santé en périnatalité: de la promotion à l'illusion". Ed. Spirale. Francia, 2006
- Chokler, M.: "Los organizadores del desarrollo psicomotor". Ediciones Cinco. 2ª edición. Buenos Aires, 1994
- Dargassies, Saint-Anne: "Desarrollo neurológico del recién nacido de término y prematuro". Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1977
- de Ajuriaguerra, J.: "Manual de psiquiatría infantil". Ed. Masson S. A. 4ª edición. España, 1977
- de Ajuriaguerra, J., Marcelli, D.: "Manual de psicopatología del niño" España. Ed. Masson, 1992
- Defey, D. (compiladora): "Los bebés y sus padres en situaciones difíciles" Serie Mujer y Maternidad. Tomo IV. Montevideo. Ed. Roca Viva. Montevideo, 1996
- Defey, D. (compiladora): "El bebé, sus padres y el hospital" Serie Mujer y Maternidad. Tomo III. Montevideo. Ed. Roca Viva. Montevideo, 1996
- Díaz Rossello, J., Guerra, V., Rodríguez Rega, C. Strauch, M.: "La madre y su bebé: primeras interacciones" Ed. Roca Viva. Montevideo, 1991
- Fava Vizziello G., Zorzi C., y Bottos M.: "Los hijos de las máquinas" Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1993
- García de Sallés, B.: "El cuerpo, cuerpo real, esquema corporal, imagen corporal" IN "Cuerpo y representación", de León y otros. Ed. Psicolibros. Montevideo, 2000
- González, L.: "La constructividad corporal. Apuntes sobre el desarrollo psicomotor". 1987
- Grajales, M.; Ravera, C., "Encuentro tónico-postural entre el bebé prematuro de riesgo y su madre" IN "Cuerpo y Representación", de León y otros. Ed. Psicolibros. Montevideo, 2000
- Helman, V., Villavella, M.: "Niños Prematuros. La clínica de lo perentorio". Ed. Lugar. Buenos Aires, 2000
- Klaus, M., Kennell, J. (1975) "La relación madre hijo". Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983
- Loosli - Usteri, M. (1959). "Une grave maladie subie pendant la première année peut-elle compromettre l'évolution de la personnalité?" Criança Prt. 18: 5 – 22. En: De Ajuriaguerra, J.

"Manual de Psiquiatría Infantil" El niño y el ambiente durante la enfermedad. Ed. Toray – Masson, S.A. 3ª edición. España, 1976

- Mitchell, A., Boss, B.J.: "Adverse effects of pain on the nervous systems of newborns and young children: a review of literature" Journal of Neuroscience Nursing, Oct 2002 Vol. 34, nbr. 5. Publicado en Internet.
- Oiberman, A.: "Observando a los bebés" Estudio de una técnica de observación de la relación madre hijo. Ed. Lugar
- Ravera, C.: "¿Qué es lo terapéutico del vínculo en Clínica Psicomotriz? La constelación terapéutica maternante". Trabajo presentado en Jornadas organizadas por Audepp. Mvdeo. Hotel Columbia. Mayo, 2008
- Ruíz, A.: "El bebé prematuro y sus padres: Creación de un Programa de Intervención Psicológico implementado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales". Ed. Miño y Dávila. Buenos Aires, 2004
- Sassano, M., Bottini, P. (compilador): "Apuntes para una historia de la Psicomotricidad. Breve recorrido por los principales referentes, históricos y actuales, de la práctica y los conceptos de la Psicomotricidad" Artículo publicado en "Psicomotricidad: prácticas y conceptos". Ed. Miño y Dávila. Buenos Aires, 2000
- Silberstein, D.: Conferencia sobre: "El apoyo al desarrollo en la UCI neonatal: un anexo entre la neurociencia y las experiencias tempranas" Hospital Meir, Israel.
- SERENAR: librito informativo del programa. Montevideo, 2009
- Serrentino, R. (Psicomotricista): "Clínica Psicomotriz del lactante" compilado del curso teórico. CEDIAP, 2008.
- Stern, D.: "La constelación maternante" Ed. Paidós. Buenos Aires, 1997
- Stern, D.: "La primera relación madre-hijo" Ed. Moratá S.A. Tercera edición. Madrid, 1920
- Spitz, R.: "El primer año de vida del niño". Ed. Aguilar. 3ª edición en castellano. México, 1978
- Wallon, H.: "Los orígenes del carácter en el niño". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979
- Winnicott (1960): "El proceso de maduración en el niño". Ed. Laia. Buenos Aires, 1975
- Winnicott, D. "Escritos de pediatría y psicoanálisis". Ed. Laia. España, 1958
- Winnicott, D.: "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1971

Páginas en internet:

- Ministerio de Salud Pública: www.msp.gub.uy

- Fundación Álvarez Caldeyro-Barcia: www.fundacionalvarezcaldeyrobarcia.org.uy

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Brazelton, T., Cramer, B.: "La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial". Ed. Paidós. 1ª edición. Barcelona, 1993
- Coriat, L.: "Cuadernos del desarrollo infantil. Desarrollo y maduración. Sumario 1".
- Coriat, L.: "Cuadernos del desarrollo infantil. Fundamentos de estimulación temprana. Sumario 2"
- Coriat, L.: "Maduración psicomotriz en el primer año del niño". Ed. Hemisur S.r.l. Buenos Aires
- Cramer, B., y otros: "Psychiatrie del bébé. Nouvelles Frontières". Ed. Eshel. Ginebra, 1988
- Diatkine, R., Lebovici, S., Soulé, M.: "Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente. La patología en relación a la edad". Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1990
- Dolto, C.: "Haptonomía pre y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva". Ed. Creavida. 1ª edición en español. Buenos Aires, 2005
- Freire de Garbarino, M. y cols.: "Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve". Ed. Roca Viva.
- Fundación Kamala: "Observación de Lactantes" revista internacional de Observación de lactantes y sus aplicaciones. Buenos Aires, 2001
- Lebovici, S.: "El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1988
- Mahler, S.: "Separación-individuación. Estudios 2". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1990
- Mathelin, C.: "La sonrisa de la Gioconda. Clínica Psicoanalítica con bebés prematuros". Ed. Nueva Visión. París, 1998
- Mendoza, J., Rosa Zelaya, C., Soto de Dupuy, E. (compiladoras): "La maternidad y sus vicisitudes hoy". 1ª edición. Perú, 2006
- Ravera, C.: "Clínica psicomotriz del bebé" Impreso en Paulo de los Santos, Montevideo. 2009
- Tisseron, S.: "Les dangers de la télé pour les bébés". Ed. Yapaka.be. Francia, 2008