

UNIVERSIDAD
DEL
ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesina de Licenciatura.

“La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal como instrumento de capacitación para padres de niños prematuros, internados en el Servicio de Neonatología: Atención Temprana”.

ALUMNA: María Cecilia Espinosa

DIRECTORA: Lic. María Adela Rossi.

Mendoza, Octubre de 2007.

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

PRESIDENTE:

VOCAL:

VOCAL:

PROFESOR INVITADO:

NOTA:

ÍNDICE

Hoja de Evaluación.....	3
Índice.....	4
Agradecimientos.....	7
Resumen.....	8
Introducción.....	9
Primera Parte: Marco Teórico.....	12
Capítulo I: La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal.....	13
I.1. Introducción.....	14
I.2 La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal.....	15
I.3. Puntuación de los ítems de la NBAS.....	21
Capítulo II: ATENCIÓN TEMPRANA.....	37
II. 1. Definición.....	38
II.2. Fundamentos de la Atención Temprana.....	38
II.3 Objetivos de la Atención Temprana.....	41
Capítulo III: Embarazo.....	43
III. 1. Psicología del Embarazo.....	44
III.2. Desarrollo Embrionario.....	47
Capítulo IV: El Niño Prematuro.....	51
Capítulo V: El Vínculo Temprano.....	54
V. 1. El Vínculo Temprano.....	55

V.1.1. Aportes de Harlow.....	55
V.1.2 Aportes de Spitz.....	56
V.1.3. El Vínculo Afectivo según J. Bolwby.....	57
V.1.4. Aportes de Donald Winnicott.....	58
V.1.5. Aportes de Mirta Chokler.....	60
V.2. Lactancia.....	62
V.3. Prematurez y Vínculo Temprano.....	63
Segunda Parte.....	68
El Servicio de Neonatología del Hospital Teodoro J. Schestakow.....	69
Datos Estadísticos del Servicio de Neonatología del Hospital T. J. Schestakow.....	70
Recursos Humanos.....	71
Equipos Utilizados en el Servicio de Neonatología.....	70
Experiencia Personal del Trabajo en el Servicio de Neonatología.....	75
Objetivos.....	76
Método.....	77
Tipo de estudio.....	77
Descripción de la muestra.....	77
Instrumentos y materiales de observación.....	77
Procedimiento.....	78
Trabajo de Campo.....	81
Caso N° 1.....	82
Caso N° 2.....	86
Caso N° 3.....	89
Caso N° 4.....	92
Conclusiones.....	95
Bibliografía.....	96
Anexos.....	100

Anexo I. Cuestionario

Anexo II

A. Guía de Entrenamiento para padres

B. Plan de Desarrollo Individualizado

C. Escala de Puntuación

Anexo III. Información útil sobre el cuidado de tu bebé

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer a mi mamá, Negrita, por su constante lucha para seguir adelante a pesar de todo y habernos dado lo mejor a mí y a mis hermanos y haberme apoyado en todos los momentos de mi vida y sobre todo en mi carrera.

Gracias a mis hermanos, Alberto y Luis por estar siempre presentes.

Agradezco a mi tía Gabriela por su apoyo y enseñanza.

Gracias a Gabriel por ser mi compañero en estos últimos años de mi vida y haberme ayudado en todo lo que he necesitado y a toda su familia.

Agradezco a mis amigas, Belén, Celina Gabriela, Romina, Soledad y Vanesa, por haber estado desde siempre al lado mío.

A mi amiga Eliana por estar siempre apoyándome.

A mis amigas y compañeras de carrera en Mendoza con las que fui creciendo y aprendiendo día a día durante estos últimos años. Cecilia, Celina, Eugenia, Florencia, Gabriela, Inés, Natalia H, Natalia M, y Victoria.

Agradezco enormemente a la Lic. María Adela Rossi por su apoyo, enseñanza y calidez durante estos meses en que ha dirigido mi tesis.

Agradezco al Dr. Oscar Prieto, Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Schestakow y a todo su equipo por darme la oportunidad de realizar mi tesina junto a ellos.

Gracias a mi Papá por todo lo que me dio.

RESUMEN

El presente trabajo se ha realizado con el fin amplio de hacer un aporte en el área de la Atención Temprana.

Una vez que se ingresó al Servicio de Neonatología del Hospital T. J. Schestakow, de San Rafael, Mendoza, se reflexionó con el Equipo sobre la importancia de incluir a los padres en el tratamiento del recién nacido internado en dicho Servicio.

Se capacitó a los padres en la observación del bebé a través del uso de la Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal, con el objetivo de disminuir el impacto del nacimiento de un niño de riesgo y potenciar el vínculo temprano.

Se ofreció material escrito, con el fin de que sirva de referencia para los profesionales del Servicio, en relación con el cuidado que los padres ofrecen a sus hijos. Dicho material fue entregado a los padres en forma de libro, explicándoles su utilidad.

Se realizó un abordaje de la lactancia, ya que es considerada como una de las primeras experiencias que facilitan el vínculo temprano.

El desarrollo de esta tesina brinda un modelo para incentivar el acercamiento de las madres a sus bebés dentro de las instalaciones del Servicio.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años se han realizado numerosas investigaciones sobre el efecto que produce un nacimiento prematuro en el núcleo familiar.

Se ha comprobado que los padres, y en especial la madre de un bebé prematuro, establecen relaciones diferentes a las que establecen los padres de niños nacidos a término.

“Las madres de prematuros tienen una tendencia a ser sobre estimuladoras (Field, 1979), más activas y más intrusivas (Goldberg y al., 1986), así como más vigilantes y más receptivas a las señales de los niños (Brown y Bakerman, 1980). Las interacciones parecen igualmente menos sincronizadas (Karger, 1979). Wille (1991) subraya que la madre experimenta a menudo menos afectos maternos positivos al mirar a su bebé, mientras Field (1979) constata que los bebés sonríen menos en el curso de la interacción.”¹

Tras pasar por momentos de rabia, culpa, pena y negación, los padres comienzan a realizar ajustes emocionales que les permiten alcanzar una relación más positiva con el bebé y con su mundo exterior, sintiéndose más útiles al tener una activa participación en algunos aspectos del cuidado del niño. De la buena resolución de todos estos estados, dependerá la calidad del vínculo de apego.

La conducta de los recién nacidos de riesgo es diferente de la conducta de los neonatos sanos. Esto cambia las reglas de interacción entre el recién nacido y sus cuidadores. El niño que nace a término y sano puede captar las influencias del ambiente extrauterino con toda su intensidad y puede establecer el control de su conducta y organizar sus funciones fisiológicas. Su conducta es fácilmente comprensible y proporciona abundantes oportunidades para establecer una relación recíproca con los padres, al mismo tiempo que refuerza el proceso de vinculación. (Brazelton, 1997)

¹ Bernard Golse y cols, 1999. *Bulletín du Groupe Waimh Francophone. Autor de la Prématurité*. Ed. Secrétariat Waimh France, Service du Pr Bernard Golse. Paris cedex 14. 1999

La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS Neonatal Behavioral Assessment Scale), creada por el Dr. Brazelton, permite que los padres vean a su hijo como un ser interactivo, comunicándose con él a través de su conducta.

A través de esta Escala los padres pueden ver las competencias de su hijo y comenzar a comprender su conducta, que en los neonatos prematuros generalmente es hiperreactiva. A partir de esto los padres pueden proporcionar al niño intervenciones adecuadas a sus necesidades. Así empieza a existir una sincronía entre los padres y el recién nacido, ellos regulan su conducta y observan sus respuestas.

Habitualmente los neonatos de riesgo son hiperestimulados con facilidad. Tienen dificultad para asimilar los estímulos ambientales y muestran una desorganización de su fisiología en forma de cambios de coloración, aumento del esfuerzo respiratorio, etc. Debido a esto el neonato utiliza gran parte de su energía para autorregularse, y dispone de poca energía para interactuar con sus cuidadores.

Esta conducta puede crear un dilema a los padres respecto a los hábitos de crianza normal, como mecer al niño, tocarlo e interactuar con él, que pueden ser muy estimulantes, y en sus intentos de comunicarse con él lo sobrecargan de estímulos.

Toda esta situación repercute directamente sobre el vínculo primario, ya que, además de lo dicho, el neonato prematuro es internado inmediatamente en el Servicio de Neonatología, siendo separado de su madre, quien, en ocasiones, no tiene oportunidad de verlo hasta horas o incluso días después del parto.

A todo esto se suma el temor por la vida de su hijo y el impacto de verlo dentro de una incubadora, y en ocasiones conectado a distintas máquinas, las cuales lo mantienen estable, pero alejado del cuerpo de su madre.

Esta situación repercute de forma negativa en el establecimiento del vínculo temprano, teniendo en cuenta, además, que la primera relación del bebé con su madre es la que se produce cuando el niño es puesto al pecho para ser alimentado, lo cual no puede ser realizado en la mayoría de los casos.

Generalmente estos niños deben ser alimentados a través de una sonda nasogástrica, debido a la ausencia de reflejo de succión y deglución, por la cual es suministrada la leche materna.

A partir de todo lo expuesto se decidió organizar esta tesina en dos partes.

La Primera Parte corresponde al Marco Teórico y se encuentra dividida en cinco capítulos. Estos son, respectivamente, Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal, Atención Temprana, El Embarazo, El Niño Prematuro y El Vínculo Temprano, éste último abordado desde una perspectiva psicoanalista.

En la Segunda Parte se encuentran los Objetivos de la Tesina, el Método y el Trabajo de Campo realizado.

Luego se encuentra la Bibliografía..

Finalmente encontramos los Anexos, los cuales incluyen el material utilizado durante el Trabajo de Campo

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capitulo I: La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal.

I. 1. Introducción

El progreso tecnológico de los últimos decenios en el ámbito de los tratamientos intensivos neonatales redujo notablemente la tasa de mortalidad neonatal, modificando también la frecuencia y el tipo de morbilidad.²

Sin embargo, surgieron nuevos problemas, no sólo en relación con los niños y su desarrollo neuropsíquico, sino también con sus padres; una de las consecuencias de un nacimiento prematuro o patológico es que el niño ha sobrevivido gracias a las “máquinas salvadoras” que, durante períodos más o menos largos, sustituyeron a las primeras y naturales relaciones con la madre y sus cuidados.

La vivencia de los padres respecto a estas máquinas es ambivalente, ya que por una parte existe una expectativa casi mágica hacia las máquinas gracias a las cuales su hijo sobrevive y que los obliga a una delegación completa, y por otra parte, coexiste un sentimiento de rechazo debido a la distancia que las mismas interponen entre ellos y el hijo, y el consecuente sentido de exclusión.

El “hijo de las máquinas” representa el resultado de un hecho biológico y psicológico totalmente particular; a pesar de ello es evidente que en torno de este niño gravitan una serie de problemas de orden psicológico y biológico mucho más importantes.³

El hecho de que el niño necesita de una máquina para sobrevivir evoca en los padres, y especialmente en las madres, un sentimiento de culpa sobre su incapacidad para alumbrar y la necesidad de un proceso de reparación, proceso difícil por la interposición de la máquina entre ella y el niño.

Otro momento importante es el proceso de reapropiación, por parte de los padres, de un hijo que, por lapsos más o menos largos, en cierto modo se les sustrajo.

² G. Fava Vizziello (1992) “Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

³ Se debe tener en cuenta que este es un concepto de los años 70 y que actualmente se tiene mayor aceptación de las máquinas por parte de la población en general.

Las competencias profesionales necesarias en el ámbito de los tratamientos intensivos neonatales son:

- observar, interactuar y responder al niño y a sus padres;
- conocer el desarrollo físico de manera profunda, así como los signos de malestar;
- evaluar la organización de las distintas funciones y saber orientarse en una multifactorialidad etiopatogénica para tratar de comprender el peso de los factores de riesgo.

I.2. La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal.

En Estados Unidos, el pediatra Berry Brazelton creó la Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS. Neonatal Behavioral Assessment Scale), la cual fue publicada por primera vez en el año 1973, siendo traducida al idioma español en el año 1997 en Barcelona, España. Dicha escala se ha dado a conocer en nuestro país hace menos de una década y actualmente es muy poco utilizada en los programas de Atención Temprana.

Brazelton afirma que el recién nacido es un ser competente y activo, dotado de excelentes condiciones que le capacitan para comunicar, tanto sus necesidades como su sintonía con el entorno. El objetivo de la evaluación es, entre otros, el análisis de las recíprocas interacciones que configuran la díada niño - cuidador.

Con la NBAS lo que se obtiene es un perfil de puntuaciones que permite detectar una posible alteración o patología, pero a su vez, dentro de los parámetros normales, detectar cuáles son las potencialidades o puntos fuertes como los problemas o puntos

débiles del neonato, así como sus peculiares formas de actuar y reaccionar ante las variables del entorno. Se obtiene un perfil de las características conductuales del niño, que se puede considerar como un primer esbozo de sus rasgos temperamentales.

Es un instrumento adecuado para detectar precozmente posibles alteraciones o desajustes en el desarrollo.

Esta escala evalúa el repertorio de conductas del recién nacido en 28 ítems conductuales que se evalúan en una escala de 9 puntos. Se incluye una valoración del estado neurológico en 18 ítems de reflejos, cada uno con una graduación de 4 puntos. Se incluyen 7 ítems suplementarios para captar el grado de fragilidad y la calidad de la conducta de niños de alto riesgo e intentan resumir la calidad de respuesta del niño y la cantidad de estimulación que necesita por parte del examinador para organizar sus respuestas.

Se evalúan cuatro dimensiones funcionales (Lo observable de la conducta neonatal).

Estas dimensiones funcionales son las siguientes:

- Fisiológica
- Motora
- Estado de conciencia (Sueño profundo; Sueño ligero; Somnoliento; Alerta; Ojos abiertos; Llanto.)
- Atención / interacción

Los 28 ítems conductuales y los 18 de reflejos se administran en una secuencia determinada y se pueden agrupar en módulos que siguen un orden establecido.

- Módulo de habituación
- Módulo motor - oral
- Módulo troncal
- Módulo vestibular
- Módulo social - interactivo

Entre los resultados arrojados a partir de un trabajo empírico con neonatos de alto riesgo utilizando la NBAS, se ha constatado el bajo umbral que poseen estos niños para percibir, utilizar y responder a los estímulos. Muchos recién nacidos de alto riesgo tienen un umbral tan bajo que, junto a su incapacidad para adaptarse a estímulos perturbadores o repetitivos, fácilmente se sobrecargan. Esto puede incapacitar al niño para centrarse en las señales ambientales. De este modo su oportunidad para asimilar y aprender de su entorno se encuentra en peligro.

Se ha constatado que estos niños pueden asimilar estímulos suaves, reducidos, pero siempre de una sola modalidad sensorial. Si se respeta esta necesidad de recibir estímulos reducidos, el recién nacido aprenderá con el tiempo a asimilar otros más complejos y organizará su sistema nervioso central para interactuar con un entorno cada vez más complejo (Brazelton, 1997).

A partir de lo antedicho se decidió reducir la Escala para realizar la toma a neonatos prematuros.

La Escala reducida comprende 20 ítems conductuales y 7 de reflejos (Escala de Puntuación en Anexo II.C)

Estos ítems son los siguientes:

- Ítems de comportamiento:
 1. Disminución de la respuesta a la luz
 2. Disminución de la respuesta al sonajero
 3. Disminución de la respuesta a la campanilla
 4. Orientación visual inanimada
 5. Orientación visual animada
 6. Orientación visual y auditiva inanimada
 7. Orientación visual animada
 8. Orientación auditiva animada
 9. Orientación visual y auditiva animada

10. Alerta
11. Movimientos defensivos
12. Actividad
13. Respuesta al abrazo
14. Capacidad de ser consolado
15. Capacidad de consolarse
16. Habilidad mano - boca
17. Temblores
18. Sobresaltos
19. Labilidad del color de la piel
20. Sonrisas

- Ítems de reflejos:

1. Prensión plantar
2. Babinski
3. Succión
4. Gabela
5. Movimientos pasivos - piernas
6. Prensión palmar
7. Marcha automática

Para realizar la toma de cada ítem se debe tener en cuenta el estado de conciencia en el cual se encuentra el neonato. Según Brazelton, son seis, dos de sueño y cuatro de vigilia, éstos son: sueño profundo, sueño ligero, somnoliento, alerta, ojos abiertos y llanto.

A continuación se explicará cada uno de ellos:

- **Estados de Sueño**

Estado 1. Sueño profundo con respiración regular, ojos cerrados, sin actividad espontánea excepto sacudidas o movimientos espasmódicos a intervalos bastante regulares; los estímulos externos producen sobresaltos que se presentan con algo de retraso; la supresión de los sobresaltos es rápida y los cambios de estado se presentan con mucha menor frecuencia que en otros estados. No hay movimiento de los ojos.

Estado 2. Sueño ligero con ojos cerrados; se observan movimientos rápidos de los ojos bajo los párpados cerrados; nivel bajo de actividad, con movimientos fortuitos y sobresaltos o equivalentes de sobresaltos; los movimientos son más suaves y controlados que en el estado 1; responde a los estímulos internos y externos con equivalentes de sobresalto, los cuales provocan a menudo un cambio de estado. La respiración es irregular y son visibles los movimientos de succión. Puede ocurrir que se abran los ojos a intervalos.

- **Estados de Vigilia**

Estado 3. Somnoliento o semiobnubilado; los ojos pueden estar abiertos pero fluctuantes, con la mirada y párpados pesados o cerrados con algún pestañeo; nivel de actividad variable, con fluctuaciones y sobresaltos moderados de vez en cuando; reacciona a los estímulos sensoriales pero la respuesta va a menudo retrasada y con frecuencia se

presenta un cambio de estado tras la estimulación. Los movimientos, en general, son suaves. Mirada aturdida cuando el niño no procesa información y no está completamente alerta.

Estado 4. **Alerta** con mirada brillante; parece dedicar toda su atención a la fuente de estimulación, tal como un objeto para succionar o un estímulo visual o auditivo; los estímulos perturbadores pueden desviarlo pero la respuesta va algo retrasada. La actividad motora es mínima. A pesar de presentarse una clase de mirada apagada en este estado, se puede fácilmente interrumpir.

Estado 5. **Ojos abiertos**, considerable actividad motora con descargas de movimientos en las extremidades y, a veces, unos escasos sobresaltos; reactivo a los estímulos externos con aumento de los sobresaltos o actividad motora; pero aparecen reacciones discretas difíciles de distinguir dado el nivel general de actividad. Se dan breves vocalizaciones de excitación.

Estado 6. **Llanto** caracterizado por su intensidad, de tal forma que es difícil pararlo a través de la estimulación. El nivel de actividad motora es alto.

La utilización de la escala NBAS permite que los padres vean a su hijo como un ser interactivo, comunicándose con él a través de su conducta. Les ayuda a cambiar de parecer respecto de las percepciones iniciales del recién nacido como frágil y enfermizo, y les aleja de la sensación de pérdida de su control en situaciones en las que aparentaba responder solamente a los cuidados de las enfermeras. Pueden empezar a ver las competencias de su hijo y comprender las razones por las que tiene una conducta hiperreactiva.

Esta nueva información les puede enorgullecer, puesto que las señales de conducta de su hijo los capacita para proporcionarle las intervenciones adecuadas, como cuando rodean con sus manos a su agitado y desconsolado hijo y ven cómo gradualmente se relaja y queda tranquilamente acostado. Esto estimula sus competencias y empieza a existir una

sincronía entre los padres y el recién nacido en cuanto que ellos regulan su conducta y observan sus respuestas.

Además la NBAS proporciona a los clínicos una forma de influir positivamente en las relaciones padres – hijo desde el inicio. (Brazelton, 1997)

I. 3. Puntuación de los ítems de la NBAS⁴

Ítems 1, 2 y 3. Disminución de la respuesta a la luz, al sonajero y a la campanilla (estados 1, 2 y 3)

La capacidad para disminuir progresivamente la respuesta a estímulos molestos es uno de los mecanismos de adaptación más impresionantes que posee un recién nacido. Con estas pruebas se intenta medir la disminución de la respuesta que se da en los estados de sueño o de adormecimiento después de que el recién nacido haya mostrado una reacción al estímulo.

Puntuación:

1. No se observa interrupción de la respuesta al estímulo y la evaluación del ítem tiene que ser anulada porque el recién nacido cambia a un estado de llanto o muestra signos de estrés fisiológico.
2. No se observa interrupción sino un progresivo aumento de la respuesta al estímulo presentado 10 veces

⁴ Hoja de puntuación en Anexo II.C

3. No se observa una interrupción completa de la respuesta al estímulo presentado 10 veces. En alguna de las 10 presentaciones hay disminución de la respuesta, pero ésta vuelve a aumentar, de forma que sigue presente al final de la décima presentación.
4. No se observa una interrupción completa de la respuesta al estímulo presentado 10 veces. Persisten los movimientos corporales, pero se puede observar una disminución gradual de las respuestas desde niveles generalizados a niveles mínimos. Los movimientos corporales pueden tardar en aparecer tras el estímulo y el recién nacido muestra ausencia de respuesta tras dos estímulos sucesivos.
5. Interrupción de los movimientos corporales, alguna disminución del parpadeo y cambios en la respiración tras presentar el estímulo 9-10 veces.
6. Interrupción de los movimientos corporales, alguna disminución del parpadeo y cambios en la respiración tras presentar el estímulo 7-8 veces.
7. Interrupción de los movimientos corporales, alguna disminución del parpadeo y cambios en la respiración tras presentar el estímulo 5-6 veces.
8. Interrupción de los movimientos corporales, alguna disminución del parpadeo y cambios en la respiración tras presentar el estímulo 3-4 veces.
9. Interrupción de los movimientos corporales, alguna disminución del parpadeo y cambios en la respiración tras presentar el estímulo 1-2 veces.

Ítems 4, 5, 6, y 7. Orientación al estímulo visual animado, visual - auditivo animado, visual inanimado y visual - auditivo inanimado (estados de alerta)

En los recién nacidos se observa cierta capacidad para fijar la mirada en un objeto y seguir brevemente su desplazamiento horizontal; los siguientes ítems miden esta capacidad.

Puntuación:

1. No fija la mirada ni sigue el estímulo.
2. Permanece quieto ante el estímulo, pero su expresión se anima.
3. Permanece quieto ante el estímulo, pero fija en él la mirada cuando se le presenta; muestra escaso interés espontáneo; lo sigue brevemente.
4. Permanece quieto ante el estímulo, pero fija en él la mirada; lo sigue describiendo un arco de 30 grados; movimientos discontinuos en forma de sacudidas.
5. Fija la mirada y sigue el estímulo horizontalmente describiendo un arco de al menos 30 grados, los movimientos son continuos; es capaz de encontrar de nuevo el estímulo si lo pierde.
6. Sigue el estímulo con el movimiento de ojos y cabeza a lo largo de dos arcos de 30 grados; los movimientos de los ojos son continuos.
7. Sigue horizontalmente al estímulo con los ojos y la cabeza al menos 60 grados, quizás un poco también verticalmente, con movimiento parcialmente continuo; pierde el estímulo ocasionalmente; gira la cabeza para seguirlo.
8. Sigue el estímulo horizontalmente con los ojos y la cabeza 60 grados y verticalmente 30 grados.
9. Fija la mirada en el estímulo y lo sigue con movimientos suaves y continuos de la cabeza en sentido horizontal y vertical; sigue el movimiento circular del estímulo, describiendo un arco de 180 grados.

Ítems 8 y 9 Orientación al estímulo auditivo animado e inanimado

Es una medida de la respuesta del recién nacido a la voz de sus padres y al sonido del sonajero cuando se encuentra en un estado de alerta. Se puede observar un aumento de vivacidad en la cara y en los ojos, que indican el grado de atención al estímulo.

Puntuación

1. Ausencia de reacción
2. Sólo se observan cambios en la respiración o parpadeos.
3. Se observa tanto un apaciguamiento general como parpadeos y cambios en la respiración; o bien puede girar la cabeza hacia el sonido, pero manteniendo los ojos cerrados.
4. Se queda quieto, se aviva su expresión y no hace intentos de buscar el origen del sonido.
5. Gira los ojos hacia el sonido, se apacigua y se aviva su expresión.
6. Se pone alerta y gira los ojos y cabeza hacia el sonido.
7. Se pone alerta y gira la cabeza hacia el sonido; lo busca y mira hacia la fuente del sonido (al menos una vez).
8. Se pone alerta y gira los ojos y cabeza hacia el sonido; lo busca y mira hacia la fuente del sonido varias veces (3 de 4 veces).
9. Estado de alerta prolongado y coherente; gira la cabeza, busca con los ojos y encuentra el estímulo cada vez (4 de 4 veces).

Ítem 10. Alerta (estados de alerta)

Este ítem representa una puntuación global que evalúa los mejores momentos de alerta del recién nacido, evidenciados por su capacidad de respuesta ante el examinador durante dichos mejores momentos. Evalúa tanto la duración de una alerta con mirada focalizada como la capacidad de responder con rapidez al estímulo visual o auditivo.

Puntuación.

1. No muestra atención. Rara vez, o nunca, responde al estímulo presentado.
2. Si está alerta, la respuesta es muy breve y siempre retrasada, sea cual fuere el estímulo.
3. Si está alerta, la respuesta es muy breve y a menudo retrasada; la calidad de la atención es variable y depende del estímulo.
4. Si está alerta la respuesta es muy breve pero no retrasada; la calidad de la atención es variable.
5. Si está alerta la respuesta es de duración moderada; puede ser retrasada y variable; se precisa bastante tiempo para conseguir la atención del recién nacido.
6. Si está alerta, la duración de la respuesta es generalmente mantenida. Todavía hay cierto retraso y variabilidad. La ayuda del examinador puede ser todavía necesaria para obtener este nivel de respuesta.
7. Si está alerta, la respuesta es de duración moderado; no se retrasa ni es variable, y el examinador la puede obtener sin un mínimo de esfuerzo.
8. Si está alerta, la duración de la respuesta se mantiene. No hay retraso o variabilidad, y sólo es necesaria una mínima ayuda por parte del examinador para iniciar las respuestas de orientación.
9. Está alerta durante la mayor parte del tiempo del examen. Las muestras de orientación son claras y su capacidad de alerta es predecible no es necesaria ninguna ayuda por parte del examinador.

Ítem 11. Movimientos defensivos (estados 3, 4 y 5)

Esta maniobra evalúa la respuesta del recién nacido cuando el examinador le dificulta la función visual, los movimientos de la cabeza o la respiración. Sus esfuerzos

para quietarse el pañuelo que le cubre la cara demuestran la importancia que la visión tiene para el recién nacido, mientras que su respuesta a la obstrucción parcial de las vías respiratorias refleja el grado de fuerza y vigor con la que el recién nacido usa su habilidad para defenderse de lo que le impide respirar.

Puntuación

1. No hay respuesta.
2. Se mantiene globalmente tranquilo.
3. Respuestas motrices inespecíficas, con largo período de latencia.
4. Respuestas motrices inespecíficas, con corto período de latencia.
5. Movimientos de búsqueda con la boca y giro lateral de la cabeza.
6. Igual, más extensión del cuello.
7. Más de un movimiento de los brazos sin dirección, comprendidos en el cuadrante superior del cuerpo.
8. Más de un movimiento de los brazos, comprendidos en el cuadrante superior del cuerpo, dirigido hacia el pañuelo.
9. Es capaz de quitarse el pañuelo con sus movimientos de brazos

Ítem 12. Actividad

Es un resumen de la actividad observada a lo largo de toda la prueba, especialmente durante los estados de alerta. La actividad puede ser de dos clases:

- a) Espontánea: evalúa la actividad de base observada durante el examen;
- b) Provocada: es la actividad que se da en respuesta a la estimulación recibida mientras se manipula al bebé y se le presentan los estímulos visuales o auditivos.

Puntuación:

Se puntúa la actividad espontánea y la provocada de forma separada en base a la puntuación de 0 a 3: 0 = ninguna; 1= moderada; 3= mucha. Se suman las dos puntuaciones.

1. Puntuación total = 0
2. Puntuación total = 1
3. Puntuación total = 2
4. Puntuación total = 3
5. Puntuación total = 4
6. Puntuación total = 5
7. Puntuación total = 6
8. Actividad continua pero tranquilizable
9. Actividad continua y no tranquilizable

Ítem 12. Respuesta al abrazo (estados 4, 5)

Este ítem es una valoración global de la respuesta del recién nacido cuando el examinador lo sostiene en brazos, en los estados de alerta. Son varios los componentes que se evalúan en la respuesta del recién nacido cuando se le sostiene cariñosamente en brazos, tanto verticalmente sobre el hombro del examinador, como horizontalmente, contra su pecho. Se evalúa la resistencia del bebé a ser sostenido en brazos. También su capacidad para relajarse, acoplarse y asirse al examinador.

Puntuación.

1. Siempre se resiste a ser sostenido en brazos, continuamente trata de retirarse, agitándose o poniéndose rígido.
2. Se resiste a ser sostenido la mayor parte del tiempo, pero no todo.
3. No se resiste, pero tampoco participa. Reposa pasivamente en los brazos y contra el hombro del examinador.
4. Eventualmente se amolda a los brazos del examinador, pero después de que se le haya acunado o arrullado mucho.
5. Generalmente se amolda y relaja cuando se le toma en brazos. No responde de la misma manera cuando se lo sostiene vertical y horizontalmente.
6. Siempre se amolda y relaja cuando se le toma en brazos.
7. Siempre se amolda, apoya la cabeza en la curvatura del codo o en el cuello del examinador.
8. Siempre se amolda inicialmente. Además de amoldarse y relajarse, el recién nacido se recoge y gira la cabeza, se apoya en los hombros del examinador y adapta sus pies en la cavidad del brazo opuesto; todas las partes de su cuerpo participan. Apoya la cabeza en el cuerpo del examinador tanto cuando se le sostiene en posición vertical como horizontal.
9. Además de todo lo anterior, el recién nacido se aferra y trepa por el cuerpo del examinador.

Ítem 13. Capacidad de ser consolado

Este ítem es una valoración del número de maniobras que el examinador utiliza para calmar al recién nacido cuando llora y para llevarle a un estado de tranquilidad.

Para administrar este ítem, el examinador debe comenzar cuando el recién nacido está en un estado 6. Si nunca llega a estar tan excitado se puntúa NE: No Evaluable.

Puntuación

1. No se le puede consolar.
2. Precisa succionar el chupete o el dedo, además de vestirlo, tomarlo en brazos y mecerlo.
3. Precisa vestirlo, tomarlo en brazos y mecerlo.
4. Precisa sostenerlo y mecerlo.
5. Precisa alzarlo y sostenerlo.
6. Precisa colocarle la mano en el abdomen y sujetarle uno o ambos brazos.
7. Basta con la mano aplicada de forma constante en el abdomen.
8. Se calma con la voz y la cara del examinador.
9. Se calma sólo con la cara del examinador.

Ítem 14. Capacidad de consolarse

Este ítem evalúa las estrategias que utiliza el niño cuando se encuentra en un estado de excitación a fin de recuperar un estado más tranquilo. Se considera éxito cuando se observa un cambio al estado 4 o inferior que se mantiene por lo menos 5 segundos.

Puntuación.

1. No hace intentos para tranquilizarse y la intervención siempre es necesaria.
2. Un breve intento para tranquilizarse (menos de 5 seg.) pero sin éxito.
3. Varios intentos para tranquilizarse pero sin éxito.
4. Un breve intento para tranquilizarse pero sin éxito.
5. Un breve éxito de autotranquilización por un período de 5 seg. o más.
6. Un intento de tranquilizarse con éxito que conlleva una tranquilización sostenida del recién nacido, regresando al estado 4 o inferior durante un mínimo de 15 seg.

7. Varios éxitos breves (5 seg.) en la autotranquilización.
8. Un mínimo de dos éxitos mantenidos (15 seg.) en la autotranquilización.
9. El recién nacido se tranquiliza de forma coherente durante períodos prolongados y nunca precisa que se le consuele.

Ítem 15. Habilidad mano - boca

Este ítem se puede evaluar en todos los estados. El reflejo mano - boca es innato y parece ser una respuesta a un roce en la mejilla o en la palma de la mano del recién nacido. Puede aparecer espontáneamente cuando el niño intenta consolarse o tranquilizarse cuando está inquieto.

Para evaluar este ítem el recién nacido debe llevarse la mano a la boca de una manera ACTIVA.

Puntuación.

1. No hace intentos de llevarse la mano a la boca.
2. Breves golpes en la zona bucal sin llegar a tocarse la boca.
3. Se lleva la mano o el puño cerca de la boca una vez, la toca pero no hay inserción.
4. Se lleva la mano o el puño cerca de la boca dos veces, la toca pero no hay inserción.
5. Se lleva la mano o el puño cerca de la boca tres veces, la toca pero no hay inserción.
6. Inserta la mano o el puño una vez con breves intentos de succión que no mantiene.
7. Tres o más breves inserciones con breves intentos de succión que no se mantienen.
8. Succión sostenida de la mano o puño observada en varias ocasiones, que duran más de tres segundos cada una de ellas.

9. Succión sostenida de la mano o puño observada en varias ocasiones; al menos una de ellas dura más de 15 segundos.

Ítem 16. Temblores

Los temblores importantes pueden indicar irritación o depresión del sistema nervioso central, pueden hacer pensar en la existencia de problemas metabólicos o pueden ser un signo de inmadurez. Su presencia sugiere que existe uno o varios de estos trastornos.

Puntuación.

1. No se observan temblores.
2. Sólo se observan temblores en los estados 1, 2 o 3.
3. Temblores sólo después del reflejo de Moro o después de sobresaltos.
4. Temblores observados 1 o 2 veces en los estados 5 o 6.
5. Temblores observados 3 o más veces en los estados 5 o 6.
6. Temblores observados 1 o 2 veces en el estado 4.
7. Temblores observados 3 veces en el estado 4. Menos de 3 veces en otros estados.
8. Temblores observados más de 3 veces en el estado 4 que pueden haberse visto más de tres veces en cada uno de los otros estados.
9. Temblores observados coherente y repetidamente en todos los estados

Ítem 18. Sobresaltos

Aquí se incluyen tanto los sobresaltos espontáneos como los que son provocados en el curso del examen.

Los recién nacidos excesivamente sensibles se sobresaltan en exceso ante cualquier estímulo molesto y también muestran sobresaltos sin razón aparente (sobresaltos espontáneos) o debidos a estímulos internos.

Puntuación.

1. No se observan sobresaltos.
2. Únicamente hay sobresaltos como respuesta a intentos del examinador de provocar el reflejo de Moro.
3. 2 sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.
4. 3 sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.
5. 4 sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.
6. 5-6 sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.
7. 7-9 sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.
8. 10 sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.
9. 11 o más sobresaltos, incluyendo el reflejo de Moro.

Ítem 19. Labilidad del color de la piel

Se valora los cambios de color y vascularización cutánea que tienen lugar durante todo el tiempo del examen.

Puntuación.

1. Pálido o cianótico (coloración azul y alguna vez negruzca o morada de la piel), se mantiene así durante todo el examen.
2. Color de la piel pálido o cianótico al principio del examen, que mejora mínimamente durante el examen.
3. Color de la piel pálido o cianótico durante la mayor parte del tiempo, pero que mejora a lo largo del examen.
4. Predomina el color saludable pero se observa acrocianosis en las extremidades, tórax o abdomen.
5. Color saludable generalizado, pero se observan ligeros cambios de color en algunas partes del cuerpo después de soportar estrés durante el examen.
6. Predomina el color saludable, pero se puede observar un cambio completo de color hacia el rojo que se extiende por todo el cuerpo. El buen color se recupera rápidamente cuando se le calma o se le cubre.
7. El color cambia a muy rojo y se extiende por todo el cuerpo cuando el recién nacido está estresado.
8. El recién nacido enrojece mucho desde el principio del examen y la recuperación es lenta.
9. El recién nacido está muy enrojecido a lo largo de todo el examen. Rara vez se observa buen color.

Ítem 20. Sonrisas

Ocasionalmente se observan sonrisas en el recién nacido que unas veces se pueden considerar como muecas o reflejos espontáneos pero otras veces son apropiadas, es decir, como respuesta a suaves estímulos visuales o auditivos. En otros casos, cuando se toma al niño en brazos, abrazándolo cariñosamente, un inequívoco gesto de sonrisa aparece en su

cara a medida que se relaja. Son imitaciones muy próximas a la sonrisa social en el período neonatal, cuando el examinador se inclina sobre la cuna y habla suavemente al recién nacido.

Puntuación

Anótese el número de veces que se observan sonrisas.

Déjese en blanco si no se ha observado ninguna sonrisa.

- **Ítems de reflejos:**

- 1. Prensión plantar**

0 = No provocable

1 = Flexión de los dedos no mantenida y débil.

2 = Respuesta buena y mantenida.

3 = Respuesta muy fuerte, flexión obligada de los dedos, no hay relajación.

- 2. Babinski**

0 = No provocable

1 = Flexión dorsal débil; mínima respuesta de dedos en abanico.

2 = Buena flexión dorsal con marcada respuesta de dedos en abanico, incluyendo alguna flexión del dedo gordo.

3 = Obligada y enérgica flexión dorsal con obligada respuesta de dedos en abanico, sin relajación posterior.

3. Succión

0 = No hay movimientos de succión.

1 = Succión débil o apenas observable.

2 = Succión rítmica y modulada.

3 = Succión obligada e intensa que no disminuye posteriormente.

4. Gabela

0 = No hay reacción.

1 = Respuesta débil; apenas observable.

2 = Respuesta modulada.

3 = Enérgico cierre de los ojos y mueca facial.

5. Movimientos pasivos - piernas

0 = No hay resistencia a la extensión y no hay retroceso.

1 = Poca resistencia a la extensión y débil retroceso.

2 = Moderada y modulada resistencia a la extensión y bueno o moderado retroceso.

3 = Resistencia hipertónica a la extensión, obligado retroceso con movimiento incontrolado.

6. Prensión palmar

0 = No hay ningún movimientos de prensión.

1 = Breve y débil flexión de los dedos de la mano.

2 = Respuesta fuerte de prensión que se relaja voluntariamente.

3 = Prensión obligatoria, dificultad para relajar la mano.

7. Marcha automática

0 = Ninguna flexión de cadera o rodilla.

1 = Algún intento de avanzar el pie con leve flexión de cadera o rodilla.

2 = Pasos discernibles con flexión alterna de cadera y rodilla.

3 = Respuesta hiperreactiva obligada con flexión de cadera y rodilla y extensión del pie.

Capítulo II:

Atención Temprana

II. 1. Definición

Se entiende por Atención Temprana al conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.⁵

Se utiliza la denominación Atención Temprana, para hacer referencia a un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, a la familia y a la comunidad.

Este modelo de Atención Temprana presenta una oferta muy rica en sus servicios: información, detección, diagnóstico y tratamiento desde distintas disciplinas, orientación y apoyo familiar, coordinación con servicios sanitarios, educativos y sociales, apoyo y asesoramiento, etc.

Pretende enriquecer el medio en el que se desenvuelve el niño, fomentando las interacciones con la familia, la escuela, la cultura y el contexto social.

II.2. Fundamentos de la Atención Temprana

Los resultados de los trabajos experimentales de las últimas décadas ponen de manifiesto un cierto nivel de plasticidad del sistema nervioso central, sobre todo durante los períodos tempranos de la vida. Los períodos de desarrollo cerebral rápido y abierto para el aprendizaje durante las primeras etapas de crecimiento del cerebro sugieren cómo

⁵ Libro Blanco de la Atención Temprana". (2000) Madrid: Edita Real Patronato de prevención y atención a personas con discapacidad.

el ambiente puede cumplir su papel en el desarrollo de las estructuras nerviosas, las cuales se desarrollan según el tipo de experiencia. (Brudezan, M. L 2003)

Se ha comprobado que el desarrollo del niño es el resultado de un complejo proceso de interacción entre el organismo y las influencias del ambiente. Otras investigaciones en el campo de la intervención temprana están poniendo de manifiesto que en los primeros meses no sólo hay que tener en cuenta la estimulación sensomotora, sino que hay que considerar otros aspectos de gran importancia: el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, el bienestar personal y familiar, el estrés de los padres, el diseño del ambiente físico del hogar, los aspectos relacionados con la salud del niño, etc.⁶

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las situaciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la adquisición normal de los hitos que son propios de los primeros años puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior.

Se podría decir que existen una serie de razones que avalan la importancia decisiva de la atención temprana en las primeras edades del niño:

- El desarrollo del cerebro antes del primer año de vida es más rápido y extenso de lo que antes se conocía. Aunque la formación de las células está completa prácticamente antes del nacimiento, la maduración cerebral continua después del mismo.
- El desarrollo cerebral es vulnerable a la influencia del ambiente. La desnutrición antes del nacimiento y en los primeros años, el estrés en la primera infancia y una pobre o inadecuada estimulación motriz y sensorial, pueden afectar la función cerebral, provocando trastornos neurológicos y conductuales como discapacidades del aprendizaje, retraso mental, dificultades adaptativas emocionales y sociales, etc.
- Las bases del desarrollo de las capacidades fundamentales tienen lugar en los primeros años de vida. Las investigaciones han demostrado que la mitad del

⁶ Brudezan, M L. (2003). Tesis de Licenciatura. "Atención Temprana en la niñez: una visión integradora". Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Mendoza.

potencial de la inteligencia está desarrollada a la edad de cuatro años, y que las intervenciones en la primera infancia pueden tener efecto perdurable sobre la capacidad intelectual, el comportamiento emocional y social.

- Desde el nacimiento, los procesos de maduración y desarrollo son posibles gracias a la interrelación e interacción del niño con el medio. Por ello, cobran especial relevancia desde las primeras edades y singular significado en aquellos niños que presentan algún tipo de necesidad especial, ya sea como consecuencia de alteraciones en su desarrollo o por deficiencias en el nacimiento.
- Las primeras edades constituyen un período vital, caracterizado por un potente y cambiante ritmo evolutivo y de desarrollo, donde la plasticidad y flexibilidad de las estructuras fisiológicas y psicológicas del niño adquieren y poseen un máximo exponente para su desarrollo posterior. Desde este punto de vista cualquier anomalía de las capacidades debe ser compensada lo más prontamente posible, a fin de evitar limitaciones en su posterior evolución.
- La intervención temprana debe llevar a un mejoramiento de la calidad de vida del niño y de su entorno familiar. Las acciones planificadas en atención temprana tienden a desarrollar o posibilitar en su mayor grado las opciones de integración familiar, educativa y socio-ambiental de cada niño. Comprendiendo objetivos y métodos de implicación de la familia; conocimiento de sus expectativas, demandas, necesidades y criterios; relevamiento de sus propuestas, información, entrenamiento, orientación, etc. que garanticen su participación en el proceso de desarrollo del niño, y sobre todo, que les permita disfrutar en su vida cotidiana de los logros funcionales que se produzcan y de la relación afectiva y relacional más rica y variada posible.

Es por ello que la intervención temprana debe posibilitar que desde el inicio de las primeras experiencias en el niño se garantice el máximo desarrollo global de todas sus capacidades, a través de una acción integradora en todos sus aspectos. (Brudezan, 2003)

A partir de esto queremos destacar la importancia de realizar un abordaje temprano en las situaciones de parto prematuro, debido a las circunstancias por las que deben atravesar tanto los padres, como el niño al ser internado, realizando la contención

emocional de los padres, ayudando a la instauración del vínculo entre los padres y el niño internado en el Servicio de Neonatología y enseñando a éstos a observar a su hijo para así responder a sus necesidades de una mejor manera, durante el tiempo que se encuentre internado y al llevarlo a casa.

II.3 Objetivos de la Atención Temprana

Su principal objetivo es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2000)

Los objetivos más específicos son:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto del desarrollo global del niño.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o una situación de alto riesgo.
- Desarrollar el potencial psicológico del niño, lo que implica favorecer el desarrollo de los aspectos cognoscitivos y la adaptación emocional y social.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.
- Lograr la participación activa de los padres en este proceso.
- Prestar asistencia frente a las dificultades que puedan presentarse en la relación del niño con su madre.

- Posibilitar la integración del niño en su grupo familiar primario y al resto de la sociedad.

Capítulo III

Embarazo

III. 1. Psicología del Embarazo

Cuando una mujer comprueba que está embarazada se produce una mezcla de sentimientos: miedo, alegría, preocupación, etc. Los temores se mezclan con las ilusiones. La futura mamá experimenta altibajos en su humor, y debe hacerse a la idea del cambio en su vida a partir de este acontecimiento.

Miguel Hoffman en su libro dice lo siguiente: “Las vocaciones personales, las necesidades materiales, hacen que un embarazo también sea una interrupción, algo que se deja a cambio del bebé que viene”.⁷

A medida que avanza el embarazo, con los controles médicos y las ecografías, los padres comienzan a hacerse una imagen de su bebé, le atribuyen un sexo, un nombre, y en ocasiones ya sueñan con la futura profesión de su hijo.

Durante el embarazo se presentan diversas ansiedades en la madre. Según Raquel Soifer los incrementos de la ansiedad durante el embarazo se pueden detectar en ciertos movimientos específicos que se clasifican de la siguiente manera⁸:

- a) Comienzo de la gestación;
- b) Formación de la placenta (2º y 3º mes);
- c) Percepción de los movimientos fetales (3 y medio meses);
- d) Instalación franca de los movimientos (5 meses);
- e) Versión interna (6 y medio meses en adelante);
- f) Comienzo del noveno mes;
- g) Últimos días antes del parto.

Estos accesos de ansiedad, que pueden durar días o semanas y pueden llegar a producir sintomatología física propia, o llegar a producir el aborto o parto prematuro, se caracterizan por fantasías bien determinadas y específicas.

⁷ Miguel Hoffman (2004). “Los árboles no crecen tirando de las hojas”

⁸ Raquel Soifer (1977) “Psicología del embarazo, parto y puerperio”

Al comienzo de la gestación se observa que la mujer presenta una hipersomnía, siente que necesita dormir mucho más de lo habitual y que está con sueño todo el día, este síntoma revela que ha comenzado la regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto. Esta regresión es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita.

Las manifestaciones externas de esta regresión son el ensimismamiento de la mujer, la cual se ve desconectada de los demás. Cuando la mujer tiene niños pequeños la retracción materna es inmediatamente sentida por la criatura, que reacciona con un brusco cambio de conducta.

El segundo y tercer mes de embarazo corresponde a la placentación. La percepción inconsciente de este proceso produce la reactivación de las fantasías persecutorias de robo y vaciamiento. Este período es el que corresponde al peligro de aborto. En esta época, pueden comenzar síntomas como la diarrea o la constipación. Ambas disfunciones asustan a la embarazada, dado que ésta acostumbra a asociarlas conscientemente al peligro de aborto.

Si bien estos síntomas son la expresión del rechazo al hijo, ese rechazo involucra tan sólo un aspecto de la personalidad, de importancia menor que aquél que anhela ser madre. Si una embarazada vomita o tiene diarrea o se constipa se debe al temor por la percepción de su rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología. Por lo tanto vomita o defeca excesivamente como manera de disociar y discriminar lo bueno de lo malo dentro de ella, expulsando lo malo para quedarse con lo bueno, el hijo.

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir del cuarto mes (3 meses y medio de gestación). Pero no en todos los casos la conciencia registra esa situación, siendo frecuente que recién empiecen a sentirse en el quinto mes. Este embotamiento de la percepción se le atribuye a la negación.

La ansiedad dominante de todo el embarazo y que irrumpe en forma intensa frente a la percepción de los movimientos fetales es la ansiedad culposa por experimentar una unión tan íntima y personal, tan de a dos, tan exclusiva, en la que ningún otro puede interferir. Ansiedad y culpa porque reactiva en el inconsciente las fantasías incestuosas y masturbatorias infantiles.

La ansiedad frente a los movimientos, al promediar los cuatro meses de embarazo, se manifiesta conscientemente de varias maneras: temor al hijo deforme, miedo a morir en el parto, o angustia por verse deforme una misma y quedar así. En este momento, también, disminuye la libido sexual.

Desde la mitad del séptimo mes en adelante puede producirse la versión interna, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

En esta crisis de ansiedad, la sensación conciente es que algo está ocurriendo que asusta y desconcierta. Cuando estas sensaciones concientes no existen es porque hay negación de la percepción, o bien ante su percepción, la crisis de ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos: crisis de hipertensión, lipotimia, gripes agudas, diarreas, constipación, brusco y excesivo aumento de peso, etc. la emergencia más grave es el parto prematuro.

Para Soifer en el parto prematuro hay una relación estrecha entre la percepción de la versión y la crisis de ansiedad. El análisis que realizó de esta situación reveló siempre el incremento de la ansiedad a niveles insostenibles.

Una vez producido el advenimiento precoz, la familia debe ser adecuadamente amparada, ya que el hecho en sí muestra que está en crisis y que se trata de una crisis entre una tendencia productiva y otra que lleva a la inercia como única defensa. La protección debe incluir la posibilidad de que ambos progenitores permanezcan realmente vinculados a su hijo para que el mismo pueda ser de verdad el fruto concreto y la traducción de la tendencia activa victoriosa.

Cuando no se produce el parto prematuro, encontramos las ansiedades del comienzo del 9º mes. En este momento surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando en peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan y el cuerpo debe cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación. Todo esto intensifica las ansiedades que, además, van exacerbándose por la noción de proximidad del parto y la incertidumbre de cuándo será, si saldrá todo bien, etc.

III.2. Desarrollo embrionario:

Debido a que en el presente trabajo se abordará bebés prematuros nacidos a partir de la vigésima séptima semana de gestación, explicaremos cómo prosigue el desarrollo en el útero en los casos en los cuales el embarazo llega a término.

Cuando transcurre la semana número 27 de gestación, el bebé ya tiene un aspecto similar al que tendrá al nacer, salvo porque es más delgado y más pequeño. Los pulmones, el hígado y el sistema inmunológico todavía tienen que madurar, pero si el niño naciera, seguramente tendría posibilidades de sobrevivir.⁹

A medida que la audición continúa desarrollándose, el bebé puede comenzar a reconocer la voz de sus padres. Los sonidos se escucharán amortiguados, ya que los oídos todavía están cubiertos por una sustancia cerosa (vérnix) que protege la piel y evita que se agriete con el líquido amniótico.

En la siguiente semana el bebé ya pesa alrededor de 1.000 gramos y mide unos 25 centímetros de la coronilla al cóccix. En esta etapa los pliegues y surcos del cerebro del bebé continúan su crecimiento y expansión. También se siguen formando más capas de grasa y continúa el crecimiento del cabello.

Durante la semana número 29, el bebé está muy activo y los primeros movimientos suaves se transforman en patadas y sacudones. El bebé se mueve alrededor de unas 10 veces por hora

Cuando el embarazo cursa por la semana número 30, el bebé pesa unos 1.500 gramos, mide unos 27 centímetros de la coronilla al cóccix y continúa aumentando de peso y generando más capas de grasa. Esta grasa hace que el bebé tenga un aspecto menos arrugado y le ayude a mantener su temperatura corporal después del parto.

⁹ Elana Pear Ben - Joseph (2006) www.kidshealth.org

Como preparación para poder respirar por sí mismo después del parto, el bebé imitará los movimientos respiratorios moviendo reiteradamente el diafragma. Hasta puede tener hipo, que será sentido por la madre como temblores rítmicos en su útero.

A las 31 semanas el bebé orina varias tazas por día en el líquido amniótico. También está tragando líquido amniótico, que se regenera completamente varias veces por día. El exceso de líquido en el saco amniótico (conocido como “polihidramnios”) suele indicar que el bebé no está tragando normalmente o que existe una obstrucción gastrointestinal. Cuando hay menos líquido amniótico de lo normal en el saco (oligohidramnios) suele indicar que el bebé no está orinando con normalidad, posiblemente a causa de un problema en los riñones o las vías urinarias. El médico mide el nivel de líquido amniótico durante las ecografías.

En el transcurso de la semana 32 ya pueden apreciarse las pestañas, las cejas y el cabello en la cabeza del bebé. El vello, llamado “lanugo”, que ha cubierto al bebé desde el comienzo del segundo trimestre comienza a caer aunque parte se mantiene en los hombros y la espalda hasta el nacimiento.

El bebé ya mide aproximadamente 29 cm y pesa alrededor de 1.800 gramos. Si el parto se produce en este momento el bebé tiene muchas probabilidades de sobrevivir fuera del vientre.

A partir de la semana 33, los miles de millones de neuronas del cerebro del bebé lo están ayudando a aprender sobre el ambiente dentro del útero. Puede oír, sentir y hasta ver algo. Los ojos del bebé pueden detectar la luz y las pupilas se pueden contraer o dilatar como respuesta a la luz. Al igual que un recién nacido, el bebé duerme la mayor parte del tiempo e incluso experimenta la etapa de movimiento rápido de los ojos (REM).

Los pulmones del bebé ya casi están completamente formados. La grasa continuará depositándose en el cuerpo del bebé para protegerlo y abrigarlo. Los bebés aumentan considerablemente de peso en las últimas semanas antes del nacimiento.

La sustancia cerosa (vérnix) que recubre la piel del bebé se hace más gruesa, a partir de la semana 34, mientras que el lanugo desaparece completamente.

En este momento, la mayoría de los bebés ya se encuentran en posición para el parto. Los bebés que nacen en la semana 34, tienen, por lo general, los pulmones bien

desarrollados, un peso promedio de 2.250 gramos y un largo de 32 centímetros de la coronilla al cóccix, que le permiten sobrevivir fuera del vientre materno sin una intervención médica especial.

En la siguiente semana, el bebé ya pesa unos 2.400 gramos, pero durante esta semana comienza un período rápido de aumento de peso, aproximadamente de 200 a 300 gramos por semana. La grasa se empieza a depositar en todo el cuerpo del bebé, especialmente alrededor de los hombros.

En la semana 36 el bebé pesa un poco menos 2.700 gramos. Los huesos que forman el cráneo del bebé pueden moverse uno con relación al otro y superponerse mientras la cabeza se abra paso a través del canal de parto dentro de la pelvis.

Cuando el bebé cumple las 37 semanas dentro del útero, se lo considera a término, pero todavía no ha dejado de crecer. Sigue desarrollando grasa a una velocidad de 12 gramos por día. A esta altura el niño ha desarrollado suficiente coordinación como para poder asir algo con los dedos. Si se le muestra una luz brillante puede girar hacia ella en el útero.

En la siguiente semana, el bebé ya pesa alrededor de 2.900 gramos y mide unos 34 centímetros. En este momento el aumento de peso disminuye o cesa por completo.

Si el bebé es un varón, los testículos han descendido al escroto, a menos que haya un problema denominado testículo no descendido. Si el bebé es una mujer, los labios vaginales ya están completamente formados.

En la semana 39 la mayor parte de la vérnix que cubría la piel del bebé y el lanugo han desaparecido. El cuerpo de la madre ha suministrado anticuerpos al bebé a través de la placenta, lo que ayudará al sistema inmunológico del bebé a luchar contra infecciones en los primeros 6 - 12 meses de vida.

En la semana 40 se espera que el bebé nazca, aunque sólo el 5% de las mujeres dan a luz en la fecha estimada por el médico, y muchas madres primerizas deben esperar hasta dos semanas más para tener a su bebé.

Los bebés que nacen en la semana 40 pesan, en promedio 3.300 gramos y miden 51 centímetros.

A partir de lo expuesto, teniendo en cuenta que se considera prematuro a aquellos niños que nacen con 36 semanas de gestación o menos, se aprecia la inmadurez con la cual llegan al mundo dichos niños.

Capítulo IV

El Niño Prematuro

IV. El Niño Prematuro

Para la clínica médica el bebé prematuro es aquél que no ha cumplido con el proceso de maduración biológica, por lo que es pre-maturo.

Es decir que el *neonato pretérmino* es designado prematuro por sus características de inmadurez estructural y la característica principal es la condición, en sí patológica, de no transcurrir el último trimestre de embarazo dentro del útero materno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como pretérmino, en 1961, al neonato de edad gestacional (EG) inferior a 37 semanas de gestación o bien 259 días respecto del primer día de la última menstruación y se expresa en semanas completas. (G. Fava Vizziello, C. Zorzi, M. Bottos, 1993)

Estos bebés presentan un riesgo elevado de padecer anomalías en su desarrollo, el cual aumenta conforme disminuye el período de gestación y el peso al nacer. (Sánchez-Caravaca, 2006)

Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia están relacionadas con el estado de inmadurez del niño y son:

- 1) *las enfermedades respiratorias.*
- 2) los problemas ligados a *la inmadurez del tracto gastrointestinal* y la dificultad para alimentarse correctamente por vía oral.
- 3) *la ictericia;*
- 4) las infecciones por inmadurez e inexperiencia del sistema inmunológico.
- 5) *la hemorragia cerebral.* En un tiempo era un hecho catastrófico en los neonatos prematuros, pero a partir de la introducción de la ecografía cerebral se modificó la actitud del neonatólogo.
- 6) *la retinopatía* de la prematurez y su más grave secuela de cicatrización, la fibroplasia retrolental, comprometen a los prematuros de bajo peso y baja edad gestacional.

La asistencia al neonato prematuro reviste por ende problemáticas complejas, dada la variedad y la gravedad de las patologías y la invasividad de las terapias y aparatología que deben aplicarse. (G. Fava Vizziello, C. Zorzi, M. Bottos, 1993)

Sin embargo, no debemos olvidar que gracias a los avances tecnológicos en la actualidad ha disminuido enormemente el índice de mortalidad de los neonatos prematuros. Aunque por otro lado, se ve afectado el vínculo temprano entre madre-hijo, debido a la distancia puesta por las máquinas que mantienen con vida al niño.

Capítulo V

El Vínculo Temprano

V. 1. El vínculo temprano

La palabra vínculo hace referencia a una relación estrecha.

Relación o vínculo es aquello que se establece entre dos personas, en este caso madre y bebé, y que engloba la comunicación.

La relación entre el bebé y su medio ambiente es tomada como un proceso bidireccional, donde el bebé no está sumido pasivamente a las influencias de su medio, sino que, a su vez, él es el origen de las modificaciones (Oberman, A; Fiszlelew, R. 1995).

A lo largo de los años se han realizado numerosas investigaciones sobre el vínculo temprano o apego. A continuación veremos algunas de las teorías que han surgido al respecto.

V.1.1. Aportes de Harlow

Harlow realizó experiencias con monos. Una de las investigaciones realizadas fue un estudio del vínculo madre-lactante en 1957. A cada animal, de un grupo de 4, separados de sus madres al nacer, se le proporcionó una madre sustituta: una forma cilíndrica de alambre soldado con la tetina del biberón, sobresaliendo de su pecho y la cabeza era de madera. Los demás animales (60 en total) se criaron con madres sustitutas más agradables, cubiertas con peluche. Se observó que los monos lactantes demostraron mayor apego a las madres de paño.

Esta investigación permitió pensar que el alimento y el confort del contacto proporcionado por la madre de paño no produjo un adulto normal, ya que esta madre sustituta no puede comunicar sonidos, ni gestos propios del mono. Tampoco puede

castigar por malos comportamientos, ni intenta romper el apego corporal del lactante antes de que se convierta en una fijación.

Las conclusiones de Harlow no se pueden aplicar en seres humanos, ya que estas experiencias serían imposibles de realizar con bebés, pero se podría pensar que su hipótesis acerca de la importancia del vínculo entre pares por sobre el vínculo con la madre no es trasladable a los seres humanos, ya que la relación materno - filial humana excede el comportamiento biológico, entrando en juego toda la complejidad de nuestro psiquismo. (Oberman, A; Fiszlelew, R. 1995)

V.1.2 Aportes de Spitz

Spitz estudio en profundidad la relación madre-hijo. Destacó que en esta relación se tiene la oportunidad de observar el inicio y la evolución de las relaciones sociales in statu nascendi.

La relación madre-hijo es la primera relación social del individuo (Spitz, 1969).

Según Spitz la mayor parte del primer año de vida está dedicado a esforzarse por sobrevivir y formar o elaborar dispositivos de adaptación que sirvan para conseguir esa meta. Postula, siguiendo a Freud, que el infante está desamparado y es incapaz de conservarse vivo por sus propios medios y es la madre quien compensa y proporciona todo aquello de lo que carece el bebé. El resultado de esto es una relación complementaria, una diada.

Spitz postula que la diada madre-hijo se sirve de un diálogo fundamentalmente no verbal: las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y de ser sostenido; todo esto forma parte del sistema comunicacional.

Spitz distingue tres etapas en el desarrollo durante el primer año de vida del bebé.

Éstas son:

1. Etapa sin objeto.
2. Etapa del precursor del objeto.
3. Etapa del objeto libidinal propiamente dicho.

V.1.3. El vínculo afectivo según J. Bowlby

J. Bowlby, utilizaba el término *Attachment* para referirse al vínculo afectivo que une a una persona con otra, lazo que los une en el espacio y que perdura a través del tiempo.

Con el término apego designa la emergencia de conductas sociales o conductas de apego que garantizarían la proximidad o el contacto con la otra persona. Bowlby utilizó el término apego para estudiar la naturaleza del vínculo del niño con su madre.

Para Bowlby los lazos con el objeto son a la vez reales y representacionales.

Este autor, a través de sus estudios, analiza el apego en relación a la evolución de la especie: define como instintivas a las conductas de apego las cuales tienen, en el ambiente de adaptación evolutiva, consecuencias vitales para la supervivencia de la especie.

Desde esta perspectiva, el apego tiene una función de protección contra el riesgo del peligro que representan, por un lado la ruptura del lazo entre madre e hijo y, por otro lado, las agresiones externas.

Plantea que la conducta de apego está preprogramada y preparada para desarrollarse en cierto sentido cuando las condiciones lo hagan posible. Conceptualiza el apego como una forma fundamental de conducta, con su propia motivación interna, distinta de la alimentación y el sexo, pero no menos importante para la supervivencia.

Según Bowlby el niño dispone de dos grandes tipos de conductas que favorecen su contacto con la madre:

1. conductas con valor de señales y que solicitan la aproximación de la madre: llantos de distintos tipos, sonrisa, balbuceo, y más tardíamente en el desarrollo, los movimientos de los brazos y la inclinación del tronco hacia adelante
2. conductas que acercan al niño a la madre: la succión no alimentaria, el aferramiento, la búsqueda, y más tardíamente, el seguimiento a través del gateo y la marcha.

A partir de los 3 años el niño no tiene necesidad, para sentirse seguro, de la presencia física de la madre: es suficiente con saber dónde se encuentra ella. También comienzan a tener importancia las figuras secundarias (Oberman, A; Fiszlelew, R. 1995).

V.1.4. Aportes de Donald Winnicott

Winnicott, desarrolló su teoría desde el psicoanálisis. Este autor propone el concepto de “*holding*” el cual hace referencia al sostén psicológico, necesario para el desarrollo emocional del niño. Este es presentado como un aspecto de la función materna correspondiente a las primeras etapas de la vida de su hijo:

Agrupar en tres categorías la función de una madre “suficientemente buena”:

1. el sostenimiento (Holding): incluye la forma en que es sostenido el niño y también el sostén psicológico.

2. la manipulación (Handling)
3. La mostración de objetos (realización), la cual promueve en el bebé la capacidad para relacionarse con objetos.

Para Winnicott, el cuidado de los niños puede describirse en términos de sostén.

Un sostén y un manejo adecuado facilitan los procesos madurativos, y un sostén inadecuado significa una repetida irrupción de estos procesos debido a las reacciones del bebé ante los fracasos en la adaptación. Winnicott postula que los bebés no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.

“La forma en que la madre toma en brazos a su bebé está muy relacionado con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que solamente podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que no hace sino cimentar la sensación de desintegrarse, la sensación de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y otras ansiedades que en general se describen como psicóticas (Winnicott, 1960, citado por Oiberman, A; Fiszlelew, R. 1995).

Para el bebé la base de la seguridad sería un sostén continuo y adecuado. De esto deriva la seguridad en el mundo externo y la posibilidad de su desarrollo emocional. Las bases de la personalidad se asientan en forma apropiada si el niño recibe un sostén adecuado. (Oiberman, A; Fiszlelew, R. 1995).

El sostén tiene como función psicológica proveer apoyo yoico, de modo que el yo, “incipiente y precario” del niño no se desintegre. El psiquismo inmaduro del bebé es compensando por el de la madre: lo que le falta al niño lo completa ella. Hay una interdependencia psíquica entre ambos psiquismos.

El bebé, a través de un sostenimiento adecuado, va reconociendo a su cuerpo como parte de sí, aprendiendo más tarde a cuidar del mismo por sí solo. Así es como logra adquirir en forma gradual una relativa autonomía.

Winnicott propone que el desarrollo del niño debe ser enfocado en relación al medio en que tiene lugar y en relación al adulto que cuida de él.

El medio es suficientemente bueno y facilitador cuando presenta un alto grado de adaptación a las necesidades del lactante. La madre es capaz de ello en razón del estado particular en que se halla: “preocupación materna primaria” (Winnicott, 1956, citado por Oiberman, A; Fiszlelew, R. 1995).

La preocupación materna primaria es una condición psicológica de la madre que se desarrolla en los últimos meses del embarazo y hasta unas semanas después del nacimiento. Es un estado de extrema sensibilidad que le permite identificar plenamente las necesidades del bebé y poder así satisfacerlas.

V.1.5. Aportes de Mirta Chokler

Por otro lado, la Dra. Mirta Chokler incluye al vínculo de apego como uno de los Organizadores de Desarrollo en el niño, siguiendo las consideraciones tanto de Bowlby como de Winnicott.

Chokler considera que la función esencial del vínculo de apego es proteger, contener, sostener y tranquilizar al niño en su contacto con el mundo que es nuevo para él y constantemente se renueva, lo que le despierta curiosidad, interés pero también inquietud, alarma y ansiedad.

El niño va desarrollando el apego hacia aquellas personas con las que tiene mayor interacción o que le brindan las respuestas específicas más cálidas y adecuadas.

Los avatares de dicha interacción con las personas significativas, la calidad predominante de gratificación o de frustración que le aporten: sensación de sostén, de seguridad, de apaciguamiento, filtrando los estímulos invasores, o por el contrario, las vivencias de temor o de ansiedad, están en la base de la construcción de las matrices

afectivas, relacionales y sociales, que permiten al sujeto sentirse mejor acompañado, confiando en su entorno y seguro de sí mismo o precariamente sostenido y hasta, a veces, perversamente sometido. (M. Chokler, 2006)

La construcción del vínculo de apego, con sus cualidades de mayor o menor estabilidad y solidez, se realiza en el contacto cuerpo a cuerpo, desde las primerísimas sensaciones e impresiones que le llegan del adulto o de los otros, a través del olfato, del tacto, de la textura, de la tibieza, o la suavidad de los gestos, los mecimientos, la mirada, los arrullos, la sonrisa y del sonido de la voz. Las sensaciones corporales, los movimientos del mismo niño en relación con el otro, le van dejando huellas ligadas al placer por la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas o huellas de tensión, de rigidez, dolor, de ansiedad, de carencia. (M. Chokler, 2006)

Según la Dra. Chokler, la falta de sostén físico y emocional, de contención, ataca el frágil estado de integración, de unificación del bebé, provocando sensaciones caóticas de desborde y de disgregación de sí con una activación excesiva de las ansiedades primitivas. Toda experiencia vivida como invasora, nociva, desagradable – el hambre intensa, por ejemplo- o toda vivencia inesperada, dolorosa o brusca, como la hiperestimulación sensorial y/o laberíntica de los giros, los desequilibrios, las sacudidas, la inestabilidad de apoyos suficientes, los cambios rápidos de posición, en los que pierde los referentes espaciales, propioceptivos y visuales, sin alcanzar a prepararse para su secuencia ni pudiendo captar su sentido, puede angustiar y desorganizar al bebé, marcando el sufrimiento en el cuerpo. Este sufrimiento provoca una desestabilización neuropsicológica del sistema general de adaptación y puede actualizarse más adelante en trastornos del sueño, de la alimentación, de la conexión con el ambiente y/o en somatizaciones. De esta manera se va consolidando una estructura a veces extremadamente vulnerable que pone en riesgo el desarrollo del niño.

Al principio de la vida el bebé necesita mucha proximidad con los adultos significativos, mucha calma y comprensión. A partir de la sensación de seguridad, de contención y de confianza que ellos le proveen va a poder abrirse y volcarse de más en más hacia del mundo circundante o va a encerrarse intentando defenderse de él. (M. Chokler, 2006)

Según M. Chokler el vínculo de apego tiene tres funciones:

1. Que el niño encuentre en los adultos de su entorno alguien que le ayude a satisfacer múltiples necesidades que él no puede satisfacer por sí mismo.
2. Que los adultos significativos le brinden “seguridad afectiva”
3. Que Los adultos le ayuden a neutralizar las emociones desbordantes, ansiedades, temores, el exceso de tensión y de inquietud, provocados por el contacto con lo desconocido.

V.2. Lactancia

El tema de la lactancia ha sido estudiado por diversos autores.

La lactancia implica mucho más que la mera ingestión de leche. En ella el sujeto se conecta con otro (madre), se alimenta satisfaciendo necesidades básicas y logra un contacto emocional con la madre.¹⁰

El bebé al nacer establece un primer vínculo con quien cumple la función materna. Y la lactancia es la principal forma de relación (García, 2004).

El estudio exhaustivo de investigadores permitió descubrir aspectos positivos que se desprenden de la lactancia. Algunos de estos son: el conocimiento paulatino del propio cuerpo y el contacto con otro; la adopción de un modelo de relación que a posteriori servirá para vincularse con el medio; el desarrollo de los órganos perceptivos; el progresivo reconocimiento de un mundo propio diferente del mundo que lo rodea. (García 2004).

En el caso de los bebés prematuros se observa que en la gran mayoría aún no está presente el reflejo de succión, por lo que deben ser alimentados a través de una sonda nasogástrica, por la cual se pasa la leche que la madre se extrae. En estos casos cobra

¹⁰ García M. Fernanda. (2004) Tesis de licenciatura. “Incidencia de la lactancia en la constitución subjetiva”

importancia lo que Winnicott desarrolla con respecto al holding (Sostenimiento) y handling (Manipulación). Considera que el modo en que se sostiene y se manipula a un bebé tiene mayor importancia que la experiencia natural de la lactancia.

Esto también beneficia a la madre, ya que el bebé no es el único perjudicado por la falta de contacto con ella, sino que se puede observar en muchas madres la disminución y en algunos casos el cese, de la producción de leche, ya que el contacto con el bebé ayuda a la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo de la leche (prolactina y oxitocina).

Winnicott plantea que debemos pensar en términos de riqueza de esa experiencia y del compromiso de toda la personalidad.

El bebé al sentirse sostenido, amado, contenido, mirado, contemplado, durante la lactada incorpora aspectos positivos que le ayudarán a relacionarse con el mundo.

A partir de lo investigado por diversos autores se puede observar que este vínculo estrecho que se da a partir del nacimiento y particularmente con la lactancia, influye en el desarrollo intelectual y emocional del individuo; sienta las bases para la constitución psíquica del mismo y establece pautas de relaciones posteriores con el padre que luego se extenderán hacia otras personas, juguetes y animales.

V.3. Prematurez y vínculo temprano

Cuando nace un niño prematuro, los padres ven sus sueños de un nacimiento y una paternidad “normal”, bruscamente truncados.

Existen una serie de emociones o etapas de adaptación por las cuales pasan los padres tras el nacimiento prematuro.

Algunas de ellas son las siguientes¹¹:

- **Estupor y negación**

En un principio los padres entran en una especie de shock, sintiendo que esto no está sucediéndoles a ellos. Estos sentimientos y la incapacidad para reaccionar dejan ver el mecanismo de negación utilizado por los padres para protegerse de esta situación traumática.

Algunos padres pueden sentirse desvinculados de los hechos y desorientados, siendo incapaces de comprender todos los detalles de lo que estaba sucediendo.

- **Pesadumbre**

Durante el embarazo se han tenido muchas esperanzas y sueños sobre el niño, sano, de gestación completa y con ciertas características físicas, que se frustran en el momento del parto. A menudo las madres pueden sentirse como si no fueran mujeres completas o madres. Es normal este sentimiento de pesadumbre por la pérdida de estos sueños, ya que la madre debe hacer el duelo por el niño imaginado.

- **Preocupación**

Casi todos los padres ante un niño pequeño tienen miedo sobre su vida, sufren lo que se llama “aflicción anticipadora”, una manera de prepararse emocionalmente para el caso de que el niño muera. Ayuda a desahogar el dolor que se siente pero les causa problemas, se tarda en poner nombre al niño ya que se considera más tolerable su muerte si no tiene nombre. Este temor a la muerte crea una separación temporal del vínculo

¹¹ Fundación March of Dimes. <http://www.nacersano.org>

entre el prematuro y sus padres, por ello se preguntan si no lo quieren lo suficiente. Al mejorar el niño se restablece el vínculo afectivo.

- **Soledad**

Este sentimiento se observa en los padres de niños prematuros, ya que rompen su forma habitual de vida al tener que estar en el hospital, y por lo tanto no tienen acceso a la red de apoyo formada por compañeros de trabajo y amistades que tenían antes de que se diera la situación de parto prematuro.

- **Temor y ansiedad**

El comienzo traumático de la vida del niño prematuro puede hacer que los padres se preocupen en exceso del futuro y la salud del mismo. En un principio puede angustiarles: cuando suena el teléfono pensando que desde el hospital les darán una mala noticia, al entrar en el hospital por si algo malo acaba de pasar, la posibilidad de no encontrarlo en la incubadora. Más tarde pueden sentir ansiedad por las visitas al médico, las intervenciones quirúrgicas o las evaluaciones acerca de su hijo.

- **Culpabilidad**

Muchas madres se sienten culpables del parto prematuro, pensando que pudieron hacer algo mal durante el embarazo, lo que provocó que su hijo naciera antes de tiempo.

- **Tristeza**

Frecuentemente los padres sienten tristeza por la situación que atraviesa el bebé. Este sentimiento puede tardar en desaparecer. Si no lo hace es probable que se trate de una depresión debida al acontecimiento traumático.

Estos sentimientos dificultan el establecimiento del vínculo temprano entre el bebé y sus padres, además del hecho de que no todos estos niños tienen la posibilidad de ser amamantados por sus madres, debido a su prematuridad, lo que también dificulta el vínculo.

Es posible observar que la conducta de los neonatos de riesgo elevado es diferente de la de recién nacidos sanos y a término. Esto afecta directamente la interacción entre el niño y sus cuidadores (Brazelton, 1997).

El recién nacido sano demuestra simplicidad en sus movimientos, con claros estados de sueño y vigilia, con una energía suficiente para interactuar en un estado de alerta. Su conducta es fácilmente comprensible y proporciona abundantes oportunidades para establecer una relación recíproca con los padres, al mismo tiempo que refuerza el proceso de vinculación. Cuando un niño nace con algún factor de riesgo se puede ver afectada su habilidad para mantener la organización de su conducta y de sus funciones fisiológicas. Habitualmente los recién nacidos de alto riesgo son fácilmente hiperestimulados y sus pautas de conducta difícilmente comprensibles. Tienen dificultad para asimilar los estímulos ambientales y muestran desorganización de su fisiología en forma de cambios en la coloración, aumento del esfuerzo respiratorio, etc. A menudo duermen mal, con difícil habituación y problemas para mantener una posición y tono relajados.

Todos, o parte de estos signos de desorganización en el recién nacido afectan a su capacidad para disponer de la energía suficiente para interactuar con sus cuidadores, por lo que dedica sus esfuerzos a la autorregulación. Esta conducta desorganizada que puede parecer normal a los padres, les causa un dilema frente a los hábitos de crianza normal como mecer, tocar al niño e interactuar con él, que pueden ser excesivamente estimulantes, y en sus intentos de comunicarse con él lo sobrecargan de estímulos. Los recién nacidos que son fácilmente hiperestimulables pueden reaccionar con una conducta de desconexión, de inhibición intencionada o con una conducta hiperreactiva, que deja a los padres con una sensación de rechazo y desaliento.

Cuando nace un niño de alto riesgo los padres fácilmente se afligen por la pérdida del “niño esperado e idealizado”. Esta aflicción puede evitar que ajusten su conducta de

una forma adecuada para ayudar a su hijo. Los padres de un recién nacido prematuro tienen unas fases de aflicción paralelas a los estadios de recuperación del niño.

La experiencia demuestra que, tras el parto, muchos padres entran en una fase de negación. Tienden a hablar de su hijo como si fuera tan sólo química. No obstante, si la aflicción prosigue, perciben sólo reacciones de tipo reflejo. Por el contrario, si el duelo se conduce bien, empezarán a observar y dar respuestas de mayor calidad y organizadas. (Brazelton, 1997)

Als (1982) en su trabajo con prematuros muy frágiles, plantea la “interrelación entre varios subsistemas que funcionan en el recién nacido”. La laborar del recién nacido consiste entonces en sincronizar estos subsistemas para afrontar el impacto de su entorno, es decir, de sus cuidadores. Un entorno que no es sensible a las necesidades del recién nacido puede alterar el equilibrio entre cada uno de los sistemas de funcionamiento. Los recién nacidos de riesgo elevado que muestran una desorganización fisiológica, invariablemente mostrarán alteraciones en otros sistemas. (Brazelton, 1997)

Las conductas de desorganización del estado no siempre son reconocidas por los cuidadores y, si no se les da el trato adecuado, pueden aumentar en intensidad hasta un agotamiento energético del recién nacido y a su vez turbando y confundiendo al cuidador. Mantener la atención también supone un coste al neonato, por los esfuerzos que debe hacer para regularse. Son las mismas estrategias que utiliza intentando recuperar su control interno. Cuando el cuidador apoya o regula estas estrategias se empiezan a definir los límites que el recién nacido no puede alcanzar por sí mismo en ese momento. La conducta desorganizada puede ser transitoria y con ayuda, el recién nacido puede volver a su equilibrio fisiológico. Si la desorganización de la conducta es grave necesita una intervención, pero el procedimiento es el mismo: interpretar señales de la conducta, apoyar los esfuerzos del recién nacido para regularse, modular el entorno y reducir los estímulos. (Brazelton, 1997)

SEGUNDA PARTE

Servicio de Neonatología del Hospital

Teodoro J. Schestakow

El Hospital Teodoro J. Schestakow se encuentra situado en el centro de la ciudad de San Rafael, el mismo atiende a la población de San Rafael, General Alvear y Malargüe.

El Servicio de Neonatología se encuentra ubicado en el Primer Piso del Hospital, junto al Servicio de Terapia Intensiva. Comparte el piso con el Servicio de Pediatría.

Funciona como tal desde el año 1990, y la Terapia Intensiva Neonatal se inauguró en 1993.

Posee capacidad para 16 neonatos.

Este Servicio es cerrado, lo que quiere decir que las madres sólo ingresan cada tres horas a alimentar a su bebé o a extraer leche de sus pechos. El horario es de nueve de la mañana a nueve de la noche y permanecen una hora cada vez. Los padres y abuelos solo pueden ingresar en el horario de visitas que está estipulado de once y treinta a doce del medio día o de siete a siete y media de la tarde.

El Servicio cuenta con seis puertas de acceso, las cuales son para diferentes usuarios. Cuando uno accede desde el pasillo al Servicio puede ver cinco puertas, una es para el acceso al Consultorio de Neonatología, donde son examinados los niños que se encuentran en internación conjunta y en ocasiones se realiza el seguimiento. La segunda puerta que se observa de derecha a izquierda es la principal. Otra puerta es para acceder al Vestidor de Madres, por la que sólo ingresan ellas. La cuarta puerta es del Vestidor de los Médicos, pero es mantenida bajo llave e ingresan por la puerta principal. La quinta puerta corresponde a la Secretaría, la cual no es muy utilizada. Por último encontramos la puerta por donde ingresan las enfermeras, la cual esta a mano derecha, siguiendo el pasillo unos siete metros.

Dentro del Servicio se encuentra el Office de Médicos, el cual es separado por una puerta del Consultorio, en donde se realiza el Pase de Sala, las Altas y cualquier otro trámite que sea pertinente. También encontramos un Office de Enfermería, una Cocina, el Lactario, donde se guarda la leche que las madres se extraen y la sala donde se guardan los biberones esterilizados, sábanas, etc.

El Servicio está compuesto por una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, una Sala de Cuidados Intermedios (La cual es llamada por los médicos "Pre alta"), una Sala de Aislamiento y dos Habitaciones en el Cuarto Piso para Internación Conjunta, la cual cuenta con 3 camas por habitación, tres cunas de acrílico transparente con colchón y almohada, un baño, una mesa y tres sillas. Estas habitaciones funcionan también como Residencia para las madres que viven en lugares muy alejados del centro, y solo en el caso de que no se las necesite para Internación Conjunta.

La capacidad de internación dentro del Servicio de Neonatología es de 16 neonatos, sin contar los de Internación Conjunta.

Existe un Consultorio de Seguimiento que funciona en Planta Baja y se encuentra con el resto de los Consultorios Externos.

Datos Estadísticos del Hospital T. J. Schestakow

El número de partos atendidos en el año 2007 en el Hospital Schestakow, desde el periodo que abarca el 01 de Enero al 29 de Septiembre, fue de 1.198.

La cantidad de ingresos al Servicio de Neonatología, durante el mismo periodo fue de 394 neonatos.

La cantidad de ingresos al Servicio de Neonatología en el periodo en que fue realizado el trabajo, que abarca desde el 15 de junio de 2007 al 31 de agosto de 2007 fue de 118, de los cuales 30 fueron partos prematuros.

Recursos Humanos:

El plantel está compuesto por 8 médicos pediatras (neonatólogos) que realizan guardias rotativas. 15 enfermeras, con 3 cambios de turno en los cuales hay 5 por cada uno. También cuenta con una especialista en atención temprana que realiza trabajos de estimulación temprana.

Según lo expresado por los miembros del Servicio, no se trabaja de manera interdisciplinaria. Tampoco se cuenta con psicólogos en el mismo, por lo que el carácter de Ser bio-psico-social del niño no es tenido en cuenta.

Equipos utilizados en el Servicio de Neonatología

En el servicio de neonatología nos encontramos con una gran cantidad de aparatología que son utilizados para ayudar a los bebés prematuros y enfermos.

Los equipos utilizados en el servicio son los siguientes¹²:

- **Serbocuna:** Es una cama abierta con un elemento calentador (calentador radiante) superior que brinda calor al bebé. Se utiliza en lugar de la incubadora (cuna de plástico transparente) cuando se necesita atender al bebé con frecuencia.
- **Cánula nasal o prolongaciones nasales:** Son tubos pequeños de plástico que entran en las fosas nasales del bebé para suministrarle oxígeno. Las prolongaciones nasales se utilizan en el tratamiento de presión positiva continua

¹² FUNDACIÓN MARCH OF DIMES. www.nacersano.org

de las vías respiratorias (C-PAP), el cual recurre a un respirador para suministrar aire presurizado a los pulmones del bebé.

- **Halo:** Es un cilindro de acrílico transparente que se coloca sobre la cabeza del bebé y le suministra oxígeno. Se emplea para los bebés que pueden respirar por sí mismos, pero que aún necesitan más oxígeno.
- **Catéter umbilical:** El cordón umbilical del bebé tiene dos arterias y una vena, las cuales terminan en el ombligo. Se puede insertar un tubo delgado (catéter) en uno de esos vasos sanguíneos, normalmente en una de las arterias, el cual se conecta a la aorta, que es la arteria más grande que suministra oxígeno al cuerpo. Con este catéter, los médicos y las enfermeras pueden extraer sangre sin dolor (sin tener que punzar constantemente al bebé con agujas) y suministrarle fluidos, sangre, nutrientes y medicamentos. Se puede conectar un pequeño dispositivo al catéter para controlar constantemente la presión arterial del bebé. Una vez retirado el catéter umbilical, comienza el proceso normal de cicatrización de esos vasos sanguíneos y con el tiempo se forma el ombligo normal.
- **C-PAP (presión positiva continua de las vías respiratorias):** Se transmite aire a los pulmones del bebé mediante tubos pequeños colocados en la nariz del bebé o bien mediante un tubo que se ha insertado en la tráquea. Los tubos se conectan a un ventilador (respirador) que ayuda al bebé a respirar, pero que no realiza el movimiento mecánico de la respiración.
- **Incubadora:** Cuna de plástico transparente en la que se coloca a los bebés para mantenerlos a la temperatura adecuada y protegerlos contra los gérmenes y el ruido.
- **Línea central:** Es una línea intravenosa insertada en una vena, con frecuencia del brazo, y de ahí pasa a una vena más grande del cuerpo cerca del corazón. Se emplea para suministrar medicamentos o soluciones nutritivas que pueden irritar las venas pequeñas. La línea PICC (catéter central insertado

periféricamente) es un tipo de línea central que se coloca en uno de los vasos sanguíneos principales. La vía *HICKMAN* y la vía *BROVIAC* son dos tipos de líneas centrales que se inserta en la vena yugular (del cuello).

- **Luces azules (“bililuces”):** Se colocan luces fluorescentes de color azul brillante sobre la incubadora del bebé para tratar la ictericia (cuando la piel y ojos se tornan amarillos por la acumulación en la sangre de un producto de desecho llamado “bilirrubina”). Por lo general, a los bebés con ictericia se los trata con fototerapia durante tres a siete días.
- **Monitor cardiopulmonar:** Es una máquina que controla los ritmos cardíaco y respiratorio del bebé y está conectada al niño por pequeñas almohadillas adhesivas que se colocan en el pecho. El monitor muestra los datos en una pantalla, los cuales pueden imprimirse en papel. Si el ritmo cardíaco o respiratorio del bebé se acelera o disminuye demasiado, sonará una alarma.
- **Monitor de presión arterial:** Es una máquina conectada a una pequeña manga para tomar la presión que se coloca en la pierna o brazo del bebé. La manga toma la presión del bebé automáticamente a intervalos regulares y los números aparecen en una pantalla.
- **Oxímetro de pulso:** Es un dispositivo pequeño en forma de U que se adhiere al pie o mano del bebé con una venda elástica. Cuenta con un sensor de luz para determinar si el bebé tiene suficiente oxígeno en la sangre. Este sensor no lastima al bebé en absoluto y ayuda a los médicos y enfermeras a decidir si el niño necesita más o menos oxígeno, evitando así los análisis de sangre dolorosos.
- **Tubo endotraqueal:** Es una sonda pequeña de plástico que se inserta por la nariz o boca del bebé hasta la tráquea. Este tubo está conectado a un ventilador (respirador) para ayudarle al bebé a respirar (como la C-PAP) o realizar el trabajo mecánico de la respiración cuando el bebé no puede respirar por sí mismo.

- **Respirador o Ventilador:** El respirador es una máquina de respiración mecánica que suministra aire caliente y húmedo a los pulmones del bebé. Los bebés más enfermos deben conectarse a la ventilación mecánica, es decir que el respirador temporalmente respira por ellos mientras los pulmones crecen o se recuperan. El aire se suministra a los pulmones del bebé por un tubo endotraqueal (un tubo de plástico pequeño que se inserta por la nariz o boca del bebé hasta la tráquea). Se puede regular la cantidad de oxígeno, presión de aire y cantidad de respiraciones por minuto según las necesidades de cada bebé. A los bebés que tienen problemas graves de respiración se los trata con una especie de ventilación de alta frecuencia, que suministra pequeñas cantidades de aire a un ritmo rápido. Es posible que este tratamiento ayude a evitar complicaciones (como el trastorno pulmonar llamado displasia broncopulmonar) que surgen de la ventilación mecánica.
- **Vía intravenosa:** La mayoría de los bebés prematuros o enfermos no pueden comer inmediatamente y deben recibir nutrientes y fluidos intravenosamente. El médico o la enfermera insertará una aguja o tubo muy pequeño en una vena diminuta de la mano, pie, brazo, pierna o cuero cabelludo del bebé. Esa aguja se mantiene en su lugar con una cinta adhesiva y se la conecta a un tubo delgado de plástico (vía intravenosa) que va a una bomba intravenosa. Ésta a su vez está conectada a un poste metálico junto a la incubadora. También se pueden suministrar medicamentos y sangre por la vía intravenosa.
- **Sonda nasogástrica:** es un tubo pequeño de plástico que se introduce por la nariz del bebé hasta el estómago y por medio de ella se le suministra leche al bebé cuando no puede ser amamantado.

Experiencia Personal del Trabajo en el Servicio

Haber realizado este trabajo de Atención Temprana en un Servicio de Neonatología en el cual no cuentan con el aporte de un psicólogo fue muy enriquecedor.

A partir de esta experiencia tuve la oportunidad de observar la dinámica que se establece entre el bebé prematuro y su madre. A través de las entrevistas con las madres se pudo observar las ansiedades que se producen durante el tiempo de internación y el proceso de duelo realizado por las mismas a partir de la situación por la que atraviesan.

La información que obtuve a partir de los cuestionarios y entrevistas con cada madre fue utilizada en cada caso particular y tomada en cuenta a la hora de administrar la NBAS en relación a las necesidades tanto de las madres como de los bebés.

Pude apreciar cambios en la forma de relacionarse de las madres con sus bebés a partir del trabajo que fue desarrollándose con ellas.

Todo lo anterior ha sido muy gratificante a nivel personal.

Objetivos de trabajo

El objetivo general del presente estudio consiste en trabajar con padres de neonatos prematuros, a partir de la aplicación de la Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS), como instrumento preventivo con el fin de evitar o disminuir la hiperestimulación en estos niños, posibles problemas en el desarrollo, favoreciendo el vínculo de apego y ofreciendo a los padres un instrumento para la observación del recién nacido.

Objetivos específicos:

- Evaluar la efectividad de la NBAS como instrumento de aprendizaje de los padres con respecto a los niños prematuros.
- Observar y describir el comportamiento de los padres del neonato prematuro para determinar si pueden actuar de manera consecuente a las necesidades del mismo

Método

Tipo de estudio

Se realizó el estudio con un método cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio
Diseño no experimental

Descripción de la muestra

Se trabajó con 20 madres de niños prematuros, de las cuáles 11 tuvieron oportunidad de tomar la Escala a sus bebés.

Se seleccionó para la ilustración de este trabajo cuatro díadas con neonatos a partir de la vigésimo séptima semana de gestación y con un peso neonatal de 1.000 gr. en adelante, internados desde el 15 de junio al 31 de agosto de 2007 en el Servicio de Neonatología del Hospital Público Teodoro J. Schestakow, de San Rafael Mendoza.

Estos cuatro casos fueron seleccionados debido a la diversidad de factores que se encuentran en cada uno (Sexo del neonato, edad gestacional, peso, contexto familiar y social, nivel de escolaridad de los padres), y a pesar de esto pudieron observarse los resultados esperados a partir del trabajo realizado con cada díada.

Instrumentos de Evaluación

1. Entrevista
2. Escala para la Evaluación del comportamiento Neonatal
3. Plan de Desarrollo Individualizado.
4. Observación

Procedimiento

Se partió de una revisión bibliográfica sobre los conceptos claves acerca de: Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal, incidencia del trabajo con padres en atención temprana, embarazo, desarrollo embrionario, bebés prematuros, comportamiento neonatal, vínculo temprano y lactancia.

El ingreso al campo, a la institución, se logra a través del Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Público Teodoro J. Schestakow.

Las gestiones que se realizaron fueron las siguientes:

1. Se habló con el Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Público Teodoro J. Schestakow, el cual solicitó una nota dirigida a él para que por su intermedio fuera dirigida al Comité de Investigación y Docencia del Hospital, requiriendo autorización para realizar este trabajo.
2. Se presentó dicha nota.
3. Fue aprobada por el Comité de Investigación y Docencia, y por el Directorio del Hospital Público Teodoro J. Schestakow.

Una vez que la nota fue aprobada ingresé al Servicio de Neonatología en el cual comencé el trabajo.

Durante los meses que abarcaron de junio a agosto de 2007 se estableció contacto con madres de niños prematuros nacidos a partir de la vigésimo séptima semana de gestación y con un peso neonatal de 1.000 gr. en adelante, nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital T. J. Schestakow de San Rafael provincia de Mendoza, realizándose el trabajo de campo.

Cabe aclarar que aunque la intención era trabajar con la pareja parental no fue posible debido a que el ingreso al Servicio sólo se les permitía a las madres y los padres podían ingresar únicamente en el horario de visitas y no acompañados de su esposa (O madre del bebé). Sin embargo el trabajo puede ser realizado con ambos padres en aquellos Hospitales donde el ingreso al Servicio de Neonatología sea de puertas abiertas.

Como primera medida, se invitó a las madres a participar de la investigación y se trabajó con aquellas que aceptaron realizarlo voluntariamente. Se confeccionó un cuestionario para responder por escrito, con el fin de conocer datos específicos de los padres. (Anexo I)

Se realizaron entrevistas con las madres de neonatos prematuros ingresados al Servicio de Neonatología, en las cuáles se les animó a expresar sus preocupaciones, sentimientos, etc. Se hizo acompañamiento a los padres de estos niños.

Se realizó un trabajo para ayudar al establecimiento del vínculo, a través de incentivar a las madres a tocar a sus bebés una vez que terminan de extraerse leche y a hacerlo mientras el bebé es alimentado mediante la sonda. En el caso de aquellos neonatos que podían ser retirados momentáneamente de la incubadora, se indicaba a las madres que se los acercaran al cuerpo mientras eran alimentados por sonda y a que estimularan los labios del bebé con el pezón, incentivando así, además del vínculo, la lactancia para cuando el bebé se encontrase lo suficientemente maduro como para alimentarse por sí mismo.

Realizadas las entrevistas con las madres, se comenzó el entrenamiento para la posterior aplicación de la NBAS por parte de las mismas. (Anexo II.A)

Luego debían desarrollar un Plan de Desarrollo Individualizado referido a su hijo. (Anexo II.B).

La Escala de Puntuación (Anexo II.C) era completada por la observadora a fin de poseer un instrumento de comparación entre lo que era observado por las madres y luego escrito en el Plan de Desarrollo y lo visto por mí.

Finalmente se les proporcionó información sobre el cuidado y desarrollo de su bebé por medio de un libro realizado para tal fin (Anexo III).

Trabajo de Campo

Caso N° 1

Nombre de la madre: Lorena

Edad: 27 años

Estudios cursados: Secundario Completo

Ocupación: Ama de Casa

Nombre del Padre: Darío

Edad: 30

Estudios cursados: Primaria Completa

Ocupación: Marmolero

Nombre del neonato: Lucas Ismael

Fecha de nacimiento: 27 de junio de 2007

Edad Gestacional al nacer: 36 semanas.

Peso al nacer: 1.650 gr.

Esta familia se encuentra compuesta por padre, madre e hijo (Lucas es el primer hijo de la pareja).

Lorena estuvo internada durante dos semanas antes del parto para ser controlado.

El parto fue por cesárea programada, ya que Lucas no crecía dentro del útero de su madre e incluso comenzó a bajar de peso. Este neonato fue internado debido a que era pequeño para la edad gestacional, además de haber sido prematuro.

Lucas estuvo internado 28 días en el Servicio de Neonatología. De los cuales 20 días estuvo en la Sala de Cuidados Intermedios y 8 en Internación Conjunta junto a su madre.

El primer contacto que se realiza con Lorena fue a los cinco días posteriores al parto. Cuando se le realizó la propuesta se mostró muy interesada y dispuesta a trabajar.

La primera entrevista se realizó al día siguiente de la propuesta. En la misma Lorena expresó sus temores con respecto al nacimiento de Lucas y de que algo no saliera bien y no pudiera tenerlo. Su alivio es que, aunque no lo tiene en su casa, Lucas esta vivo y en condiciones estables. Al final de la entrevista se le explica con mayor detenimiento el modo de trabajo.

Lorena refiere que teme no poder manejarse bien con Lucas, ya que es madre primeriza y, además él es muy pequeño. Solo se anima a acariciarlo en uno de sus brazos.

Cuando Lucas lleva diez días de internación se le consulta al Jefe del Servicio si es posible comenzar a sacarlo de la incubadora para que esté en contacto más próximo con su madre, el doctor autoriza que esto se lleve a cabo.

Se le informa a Lorena que puede sacar a Lucas mientras se le pasa la leche. No se anima a sacarlo ella por lo que una de las enfermeras es quien se lo pasa una vez que ella se encuentra sentada.

Se muestra cariñosa con él, le habla y lo acaricia. Una vez que pasa toda la leche por la sonda la enfermera vuelve a colocar al bebé en la incubadora.

Luego de esto se tiene una Entrevista con Lorena en la cual expresa que se sintió muy feliz de tener a su bebé en brazos por primera vez. Al finalizar la entrevista se acuerda un horario al día siguiente para realizar el Entrenamiento para la toma de la Escala.

Se realiza en Entrenamiento a Lorena explicándole la Escala a través de la Guía realizada a tal fin (Anexo II), de manera verbal y con el apoyo gráfico que proporcionaba dicha guía.

Quedamos en tomar la Escala al día siguiente en la mañana, quince minutos antes del ingreso del resto de las madres.

Lorena llegó unos minutos antes de la hora estipulada con la Guía de Entrenamiento en su mano.

Luego del lavado de manos comenzamos la toma de la Escala.

Al momento de la toma del ítem de Respuesta al Abrazo le digo a Lorena que debe sacar a Lucas de la incubadora, en un primer momento duda de hacerlo ella pero luego me dice que lo sacará. Lo toma en brazos y él se amolda a su cuerpo tanto de manera horizontal como vertical, cuando se encuentra en esta posición levanta la cabeza y mira hacia los lados, Lorena comenta que parece que le gusta mirar desde otra perspectiva diferente a la incubadora.

Lorena en los días posteriores a la toma de la Escala saca ella misma a Lucas de la incubadora. En ocasiones lo coloca en posición vertical, ya que dice que ha notado que esa posición le agrada (Abre grande los ojos mirando hacia todos lados).

En el Plan de Desarrollo Lorena refiere que observó que Lucas se estresa cuando lo mueven y tocan demasiado, por esto dice que puede ayudarlo siendo delicada con él y teniéndole mucha paciencia. Esto fue corroborado por la observadora, uno de los indicadores fue que Lucas se quedó dormido (según Brazelton éste es un indicador de estrés) casi al final de la toma por lo que no pudo tomarse la Escala completa.

Al final del Plan de Desarrollo Lorena escribe:

“Me gusto mucho realizar la escala con mi bebé porque me ayuda a conocer y aprender a tratar a mi bebé”.

A los 15 días de internación Lucas comenzó a tomar el pecho, previamente se había realizado un trabajo de estimulación con el pecho y mejoramiento del sostén del bebé, tomando los aportes de Winnicott con respecto al Holding (sostenimiento) y Handling (manipulación).

Esto se trabajó también a partir de la información que se le entregó a Lorena en el libro.

Lorena comenta que cuando vino su marido lo dejaron entrar junto con ella y tomo el ítem de orientación auditiva animada (buscar la voz de los padres, girando la cabeza hacia el lado del cual viene el sonido) para que su marido viera cómo Lucas giraba su cabeza buscando a su mamá. Lo repitió, esta vez siendo el papá quien hablaba y Lucas buscaba su voz. Comenta que su marido se emocionó.

Se realizaron observaciones durante el período de internación en Terapia Intermedia e Internación Conjunta, en las cuales se constataron los cambios en las conductas de la díada que se acaban de exponer.

Caso N° 2

Nombre de la madre: Natalia

Edad: 24 años

Estudios cursados: Terciario Incompleto

Ocupación: Estudiante

Nombre del neonato: Ihan Benjamín

Fecha de nacimiento: 24 de julio de 2007

Edad Gestacional al nacer: 28 semanas

Peso al nacer: 1.000

Natalia es madre soltera y Benjamín es su primer hijo.

Estuvo dos semanas internada en Maternidad para controlar el embarazo, debido a que, según explica ella, la placenta producía que bajara su presión, retención de líquidos y eliminación de proteínas, lo que provocaba descenso de peso tanto en ella como en el bebé, pero no era posible realizar una cesárea en ese momento ya que los pulmones de Benjamín no estaban suficientemente desarrollados. El parto fue por cesárea y Benjamín fue internado inmediatamente en Terapia Intensiva del Servicio de Neonatología y puesto en incubadora con Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) y Alimentación Parenteral (Suero), no se le pasa leche por sonda.

Natalia baja por primera vez a ver a su hijo 2 días después del parto, según refiere, por los dolores que le provocó la cesárea. Como Benjamín aún no es alimentado con leche materna, su madre ingresa sólo unos minutos para conocerlo. En los días

posteriores en los que seguía internada en Maternidad, refiere que visita a su bebé en todos los horarios establecidos por el Hospital y comienza a extraerse leche para estimular la producción.

Se realiza la propuesta y llena el cuestionario.

Cuando Natalia es dada de alta de la Maternidad y regresa a su casa, sólo visita el Servicio de Neonatología una vez al día, ya que no debe dejar leche a Benjamín. Al conocer esta situación se realiza una Entrevista con ella en la cual se le explica la importancia de su presencia en el Servicio para su bebé, sugiriendo que utilice el tiempo que tiene permitido ingresar para hablarle a Benjamín, acariciarlo y hacerle sentir su presencia. Se le explica que esto es beneficioso para el vínculo entre ellos, lo que podría repercutir en el progreso que haga su bebé.

A partir de esta Entrevista Natalia comienza a ir tres veces al día.

Debido a que no era posible tomar la escala durante las primeras semanas debido al estado de Benjamín se fue trabajando el acercamiento de Natalia hacia su bebé, ya que las primeras veces que lo tocó fue por dos minutos y tocándolo con un dedo. Se la fue animando para que le hablara, explicándole que su bebé conoce su voz, a que lo tocara y acariciara durante más tiempo.

Cuando se le indica a Benjamín leche materna, comienza con tres centímetros y se le enseña a su mamá junto con la enfermera a pasársela por sonda.

Un mes después del nacimiento de Benjamín el médico indica que se lo puede sacar de la incubadora una vez al día. Se comienza a trabajar el sostén y manipulación.

Se realiza el Entrenamiento a Natalia.

La Escala es tomada tres días después del Entrenamiento y Benjamín ha sido pasado a la sala de Terapia Intermedia.

Durante la toma de la Escala Benjamín muestra signos de desorganización, no logra habituarse a la luz ni al sonido, llegando en este último a un estado de llanto, en el cual se evalúa la capacidad de autoconsolarse, la cual no es observada en él, y la capacidad de ser

consolidado ítem en el que Natalia comienza a utilizar las estrategias que se enseñaron en el entrenamiento (El bebé aún esta en la incubadora). Benjamín se calma con la cuarta intervención (tomarle suavemente ambos brazos y ponerlos junto a su cuerpo).

En la toma del ítem de Orientación visual animada (seguir la cara de su mamá) el bebé debe ser colocado de frente a la cara del observador (Se lo sostiene de la cabeza y puesto en la falda mira hacia el observador). Éste fue el último ítem que se tomo y dimos por finalizada la Escala, Natalia nunca había sostenido a su bebé de esta manera y refiere sentirse cómoda con esta posición y ve que su bebé también lo está. Permanece alrededor de 20 minutos con su bebé en esta posición mientras le habla y habla por él. Él entra en estado de alerta y la observa fijamente mientras le habla. Es la primera vez que se observa esta conducta en esta mamá.

Natalia logró realizar un Plan de Desarrollo Individualizado adecuado a lo que se observó en la conducta de Benjamín durante la toma.

Descubrió que su bebé puede ser calmado con sólo tomar sus brazos junto a su cuerpo y hablarle.

Logró identificar las señales para descansar de Benjamín.

Al final del Plan de Desarrollo Natalia escribe:

“Me gusta la escala y estoy de acuerdo con ella, el motivo, me ayuda a conocer a mi bebé, a darme cuenta de cómo reacciona o que le molesta; creo que es un manera de conocernos y reafirma los lazos y vínculos que nos unen como hijo y mami. El conocer qué es lo que le molesta es importante para el día de mañana, saber reconfortarlo y tranquilizarlo es tener confianza tanto él en mí como yo en él y sentirme segura de saber que él conmigo va a estar bien.”

Caso N° 3

Nombre de la madre: Claudia

Edad: 30

Estudios cursados: Secundario Incompleto

Ocupación: Ama de casa.

Nombre del padre: Javier

Edad: 25

Estudios cursados: Primario Completo

Ocupación: Empleado

Nombre del neonato: Azul Angelina

Fecha de Nacimiento: 19 de julio de 2007

Edad Gestacional al Nacer: 36 semanas

Peso al nacer: 1.720 gr.

Claudia vive en pareja desde hace nueve años y Angelina es su primera hija.

Luego del parto Angelina fue internada en Terapia Intensiva del Servicio de Neonatología, donde pasa una semana y es trasladada a Terapia Intermedia. Allí permanece 11 días, momento en que se la deriva a Internación Conjunta donde sólo permanece una semana ya que es internada en la sala de Aislamiento por bronquilitis. Al cabo de una semana es dada de alta. Permaneció internada durante un mes.

El primer contacto fue a los cuatro días de internación. Claudia se encontraba alejada de la incubadora de su bebé y la silla donde se encontraba sentada extrayéndose leche estaba posicionada hacia la pared.

Cuando le pregunto cómo se llama la beba me dice que aún no tiene nombre, pero que a ella le gusta Angelina. Hasta ese momento nunca la había tocado, según dice ella porque le da miedo lastimarla al verla tan chiquita. Se le explica que puede tocarla suavemente; abrimos la incubadora y Claudia toca a Angelina metiendo su mano lentamente, toca su pierna y saca la mano queriendo cerrar la incubadora, una enfermera le dice que la toque un poco más, vuelve a abrir y toma a su bebé de la mano, cuando se le dice que intente hablarle lo hace y llama a su beba Angelina, esto dura aproximadamente dos minutos. Vuelve a mencionar que le da miedo lastimarla. No se insiste pero se le explica la importancia para su bebé de que ella la toque y le hable.

La propuesta de trabajo se realiza varios días después, ya que primero se realiza un acercamiento a esta mamá, a la cual le cuesta preguntar sobre su bebé, hablar con otras madres y enfermeras, según dice ella porque le da vergüenza. Acepta con la condición de que sea sólo conmigo con quien va a trabajar.

Luego de realizado el entrenamiento se acuerda tomar la Escala.

Al momento de la toma de la Escala Angelina se encuentra en Internación Conjunta, por lo que se realiza en la habitación.

Al momento de Desvestir a su bebé, Claudia lo hace rápidamente y con movimientos bruscos, Angelina responde a esto con hipertonía, cambios en la coloración, sollozos y finalmente llanto. Llego a este estado debido a que su mamá no fue capaz de interpretar las primeras señales que le dio su bebé de que esta forma de manipularla no le agradaba. Esto se le marcó al finalizar el Plan de Desarrollo Individualizado.

Al terminar la toma de la Escala Claudia comenta que recién ahora se había dado cuenta de qué cosas molestan a Angelina.

En los días posteriores a la toma de la Escala se realizaron observaciones tanto en la Habitación como en la Sala de Aislamiento.

Claudia manipula más suavemente a su beba, se observa en Angelina un buen tono y amoldamiento al cuerpo de su madre. También es mejorado el sostén.

Caso N° 4

Nombre de la madre: Silvia

Edad: 41

Estudios cursados: Primaria Incompleta

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: David

Edad: 56

Estudios cursados: Primaria Incompleta

Ocupación: Desocupado

Nombre del neonato: Milagros Jimena

Fecha de nacimiento: 23 de julio de 2007

Edad Gestacional al nacer: 35 semanas

Peso al nacer: 2.250 gr.

La familia está compuesta por padre, madre y cinco hijos, Jimena es la hija número 6, las edades de sus hermanos son 22, 20, 18, 16 y 13, tres varones y tres mujeres.

Silvia expresa que, a pesar de su edad, ella tenía muchos deseos de volver a ser mamá, y que recibió la noticia con mucha alegría aunque a su marido le preocupaba lo económico.

El parto fue por cesárea de urgencia por desprendimiento de placenta.

Silvia visita por primera vez a su hija a los dos días de nacida, ya que el médico no la autorizaba a levantarse por la cesárea.

Jimena fue sacada de la incubadora para lactancia materna desde el primer día que su mamá ingresa al Servicio, previamente se la alimentó por sonda con leche artificial (Fórmula). No presentó ninguna alteración por lo que sólo se mantuvo en incubadora.

Permaneció internada en Terapia Intensiva 9 días y luego fue trasladada junto con su madre a Internación Conjunta, por razones del Servicio.

En internación Conjunta pasó 12 días hasta el alta.

La propuesta del trabajo fue hecha a los tres días de internación de Jimena.

La Primera Entrevista con Silvia se realizó en la habitación de Internación Conjunta donde se encontraba sola debido a que vivía alejada de la ciudad.

El Entrenamiento fue realizado en el Servicio de Neonatología.

Silvia se mostró muy entusiasmada y predispuesta para el trabajo.

La toma de la Escala coincidió con el traslado a Internación Conjunta, por lo que la toma se realiza en la habitación.

Durante la toma de la Escala Silvia levanta a Jimena con un sostén que no es el adecuado, ya que lo hace primero de la cola y luego de los hombros, sin tomarle en ningún momento la cabeza, la bebé presenta hipertonia en ese momento y cambio en la coloración. Se le indica como hacerlo sin dejar de sostener la cabeza. Al finalizar la toma se le explican las razones.

Cuando se realizan las observaciones posteriores a la toma se tuvo la oportunidad de presenciar el momento en que Silvia iba a dar el pecho a Jimena, cuando va a levantarla empieza a hacerlo por la cola e inmediatamente se corrige a sí misma y la toma de la cabeza. Esto se le explica a partir de los dibujos presentes en el libro que se le entregó con información.

Silvia fue capaz de escribir un Plan de Desarrollo Individualizado acorde a lo observado durante la toma de la Escala.

En otra oportunidad en que realicé observaciones en la habitación Silvia me comenta que aprendió como calmar a su bebé cuando llora a partir de lo que hicimos durante la toma.

Conclusiones

CONCLUSIONES

La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal sirve como instrumento de capacitación para padres de niños prematuros internados en el Servicio de Neonatología.

Durante el tiempo que duró el trabajo se pudo observar el cambio de conducta de las madres de los niños internados con respecto a lo que se iba trabajando. Su participación fue activa.

El trabajo que se realizó incluyó el de consejería.

La Escala es un instrumento efectivo para el aprendizaje de los padres. La misma es comprendida por las madres y aplicada de manera eficaz por las mismas. Se las entrenó para observar los comportamientos de sus bebés y fueron capaces de escribir un Plan de Desarrollo Individualizado acorde a lo observado en las tomas.

Las madres de neonatos prematuros aprendieron cómo actuar de manera consecuente a las necesidades del mismo.

A partir de este trabajo pudieron observarse los beneficios de la Atención Temprana desde el aspecto psicológico en el Servicio de Neonatología. Estos beneficios son: disminución de la ansiedad en las madres, agudización de la observación del comportamiento del neonato prematuro, adecuación a la necesidad del bebé, mejora en el vínculo entre madre e hijo. Estimulación adecuada al umbral de tolerancia del bebé.

Esta Escala también puede ser utilizada como un instrumento preventivo de posibles problemas en el desarrollo, en la interacción y en el comportamiento.

Por lo anterior concluyo que es necesario incluir la capacitación de los padres de los niños prematuros y del personal del Servicio de Neonatología a través de la Escala.

El tema permanece abierto para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

AGNÈS SZANTO – FEDER (2006) “Lóczy ¿Un nuevo paradigma? El Instituto Pikler es un espejo de múltiples facetas”.Ed. EDIUNUC. Mendoza.

ASOCIACIÓN ARGENTINA PARA PADRES DE NIÑOS PREMATUROS. (2007)
“¿A qué llamamos bebés prematuros? www.apaprem.org.ar

BRAZELTON, T. Berry; NUGENT, J. Kevin. (1997) “Escala para la evaluación del comportamiento neonatal”. Ed. Paidós. Barcelona.

BRUDEZAN, María Laura. (2003).Tesis de Licenciatura. “Atención Temprana en la niñez: una visión integradora”. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Mendoza.

CHOKLER, Mirta (2006).”Los Organizadores del desarrollo”. Documento de Cátedra. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Educación Elemental y Especial.

DE TRUCHIS, Chantal (2003). “El despertar al mundo de tu bebé. El niño como protagonista de su propio desarrollo”. Ediciones Oniro. Barcelona

ELANA PEAR BEN - JOSEPH (2006) “Calendario semanal del embarazo”. Kids Healt. Nemours Fundation. www.kidshealth.org

FAVA VIZZIELLO, G ; ZORZI, C ; BOTTOS, M (Comp.). (1992) “Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

FUNDACIÓN MARCH OF DIMES (2007). El nacimiento prematuro.
www.nacersano.org

GARCÍA, María Fernanda. (2004). Tesis de Licenciatura. “Incidencia de la lactancia en la constitución subjetiva”. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Mendoza.

GOLSE, Bernard y Col. (1999). Bulletin du Groupe Waimh Francophone. Autor de la Prématurité. Ed. Secrétariat Waimh France, Service du Pr Bernard Golse. Paris cedes 14. 1999.

GONZÁLEZ, Liliana; GARCÍA, Adriana. (1999) “La Práctica de la Atención Temprana del desarrollo infantil en el primer nivel de salud”. Revista La Hamaca N° 10. FUNDARI.

HOFFMAN, J. Miguel. (2004) “Los árboles no crecen tirando de las hojas”. Ed. Del Nuevo Extremo. Buenos Aires.

“Libro blanco de la Atención Temprana”. (2000) Madrid: Edita Real Patronato de prevención y atención a personas con discapacidad.
<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep.htm>.

NUÑEZ, Argentina; NUÑEZ, Gabriela; CAMPAGNA, Alejandra; PEREZ JUAREZ, María J. (2003). Tesis de Licenciatura en Psicomotricidad Educativa. “Evaluación de parámetros del comportamiento neonatal de niños de alto riesgo de menos de 1550 grs. de peso”. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Educación Elemental y Especial. Mendoza.

OIBERMAN, Alicia; FISZELEW, Rut M. (1995) “Fuimos y seremos... Una aproximación a la psicología de la primera infancia”. Editorial de la Universidad de La Plata. Buenos Aires.

OIBERMAN, Alicia. (2001). “Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo”. Lugar Editorial. Buenos Aires.

SÁNCHEZ CARAVACA, Juan. (2006). Tesis Doctoral. “La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. Estudio sobre los efectos de un programa de Atención Temprana en niños prematuros en su primer año de vida”. Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

SOIFER, Raquel. (1977) “Psicología del embarazo, parto y puerperio”. Ediciones Kargieman. Buenos Aires.

SPITZ, René A. (1969) “El primer año de vida del niño”. Ed. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V. Buenos Aires.

Anexos

Anexo I

Cuestionario

Fecha:/...../.....

- Nombre y Apellido de la madre:

Edad:

Estudios:

Ocupación:

- Nombre y Apellido del padre:

Edad:

Estudios:

Ocupación:

- Nombre y Apellido de su bebé:

Fecha de nacimiento:

Peso al nacer:

Edad Gestacional:

1.

a) Horarios y días de los cuales usted dispone - puede visitar a su bebé.

.....
.....

b) Horarios y días de los cuales el papá del bebé puede visitarlo.

.....
.....

2.

a) ¿Por qué está su bebé internado?

.....
.....
.....

b) ¿Qué sintió cuando le dijeron que su bebé debía ser internado?

.....
.....
.....
.....

c) ¿Qué siente ahora que su bebé está internado?

.....
.....

3.

a) ¿Charla con las otras mamás que tienen a su bebé internado?

.....

b) ¿Charla con las enfermeras y médicos sobre cómo debe actuar con su bebé?

.....
.....

4. ¿Le interesa trabajar en conjunto con alguien del área de psicología para lograr conocer más sobre qué necesita su bebé y cómo ayudarlo?

.....
.....

5. ¿De qué horarios dispone para realizar este trabajo?

.....
.....

Anexo II

II.A. Guía de Entrenamiento para padres

Guía de Entrenamiento para padres

ESCALA DE BRAZELTON

Antes de comenzar, lo primero que se tiene en cuenta es el Estado de Conciencia en el que se encuentra el bebé, esto es, si está en estados de sueño o de vigilia (despierto).

Los estados de conciencia son 6:

Estados de Sueño:***Estado 1. Sueño profundo***

- respiración regular
- ojos cerrados
- sin activ. espontánea
- sobresaltos con retraso ante estímulos externos
- menor frecuencia de cambios de estado
- No hay movimiento de los ojos.

Estado 2 Sueño ligero

- ojos cerrados
- movimientos rápidos de los ojos bajo los párpados cerrados
- nivel bajo de actividad
- movimientos casuales y sobresaltos.
- movimientos más suaves y controlados que en el estado 1
- respiración irregular
- movimientos de succión
- ojos: pueden abrirse a intervalos.

Estados de Vigilia:***Estado 3. Somnoliento***

- Ojos: pueden estar abiertos pero fluctuantes
- mirada y párpados pesados o cerrados con algún pestañeo
- nivel de actividad variable
- reacciona a los estímulos sensoriales (tacto, oído, vista, gusto, olfato) con respuesta retrasada
- frecuentemente se presenta un cambio de estado tras la estimulación
- movimientos suaves
- Mirada aturdida: cuando no procesa información y no está completamente alerta.

Estado 4. Alerta con mirada brillante

- parece dedicar toda su atención a la fuente de estimulación
- estímulos perturbadores: pueden desviarlos pero la respuesta va algo retrasada
- actividad motora mínima

Estado 5. Ojos abiertos



- considerable actividad motora
- descargas de movimientos en las extremidades
- escasos sobresaltos;
- reacciona a los estímulos externos con aumento de los sobresaltos o actividad motora;
- aparecen reacciones discretas difíciles de distinguir dado el nivel general de actividad y breves vocalizaciones de excitación

Estado 6. Llanto



- es muy fuerte (intenso)
- difícil de parar a través de la estimulación.
- nivel de actividad motora: alto.

Los Estados de conciencia se tienen en cuenta a la hora de administrar la escala, ya que los ítems o puntos que la componen van a considerar el estado en el que se encuentra el bebé para tomar uno u otro ítem. Esto lo veremos a continuación.

Toma de la Escala:

- **Habitación:**

Hay niños que se acostumbran a escuchar un ruido o a la exposición a una luz brillante, pero hay niños que no pueden hacerlo, por eso vamos a averiguar qué estímulos le resultan más molestos al niño, si los hay, para poder crear el ambiente más adecuado para él cuando estén juntos y cuando pueda ir a casa con ustedes.

Se le presentan al bebé los siguientes estímulos:

- ♥ una luz (Con una linterna proyectamos la luz sobre sus ojos cerrados)
- ♥ el ruido de un sonajero, (se hace sonar el sonajero cerca de su oído)
- ♥ el ruido de una campana (se procede de la misma manera que en el anterior)

Con esto podemos observar si el bebé es capaz de proteger su sueño o si necesita de nuestra ayuda para lograrlo. Estado de conciencia: 1, 2 y 3

- **Capacidad de autoconsolarse y de ser consolado:**

Aquí nos referimos al momento en que el bebé llora y no es por hambre o alguna molestia física, por lo que necesita ser consolado. Juntos vamos a averiguar cual es la mejor forma de calmarlo. Estado de conciencia: 6

Acciones para consolar a mi bebé:

1. Mostrarle sólo mi cara



2. mostrarle mi cara mientras le hablo

3. poner mi mano sobre su panza



4. tomarle suavemente ambos brazos
5. tomarlo en brazos y mantenerlo abrazado



6. mecerlo (lo mantenemos en brazos)
7. Probar todo lo anterior a la vez.
8. chupete (También probando todo lo anterior)



Tenemos que darle tiempo al bebé entre una acción y otra para que el pueda reaccionar a lo que hacemos



Aquí podremos conocer el número de maniobras que deben realizar para calmar al bebé cuando llora y para llevarlo a un estado de tranquilidad.

- **Respuesta al estrés:**

¿Cuándo el niño comienza a estresarse (es decir, a sentirse muy molesto por el exceso de estímulos)?

Podemos notarlo a partir de:

- ♥ cambios en la respiración,
- ♥ cambios en el color de la piel,
- ♥ llanto,
- ♥ sobresaltos,
- ♥ temblores,
- ♥ corren la cara para no mirar,
- ♥ se ponen muy activos (en exceso) o inquietos.

Todo esto nos da la señal de que el bebé necesita descansar (Señales para descansar). Esto se observa en todos los estados de conciencia.



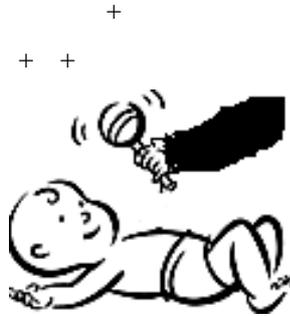
- **Visión, audición e interacción social:**

En esta parte de la escala se le presentan al niño:

- ♥ una pelota roja: se le mostrará al bebé y se intentará que la sigue hacia los lados y de arriba abajo.



- ♥ un sonajero: primero se lo hace sonar para observar si su bebé gira la cabeza hacia el lugar de donde viene el sonido. Después se lo utiliza para observar si el niño sigue con su mirada el sonajero, también se lo hace sonar.



- ♥ la cara y voz de sus padres: aquí, primero, se llamara al bebé por su nombre, sin dejar que vea nuestro rostro, la finalidad es que gire la cabeza hacia donde está la persona que lo llama, luego se le muestra nuestra cara y tratamos de que siga el movimiento que hacemos (hacia los lados y de arriba abajo)



En esta parte los Estados de conciencia en los que debe estar el bebé son el 4 y el

5.

- Respuesta al abrazo

Como se ve en el dibujo, esta es la forma de evaluar la respuesta al abrazo en forma vertical. Debes poner a tu bebé contra tu hombro, dejándole libertad para levantar la cabeza y mirar a su alrededor, o moverla hacia adelante y cobijar su cabeza en el hueco que se forma entre tu cuello y tu hombro.



En el siguiente dibujo podemos observar como se evalúa la respuesta al abrazo en forma horizontal.



En ambas posiciones se evalúa si el bebé se amolda activamente a nuestro cuerpo.

Estados de conciencia: 4 y 5

Observaciones de mi bebé (Plan de desarrollo) **d**

Cuando hemos terminado de tomar la escala, completaremos lo siguiente con respecto al bebé:

- Mis puntos fuertes son (del bebé): por ejemplo seguir durmiendo aunque haya ruido alrededor
- Estas cosas me estresan: por ejemplo: que me muevan mucho
- Cómo puedes ayudarme (mamá o papá): por ejemplo: ser delicado con mi bebé
- Señales para descansar: por ejemplo: me pongo muy inquieto.

II.B. Plan de Desarrollo Individualizado

Fecha:/...../.....

Nombre de la mamá:

Nombre del bebé:

Edad Gestacional al Nacer:

Edad Gestacional Corregida:

Plan de Desarrollo Individualizado:

Mis puntos fuertes son:

.....

.....

.....

.....

.....

Estas cosas me estresan

.....

.....

.....

.....

.....

Cómo puedes ayudarme

.....

.....

.....

.....

.....

Señales para descansar

.....

.....

.....

.....

.....

II.C. Escala de Puntuación

Escala de puntuación

Nombre: Sexo: Fec. Nac.: E.G. Peso:

Tipo de parto:

Fec. Examen:

	Conducta neonatal	Comentarios									
HABITUACIÓN	9 8 7 6 5 4 3 2 1										
1. Disminución resp. – luz	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
2. Disminución resp. – sonajero	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
3. Disminución resp. –camp.	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
SOCIAL - INTERACTIVO	9 8 7 6 5 4 3 2 1										
4. Visual animado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
5. Vis. + aud. animado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
6. Visual inanimado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
7. Vis.+ aud. inanimado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
8. Auditivo animado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
9. Auditivo inanimado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
10. Alerta	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
SISTEMA MOTOR	9 8 7 6 5 4 3 2 1										
11. Mov. Defensivos	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
12. Actividad	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
REGULACION DEL ESTADO	9 8 7 6 5 4 3 2 1										
13. Abrazo	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
14. Capacidad de ser consolado	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
15. Capacidad de consolarse	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
16. Mano – boca	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	9 8 7 6 5 4 3 2 1										
17. Temblores	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
18. Sobresaltos	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
19. Labilidad color piel	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
20. Sonrisas											
REFLEJOS	0 1 2 3 Asim.	Comentarios									
1. Prensión plantar	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
2. Babinski	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
4. Succión	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
5. Glabela	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
6. Mov. Pasivos – piernas	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
7. Prensión palmar	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
8. Marcha	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Anexo III

**Información útil para el
cuidado de tu bebé.**

INFORMACIÓN ÚTIL PARA EL CUIDADO DE TU BEBÉ



CECILIA ESPINOSA

2007

FUENTE: Chantal de Truchis. El despertar al mundo de tu bebé

Una mirada diferente

- Escucha y mira a tu bebé, para saber lo que necesita



- La experimentación personal es la base de un buen desarrollo intelectual e íntimo.
- Debemos brindarle al niño la posibilidad de desarrollar sus propias capacidades a su propio ritmo.



- Así aumenta su confianza en sí mismo, se vuelve menos dependiente de los adultos; sus acciones son variadas, realizadas con plenitud, se siente que les brotan "desde dentro".

- Su trabajo como padre es rodear al niño de condiciones en las que puedan mostrar sus capacidades.

UNA RELACIÓN DE COLABORACIÓN

- Como padres, se convertirán en colaboradores del niño en el trabajo de descubrimiento y de construcción de sí mismo, los que lo sostienen, lo ayudan y lo hacen posible



- El niño es activo si le permiten serlo.
- Usted manténgase ahí observándolo, para acompañarlo.

Sería una actividad interesante el **escribir** de vez en cuando en un cuaderno qué hace su bebé, puede ser muy agradable para usted releerlo más adelante. También en un momento difícil: uno se detiene, escribe y eso permite tomar distancia, como si se estuviera con alguien.

LOS CUIDADOS COTIDIANOS:

momentos privilegiados de intercambio

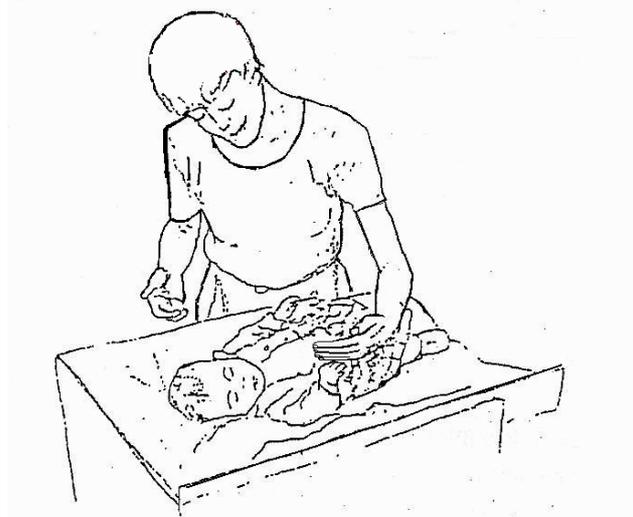
Cómo levantar y sostener a su bebé



- Para un recién nacido es importante experimentar el mayor bienestar posible
- Si sus primeras experiencias en su cuerpo son positivas esperará las siguientes con confianza.
- Elija un modo de levantar a su bebé y de sostenerlo, que **evite que su cabeza caiga hacia atrás**, y que le proporcione sentimiento de seguridad tanto al niño como a usted.

- **¿Cómo hacerlo de otro modo?:**

1. Lo importante es el movimiento de las manos...



2. ...que consiste en levantar la cabeza con la mano izquierda...



3. ...luego deslizar la mano derecha bajo la cabeza, liberando así...



... el brazo
izquierdo para
luego
deslizarlo a lo
largo de la
espalda.





La cabeza se ubica en el hueco del codo,
 La columna vertebral a lo largo del antebrazo
 Las nalgas aproximadamente en el hueco de la mano.

- Sentirá que su hijo esta relajado y usted también porque él no corre el riesgo de deslizarse, y con su rostro cerca del suyo puede sonreírle y hablarle.
- La posición vertical puede ser disfrutada por él cuando es muy pequeño y usted está enteramente a su disposición: un cuerpo a cuerpo, cuidando de sostenerle la cabeza, constituye un momento de encuentro íntimo y profundo.

- El bebé también experimenta placer en los **intercambios a través de la mirada** por lo que usted puede apoyarlo sobre el brazo sosteniéndolo de forma horizontal:
 - Su columna vertebral está extendida en lugar de "apilada" como en la posición vertical;
 - su respiración puede ser más profunda;
 - él no realiza ningún esfuerzo, ya que no debe sostener la cabeza.
 - Verá que muy pronto empezará a girar libremente la cabeza y también a sonreír más a gusto.
- Puede seguir hablándole mientras lo observa: ¿parece contento? ¿inquieto? ¿cansado?

El bebé posee capacidad de comprensión, **es capaz de participar activamente en su crecimiento.**

Háblele del modo más sencillo y claro posible, parándose bien frente a él para que lo vea sin dificultad.

una actividad beneficiosa para dos

- Durante los cuidados **NO** permita que demasiada gente alrededor los distraiga. Es un momento privilegiado para ambos, y debe ser íntimo, tranquilo.
- Un bebé al que se le habla poco es manipulado rápido y sin entrar en relación con él, **NO puede experimentar que él es importante y que se lo tiene en cuenta.**
- Trate de darle la posibilidad de participar en lo que se le está haciendo para que no se acostumbre a ser un objeto que se deja manipular, en forma agradable, quizá, pero pasivamente.

Un momento intenso en la vida del bebé

- El tiempo de desvestirlo y el aseo se convertirán en momentos intensos tanto para usted como para el bebé.



- Si usted le dice "*Dame el pie*", él en ese momento en que le toma el pie sentirá una sensación (lo que lo ayuda a entender cuál es su pie, a diferencia de su mano, por ejemplo).
- Usted estará acompañando a su hijo en el descubrimiento de su cuerpo, lo cual produce placer a ambos.
- Es durante estos momentos, a través de los contactos corporales, caricias, las palabras que adquieren sentido, que el bebé experimenta los límites de su cuerpo, su piel, la diferencia entre él y el otro... allí se alimenta de intensidad y de fuerza la relación con usted.

vestir, desvestir



- Cuando cambie a su bebé, colóquelo suavemente sobre el cambiador con el mismo movimiento que para levantarlo: sosteniendo su cabeza con la mano derecha mientras va retirando el brazo.

- Puede mostrarle lo que ha preparado para el aseo, luego desvestirlo sin dejar de mirarlo y, suavemente, **decirle lo que va haciendo**.
- Al mostrarle su ropa, zapatos, el pañal que le va a poner, estimúlelo a colaborar con usted: "*¿Me das tu brazo?*" "*¿Me das tus pies?...*"
- Procure arrugar la ropa a lo largo de los brazos o de las piernas del bebé antes que tironear de los mismos.
- Con el correr de los días verá que eleva el brazo cada vez con mayor frecuencia, y llegará el día en que realmente lo extenderá hacia usted.
- A medida que vaya creciendo, observe qué sucede si usted le permite realizar nuevas acciones de las que es capaz: girarse boca abajo o volverse de espaldas con muy poca ayuda, etc.
- Cuando su bebé ya sepa ponerse de pie o caminar puede permitirle utilizar sus nuevas capacidades y vestirlo parcialmente mientras él se encuentra de pie.



Un aprendizaje esencial

- Los cuidados no son algo mecánico que hay que hacer bien y lo más rápidamente posible. Son un **momento de intensa relación**, durante el cual se percibe al bebé realizando un aprendizaje muy profundo y muy íntimo, precioso para él, para su futuro.
- El aseo puede ser tomado como un momento de juego, en el que se canta, se sonríe y se obtiene mucho placer.



El baño



A menudo es un momento que inspira temor y, luego, de gran placer para las mamás.

- Al comienzo vierta poca agua en la bañera del bebé o en el lavatorio y sosténgalo con su brazo, con la cabeza en el hueco del codo.
- Luego deje que la cola se deslice hacia el fondo de la bañera: la cabeza se apoya en su antebrazo y su mano izquierda lo sostiene firmemente desde la axila, la parte alta del brazo y el hombro.
- De este modo el bebé podrá mantenerse dentro del agua casi por completo pero, al encontrarse bien sostenido, no experimentará ninguna inquietud, no habrá riesgo de que resbale ni se sienta incómodo.
- Con su mano disponible échele un poco de agua sobre el cuerpo: así el bebé se familiarizará con la situación poco a poco. Ni siquiera es necesario soltarlo para sacarlo del agua y colocarlo otra vez sobre la toalla; simplemente realice el movimiento inverso:

- La mano izquierda desciende por la espalda, hasta sostenerlo a la altura de la cola;
- así su cabeza descansa en el hueco del codo y sigue estando cómodo.
- De este modo en ningún momento del baño su cabeza ha quedado sin sostén
- con la mano derecha enjabonarlo con suavidad.
- Lo más importante durante el baño es que el bebé se encuentre bien sostenido.
- Deslizamientos inesperados, jabón en los ojos... pueden dejar recuerdos que tardan en borrarse, en él y en usted...

- Preparare todo antes de levantar al bebé de la cuna.
- Verifique que no se le olvida nada.
- Tenga todo al alcance de la mano;
- Así no deberá dejar solo al bebé en el cambiador, lo cual puede ser peligroso

Los cuidados desagradable

- Cortar las uñas, limpiar la nariz, poner un supositorio, etc.

- Lo mejor es:

Mostrarle al bebé el elemento que usaremos y prevenirlo: "Esto te molestará un poco, no te gusta... pero trataremos de hacerlo rápido, y ya está"

Notará que el bebé se pone tenso en el momento en que se da cuenta de lo desagradable del momento que le espera.

Mientras realiza el acto que le desagrada al bebé puede decirle que comparte su molestia. Tal vez lllore y manifieste su descontento pero cuando se termina es un alivio para ambos.

- El bebé comprende qué le sucederá.
- Experimenta que "no es tan terrible", que el sentimiento no lo destruye.
- Aprende a conocer lo desagradable en un clima de seguridad y ternura, por lo que no se angustiará tanto en un futuro si debe enfrentar algo con mayor dureza.
- **¿Por qué tantas precauciones?**

Porque durante la primera etapa de la vida es el momento de acumular buenas experiencias para formarse una idea positiva de

la vida y de sí mismo, y hacerse "más fuerte" cuando luego se vea frente a situaciones cada vez más difíciles...

El sueño



Es hermoso y reconfortante ver a un bebé dormir en paz, confiado, antes de retomar su actividad de exploración.

- El momento del sueño debe ser un buen momento para el niño.
- Su cuna debe ser un espacio protegido y protector donde encuentre los olores familiares (puede poner una prenda de vestir suya, ya que su olor le es familiar al bebé) y una suave calidez.
- El cuerpo del bebé no debe encontrarse en una especie de vacío: su cabeza y espalda tienen que apoyarse contra algo, para sentirse sostenidos, y tener una sensación de envoltura.
- Evite poner juguetes en la cuna, sobre todo si incitan al movimiento y al ruido.

- Los niños necesitan períodos de reposo más o menos prolongados.

¿De espaldas o boca a bajo?

Acuéstelo de espaldas, o ligeramente de costado.

Evite siempre la posición boca a bajo.

Numerosos estudios han demostrado que hacer dormir al bebé boca arriba, disminuye de manera significativa los accidentes durante el sueño

Las Comidas

- El momento de alimentar al bebé es una nueva ocasión para contactos corporales y maravillosos momentos de intercambio.

PREPARAR EL MOMENTO DE LA COMIDA

- Cuando busque a su bebé para comer, hágalo con el mismo cuidado que cuando lo alza para el aseo.
- Colóquese frente a él explicándole qué sucederá y, si aún es muy pequeño, sosténgale bien la cabeza manteniéndolo horizontalmente.



- Cuando está dando el pecho a su bebé:
 - observe su postura y pregúntese si lo ve cómodo,
 - mire si su cabeza está bien sostenida,
 - si los brazos y manos están libres (ya que no les gusta tener los brazos bloqueados bajo el babero o bajo el cuerpo),

- si el cuerpo está extendido y relajado.

Recuerde que es muy importante mantener la lactancia materna hasta los 6 meses de edad, por lo menos.



Al dar el pecho siéntese en una posición

cómoda para los dos: un buen asiento con respaldo, a una altura que le permita tener las piernas ni demasiado altas ni demasiado bajas.

- Procure que la cabeza del bebé "encaje" en el hueco del codo y la mano, del mismo brazo, sostenga la cola del bebé.
- Tenga cerca un trapo o esponja para que, en caso de que algo se derrame, no tenga que levantarse a buscarlo.
- Cuando el bebé comience a comer solo en la mesa tenga en cuenta lo siguiente:



- **NO** sentar al niño en una silla donde sus rodillas y piernas quedan sobre el asiento.
- Que la silla **NO** quede ajustada contra la mesa, aprisionando el pecho del niño.

aprisionando el pecho del niño.

• Lo ideal sería lo siguiente

- Tener silla y mesa acordes a la altura del niño



- Los pies del niño deben estar bien apoyados en el suelo

UN ALIMENTO AFECTIVO Y PSÍQUICO



- La comida de un bebé **no es** únicamente el momento en el que absorbe un alimento material.
- El bebé bien "**sostenido**" en una relación tan cercana con usted, confiado, relajado, alimentará todo su ser afectivo y psíquico.
- Se encuentra con las primeras percepciones de la vida y, si sus primeros descubrimientos están ahí, tiene grandes posibilidades de ser más tranquilo y de guardar en su interior una especie de confianza en la vida, de idea positiva de su cuerpo, de sí mismo y del entorno.

- Un bebé puede ponerse nervioso, agitado o inestable cuando se lo interrumpe mientras come, si uno se mueve constantemente o de manera brusca.



- **La comida sirve a la continuidad del lazo afectivo**
- Mientras le da el pecho a su bebé trate de no estar haciendo otra cosa. Es un momento muy importante de **conexión** entre usted y su hijo, que lo hace sentir especial, amado, etc.
- Si el momento de la comida transcurre en paz, con una constancia que le permita orientarse en el desarrollo de los hechos, su bebé obtendrá de ello una experiencia muy especial.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL BEBÉ

Iniciativas del bebé durante la comida

- Observe el momento en que comienza a tocar y luego a sostener el vaso, después la cuchara, etc.
- Muéstrole siempre la comida antes de dársela: espere que abra la boca, si es posible, antes de introducir la cuchara. Si él quiere tomarla con su mano no se lo impida.
- En lugar de preguntarse a qué edad el niño beberá solo del vaso o comerá con cuchara, muéstrole el vaso o la cuchara y observe qué hace. Cada uno tiene un ritmo propio.
- El bebé se considera él mismo como alguien activo: que usted acepte sus iniciativas ayuda a que él pueda formarse una imagen propia positiva.
- Así, aprende a escuchar su cuerpo, sus necesidades y a seguirlas; esto es una gran ventaja para el futuro.
- Cuando los bebés sienten que se espera de ellos más de lo que pueden dar sienten que no logran hacer sentir orgullosos a sus padres y su confianza en ellos mismos comienza a bajar.



Es importante dejar que el niño logre aprender a comer solo, caminar, etc, a su ritmo, de manera armoniosa y quizás un poco más tarde de lo que usted desearía.

Prestar atención a los mensajes del bebé

- Mientras usted realiza todas estas actividades a su bebé (bañarlo, cambiarlo, etc.) lo importante es la relación que vive con él.
- Escúchelo para:
 - Que se sienta bien: el bebé está totalmente concentrado en descubrir lo que es la vida, su cuerpo, el lugar en donde se encuentra (que distingue poco de sí mismo); está construyendo las bases de la imagen que tendrá de sí mismo y de la vida;
 - Que sus iniciativas sean tomadas en cuenta para que se pueda responder a sus necesidades de la mejor manera posible y que él entienda que su forma de comportarse es importantes.

- Desde que nace, el bebé puede dar respuestas si uno está dispuesto a escucharlo.
- Él participa de manera activa en su crecimiento, no todo depende de los padres: él tiene su parte.



La satisfacción de las necesidades naturales, primarias, da al niño seguridad, confianza y alegría de vivir fundamentales que, unidas, son la base de una capacidad para establecer relaciones positivas

*Mientras el bebé está despierto,
o la libertad de movimiento y actividades*

- Aquí veremos lo que el bebé puede vivir por sí mismo cuando está despierto y bien "instalado" (Por ejemplo, una manta grande en el piso, que le permita moverse libremente)



- Conservará en su interior algo de todo el amor y la atención que usted le ha brindado

Se las arregla solo:

Al bebé no hace falta enseñarle a sentarse, ponerse de pie y caminar, para que lo logre. Si hay seguridad afectiva, podrá usar sus recursos internos y logrará realizar por sí mismo todas estas primeras adquisiciones, sin que el adulto tenga que intervenir para mostrárselas.

De espaldas todos los bebés son activos



- Un bebé de 3 ó 4 meses acostado de espaldas mientras está despierto y, si es posible fuera de la cuna, pasa mucho tiempo descubriendo sus manos, dedos y la variedad de los movimientos posibles.
- Se interesa por los objetos que están alrededor.
- A medida que pasan los meses comenzará a dirigir sus manos hacia ellos, tratará de tocarlos, luego de tomarlos con la mano.
- Un bebé colocado boca arriba puede utilizar toda su energía, su cuerpo está relajado, la espalda bien derecha, la cabeza puede girar sin esfuerzo hacia ambos lados.
- En estas condiciones todos los bebés son activos

- Cuando los adultos no enseñan al bebé a hacer algo, él siente ganas, de todas maneras, de experimentar con su cuerpo y con los objetos que lo rodean.

Un ritmo propio para cada niño

- La ganancia de nuevas conductas se va dando en un orden común pero según el propio ritmo de cada niño.
- Lo importante es que cuando el bebé esta practicando estas conductas no sea interrumpido para ponerlo en una posición que el adulto cree mejor
- Tenga en cuenta que el niño está ejercitando sus músculos para luego poder sentarse con firmeza y equilibrio y luego parase y caminar. Un niño al que nadie ha ayudado a sentarse, intenta, y luego logra, sentarse por sí mismo.

- NO es bueno para el bebé ponerlo en posiciones de las que no pueda salir por sí mismo, por ejemplo, sentarlo, antes de que él pueda hacerlo, contra un apoyo, ya que sus músculos no están preparados para esto, él cuando este listo lo hará pero a su ritmo.
- Es común que pase un tiempo largo entre el momento en que un niño es capaz de adquirir por sí mismo una postura y el momento en que la utiliza para jugar sintiéndose cómodo.
- Los niños que gozan de una total libertad de movimiento, no hacen cosas que son difíciles para ellos por lo que no se lastiman.
- Puede ser que den sus primeros pasos un poco más tarde, pero caminan con placer y soltura antes que los otros, sin agarrarse ni caerse, es decir, tienen mayor seguridad en sus movimientos.

- **Objetos de juego del bebé:** puede ser malo darle muchos para que él juegue. Esto puede ser un obstáculo para el descubrimiento en general.



Donde hecha raíces la inteligencia

- A través de todas esas experiencias, jamás interrumpidas por el adulto, el bebé construye "representaciones mentales" (imágenes en su cabeza): retiene la imagen del juguete que ya no ve, se pregunta por él.

- Al jugar con algo, descubres que cuando lo tocas no es igual la sensación que tocar su mano, que tiene un olor propio, etc.



- El bebé se entrena para poner a punto mecanismos activos de su pensamiento, que utilizará cada vez más según valla creciendo. Estos mecanismos serán una herramienta para su vida escolar y para su vida intelectual.

La riqueza de las experiencias emocionales

- Durante este tiempo los padres se sentirán impactados por la energía, por los esfuerzos que muestra el bebé, por la riqueza y variedad de sus experiencias emocionales.
- Verán que las emociones del bebé, que provienen de sus vivencias (alegría, cansancio, tristeza, etc.) pueden ser expresadas libremente y aliviarse en el transcurso de la actividad totalmente libre.