

# ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PSIQUISMO Y DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO

*Dra. Cristina Boccaccio \**

*Dr. N. Alejandro Dinerstein \**

*Dra. Iris Schapira \**

*Lic. María Aurelia González \*\**

*Lic. Graciela Ascurra \*\**

\* Médicos Neonatólogos

\*\* Psicólogas Servicio de Psicopatología

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

---

## Resumen

El reconocimiento del recién nacido como un ser complejo e interactuante con el medio físico y humano que lo rodea, implica cambios en las actitudes del Equipo de Salud a cargo de su cuidado en las Unidades de Internación Neonatales.

Desde una perspectiva más amplia basada en las experiencias de numerosos autores sobre aspectos psicoafectivos y neuropsicológicos, se fundamenta la implementación de un Programa de Intervención Mínima y Adecuada en las Unidades de Internación Neonatales. El objetivo es comprender desde un punto de vista interdisciplinario el impacto que una internación temprana produce sobre el recién nacido y su familia y modificarlo, en la medida de lo posible, por medio de estrategias institucionales.

**Palabras clave:** *Neurodesarrollo neonatal - Desarrollo psíquico - Vínculo madre-hijo .*

## Introducción

La implementación de un Programa de Intervención Mínima y Adecuada en las Unidades de Internación Neonatales refleja la preocupación del Equipo de Salud por los aspectos psicoafectivos y neuropsicológicos que sostendrán el neurodesarrollo del Recién Nacido de Término y el Prematuro. Estos contribuyen a mejorar los resultados médicos y el desarrollo a largo plazo de estos niños.

En la historia del Hospital Materno Infantil R.

Sardá la protección y el estímulo del vínculo temprano madre-hijo a través de la recepción sin interferencias, contacto precoz en sala de partos, la entrada irrestricta de los padres a los sectores de internación y la integración de los familiares, ha sido una preocupación constante.

Desde los trabajos de Gessell<sup>(1)</sup> y Piaget<sup>(2)</sup> continuados por Saint'Anne Dargassies<sup>(3)</sup>, Amiel Tison<sup>(4)</sup>, Brazelton<sup>(5-6)</sup> y Als<sup>(7)</sup>, se ha enriquecido nuestro conocimiento sobre el neurodesarrollo y el impacto del medio ambiente y los estímulos sensoriales sobre el mismo. Entender al recién nacido como un ser complejo que interactúa con el entorno físico y humano que lo rodea, nos ha obligado a revisar conductas consideradas habituales en una Unidad de Internación de Recién Nacidos que hoy son consideradas como nocivas.

## Fundamentación teórica

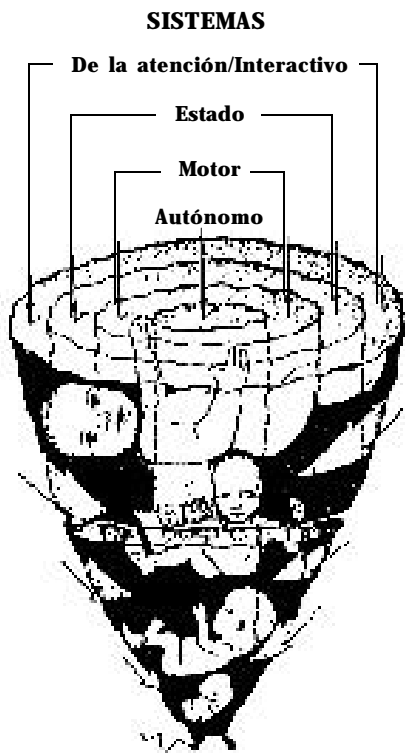
Desde la visión mítica de nuestros pacientes recién nacidos como seres casi vegetativos, incapaces de sentir dolor, animados de automatismos primarios sostenidos por reflejos arcaicos subcorticales, incapaces de interacción sensorial, nos encontramos hoy con una nueva visión. Le Metayer<sup>(8)</sup> y Amiel Tison<sup>(4)</sup> en sus estudios sobre los esquemas neuromotores innatos más elaborados, han demostrado que si somos capaces de inhibir reflejos arcaicos, por ejemplo por fijación manual de la nuca, el bebé se encontrará en un estado de motricidad liberada siendo capaz de entrar en comunicación intensa con el examinador, fijando fuertemente su mirada, interesán-

dose en el medio e intentando hasta presión voluntaria.

Brazelton puso en evidencia la gran riqueza de capacidades perceptivo-motrices y las habilidades del recién nacido.<sup>(9)</sup> Su escala de Evaluación del Desarrollo Neonatal,<sup>(6)</sup> así como los estudios realizados por Als<sup>(7)</sup> que amplían los conceptos de Brazelton, presentan al niño recién nacido como un ser interactuante. Sus reacciones a los diferentes estímulos internos y externos reflejan su propio potencial de organización. El modelo sincrónico de Als (Fig. 1) permite evaluar al neonato a través de la observación de su comportamiento y detectar situaciones de stress, conductas francas de evitación, interacción con el medio y bienestar aún en prematuros.<sup>(10)</sup> En esta estructura se han descrito cinco subsistemas interrelacionados e interdependientes:

1. *Sistema autónomo*: Manifestado por cambios vegetativos como color de la piel, alteraciones de los signos vitales, cambios en la oxigenación, hipo, vómitos, etc.

2. *Sistema motor*: Postura y movimientos espontáneos.



**Figura 1:** Organización del desarrollo de la conducta según el modelo de la Synactive Theory (de Als H, 1982; con autorización).

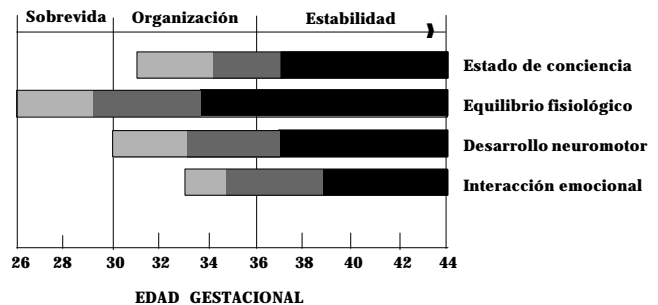
3. *Estados de conciencia*: a) sueño profundo; b) sueño leve; c) somnolencia; d) alerta; e) estado de ojos abiertos; f) llanto.

4. *Sistema atención-interacción*: Que permite en los momentos adecuados (momentos críticos) la receptividad a los estímulos del medio.

5. *Sistema regulador*: Formado por estrategias que implican los demás subsistemas y que el bebé utiliza para mantener su integración y organización: dormirse, chuparse el dedo, buscar límites físicos de contención, posición en flexión, etc.

Los perfiles de comportamiento del recién nacido de término y pretérmino son diferentes. El RN de término puede frente a estímulos internos y/o externos organizarse nuevamente. El RN prematuro si bien puede utilizar estrategias autoprotectoras por su diferente grado de maduración puede requerir ayuda externa adecuada para reorganizarse eficazmente.

**Figura 2:** Desarrollo del niño prematuro



Un RN es capaz de acciones complejas desde etapas muy tempranas, las que nos permiten suponer la existencia de funciones cerebrales asociativas. Metzloff demostró que los lactantes y recién nacidos son capaces de detectar equivalencias entre modalidades sensoriales y mapear información de una modalidad sensorial a otra. Como ejemplo de estas capacidades neurológico-sensoriales encontramos la habilidad del niño recién nacido para reconocer y preferir la voz de su madre, lo que pareciera afirmar la hipótesis de un aprendizaje in-útero.<sup>(11)</sup> Recordemos que el aparato auditivo se encuentra desarrollado desde el segundo trimestre de la gestación.<sup>(12-13)</sup> Reacciones a estímulos luminosos aparecen precozmente en la vida fetal.<sup>(13)</sup> Hace ya muchos años autores como Montagu<sup>(14)</sup>; Anzieu<sup>(15)</sup> y Spitz<sup>(16)</sup> han demostrado la importancia de la piel y el contacto físico en el desarrollo orgánico y psicológico del

individuo. Las experiencias táctiles precoces debutan in-útero y se prolongan después del nacimiento. La calidad de la comunicación establecida influye en las respuestas emocionales y psicomotrices tempranas que el niño aprende y serán indelebles. Estas capacidades se explican desde diversos modelos teóricos. Para Lebovici y aquellos que aceptan la existencia de un “psiquismo fetal”, éstos constituyen “aprendizajes precoces”.<sup>(17)</sup> Para otros la estructuración de “huellas mnémicas” que luego se asociarán con funciones corticales más complejas.<sup>(11)</sup>

## Desarrollo psíquico

Todo sujeto viene a ocupar un sitio dentro de un mito familiar. Cuando un niño es concebido, ya se ubica en una cadena de representaciones en las que va a ocupar un eslabón, un lugar que lo precede. En la mayoría de los casos, el comienzo del embarazo coincide con la instauración de una relación imaginaria de la madre con su bebé. El sujeto hijo no se halla representado por lo que es en realidad, un embrión en vías de desarrollo, sino por un cuerpo completo y unificado: **cuerpo imaginado** como lo llama P. Aulagnier, que acompaña y antecede al niño. Esta primera relación (madre-bebé imaginado) tiene un papel unificador para el sujeto; sobre esa imagen, soporte

imaginario del embrión se vuelca la libido materna.<sup>(18)</sup>

Como vemos, la madre es quien ocupa el lugar de privilegio en esta historia estructurante. Ella ejercerá poder absoluto sobre el niño, quien no se percibe en los inicios como alguien diferente, su mamá es una prolongación, es un todo con él. “En el momento en que la boca encuentra y traga el pecho, traga un primer sorbo del mundo, afecto, sentido, cultura.”<sup>(19)</sup>

Así ubicada, la madre inaugura recorridos de placer y displacer, otorga sentido a su llanto, movimientos y gestos y determina qué satisfacciones están permitidas. Ella es capaz de traducir las necesidades del niño ligadas a lo corporal y cancelar la excitación que éstas producen.

Así instaura un plus de placer, a través de la satisfacción de la necesidad, que calma el dolor y que tiene una función inscriptora, ligadora. Es el punto mítico de los orígenes del psiquismo, cuando cierta homeostasis se rompe abruptamente (por ejemplo: hambre) y requiere de un objeto (pecho materno) para intentar recobrarla. Esta “vivencia de satisfacción”, deja su marca, primera inscripción del placer- displacer.<sup>(20-21-22)</sup>

Ante cualquier separación en relación a la madre, aparecen llantos, gritos, búsqueda de la mirada y de las manos, que intentan hacer advenir al objeto primordial, allí mismo donde ha desaparecido en el cuerpo. El niño intenta restaurar el sentimiento de

**Tabla 1:** Variables que influyen en el establecimiento del vínculo madre-hijo y sus resultados a largo plazo.

Variables fijas		Variables modificables		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados recibidos por la madre de su propia madre</li> <li>• Prácticas culturales</li> <li>• Relación de la madre con su pareja y familia</li> <li>• Vivencias de embarazos anteriores</li> <li>• Embarazo no deseado</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento del Equipo de Salud</li> <li>• Comportamiento de la Institución</li> <li>• Primeros días de la vida</li> <li>• Separación madre-hijo</li> <li>• Prácticas hospitalarias</li> </ul>		
<b>MADRE</b>	-----	<b>VINCULO</b>	-----	<b>HJO</b>
<b>Buen vínculo</b> Variables fijas y modificables óptimas		<b>Vínculo problemático</b> Síndrome del niño vulnerable Relación M-H perturbada Accidentes reiterados Alteraciones del desarrollo y Abandono de la afectividad en RN de alto riesgo		<b>Perturbaciones graves</b> Retardo del crecimiento sin enfermedad orgánica Niño maltratado

plenitud corporal que connota necesariamente el de presencia. Presencia que confirma, al interrumpirla, la soledad corporal. <sup>(23)</sup>

De tal modo, el discernimiento de un color, la repetición de un sonido, la imitación de un movimiento, la alucinación de un olor restablecen imaginariamente el objeto primordial faltante. El lactante se convierte así en bebé. <sup>(23)</sup>

En este estado de dependencia absoluta respecto de un otro, de desamparo, el bebé se va estructurando, es la posibilidad de humanización que conlleva al mismo tiempo una violencia, la posibilidad de una imposición a ultranza de la voluntad materna. <sup>(19)</sup>

En aquellas situaciones donde además de todas las dificultades presentes en el comienzo de una vida, esta relación se ve alterada de diversos modos como ser: complicaciones periparto, pre-maturez, patologías maternas y/o neonatales, internación en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, interferencias institucionales, es esperable que tengan efectos en la estructuración psíquica del niño. Marie Fabre Grenet ha relacionado estos hechos esquematizando las variables que influyen en el establecimiento del vínculo madre-hijo y sus resultados a largo plazo. <sup>(24)</sup> (Tabla 1)

## La prematurez

Un niño prematuro es según la OMS aquél que nace antes de las 37 semanas de gestación desde la fecha de última menstruación. En nuestro Hospital consideramos prematuros a los niños nacidos con una edad gestacional menor a 38 semanas dadas las características diferentes de su evolución postnatal. El 8% de los nacimientos del Hospital Materno Infantil R. Sardá son RN menores de 2.500 g y 1.2% menores de 1500 g de peso de nacimiento. Los progresos de la neonatología permiten la sobrevivencia de niños con muy bajo peso cada vez con menor número de secuelas a largo plazo. Un pretérmino por su inmadurez necesita de una asistencia que asegure su sobrevivencia y potencialidades psíquicas. <sup>(25)</sup> Hacer todo lo posible para reintegrar a la familia un niño sano, nos enfrenta al hecho contradictorio de tener que separarlo por un tiempo prolongado de su medio natural. <sup>(26)</sup>

Un prematuro es un ser que si ningún evento ha alterado su desarrollo intrauterino, es perfectamente maduro para su edad y por lo tanto, equipado para un determinado medio: el intrauterino. El ca-

lendario del desarrollo fetal y particularmente de su cerebro, está ontogénicamente programado para desarrollarse en un contexto sensorial: el útero materno. Luego de un nacimiento prematuro, este contexto sensorial se encuentra totalmente modificado (Fig. 2). Privado prematuramente de experiencias intrauterinas, el niño que estaba en posición de flexión, en un medio líquido, contenido por la pared uterina que amortigua ruidos y luz del exterior, se encuentra bruscamente expuesto a todos estos estímulos.

El bebé acostado sobre un colchón poco confortable, sobre la espalda, en una incubadora que si bien mantiene su termoneutralidad, hace de caja de resonancia del ruido de fondo de los aparatos, sometido a manipulaciones a veces involuntariamente agresivas del equipo de cuidadores, debe hacer sus primeras experiencias. <sup>(27-28)</sup> Los estímulos a los que está sometido son sobre todo, nociceptivos, siendo los cinestésicos nulos comparados con los que recibía intraútero. El debe adaptarse forzosamente al ritmo de la Unidad de Cuidados Intensivos al precio de una desorganización de sus estados propios, según el concepto de Brazelton <sup>(9)</sup> y Als. <sup>(10)</sup> Según otros autores como Satge <sup>(29-30)</sup> ésta es “una experiencia de privación sensorial y afectiva adecuadas, de exigencias aberrantes y sobreestimulación en un momento en que no está preparado para manejar estímulos tan complejos”.

El cerebro del prematuro, considerado inmaduro para procesar informaciones sensoriales, aparece por el contrario “hipersensible”, siendo incapaz de amortiguar y administrar información inadecuada en intensidad, complejidad y/o duración. <sup>(31-32-33)</sup>

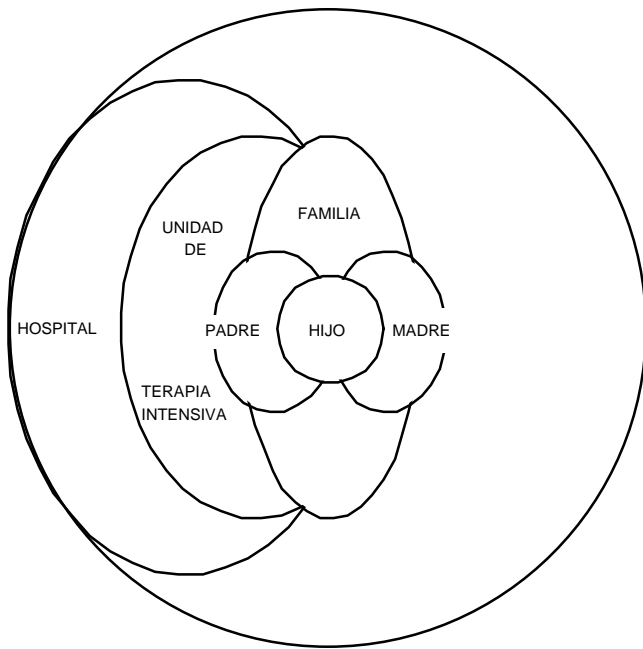
Las características motoras del RN prematuro: hipotonía axial, motilidad espontánea desorganizada, hacen difícil su cuidado por el Equipo de Salud y su familia. Estas características sumadas a un aspecto alejado del “bebé imaginario” concebido por sus padres, hacen de él un niño poco gratificante, a veces decepcionante en los primeros contactos. <sup>(34)</sup> Esta imagen es la que deberíamos ser capaces de revertir antes del alta, intentando prevenir alteraciones del vínculo.

Atender a un Recién Nacido implica también el cuidado de su familia <sup>(35)</sup> y sobre todo de su madre. Frecuentemente fragilizada por la experiencia de un “embarazo de riesgo”, vive el parto como una “catástrofe”, en un clima de urgencia, no pudiendo ver ni oír a su bebé recién nacido; estos sucesos son vividos frecuentemente como “irreales”. Esta “ges-

tación trunca” le deja un sentimiento de frustración, “un embarazo a vientre vacío” que se continúa durante la hospitalización de su hijo; las madres son también “prematuros”.<sup>(29-30)</sup> La separación de su hijo, que es vivida en la angustia e incertidumbre en cuanto al futuro, lleva a una depresión defensiva por la cual puede desolidarizarse de su bebé, mediante una reacción de duelo anticipado.<sup>(36)</sup> Esto dificultará el apego y una vez superado, deberá reinvestirse a su bebé con las cualidades de hijo, siendo un segundo nacimiento.<sup>(34)</sup>

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, nos hemos propuesto para nuestra Unidad de Internación, un Programa de Intervención Mínima y Adecuada, que tenga en cuenta las características neurológicas, sensoriales y psicológicas de los recién nacidos, sus familias y el entorno institucional, según el modelo sinactivo de la *Figura 3*.

**Figura 3:** Modelo sinactivo de la U.T.I. centrada en la familia (Als)



Este programa contempla:

- a) Características de los Sectores de Internación.
- b) Intervenciones del Equipo de Salud a cargo del cuidado del niño.
- c) Apoyo y acompañamiento de la familia, incentivando el vínculo madre-hijo.

## Cuidado de los padres

El primer encuentro de los padres con el hijo es diferido. Es frecuentemente el padre quien primero ve al niño y actúa de mensajero con la madre y la familia.

El peso de la información médica dada en este momento es trascendente, hay que comprender que los padres quieren saber pero temen hacerlo al mismo tiempo.

El vínculo padres-hijo se establece a lo largo de las visitas sucesivas. T.B. Brazelton<sup>(36-37)</sup> ha descrito cinco etapas necesarias para el establecimiento de esta relación y es ilusorio pensar que el apego debe aparecer si no se cumplen adecuadamente.

*Primera Etapa:* Los informes médicos dados por el equipo de salud.

*Segunda Etapa:* Los padres observan las respuestas del niño a los cuidados médicos.

*Tercera Etapa:* Observan las respuestas del niño a estímulos diversos.

*Cuarta Etapa:* Los padres intentan provocar dichos estímulos, se animan a tocarlo, se sienten padres, es el primer contacto verdadero.

*Quinta etapa:* Lo toman en sus brazos y se ocupan de su cuidado.

### Propuestas para el cuidado de los padres:

- Permitir a la madre ver y tocar al recién nacido en sala de partos antes de su traslado a los sectores de internación.
- Fomentar el contacto precoz madre-padre-hijo promoviendo el ingreso irrestricto de ellos al sector de internación, respetando sus deseos y tiempos, acompañándolos en los primeros contactos con su hijo.
- Dialogar con los padres explicándoles el por qué de los actos médicos. Esto permitirá detectar padres de riesgo.
- Un solo médico a cargo del cuidado de los padres y del manejo de la información; por guardia solamente se dará información puntual.
- Privilegiar el rol del padre como mensajero si la madre no puede concurrir a la unidad.
- Para aquellos con dificultades para acercarse a la unidad, buscarlos para informarles acerca del estado de su hijo.
- Entregar a los padres un instructivo que les permita familiarizarse con las características particulares de sus recién nacidos.
- Registro de internación padres-hijos y pro-

blemas familiares detectados por los médicos y/o enfermeras a cargo del paciente.

- Entregar a las madres que no puedan concurrir a los sectores durante internaciones prolongadas una fotografía de su hijo.

- Reuniones grupales exclusivas para el grupo de padres de recién nacidos en terapia intensiva.

## Bibliografía

1. Gessell A y Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1971.
2. Piaget J. Estudios de psicología genética. Buenos Aires: Ed. EMECE; 1972.
3. Saint-Anne Dargassies S. Le développement neurologique du nouveau-ne a terme et du premature. 2ª Ed. París: Masson, 1979.
4. Amiel-Tison CL. L'évaluation neurologique du nouveau-ne a bas risque dans les premieres heures de la vie. *Ann Pediatr* 1985; 32, N° 1: 9.
5. Brazelton TB. Psychophysiological reactions in the neonate. The value of the observation of the neonate. *J Pediatr* 1961; 38:508.
6. Brazelton TB. Neonatal behavioral assessment scale. 2nd. Ed. London Spastic Internat. Med Publ CDN, 1984.
7. Als H. Assessing and assessment: Conceptual consideration, methodological issues and a perspective of the future on the Neonatal Behavioral Assessment Scale. En: Sameroff A J: Organization and stability of newborn behavior. A commentary on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Monogr Soc Res Child Dev* 1986; 177: 14-28.
8. Le Metayer M. Contribution a l'étude des schémas neuromoteurs du nouveau-ne et du nourrisson, intérêt dans l'éducation thérapeutique précoce. *Neuropsych Enf* 1981; 29: 587-600.
9. *Psych Enf* 1981; 25 (2).
10. Als H. A synactive model of neonatal behavior organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the preterm infant and for the support of infants and parents in the NICU environment. *Phys Occup Ther Pediatr* 1986; 6: 3-54
11. Metzloff AN. Perception, action and cognition in early infancy. *Early Human Development* 1985; 32: 1: 63-67.
12. Busnel MC, Lehmann A. Plasticité des organes sensoriels. *Progres en Neonatologie*. Vol. 7, Bale: Ed. Karger. 1987.
13. Herbinet E. Competence neonatale dans l'interaction et apprentissage prenatal. *Neuropsych Enf* 1985; 33: 53-58.
14. Montagu A. La peau et le toucher: un premier langage. New York: Columbia University Press. 1971 Trad. Franc. París: Ed. Seuil, 1979.
15. Anzieu D. et al. Las envolturas psíquicas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1989.
16. Spitz RA. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic study of the child. 1945; 1:53.
17. Lebovici S, Diatkine R, Soule M. Traite de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. París: Ed. PUF, 1985.
18. Laplanche J. Nuevos fundamentos del psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1989.
19. Castoriadis Aulagnier P. La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1991.
20. Freud S. Proyecto de psicología. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, Vol. 1.
21. Freud S. Introducción al narcisismo Buenos Aires: Ed. Amorrortu Vol. 14.
22. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Ed. Amorrortu Vol. 21.
23. Vasse D. El ombligo y la voz. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1977.
24. Fabre-Grenet M. Consequences de la separation mer-enfant des la naissance sur le devenir des prematurees. *Progres en Neonatologie* París: Ed. Karger, 1990.
25. Gorski P. A. Premature infant behavior responses to caregiving interventions in the NICU En: Calla JD, Tyson RL. Eds *Frontiers of infant psychiatry* New York: Basic Books Inc Pub 1983.
26. Klaus MH, Kennell JH. Interventions in the premature nursery. Impact on development *Pediatr Clin North.Am* 1982; 29: 1263-73.
27. Meyerhoff-Grywac P: O neonato de risco: proposta de intervencao no ambiente e no desenvolvimento. Sao Paulo: Ed. Savier; 1990.
28. Martinez J. Atención individualizada del RN Pretérmino. *Revista del Hospital R. Sardá*, 1993; Vol XII N° 1: 46.
29. Satge P. et Soule M. L'accueil et la prise en charge des parents dans un centre de neonatologie. París: ESF, 1976.
30. Satge P. Implications psychologiques des techniques actuelles de neonatologie. *Neuropsych Enf* 1982; 30: 234-36.
31. Als H, Gibes R. Neonatal individualized developmental care and assessment program. The Children's Hospital and Brigham and Women's Hospital Boston: MA; 1984.

32. Als H, Lester BM, Tronick E et al. Towards a research instrumental for the assessment of preterm infants behavior A.P.I.B. En: Fitzgerald H, Lester B.M. and Yogman M. Eds. Theory and research in behavioral pediatric. New York: Ed. Plenum, 1982, Vol. 1; 35-63.
33. Duffy FH, Mower G, Jensen F, Als H. Neural plasticity. A new frontier for infant development. En: Fitzgerald H, Lester B.M. Yogman,M. Eds Theory and research in behavioral pediatric New York Plenum, 1984, Vol. 1 y Vol. 2, 67-96.
34. Harrison H. The principles for family centered neonatal care. Pediatrics, 1993; 92: 643.
35. Soule M, Brazelton TB, Cramer B, Kreisler L, Schappi R. La dynamique du nourrisson de quoi de neuf bebe. 2<sup>a</sup> Ed. París, 1983.
36. Brazelton TB. On becoming a family. The growth of attachment. New York: Delacorte Press, 1981.
37. Brazelton TB, Tronick E, Adamson L, Als H, Wice S. En: Parent-infant interaction CIBA Foundation Symposium-Amsterdam: Elsevier Pub Co, 1975 .

**Es preferible que un prejeutivo que un ineficaz  
 Es el balance de los ciertos y los errores más que  
 el valor de la gestión y en la falta de errores  
 de quienes sí de que pueden tener ciertos**

Mariscal Fucks