Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

An Pediatr (Barc). 2012;**76(6)**:329–335

ANALES DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/anpediatr

ORIGINAL

Las representaciones de apego y el estrés en las madres de niños nacidos pretérmino de muy bajo peso a los 2 años

F. González-Serrano[a,*], C. Castro[b], A. Lasa[a], M. Hernanz[a], X. Tapia[c], M. Torres[d] y B. Ibañez[e]

[a] *Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe, Osakidetza, Getxo, Bizkaia, España*
[b] *Unidad de Neonatología, Hospital de Cruces, Osakidetza, Barakaldo, Bizkaia, España*
[c] *Servicio de Atención Temprana-Altxa, Bilbao, Bizkaia, España*
[d] *Consulta privada, Bizkaia, España*
[e] *Centro de Investigación Biomédica, Complejo Hospital de Navarra, Pamplona, España*

Recibido el 28 de marzo de 2011; aceptado el 3 de enero de 2012
Disponible en Internet el 17 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE
Niño pretérmino de muy bajo peso;
Estrés materno;
Representaciones maternas de apego

Resumen
Introducción: Hay consenso en las investigaciones acerca de los efectos del nacimiento prematuro en las interacciones bebe-cuidador, aumentando los riesgos sobre el apego.
Material y métodos: Se estudia a un grupo de 90 niños nacidos pretérmino con muy bajo peso (< 1.500 g) seguidos en el Hospital de Cruces (Bizkaia, España) y 96 niños nacidos sanos a término, con edad y características sociodemográficas similares. El objetivo es evaluar, mediante una entrevista semiestructurada (entrevista R de representaciones maternas), el estrés materno y el modelo vincular sobre la base de las representaciones maternas de apego.
Resultados: Los niños pretérmino tenían una inmadurez y riesgo biológico de grado medio-severo al nacimiento: EG media 29,9 semanas, PN 1.159,76 g y 57% más de 1 semana de hospitalización en la UCI. Las madres del grupo de los nacidos pretérmino presentaron más estrés durante el primer año de su hijo (61%) comparando con el grupo control (39%), pero no se encuentran diferencias en el modelo vincular o representacional de apego de las madres entre los 2 grupos.
Discusión y conclusiones: Se confirma que el nacimiento pretérmino tiene gran influencia sobre el equilibrio emocional materno y la conveniencia de evaluar las reacciones de estrés en los padres y los signos de riesgo para el apego de esta población lo más temprano posible.
© 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.net (F. González-Serrano).

1695-4033/$ – see front matter © 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.anpedi.2012.01.003

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

KEYWORDS
Maternal attachment representations;
Maternal stress;
Very low birth weight preterm infant

Attachment representations and stress in mothers of very low birth weight preterm infants at two years of age

Abstract
Introduction: There is a consensus that prematurity could affect the risk of attachment impairment.
Material and methods: We studied 90 very low birth weights preterm children (<1500 g) with follow-ups at Cruces Hospital (Bizkaia) and 96 healthy children born at term with similar age and sociodemographic characteristics. Our objective is to assess maternal stress and link model in accordance to attachment representations of mothers on both groups by using R Interview for Maternal Representations.
Results: Preterm infants had a medium-to-severe degree of immaturity and biological risk: mean gestational age of 29.9 weeks and birth weight 1159.76 gr, with 57% staying in the ICU $\geq$ 1 week. Mothers of preterm infants reported higher levels of stress during their first year of life (61%) than controls (39%), but no significant differences were found in link model (attachment representations) between the two groups.
Discussion and conclusions: The results confirm that preterm birth has a great influence on maternal emotional responses, and indicate that stress responses in parents and alarm signs for attachment problems should be assessed as early as possible.
© 2011 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La supervivencia de los niños nacidos pretérmino ha mejorado enormemente en las últimas décadas. La mortalidad y la morbilidad se concentra en la población con extrema prematuridad[1,2]. Las afecciones más reconocidas son las llamadas secuelas del primer año, en especial la parálisis cerebral, con una prevalencia estable en torno del 5-10%[3-6]. Los niños pretérmino de muy bajo peso presentan más dificultades en el área psicofuncional, sobre todo de alimentación y sueño. Durante la edad escolar los grandes prematuros, sin secuelas neurosensoriales, son un grupo con riesgo de presentar dificultades cognitivas, escolares y de atención que se denominan secuelas leves tardías[7-9].

Los estudios actuales se dirigen a detectar signos tempranos de esas secuelas tardías y a evaluar los factores de riesgo neonatal de la prematuridad. El riesgo biológico neonatal se define por la presencia de bajo peso, baja edad gestacional, neuroimagen cerebral patológica (hemorragias grado III y IV, leucomalacia periventricular), enfermedad pulmonar crónica y enterocolitis necrotizante. El riesgo psicosocial incluye circunstancias socioeconómicas adversas, bajo nivel educativo de los padres, tensiones conyugales graves y factores relacionados con los cuidados e interacciones con el bebé, el ejercicio de las funciones parentales (paternidad-maternidad precoz, embarazo no planificado) y la capacidad de afrontar el estrés por parte de la familia. El peso relativo de los factores de riesgo va cambiando durante los 2 primeros años de vida, de forma que el riesgo biológico se va volviendo menos importante, mientras el psicosocial gana importancia con el paso del tiempo[10,11].

Las situaciones de gran prematuridad provocan un impacto intenso en los padres, que sufren un gran desbordamiento emocional[12,13]. Hay autores que lo equiparan a un trastorno por estrés postraumático o a una reacción de duelo[14]. El nivel educativo materno, así como un buen apoyo familiar, especialmente de la pareja, son factores protectores mejorando las conductas sensibles de la madre[15].

Hay consenso general en valorar las conductas interactivas de las madres de niños nacidos pretérmino de muy bajo peso como diferentes de las de nacidos a término, con respuestas menos sensibles ante las necesidades de sus bebés[16]. Algunos autores las relacionan con la intensidad del estrés y la desorganización emocional sufridos por los padres[17]. Otros, con la evolución del hijo y el ajuste compensatorio frente a las características de éste[18]. Los primeros las consideran conductas intrusivas y sobreestimulantes, pudiendo afectar negativamente a la interacción y el desarrollo del niño si se mantienen largo tiempo. Los segundos las valoran como apropiadas a la menor capacidad de respuesta de los grandes prematuros que necesitarían más estímulos, denominándolo cuidado o crianza compensatoria.

Las capacidades de interacción y de regulación de las respuestas motrices y emocionales de los grandes prematuros son consideradas inferiores a las de recién nacidos sanos a término[16]. No obstante, hay controversia acerca de si el desarrollo de la relación padres-bebé está más influido por las complicaciones médicas y la hospitalización, o por la intensidad del estrés sufrido por las madres[19].

En las últimas décadas va teniendo una importancia creciente la investigación sobre el apego en poblaciones de riesgo, incluidos los grandes prematuros. Podemos definir el apego como la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos fuertes, selectivos y duraderos con determinadas personas en particular[20]. Se desarrolla en el niño desde el nacimiento, manifestándose a través de sus conductas de apego hacia sus cuidadores que, con sus respuestas, van estableciendo una interacción. Este modelo de interacción mantenido a lo largo de la infancia tiende a incorporarse en el psiquismo en lo que se denomina modelo operativo interno, que es un sistema de representaciones mentales (estructuras cognitivas) que un individuo tiene de sí mismo, del otro y de la relación entre ambos[21,22], y constituye el patrón psicológico que un cuidador adulto tiene a la hora de cuidar a un hijo y vincularse con él. En este estudio lo denominaremos modelo vincular interno.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

La distribución de relaciones de apego seguras e inseguras de los grandes prematuros es, en algunos estudios, comparable con los nacidos a término, lo mismo que el modelo vincular de las madres de dichos niños, a pesar de que podría esperarse lo contrario, dadas las diferencias en los modos tempranos de relación madre-bebé[23]. Otros estudios, en cambio, encuentran mayor tasa de modelo vincular inseguro en madres de niños pretérmino en los primeros meses de vida del hijo[24,25]. En lo relativo a la transmisión intergeneracional de los modelos vinculares, los resultados en los últimos años parecen estar de acuerdo con las sugerencias de los estudios del apego[20,26-28], encontrando concordancia significativa entre los modelos vinculares de las madres, las cualidades de la relación (conductas de apego) con su hijos y el tipo de apego que estos desarrollan[21,22,29-31].

Este estudio busca complementar los que se vienen realizando en nuestro medio asistencial (servicios de neonatología) sobre el seguimiento y el tratamiento de los nacidos pretérmino de muy bajo peso desde el ámbito médico-somático. Las condiciones de cuidados necesarios para estos recién nacidos son una situación de riesgo en el desarrollo de la relación con sus cuidadores. Los objetivos principales serían valorar las diferencias en la relación madre-bebé entre una población de recién nacidos pretérmino de muy bajo peso natal(< 1.500 g) y recién nacidos a término con peso normal (> 2.500 g) sin problemas perinatales, a los 2 años de edad corregida. Entre las hipótesis iniciales estarían la mayor frecuencia de representaciones de apego inseguro en las madres de los pretérmino y mayor estrés en el primer año de vida del hijo.

Material y métodos

Muestra

Se trata de un estudio observacional de cohortes retrospectivas. La variable exposición es la prematuridad y las cohortes se seleccionaron al cumplir los individuos 2 años. Grupo de niños prematuros (N = 90): nacidos en el Hospital de Cruces (Bizkaia, España), o ingresados tras el nacimiento, entre el 1 de febrero de 2003 y el 31 de enero de 2005, seguidos por la unidad de neonatología (con domicilio en Bizkaia) y que aceptaron participar en el estudio. Se incluyó a los recién nacidos pretérmino de muy bajo peso (< 1.500 g); edad gestacional $\leq$ 33 semanas; evaluados al cumplir los 2 años (edad corregida) y sin problemas neurológicos (secuelas cognitivas y/o motrices medias o severas) o sensoriales graves.

Grupo a comparar (N = 96): niños seleccionados aleatoriamente en los cupos de atención pediátrica de dos comarcas sanitarias y en dos centros de educación infantil. Se incluyó a recién nacidos a término (edad gestacional $\geq$ 37 semanas) con peso al nacer > 2.500 g, considerados sanos, es decir, sin ningún problema médico o psicológico, ni en el momento del nacimiento (en el mismo periodo 2003-2005) ni en el de realización del estudio.

Se realizó una valoración del desarrollo del niño (cuyos resultados aparecerán en otro artículo en preparación) y una entrevista con la madre. En todos los casos, se obtuvo el consentimiento informado de padres o tutores para incluir a los niños en el estudio y la realización de las pruebas. Asimismo el estudio recibió la aprobación del comité ético de investigación clínica del Hospital de Cruces.

Instrumentos de evaluación

Además de las variables sociodemográficas y clínicas, se utilizaron: Entrevista con las madres: entrevista R de evaluación de las representaciones maternas (Stern et al., 1989)[31] corregida por medio de Edicode (Pierrehumbert et al., 1999)[32]

Se definen las representaciones maternas como «las fantasías, deseos, percepciones selectivas y atribuciones de la madre relativas a su hijo»[31]. Es una entrevista semiestructurada que evalúa la percepción (representación) y los afectos que tiene la madre de su hijo, de ella misma como persona y en su rol de madre, de su propia madre y del padre de su hijo, recuerdos de su infancia y de los miembros de su familia, influencias de su vida pasada y presente englobando también aspectos conflictivos y estresores, papel de los acontecimientos importantes en la vida de la madre y estado de su autoestima.

La valoración se realiza mediante el instrumento Edicode: procedimiento de análisis de entrevistas semiestructuradas basado en el paradigma del apego y que evalúa no solo los contenidos, sino también las cualidades intrínsecas del discurso materno, lo que denominamos la «narrativa». La información que aporta sobre el perfil del discurso narrativo es consistente con los perfiles descritos con el modelo del Apego (en base a la *Adult Attachment Interview [AAI]*: George, Kaplan & Main 1996 en Marrone 2001[21]) y clasifica el modelo vincular interno o de apego materno: seguro, inseguro evitativo e inseguro preocupado. La validación de Edicode es documentado en un amplio artículo[32]. Las entrevistas fueron grabadas en audio para ser valoradas posteriormente por 2 investigadores (psicólogo y psiquiatra) especializados en desarrollo infantil. Se hizo un estudio de concordancia entre examinadores (índice kappa de Cohen) que fue 0,83 ($p < 0,001$), indicando un alto grado de acuerdo.

Valoración del estrés materno durante el primer año de vida de su hijo

Se realizó por medio de la entrevista R de evaluación de las representaciones maternas, en sus apartados 5 y 6. Entendemos el estrés como una reacción de la persona ante estímulos o acontecimientos que desbordan sus capacidades de adaptación psíquica. Esta reacción se expresa, en los casos valorados como positivos, en forma de diversas manifestaciones de ansiedad o de afectación del estado de ánimo.

Análisis estadístico

Las características de la muestra se han descrito mediante medias y desviaciones típicas para las variables continuas y mediante número de casos y porcentajes para las variables discretas. Las comparaciones entre las características de los dos grupos de niños se han realizado utilizando el test de la t de Student o el test de Mann-Whitney para variables continuas, según normalidad, y el test de la χ^2 o el test de Fisher para variables categóricas. Se ajustaron los

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1 Características descriptivas de la muestra

	Pretérmino N = 90 (48%)	No pretérmino N = 96 (52%)	Diferencia pre-no pre*
Peso al nacer: (g)	1.159,76 (234,41)	3.310,26 (472,17)	T, p < 0,001
Edad gestacional al nacer: (semanas)	29,98 (2,83)	39,55 (1,29)	T, p < 0,001
Sexo			
Niñas	49 (54%)	44 (46%)	χ^2, p = 0,304
Niños	41 (46%)	52 (54%)	
Parto único-múltiple			
Único	50 (55%)	96 (100%)	F, p < 0,001
Múltiple	40 (45%)		
Nivel socioeconómico			
1 (alto)	7 (8%)	4 (4%)	
2 (medio-alto)	20 (22%)	35 (36%)	C, p = 0,841
3 (medio-bajo)	60 (67%)	49(51%)	M, p = 0,516
4 (bajo)	3 (3%)	8 (8%)	
Edad de la madre	34,05 (4,13)	33,38 (3,48)	T, p = 0,238
Nivel educativo madre			
1 ninguno			
2 antes de 15 años	1 (1%)	1 (1%)	C, p = 0,884
3 a los 15-16 años	18 (20%)	21 (22%)	M, p = 0,860
4 posteriores no universitarios	44 (49%)	42 (44%)	
5 universitarios	27 (30%)	32 (33%)	
Nivel educativo padre			
1 ninguno			
2 antes de 15 años	2 (2%)	2 (2%)	C, p = 0,227
3 a los 15-15 años	27 (30%)	39 (41%)	M, p = 0,197
4 posteriores no universitarios	41 (46%)	37 (39%)	
5 universitarios	20 (22%)	18 (19%)	

* Los tests para las comparaciones entre grupos se indican mediante «T» para el test de la t de Student (variables continuas), «χ^2» para el test de la χ^2 de asociación (variables categóricas con suficiente número de esperados), «F» para el test de Fisher, «C» para el test de Cochran-Armitage (variable ordinal) y «M» para el test Mann-Whitney (variable ordinal a modo complementario).

modelos de regresión multivariante lineales y logísticos, que incluyeron el término de interacción para valorar el posible papel modificador de ciertas variables en el efecto de la prematuridad. Se consideró como nivel de significación $\alpha = 0{,}05$, aunque se señalan como resultados con tendencia a la significación aquellos con un valor de $p < 0{,}1$.

Resultados

La muestra son 90 nacidos pretérmino, antes de la semana 33, de muy bajo peso (< 1.500 g) y 96 a término con peso normal. El grupo de prematuros tenía, al nacimiento, una media de peso de 1.159,76 g y una edad gestacional media de 29,9 semanas, hospitalización en la UCI de más de 1 semana de duración en un 57% y hospitalización total en unidad de neonatología de más de 1 mes en el 78%. Hubo un 45% de embarazos-partos múltiples. En relación con las variables familiares y sociodemográficas los dos grupos pueden considerarse similares (tablas 1 y 2).

Las madres de niños pretérmino de muy bajo peso al nacer refirieron mayores niveles de estrés durante el primer año de vida de su hijo, siendo significativas (p = 0,003) las diferencias comparando con el grupo de madres de

Tabla 2 Distribución de frecuencias de las variables médicas en el grupo pretérmino

	Número de casos N = 90	%
Peso al nacer		
< 1.000 g	22	25%
1.000-1.250 g	30	33%
> 1.250 g	38	42%
Edad gestacional		
< 26 semanas	0	0%
26-29 semanas	41	46%
30-37 semanas	49	54%
Tiempo de hospitalizacion UCI		
< 1 semana	39	43%
≥ 1 semana	51	57%
Tiempo de hospitalización total		
< 1 mes	12	13%
≥ 1 mes	78	87%

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 3 Estrés y modelo vincular materno

	No pretérmino, n (%)	Pretérmino, n (%)	p (χ^2)*
Estrés			
No	59 (61%)	35 (39%)	χ^2 = 8,584
Sí	37 (39%)	55 (61%)	p = 0,003
Modelo vincular			
Seguro	64 (67%)	58 (64%)	χ^2 = 0,027
Inseguro	32 (33%)	32 (36%)	p = 0,869
Modelo vincular			
Seguro	64 (67%)	58 (64%)	χ^2 = 2,363
Inseguro evitativo	14 (15%)	20 (22%)	p = 0,307
Inseguro preocupado	18 (19%)	12 (13%)	

* χ^2: test de la χ^2 de asociación.

niños nacidos con peso normal. No se hallaron diferencias en el modelo vincular entre las madres de los dos grupos (p = 0,896) (tabla 3).

En nuestro estudio solo hubo partos múltiples en el grupo pretérmino (45%) y el análisis de los resultados en función de esta variable no añade ningún efecto al de la prematuridad sobre las variables de la relación madre-bebé (tabla 4).

Utilizando modelos de regresión logística, encontramos una asociación significativa (p = 0,004; OR = 2,54) entre el estrés materno y la presencia de modelo vincular inseguro, en las madres de los dos grupos (tabla 5). Las madres clasificadas con modelo vincular inseguro tienen asociada una mayor tasa de estrés, que es más evidente aún en el grupo de prematuros.

Agrupando a los niños prematuros como de alto riesgo biológico (con 2 de las 3 condiciones siguientes: menos de 1.000 g de peso al nacer, menos de 29 semanas de edad gestacional y más de 7 días en UCI), el 39% de la muestra [33 niños]), o de bajo riesgo, no se encontraron diferencias entre los dos grupos de prematuros estudiados por separado. Los criterios de este agrupamiento fueron decisión del equipo investigador.

Discusión

El porcentaje de niños pretérmino de muy bajo peso que continúan en el programa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital de Cruces (Bizkaia, España), a los 2 años de edad, es del 82%. Es una cifra aceptable teniendo en cuenta las características de la población atendida en dicho hospital (muchos acuden de lugares lejanos, incluso de otras provincias) y comparable con otros centros de nuestro país[1,22]. Hubo 17 familias que no aceptaron participar, pero no se encontraron características específicas reseñables.

La probabilidad de las madres de grandes prematuros de nuestra población de presentar estrés, durante el primer año de vida de su hijo, es el doble que las de niños no prematuros. Este hallazgo coincide con la generalidad de estudios revisados[12,14,17,33-36]. En pocos casos, las madres de prematuros habían solicitado consulta psicológica (en el momento del estudio, la unidad no contaba con psicólogo), aunque algunas seguían teniendo —2 años después del nacimiento— dificultad para recordar la estancia de su hijo en el hospital sin verse desbordadas por la emoción o el llanto. Algunos autores[13,34] encuentran una tasa relativamente alta

Tabla 4 Estrés y modelo vincular materno en función de parto múltiple

	Pretérmino Parto no múltiple N = 50 (%)	Pretérmino Parto múltiple N = 40 (%)	p (χ^2)*
Estrés			
No	21 (42%)	14 (35%)	χ^2 = 0,211
Sí	29 (58%)	26 (65%)	p = 0,646
Modelo vincular			
Seguro	31 (62%)	27 (68%)	χ^2 = 0,102,
Inseguro	19 (38%)	13 (33%)	p = 0,749

* χ^2 significa que el test utilizado es el test de la χ^2 de asociación.

Tabla 5 Asociación modelo vincular materno y estrés

	Estimación	Odds ratio	Error estándar	T	p
Estrés materno					
Prematuridad	0,942	2,565	0,309	3,048	0,002
Modelo vincular	0,935	2,547	0,328	2,852	0,004

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

de madres cuyos síntomas de ansiedad y/o depresión cumplían criterios de un trastorno clínico.

En cuanto a las representaciones maternas de apego, lo que hemos denominado modelo vincular, no se han encontrado diferencias entre las madres de los dos grupos estudiados. Este hallazgo, junto a la presencia de tasas mayores de estrés en las madres de prematuros, ha sido referido en otros trabajos[12,16,17,19,23,37,38]. Otros estudios —con muestras relativamente pequeñas y evaluadas solo el primer año de vida de los hijos— sí encuentran diferencias en las representaciones de apego[24,25]. Muller-Nix et al.[17] proponen que la experiencia de estrés de las madres afecta significativamente a sus conductas interactivas con el bebé los primeros meses tras el nacimiento, mostrándose las madres de niños pretérmino más controladoras y menos sensibles hacia el hijo, ante conductas interactivas de este no diferentes de los niños no pretérmino. Con el paso del tiempo (lo evalúan hasta 18 meses de edad corregida), dichas conductas interactivas van igualándose con las madres de niños a término.

Las concepciones teóricas y de investigación sobre la organización de los modelos de apego encuentran una tendencia a la estabilidad en dichos modelos. Por tanto, es lógico pensar que las madres tienen un modelo vincular (de apego) internalizado que va a continuar estable a pesar de situaciones vitales adversas como un embarazo complicado, el nacimiento muy prematuro de un hijo o las posibles complicaciones médicas asociadas. La reacción emocional o el estrés presentado será manejado en función de sus capacidades adaptativas (mecanismos psíquicos de defensa) y resuelto de manera más o menos favorable según dichas capacidades[21,30]. De todos modos, sigue siendo un tema controvertido que precisa más investigación.

En este estudio encontramos una asociación significativa entre el estrés materno y la presencia de modelo vincular inseguro, tanto en las madres de prematuros como de no prematuros. A pesar de que este hallazgo solo puede ser interpretado en términos de asociación y no de causalidad lineal[14,23], sí se puede plantear que las madres que tienen con sus hijos modelo vincular inseguro tendrían menos capacidades psicológicas para hacer frente a acontecimientos potencialmente traumáticos como es un parto muy prematuro.

Los resultados anteriores nos llevan a pensar que el modelo vincular materno incluye una serie de características psicológicas maternas relativamente independientes de acontecimientos vitales, por muy traumáticos que estos sean. Este modelo —cuando es seguro— parece representar una organización psíquica estable que permite afrontar dichos acontecimientos sin desbordar el equilibrio psíquico materno, originando síntomas importantes de estrés. Esto confirmaría la estabilidad y consiguiente capacidad para afrontar ciertas situaciones psicológicas, vinculadas a adquisiciones psíquicas propias del desarrollo previo, tal y como postula Fonagy para la «función reflexiva» materna, que colocaría a quien la posee en una situación favorable para captar las necesidades del bebé y responder adecuadamente a ellas[21,28,30].

Entre las limitaciones del estudio podemos citar que la muestra es de niños y madres en seguimiento en un solo centro hospitalario. El hecho de realizar todas las entrevistas con las madres añade también una cierta limitación, ya que no se estudia la influencia que en los modelos de apego tiene la figura del padre.

Los hallazgos confirman que la experiencia traumática, en relación con el nacimiento prematuro, es un factor de influencia mayor sobre el equilibrio emocional materno en los primeros años de vida del hijo. Es importante plantear —a pesar de la dificultad de hacerlo cuando el bebé está todavía en la unidad de neonatología— la necesidad de evaluar las reacciones de estrés de los padres de niños nacidos con gran y extrema prematuridad lo más temprano posible y los signos de riesgo en los patrones vinculares, sugerentes de inseguridad en el apego. Esto permitiría detectar qué padres pueden necesitar intervenciones de apoyo específico para afrontar la situación traumática. Las intervenciones deberían incluir empatía con su experiencia emocional, informaciones generales, orientación y estímulos para que muestren sus capacidades de cuidado hacia su hijo durante la hospitalización[39]. El objetivo es aumentar los sentimientos de autoconfianza y competencia hacia su hijo, incrementando la capacidad de relación e interacción, y su interés y dedicación al niño. En resumen, facilitar el desarrollo del apego durante la estancia hospitalaria. Tras el alta, con los programas de seguimiento, se puede facilitar la transición de los cuidados del niño en el hogar y continuar el acompañamiento y la vigilancia de la evolución de las distintas áreas del niño y de la interacción con sus cuidadores, proponiendo, si son necesarias, intervenciones específicas (atención temprana). Dicho de otra manera, ayudar a los padres a ir descubriendo al bebé sano y vital (ideal) que deseaban tener, en una suerte de nuevo nacimiento feliz, que enriquezca su mundo de representaciones sobre el hijo.

Financiación

Este estudio ha recibido subvención del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza (Proyecto de Investigación n.° 200411058) y ha contado con el apoyo de la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (Bioef).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Arce A, Iriondo M, Krauel J, Jiménez R, Campistol J, Poo P, et al. Seguimiento neurológico de recién nacidos menores de 1500 gramos a los dos años de edad. An Pediatr (Barc). 2003;59:454–61.
2. Hack M, Taylor HG, Drotar D, Schluchter M, Cartar L, Andreias L, et al. Chronic conditions, functional limitations and special health care needs of school-aged children born with extremely low-birth-weight in the 1990. JAMA. 2005;294:318–25.
3. Wood NS, Marlow N, Costeloe K, Gibson AT, Wilkinson AR. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. The EPICure Study Group. N Engl J Med. 2000;343:378–84.
4. Saitua G. Apuntes sobre desarrollo infantil. Periodo neonatal: los primeros días de vida. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2007.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

5. Robertson CM, Watt MJ, Yasui Y. Changes in the prevalence of cerebral palsy for children born very prematurely within a population-based program over 30 years. JAMA. 2007;297:2733–40.
6. Platt MJ, Cans C, Johnson A, Surman G, Topp M, Torrioli MG, et al. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. Lancet. 2007;369:43–50.
7. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta analysis. JAMA. 2002;288:728–37.
8. Portellano JA. Neuropsicología infantil. Madrid: Síntesis; 2007.
9. Lasa A. Los niños hiperactivos y su personalidad. Bilbao: Altxa; 2008.
10. Beckwith L, Rodning C. Dyadic processes between mothers and preterm infants: development at ages 2 to 5 years. Infant Ment Health J. 1996;17:322–33.
11. Miceli PJ, Goeke-Morey MC, Whitman TL, Kolberg KS, Miller-Loncar C, White RD. Brief report: Birth status, medical complications and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight infants. J Pediatr Psychol. 2000;25:353–8.
12. Druon C. À l'écoute du bébé prématuré. París: Aubier; 1996.
13. Sibertin-Blanc D, Hascoët JM, Tchenio D. Regards croisés et divergents des professionnels sur les bébés nés trés grands prématurés. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2001;49:449–60.
14. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental posttraumatic reactions after premature birth; implications on sleeping and eating problems. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003;88:400–4.
15. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. Early Hum Dev. 2003;73:61–70.
16. Wijnroks L. Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. Infant Ment Health J. 1999;20:393–409.
17. Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. Early Hum Dev. 2004;79: 145–58.
18. Minde K, Goldberg S, Perrotta M, Washington J, Lojkasek M, Corter C, et al. Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. J Child Psychol Psychiatry. 1989;30:391–404.
19. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. Pediatrics. 2006;118:107–14.
20. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press; 1969. Versión castellana: El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós; 1983.
21. Marrone M. La teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática; 2001.
22. Guedeney N, Guedeney A. L'attachement. Concepts et applications. París: Masson; 2002.
23. Ibañez M. Estudio longitudinal de 54 niños prematuros de bajo peso < 1.500 g sin secuelas a los 30 meses: influencia del riesgo biológico y el riesgo psicosocial en la aparición de secuelas leves tardías a los 7 años. Tesis doctoral. Facultad de psicología-Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
24. Fava G, Rebecca L, Calvo V. Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 1997;23/24:23–50.
25. Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. Infant Ment Health J. 2006;27:494–508.
26. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. London: Hogarth Press; 1973. Versión castellana: La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós; 1983.
27. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3: Loss: Sadness and depression. London: Hogarth Press; 1980. Versión castellana: La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós; 1983.
28. Fonagy P, Steel M, Steeel H, Moran G, Higgitt A. The capacity for understanding mental states: the Reflective Self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Ment Health J. 1991;12:201–17.
29. Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Bretherton I, Halfon O. Associations between parental and child attachment representations. Attach Hum Dev. 2004;6:305–25.
30. Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Madrid: Espaxs; 2004.
31. Stern DN, Robert-Tissott C, Besson G, Rusconi-Serpa S, De Muralt M, Cramer B, et al. Une méthode d'évaluation des representations maternelles. En: Levobici S, Mazet P, Visier J, editores. L'evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Genève: Eshel; 1989. p. 151–77.
32. Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch de Heredia R, Bader M, Halfon O. Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement. Devenir. 1999;11:97–126.
33. Parker-Loewen D, Lytton H. Mères de prématurés: effects de séances de guidance de durée liimitée sur la qualité de l'interaction mère-enfant. En: Cramer B, direction. Psychiatrie du Bébé. Nouvellesndex frontieres. Paris: Eshel, 1988. p. 151–68.
34. Miles MS, Holditch-Davis D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. Semin Perinatol. 1997;21: 254–66.
35. Singer LT, Salvador A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. JAMA. 1999;281:799–805.
36. Jacoby R, Schmitz R, Schon MJ, Vervier JF, Viriot E. Représentations croisées de l'enfant premature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2003;51:28–36.
37. Halpern L, Brand K, Malone A. Parenting stress in mothers of VLBW and full-term infants: a function of infant behavioral characteristics and child rearing attitudes. J Pediatr Psychol. 2001;26:93–104.
38. Pavoine S, Azémar F, Rajon AM, Raynaud JP. Parents d'enfant prématuré: quel devenir sur la première année de vie. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2004;52:398–404.
39. González-Serrano F. Nacer de nuevo. La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. Cuad Psiq Psicot Niño Adol. 2010;49: 133–52.