

## LA ATENCIÓN TEMPRANA: UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA LOS NIÑOS PREMATUROS

Jenny Marcela Rojas Giraldo

Elena López Luján

*Universidad Católica de Valencia*

Fecha de recepción y de aceptación: 7 de mayo del 2018, 20 de junio del 2018

**Resumen:** Los avances científicos han conseguido elevar la tasa de supervivencia de los niños prematuros y por consiguiente cada vez son más los niños que sobreviven con una menor edad gestacional, hecho que repercute directamente en su salud y en su desarrollo. Este trabajo pretende resaltar la importantísima labor que tiene la Atención Temprana en este grupo de niños de riesgo biológico ya que es una excelente herramienta que, a través de un marco de actuación coordinado en todos los contextos en los que el niño se desarrolla, consigue la prevención y tratamiento de las consecuencias que la prematuridad revierte en el menor, la familia y el entorno.

**Palabras clave:** Atención Temprana, prematuridad, riesgo biológico, desarrollo evolutivo, factores de riesgo, neurodesarrollo.

**Abstract:** Scientific advances have succeeded in raising the survival rate of preterm infants and, consequently, more infants survive with a lower gestational age, which has a direct impact on their health and development. This paper aims to highlight the very important work that Early Intervention has in this group of children with biological risk, being that it is an excellent tool which, through a coordinated framework of action in all contexts in which the child develops, achieves the prevention and treatment of the consequences that prematurity reverts to the infant, the family and their environment.

**Keywords:** Early Intervention, prematurity, biological risk, evolutionary development, risk factors, Neurodevelopment.

## 1. INTRODUCCIÓN

El alumbramiento es sin duda alguna una experiencia única llena de grandes emociones y sobre todo de muchas expectativas, pues desde el primer momento de la gestación se inicia una larga travesía en la que las familias, día tras día, hacen planes sobre el futuro de su hijo sin perder en ningún momento un ápice de interés e ilusión, es más, sueñan constantemente con el ansiado momento en el que tendrán al fruto de sus anhelos entre los brazos.

Desafortunadamente, en muchas ocasiones, este hecho tan deseado se traduce en un mar de angustia, sufrimiento y vulnerabilidad no solo en el campo físico sino también psíquico y social, tanto para el recién nacido como para su familia. Y es que, en realidad, tal y como afirma Pallás (2004) nadie está capacitado para traer al mundo un hijo prematuro, circunstancia por otra parte que repercute directamente en el vínculo paterno filial, no solo desde el momento en el que el recién nacido es ingresado en las unidades de neonatología, sino también después de su alta hospitalaria. Pues aquello que se planteaba como un idílico viaje queda convertido en un lugar lleno de desasosiego que invade todos los momentos compartidos con el niño. De esta manera podemos afirmar con rotundidad que la familia en su conjunto empieza este proceso de la prematuridad con más miedos e inseguridades que los padres de un niño nacido a término.

Nacer de forma prematura lleva implícito un sinfín de riesgos para la supervivencia en los primeros años de vida y aumenta significativamente la probabilidad de sufrir trastornos en el desarrollo o alguna discapacidad. Este hecho, unido al bajo peso en el momento del nacimiento, es hoy en día un suceso que trasciende fronteras y que se incrementa de manera preocupante; para llegar a conocer su relevancia se usarán como base los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), en los que se reflejan que cada año nacen 15 millones de niños prematuros -antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación- y que más de un millón mueren anualmente debido a complicaciones en el parto. Mundialmente la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los menores de 5 años.

Con referencia a los datos de supervivencia se puede destacar que existe una gran diferencia entre países, pues mientras en contextos de recursos económicos y materiales escasos los niños nacidos a las 32 semanas de gestación mueren por no haber recibido las atenciones demandadas por su prematuridad, en países de economías más desarrolladas existe una alta tasa de supervivencia de los mismos.

Es evidente por los datos apuntados que se está frente a un desafío a nivel mundial, y que el seguimiento de la evolución de estos niños se debe percibir como una herramienta universal para disminuir el impacto familiar y personal de los posibles problemas que presenten en su desarrollo, pues además de las dificultades en su salud presentes ya desde el mismo momento del nacimiento, no se debe pasar por alto que un alto porcentaje de niños prematuros conviven con problemas que son detectados a edades más avanzadas y que suponen, si no son atendidos a tiempo, angustia y frustración constantes y, lo que es más grave, una pérdida de tiempo en el periodo donde más y mejor se puede actuar debido a la plasticidad neuronal, hecho del que hoy nadie discute su importancia, y por ende las graves repercusiones en el menor y su familia.

Es por ello que la detección de estos niños y la correcta derivación a los servicios pertinentes juegan un papel fundamental, ya que les permitirán recibir una atención especializada por parte de un equipo personal capacitado para orientar y guiar no solo el desarrollo del menor sino también a la familia, de manera que puedan mitigar de forma adecuada sus temores y ansiedades, circunstancias que repercuten directamente en la evolución del niño.

El presente trabajo pretende destacar la importancia que la Atención Temprana tiene en esta población de riesgo, pues no se debe olvidar que esta, sirviéndose de un conjunto de conocimientos cien-

tíficos y de determinadas acciones, tiene como finalidad la prevención e intervención en la población infantil con factores de riesgo o trastornos en su desarrollo, como es el caso de los niños nacidos de forma prematura, consiguiendo así el empoderamiento de las familias y, por ende, una mejora en las condiciones del menor.

## 2. LA PREMATURIDAD Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO

El origen de la vida humana constituye un proceso continuo que se inicia desde la fecundación y pasa por diferentes etapas como la división, migración, muerte programada, diferenciación, crecimiento y reorganización celular. La gestación completa se extiende a lo largo de 40 semanas, pero desafortunadamente, no todos los niños que vienen al mundo pueden finalizar este proceso en el vientre materno y por tanto no están completamente preparados para la vida extrauterina, lo que conlleva una serie de riesgos para su vida y su salud.

Así pues, podemos comprender que “se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación” (OMS, 2016). Por tanto, podemos afirmar que la franja más alta para establecer el límite de gestación se situaría en la semana 37 mientras que la más baja, tema que ha despertado gran atención entre los especialistas en la materia, y que gracias a un consenso internacional se ha establecido entre las 23 y 24 semanas como límite de la viabilidad (Zeballos Sarrato et al., 2017). Es sustancial destacar que este aspecto no puede ser tomado como un imperativo para todos los centros hospitalarios, pues es muy importante tener en cuenta no solo la probabilidad de vida de estos menores, sino también su futura evolución y, sobre todo, las prioridades e idiosincrasia de la familia.

En lo concerniente a la prematuridad existen diversas categorías o subdivisiones usadas en función de la finalidad del estudio a realizar. Dentro de estas encontramos, según la edad gestacional:

- *Prematuros extremos*: nacidos antes de las 28 semanas.
- *Muy prematuros*: nacidos entre las 28 y las 32 semanas.
- *Prematuros moderados a tardíos*: nacidos entre las 32 y las 37 semanas. Y, por otra parte, en función del peso en el momento del alumbramiento:
- *Bajo peso al nacimiento*: niños que se encuentran por debajo de 2.500 gr.
- *Muy bajo peso al nacimiento*: niños que se encuentran por debajo de 1500 gr.
- *Extremado bajo peso*: niños que se encuentran por debajo de 1000 gr.

Estas clasificaciones no son excluyentes pues se usan de forma combinada, ya que al hacer uso de ambas se está teniendo en cuenta tanto la maduración como el desarrollo físico del niño, lo que, a su vez, permite conocer si el recién nacido pretérmino se encuentra dentro de las subcategorías de peso adecuado, peso elevado o bajo peso para su edad gestacional y por consiguiente predecir la probabilidad de padecer una cierta morbilidad postnatal. Es importante destacar aquí que cuando se habla de la edad gestacional nos referimos al grado de maduración alcanzado, mientras que el bajo peso hace referencia a una disminución en los nutrientes necesarios. Por consiguiente, podemos afirmar que ambas clasificaciones juegan un papel fundamental a la hora de conocer la incidencia de la prematuridad, sus causas y sus repercusiones en el desarrollo del menor y en la familia (Rellán, García de Rivera y Aragón, 2008).

Por otro lado, podemos afirmar que todas las consideraciones anteriormente citadas son muy relevantes para poder comprender las diferencias existentes entre los niños prematuros y los nacidos a término, que van mucho más allá de una simple apariencia física, pues abarcan aspectos muy impor-

tantes que pueden ser determinantes en su desarrollo (García et al. 2013). En este sentido cabe citar aquí que, para poder ofrecer una mejor atención a las necesidades del menor y de la familia, todos los profesionales que intervienen con menores nacidos de manera prematura deben hacer uso de la edad corregida hasta los dos primeros años de edad, es decir, el tiempo que tendría el niño si hubiese nacido en la semana 40 de gestación menos las semanas reales al nacer.

Este dato es importante ya que permite tener una referencia con respecto al control del crecimiento y del desarrollo del niño en su momento exacto, así como la normalización de las valoraciones de perímetro cefálico, peso, talla, adquisiciones motoras y desarrollo intelectual. Sin embargo, cabe resaltar que este dato sirve solo como referencia dado que cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo.

Llegados a este punto, consideramos importante resaltar que, a pesar de que la prematuridad es un fenómeno que está en pleno crecimiento, actualmente no se conoce a ciencia cierta su etiología y, por tanto, esta se explica a través de una serie de causas multifactoriales tales como el desarrollo del embarazo, los controles obstétricos, los antecedentes familiares, la nutrición, el estilo de vida, la historia social, la exposición a riesgos ambientales, los procesos infecciosos intra o extrauterinos, la edad de la madre, el parto múltiple, el nivel socioeconómico, etc. Todos ellos juegan un papel fundamental en el momento de establecer las posibles dificultades durante y después del parto y las implicaciones a corto, medio y/o largo plazo que estas tienen en el desarrollo del menor, así como en sus condiciones de vida (Agote y Taberner, 2005)

Pero desafortunadamente estos no son los únicos factores de riesgo que existen, pues resulta importante ampliar la visión sobre otros que influyen de igual manera en la vida futura del menor como son todas las diversas circunstancias que acaecen durante el parto, así como el estado físico del menor en el momento de su nacimiento -resultados obtenidos a través del test Apgar- y los cuidados médicos o tratamientos de emergencia necesitados, y que pueden poner en juego la vida del recién nacido.

En este sentido, resulta cuanto menos interesante citar lo que Ezpeleta (2005) afirma de los factores de riesgo, pues estos “aumentan la probabilidad de que aparezca un trastorno” (p.9) y, por tanto, podemos afirmar que son usados como predictores del futuro del niño. Unido a esta idea, también se puede afirmar que no todos los factores tienen el mismo impacto; estos pueden ser más graves o más leves, actuar de forma individual o por concatenación sobre el proceso de gestación y/o en el momento del parto y, por tanto, para comprenderlos mejor, se debe tener en cuenta el momento en que estos irrumpen en la gestación y su impacto sobre la misma.

Es evidente que, gracias al gran avance médico con respecto a la neonatología, como han sido los diagnósticos terapéuticos, el desarrollo de diversas tecnologías o la inclusión de la familia dentro de los cuidados del niño como un elemento fundamental para su evolución, se ha pasado de “políticas de aislamiento del recién nacido a la integración del niño en su ambiente” (Del Moral y Bancalari, 2010, p. 42) todo ello gracias al método “madre canguro” o al programa NIDCAP.

Todos estos hechos han repercutido notablemente en el incremento de la tasa de supervivencia de estos niños, especialmente, de aquellos que nacen con un peso inferior a 1500 gramos, aunque en contrapartida, se dice que un buen porcentaje de estos niños manifestará una morbilidad tanto en su salud como en todas sus áreas de desarrollo. Es un aspecto que tendrá un impacto negativo en su evolución y en su familia y que, por tanto y a nuestro modo de ver, significa una problemática social en pleno crecimiento que requiere una gran infraestructura sociosanitaria, debido a sus secuelas a largo plazo.

No debemos pasar por alto que el vientre materno es el lugar idóneo para que el ser humano desarrolle completamente todos los sistemas necesarios para su supervivencia. Por tanto, el cambio de la

vida intrauterina a la vida extrauterina de forma prematura lleva implícito un conjunto muy importante de diferencias a nivel metabólico, las cuales están marcadas por la inexistencia de la unión madre e hijo que ofrece de manera continuada un gran aporte de nutrientes, así como la regulación metabólica a través de la placenta, aspecto que aumenta su morbilidad y mortalidad. Todo esto implica que un prematuro, un ser considerablemente inmaduro, debe autoabastecerse en muchos aspectos y por tanto debe ser asistido por “intervenciones intensivas para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo” (Martin, Fanaroff y Walsh, 2011; McCormick, Litt, Smith y Zupancic, 2011 citado en Moore, Berger y Wilson, 2014, p. 72).

No es baladí resaltar que tanto la prematuridad como el bajo peso en el momento del nacimiento conllevan diversas consecuencias que, en ocasiones, suponen un menoscabo en la salud del menor, en su desarrollo y en el bienestar de la familia. Así pues, podemos afirmar que las secuelas a largo, medio y corto plazo de la prematuridad, tienen una relación inversamente proporcional, pues cuanto antes se produce la interrupción del embarazo mayores serán sus implicaciones. Por consiguiente, dentro de las primeras consecuencias de este acontecimiento podemos encontrar el sufrimiento fetal y las patologías asociadas a la falta de madurez del neonato, además de los problemas de base biológica que repercutirán en el neurodesarrollo.

Dentro de las áreas de riesgo biológico afectadas por la prematuridad podemos encontrar patologías respiratorias, primera causa de morbimortalidad en estos menores, de audición y visión como la retinopatía, gastrointestinales como la enterocolitis necrotizante, neurológicas caracterizadas por una escasa mielinización de la sustancia blanca, pobre migración celular..., cardiopatías, etc. (Padilla, Botet, Soria, Gratacos, Figueras, 2014).

Es evidente que unas de las principales consecuencias de la prematuridad afecta al desarrollo del cerebro, pues se ha observado a través de diferentes medios que en los niños prematuros existe una reducción en el peso y tamaño cerebral con afectaciones en diferentes áreas -ventrículos cerebrales, ganglios basales, cuerpo caloso, amígdala, hipocampo, cerebelo y amplias zonas del córtex- (UNICEF, 2010).

En consecuencia, podemos afirmar que tanto la prematuridad como el bajo peso al nacer condicionan al resto de factores que regulan el desarrollo. El claro efecto que estos tienen sobre el cerebro repercute en los procesos cognitivos, conductuales y atencionales. Un dato relevante que cabe citar aquí, y que no debemos olvidar, es que los procesos perceptivo motores -sistema táctil, auditivo y visual- que en muchas ocasiones se encuentran afectados, tienen una repercusión negativa y por tanto dificultan el desarrollo cognitivo. Pero no debemos olvidar que gracias a la plasticidad neuronal de los primeros años esta circunstancia puede ser revertida.

Por otro lado, también podemos encontrar problemas en el lenguaje comprensivo y expresivo, aspecto que se hace más latente a medida que la actividad comunicativa se hace más rigurosa. Y, por consiguiente, se verán afectados tanto el lenguaje escrito como la lecto-escritura haciendo de estos un proceso arduo y complicado que podría desencadenar problemas como la digrafía o la decodificación de la lectura (Moreira, Magalhaes y Alves, 2014).

Así pues, se confirma la vulnerabilidad que poseen los niños prematuros con respecto a sus áreas de desarrollo. Pues es evidente, por todo lo anteriormente citado, que las limitaciones que estos niños presentan en su neurodesarrollo pueden ocasionar dificultades de aprendizaje desde edades tempranas, las cuales repercutirán en la forma en como estos conocen e interactúan con todo lo que les rodea.

### 3. ATENEDENTES Y FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Estimulación Precoz, Estimulación Temprana e Intervención Temprana son varias de las denominaciones usadas por diversos autores, que podemos encontrar a lo largo de la historia de este marco de actuación (Gútiérrez, 2005). Y es que la Atención Temprana, como muchas otras áreas del saber, ha pasado un proceso de cambio no solo en su designación sino también en sus fundamentos, la práctica y los modelos en lo que basan sus actuaciones.

Así pues, en este largo camino de transición se ha dejado de lado su fundamentación teórica con un marcado carácter asistencial, compensatorio y rehabilitador dado en los años 70, para pasar a un modelo preventivo gracias a acontecimientos destacables tales como el reconocimiento histórico de la infancia como una etapa relevante de la vida, idónea para recibir educación (Comenius, Rousseau, María Montessori a partir de 1800), dado que es un periodo en la que los niños aprenden de forma natural (Pérez López 2004). También han influido decisivamente la evolución de diferentes disciplinas como son la Pedagogía, la Psicología y la Neurología.

En este último campo los estudios realizados en neurorehabilitación, basados en la plasticidad neuronal de los primeros años de vida, han sentado las bases sobre las que se fundamentan dichas actuaciones, pues es innegable el hecho de que, tal y como afirman Mulas y Hernández (2005) “un ambiente rico en estímulos de diverso tipo, puede intervenir positivamente en la adquisición de funciones o capacidades que se han visto mermadas por problemas acaecidos a lo largo del desarrollo o en la maduración de las mismas” (p. 3).

Se puede afirmar que las raíces históricas de lo que en su época se designó como Estimulación Precoz se encuentran en los Programas de Acción Comunitaria que se desarrollaron en los EEUU durante la década de los 60, y más específicamente en el proyecto llamado Head Start, el cual estaba dirigido a contrarrestar los impactos negativos que los ambientes deprimidos causaban en el desarrollo de los niños (Millá, 2005).

En esta misma época en España se iniciaban las primeras experiencias enmarcadas dentro de los avances de la neurología y la psicología evolutiva, así como de la influencia neoconductista liderada por Skinner, las cuales iban destinadas a los niños con discapacidad intelectual y tenían un carácter meramente rehabilitador, trabajando solamente sobre el impacto que un déficit producía en el desarrollo. Todas las acciones realizadas se llevaban a cabo por un profesional experto y la familia adoptaba un rol pasivo (Espe-Scherwindt, 2008; Watts et al., 2009a, citado en García-Sánchez, Escorcía y Sánchez-López, 2014). Son aspectos que distan mucho de la realidad actual.

Es imprescindible para conocer el desarrollo de esta disciplina en nuestro país citar aquí los cursos teórico y práctico de Estimulación Precoz organizados, el primero de ellos, por Carmen Gyarre en el año 1973 y que contó con la participación de Lydia Coriat; el segundo fue dirigido por García Etchegey en 1975, y el tercero por el doctor Brinkworth en el año 1976, y que iba dirigido a la Estimulación Precoz de niños con síndrome de Down. Todos ellos marcan, sin duda alguna, el comienzo de la instauración de los servicios de estimulación precoz en España. Los primeros de ellos se instauran dentro de los departamentos de Pediatría siendo precursor el doctor Villa Elizaga quien, en 1974, funda la Unidad de Estimulación Precoz de la Maternidad de Santa Cristina con el nombre de “Policlínica Madurativa” con la finalidad de potenciar el desarrollo de los niños, en un principio de bajo peso, para después abarcar a los que nacían con alguna alerta en su desarrollo.

Estas primeras experiencias marcan los primeros modelos de Intervención que, desde sus comienzos, estaban estrechamente relacionados con el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Psíquicos y Físicos (SEREM) que en años posteriores pasó a ser el INSERSO, y que contribuyó

a la creación de varios centros en diferentes provincias y a la concesión de ayudas individuales para tratamientos de Estimulación Precoz, y que también implantó la Atención Precoz como un servicio específico. Es a partir de este momento cuando se consolidan estos servicios (Millá, 2005).

Desafortunadamente esta proliferación de servicios iba unida a una falta de consenso sobre el modelo de intervención a seguir, así como a la carencia de profesionales necesarios para llevarla a cabo, organismos responsables, etc.... Es por esta razón que, con el fin de unificar criterios y entender mejor esta disciplina, en el año 2000, el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías edita el “Libro Blanco de la Atención Temprana”. Este documento recoge las reflexiones realizadas por especialistas de varias comunidades autónomas y define la Atención Temprana como:

el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 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 (Grupo de Atención Temprana, 2000, p. 12).

Gracias a este documento se puede afirmar que todas las intervenciones a realizar deben ir destinadas no solo a niños que presentan alguna patología desde su nacimiento, sino también, a todos aquellos que presentan un alto riesgo biológico como son los niños prematuros.

Este hecho es relevante porque señala un cambio importante en la intervención, de hecho transita de una acción preventiva centrada exclusivamente en el niño para reducir el impacto que un trastorno tiene en su capacidad funcional y en su familia (prevención terciaria), hacia una intervención en grupos susceptibles de recibirla, ya sea porque están dentro de un grupo de riesgo a través de programas específicos para una detección precoz (prevención secundaria) o porque están dentro de medidas universales, con la finalidad de disminuir el impacto que una enfermedad tiene sobre una determinada población (prevención primaria).

Lejos quedaron pues los trabajos basados en una teoría conductista, centrados solamente en el niño y su discapacidad, para pasar a nuevos paradigmas teóricos más amplios y más flexibles (Transaccional-Interactivo-Ecológico) en los que se tiene en cuenta todo lo que influye en el desarrollo del niño. Así pues, podemos ver -aunque sea de forma somera- que la Atención Temprana ha dejado de lado su naturaleza meramente rehabilitadora para pasar a convertirse en un modelo con un marcado carácter preventivo que, actualmente, juega un papel fundamental dentro de las políticas de prevención sobre la discapacidad.

#### **4. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LOS NIÑOS PREMATUROS**

Es innegable dado lo anteriormente expuesto, aunque sea de manera somera, el hecho de que los niños nacidos de forma prematura presentan un alto riesgo en su desarrollo, especialmente aquellos que nacen con menor edad gestacional. También lo es el hecho de que, aunque no presenten una patología asociada en el momento de su nacimiento, son muchos los niños que, a lo largo de su desarrollo, estarán por detrás de los nacidos a término. Por tanto, es evidente que estos niños deben tener una atención de forma preeminente para poder brindarles el apoyo necesario tanto a su neurodesarrollo, como a su familia y su entorno, con la finalidad de prevenir y generar entornos competentes para poder potenciar y generalizar sus aprendizajes.

La eficacia de las intervenciones realizadas dentro del ámbito de la Atención Temprana ha sido durante mucho tiempo cuestionada pero afortunadamente, hoy en día, nadie duda de su efectividad

gracias a un gran porcentaje de estudios que apoyan esta idea. Entre los autores más importantes al respecto podemos citar a Guralnick (1997; 2011) quien resaltó la relevancia que estas actuaciones tienen en el desarrollo de los menores que padecen patologías, así como de aquellos que se encuentran dentro de los factores de riesgo social y/o biológico, como es la prematuridad, ya que la Atención Temprana representa una garantía de efectividad al incidir en el desarrollo de esos niños.

Resulta cuanto menos interesante resaltar aquí el hecho de que, para poder llegar a conseguir esta efectividad, como refiere Pérez-López (2014) es necesario iniciar el proceso de intervención lo antes posible, incluir en todas las actuaciones que se lleven a cabo no solo al niño y su familia sino también a su entorno, y todo ello con la finalidad de facilitar y potenciar su desarrollo y autonomía, enriquecer las competencias de quienes intervienen con el menor y por ende facilitar su participación social. El fundamento de que estas actuaciones sean llevadas a cabo lo más tempranamente posible es que, durante los primeros años de vida, nos encontramos frente a un periodo crítico (Mulas y Hernández, 2005) debido a que la plasticidad cerebral y la capacidad de reparación funcional del sistema nervioso central es mayor y por tanto no debemos olvidar que esta es la base en la que se fundamentan todas las intervenciones llevadas a cabo en los programas de Atención Temprana.

Como sabemos bien el neurodesarrollo pasa por diferentes y muy importantes cambios tanto a nivel intrauterino como extrauterino, sobre todo en los primeros años de vida, los cuales están marcados principalmente por factores genéticos. Por tanto, podemos afirmar que las primeras conductas del niño son el resultado de estos, no obstante, a medida que el niño se desenvuelve en su entorno se da inicio a una serie de interacciones que están supeditadas a sus necesidades y a su edad; estos estímulos externos juegan un papel primordial ya que de su calidad y cantidad dependerá que las lesiones presentes en el cerebro encuentren una compensación, dado que

el tejido nervioso puede responder a la lesión creando nuevas sinapsis, encaminadas a ayudar a recuperar la función, y/o cambiando la naturaleza de su función preprogramada para facilitar el funcionamiento adecuado. Las estructuras nerviosas en los primeros años de vida se encuentran en un proceso madurativo, en el que continuamente se establecen nuevas conexiones sinápticas y tiene lugar la mielinización creciente de sus estructuras, de forma que en respuesta a los estímulos procedentes de la experiencia va conformándose el cerebro del niño (Mulas y Hernández, 2005, p. 12)

En este sentido, podemos deducir la interconexión existente entre la herencia genética y el desarrollo de las estructuras cerebrales, así como entre la plasticidad neuronal y las respuestas adaptativas, pues como bien sabemos actualmente, es innegable el hecho de que el cerebro es un órgano dinámico que se va modulando a lo largo del crecimiento y, por tanto, si se reciben los estímulos adecuados -tanto en calidad como en cantidad- se pueden mejorar tanto la autonomía como la adaptación del menor al medio en el que se desenvuelve. En efecto, todas las acciones realizadas en los programas de Atención Temprana se desarrollan con la finalidad de aprovechar esta plasticidad para impulsar la reorganización y buscar el mejoramiento funcional del sistema nervioso central.

Es innegable, por lo anteriormente expuesto, la importancia que tiene la intervención con el niño, pero no debemos dejar de lado que este se desarrolla dentro de un núcleo familiar que ha pasado también por una situación cuanto menos estresante. Por tanto, las familias deben ser también una pieza fundamental dentro la atención que se le brinda al neonato; en este sentido, tal y como afirma González- Serrano (2009)

El nacimiento de un bebé con gran prematuridad ilustra claramente la interconexión de lo somático, lo psíquico y lo ambiental, o de otro modo, permite estudiar la interrelación entre los efectos del riesgo médico-biológico (problemas neuroevolutivos) y del riesgo



psico-emocional (trastornos de las interacciones precoces, el ejercicio de las funciones parentales, la capacidad de afrontar el estrés...). Asimismo, supone una situación muy particular que va a hacer que las conductas interactivas entre bebé y cuidadores se vean influidas de diversas maneras (p. 64).

De todos es sabida la importancia que tienen las relaciones sociales para conseguir un desarrollo armónico; han sido muchos los autores como Sameroff, Bronfembrenner y Vygosky -entre otros- que afirman que los primeros intercambios entre el niño y su cuidador tienen una enorme influencia en el neonato, pues este, que nace en situación de desamparo, requiere de otras personas para que le suministren un sostén emocional con el que alcanzar el florecimiento de todas sus capacidades; este se da, tal y como afirma UNICEF (2012), dentro del establecimiento de un vínculo de apego estable y seguro, entendiendo estable como un “vínculo cotidiano y previsible, y en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé” (p.11). Desafortunadamente esta situación no es la que viven los niños prematuros y sus familias, pues como sabemos bien, en la mayoría de ocasiones, estos niños requieren estancias prolongadas en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales, que rompen una relación más estrecha y continuada con sus cuidadores principales.

Los principales cuidadores de los niños nacidos de forma prematura están sometidos, desde el momento del alumbramiento a una serie de circunstancias para las que nadie está preparado, como son la separación y limitación del contacto físico con su hijo, la incertidumbre sobre su estado de salud y sobre su futuro, entre otros. La lucha constante por manejar todas estas situaciones se expresa en forma de estrés, frustración, ansiedad, disminución de la autoestima y sobre todo en un sentimiento de fracaso y de incapacidad para llevar adelante todo el proceso de crianza (Cano, Sánchez, Brito de la Nuez, 2014).

Todas estas sensaciones no quedan relegadas meramente al ámbito hospitalario, pues cuando el niño es dado de alta sus padres se encuentran solos con respecto al cuidado de su hijo, es decir, no cuentan con el acompañamiento médico que habían tenido hasta el momento y, por tanto, esta enorme responsabilidad les genera aún más ansiedad. A todo esto, debemos sumarle el hecho de que los prematuros se muestra como niños más irritables, les cuesta más establecer contacto ocular, se muestran menos sensibles a los estímulos paternos y tienen más dificultad para autorregularse, etc. (Pérez-López, 2014).

En consecuencia, podemos deducir que todas estas circunstancias afectan a la calidad de las relaciones paterno filiales y por ende al desarrollo del niño. Es por esta razón que, desde el ámbito de la Atención Temprana, se deben generar entornos y experiencias que permitan a los padres asimilar mejor la realidad que están viviendo para que así puedan comprender los estados y señales del niño, y por consiguiente, favorecer la competencia parental para que se puedan implicar sin miedo en el proceso de crianza y cuidado de su hijo.

## 5. CONCLUSIONES

No conocemos a ciencia cierta cuáles son las repercusiones que los grandes avances tecnológicos y científicos que se aplican actualmente para lograr la supervivencia de los niños prematuros, puedan llegar a tener en su futuro. Lo que si sabemos bien es que la prematuridad es un fenómeno que está en pleno crecimiento y que, desafortunadamente, de poco han servido las diversas iniciativas existentes a nivel mundial como March of Dimes, EAPM, Asociación europea de medicina perinatal, Tommy´s the Baby Charity, etc. para la prevención del nacimiento prematuro, así como tampoco las recomendacio-

nes de la OMS (2015) para la prevención de sus resultados. Resulta evidente pues que este tema requiere, si cabe aún más, de un exhaustivo trabajo para poder prevenir sus causas y sus consecuencias.

Esta creciente situación lleva implícita una gran demanda de recursos médico- sanitarios, sociales, personales y económicos. No existe duda alguna de que los requerimientos en primera instancia de estos niños conllevan un elevado coste, pero no debemos olvidar que estos, una vez culminada su estancia en los hospitales, necesitan una atención que cubra todas las necesidades de sus secuelas tanto a nivel personal y familiar como escolar. Por esta razón, los niños nacidos de forma prematura precisan lo antes posible de las intervenciones llevadas a cabo en los centros de Atención Temprana, pues a través de estas, se puede conseguir aminorar las consecuencias negativas sobre su desarrollo y su entorno, lo que obviamente repercutirá de forma positiva en la cantidad de recursos que tanto el menor como su familia puedan necesitar más adelante.

Pero estas actuaciones no se deben centrar solamente en el niño, debemos recordar que estas trascienden las paredes de los centros de Atención Temprana para acceder, en base a sus objetivos, a todos los entornos naturales en los que se desenvuelva el niño y su familia. De esta manera, y apoyándose en la investigación realizada por Piñero (2014), parece cuanto menos evidente la necesidad de implantar estos servicios dentro de un marco sanitario como son las unidades de neonatología, pues no debemos olvidar que las intervenciones llevadas a cabo dentro de la Atención Temprana tienen como objetivo ofrecer una respuesta lo antes posible a las necesidades no solo de los niños que padecen un trastorno, sino también a aquellos que tienen el riesgo de padecerlos, como son en este caso los niños prematuros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agote, A., y Taberner, C. (2005). Vertiente preventiva y asistencial de la Atención Temprana. En M.G. Millá y F. Mulas (Eds.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 293-310). Valencia: Promolibro.
- Cano Giménez, C., Sánchez Luna, M., Brito de la Nuez, A. G. (2014). Estrés y ansiedad parental en la unidad de cuidados intensivos neonatales. El papel modulador de una intervención temprana. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Coords.), *Atención Temprana en el ámbito Hospitalario* (pp. 241-251). Madrid: Pirámide.
- Del Moral, T., y Bancalari, E. (2010). Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 50(1), 39-42. Recuperado de <https://www.sccalp.org/boletines/2010-50-supl-1/articulos/evolucion-de-la-actitud-frente-al-recien-nacido-prematuro>
- Ezpeleta, L. (2005). Prevención en psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 3-20). Barcelona: Masson. García, P., San Feliciano, L., Benito, F., García, R., Guzmán, J., Salas, S., Fernández, C.,
- Del Pardo, N., Ciprian, D., y Figueras, J. (2013). Evolución a los 2 años de edad corregida de una cohorte de recién nacidos con peso inferior o igual a 1.500 g de los hospitales pertenecientes a la red neonatal SEN1500. *Anales de pediatría*, 79, 279-87. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.03.017.
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45 (251), 6-27.
- González Serrano, F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 48, 61-80

- Guralnick, M.J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. En M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works. A System perspective. *Infant and Young Children*, 24 (1), 6-28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe
- Gútiérrez, P. (Ed.) (2005). Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid: Editorial Complutense.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Atención Temprana. (2005). Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana. (2008). La realidad actual de la Atención Temprana en España. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Larroque, B., Ancel, P. Y., Marret, S., Marchand, L., Andre, M., Arnaud, C., . . . y Kaminski, M. (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet*, 371 (9615), 813-820. doi:10.1016/S0140-6736(08)60380-3.
- Millá, M.G. (2005). Reseña histórica de la Atención Temprana. En M.G. Millá y F. Mulas (Eds.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 256-66). Valencia: Promolibro.
- Moore, T.A., Berger, A.M., y Wilson, M.E. (2014). A New Way of Thinking About Complications of Prematurity. *Biological Research for Nursing*, 16 (1), 72-82. doi: 10.1177/1099800412461563.
- Moreira, R.S., Magalhaes, L.C., y Alves, C.R.L. (2014). Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance on school-age children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90, 119-34. doi: 10.1016/j.jped.2013.05.010.
- Mulas, F., y Hernández, S. (2005). Neurodesarrollo y fundamentos anatómicos y neurobiológicos de la Atención Temprana. En M.G. Millá y F. Mulas (Eds.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp.3-22). Valencia: Promolibro.
- OMS. (2015). Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro.
- OMS. (2016). Nacimientos prematuros. *Nota descriptiva*, 363. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Padilla, N., Botet, F., Soria, S., Gratacos, E., y Figueras, J. (2014). Población de riesgo biológico: prematuridad y bajo peso. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Coords.), *Atención Temprana en el ámbito Hospitalario* (pp. 103-120). Madrid: Pirámide.
- Pallás, C.R. (2004). Seguimiento neurológico del niño prematuro. Comunicación presentada en III Jornada de actualización en Pediatría de Atención Primaria de la SPAPex. *Foro Pediátrico*, 15, 4-10.
- Pérez-López, J. (2014). Marco teórico en atención temprana y nuevas necesidades de formación para una intervención eficaz. En J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A.B. Candela (Coords.), *Atención Temprana en el ámbito Hospitalario* (pp. 27-46). Madrid: Pirámide.
- Pérez-López, J., y Brito de la Nuez, A. G. (2004). Manual de Atención Temprana. Madrid: Psicología Pirámide.
- Perkin Elmer Life and Analytical Sciences (2009). Nacimiento prematuro. Retos y oportunidades de la predicción y la prevención. PerkinElmer, Inc. Finlandia.

- Piñero Peñalver, J. (2014). *Eficacia de los programas de Atención Temprana en el ámbito hospitalario en niños de riesgo biológico: Estudio longitudinal durante los 18 primeros meses de vida de edad corregida*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Rellán Rodríguez, S., García de Ribera, C., y Aragón García, M.P. (2008). El recién nacido prematuro. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. Recuperado de: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- Sánchez-Caravaca, J. (2006). *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*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- UNICEF (2010). Aprendizaje y Escolaridad del niño Prematuro. Desafíos para los niños, desafíos para nuestras escuelas. Recuperado de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas\\_prematuros2.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf)
- UNICEF (2012). Desarrollo emocional. Calve para la primera infancia.
- Zeballos Sarrato, G. Salguero García, E. Aguayo Maldonado, J. Gómez Robles, C. Thió Lluch, M. Iriondo Sanz, M., Y Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SE-neo). (2017). Seguimiento neurológico del niño prematuro 2015. *Anales de pediatría*, 86 (1), 51. e1- 51. e9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.08.007>