

## 10- El Recién Nacido

### a-Crecimiento y Desarrollo

Margarita Barrón, Mario Eduardo Carbonetti,

**Un niño** nace a término **entre las 38 y 42 semanas**, generalmente alrededor de las **40**. Es considerado pre-término cuando nace antes de las 38 semanas y post-término cuando el parto no se produce hasta las 42 semanas.

Su **peso** varía entre 2500 y 4000 g siendo el término medio de 3200g. Mide 48 a 52 cm, (término medio 50cm) y su perímetro cefálico es de 35 cm.

A veces presentan ciertas irregularidades en la morfología de la cabeza como cefalohematomas o tumores serosanguíneos producidos en el parto. Es importante constatar el estado de las fontanelas que son los espacios anterior y posterior que hay entre los huesos del cráneo para permitir el crecimiento cerebral .

Al nacer, se evalúa su estado con la prueba de Apgar. En ella se evalúa el **color de la piel**, la **tonicidad muscular**, los **latidos cardiacos**, **respuesta refleja** y **esfuerzo respiratorio**. Cada uno de estos ítems se califica con 0, 1 o 2 puntos de acuerdo al estado del niño. Se considera que un niño tiene buen pronóstico si el Apgar es mayor de 7 puntos. A los 5 minutos se evalúa nuevamente y se observa su mejoría, su estacionamiento o empeoramiento.

### **Evaluación neurológica del recién nacido**

El nacimiento representa un shock obstétrico del cual el niño se recupera en 48-72 h. El recién nacido (RN) duerme la mayor parte del tiempo.

Cuando esta despierto puede fijar la vista en objetos y seguirlos por un corto tiempo, e inclusive, preferir la cara humana a otras figuras. Para que el bebe fije su mirada el objeto debe estar cerca, ser grande y de color. Esto se debe a que la mácula es aun inmadura y los movimientos oculares aun erráticos.

Cuando a un RN le giramos pasivamente la cabeza, aparece el fenómeno de “ojos de muñeca”: los ojos quedan un momento en la posición original y luego siguen el movimiento de la cabeza. Esta respuesta nos hace saber que los centros oculomotores y los núcleos y vías vestibulares están íntegros. Esta respuesta ira desapareciendo gradualmente a medida que se vayan mielinizando las vías y exista mayor control voluntario del movimiento ocular.

Sabemos también que la vía auditiva es funcionante porque el bebe se despierta ante ruidos, pero es más fidedigno el reflejo cocleopalpebral. Si aplaudimos cerca del bebe, se producirá el cierre palpebral reflejo (cierre de los párpados) ante el estímulo auditivo.

Asimismo tiene olfato, al punto de poder reconocer el olor de la leche materna que lo orienta en la búsqueda de alimento. También puede reconocer sabores agradables o desagradables. Siente hambre y saciedad. Se podría decir que en el RN predominan las conductas instintivas y reflejas.

### **Los Reflejos Arcaicos:**

No incluyen en sus vías a la corteza cerebral, sino que se integran en niveles que van desde el diencefalo a la médula espinal. Veamos en detalle los más importantes.

**Complejo Catenaria:** es fundamental para la sobrevivencia del RN. : Respiración, llanto, succión, deglución. Hay quienes agregan a estos el reflejo de saciedad. Estos reflejos persisten durante toda la vida pero con el correr del tiempo pasan a ser dirigidos o modificados por la voluntad.

A través del llanto el bebe expresa su displacer por hambre, incomodidad o dolor. La madre día a día va aprendiendo a interpretar el llanto de su bebe, ya que las características del llanto varían. Cuando la madre calma el displacer - con el alimento, el afecto, el movimiento, la palabra, los latidos de su corazón.- el bebe bien alimentado se calma y aparece la sonrisa, refleja también. Pero este círculo repetido vez tras vez ,

**displacer – llanto – satisfacción - sonrisa**, va produciendo un condicionamiento que el niño aprenderá a utilizar cada vez que requiera atención.

La succión es también refleja. Va precedida del reflejo de búsqueda, obtenido por el roce peribucal y utilizado por el RN para ubicar el pezón.

Tenga o no hambre, el bebe succiona. Sólo más tarde, la succión será voluntaria. Otros reflejos presentes son el hipo, el bostezo, la tos y el estornudo.

**Reflejos Esteroceptivos:** Son respuestas motoras desencadenadas por la estimulación cutánea. Entre ellos podemos citar:

\* **Prehensión palmar:** al presionar la palma de la mano con un dedo el niño cierra la mano, flexionando los dedos. Suele estar presente hasta los 3 meses.

\* **Prehensión plantar:** Al presionar con el dedo la planta del pie se flexionan los dedos. Suele persistir hasta los 12 meses.

\* **Incurvación del tronco:** Al estimular el flanco del niño, el tronco se incurva hacia el lado estimulado. Suele desaparecer al segundo mes.

\* **Cutáneo-abdominales:** si bien persisten toda la vida, la característica en el RN es que la estimulación de cualquier zona provoca una respuesta masiva en tanto que después de los 6 meses, solo se obtienen respuestas en la zona estimulada.

Existe otro de grupo de reflejos arcaicos que comprende **patrones motores de mayor complejidad:**

\* **Reflejo de extensión cruzada:** Manteniendo extendida una pierna, se estimula la planta de ese pie. Con la otra pierna, el RN trata de liberarse de ese estímulo. Suele desaparecer a los 2 meses.

\* **Reflejo tónico cervical asimétrico:** también llamado del esgrimista, porque el RN extiende los miembros del lado hacia el que gira la cabeza y flexiona los del otro lado. Suele desaparecer a los 3 meses.

\* **Marcha automática:** Tomando al bebe por el tronco con ambas manos, se lo sostiene vertical de modo que las plantas de los pies toquen la superficie de apoyo. Alternadamente, flexionará y extenderá cada pierna simulando caminar. Suele desaparecer alrededor del mes de vida.

\* **Moro:** Al provocar la extensión brusca de la cabeza, el RN abre y cierra los brazos como en un abrazo. También hay participación de los miembros inferiores y suele terminar con llanto. Desaparece alrededor de los 3 meses.

La ausencia de estos reflejos en el RN es indicativa de una severa lesión del Sistema Nervioso Central. Pero también es indicio de patología su persistencia mas allá de los tiempos señalados o su asimetría persistente. Como se trata de expresiones de actividad subcortical, su presencia no nos informa el estado de las estructuras corticales. **Podemos reconocer sí la participación de estas estructuras más nobles y específicas, en la conducta que el bebe presenta ante los estímulos del medio ambiente.**

## **b) Amamantamiento**

La leche materna es incuestionablemente el mejor nutriente posible para un recién nacido y durante los primeros meses de vida. Tanto por su composición química que favorece su digestibilidad, como por sus componentes celulares - fagocitos- e inmunológicos que protegen contra la infección y la alergia, esta siempre lista y a la temperatura adecuada, no produce alergias ni se contamina, aunque debemos aclarar aquí, que pueden transmitirse infecciones a través de ella como hepatitis B, SIDA, herpes, citomegalovirus, etc. Pero, lo que es aun mas importante, tiene una relevante importancia psicoafectiva, ya que favorece una relación mas estrecha con la madre - piel con piel, ojo con ojo-.

Una lactancia adecuada se prepara desde el embarazo. En los controles pre-parto se debe aconsejar a la embarazada acerca de las ventajas de la lactancia materna, el cuidado de sus senos y la alimentación adecuada. El cuidado de los pechos incluye evitar el uso de jabones y aceites ya que las glándulas existentes en las areolas proveen la mejor lubricación; también es importante identificar en esta etapa pezones y areola no desarrollados ya que aun es posible facilitar la eversión del pezón a través de pezoneras y masajes.

La alimentación adecuada durante el embarazo debería incluir diariamente medio litro de leche, 50 gr de queso, 100 a 120 gr de carne roja, blanca o pescado, 200gr de pastas, 400 gr de verduras frescas o cocidas, frutas, especialmente cítricos y 2 o 3 huevos por semanas. Debe beber 1.5 a 2 litros de agua diarios. En lo posible la gestante debe evitar las bebidas alcohólicas y limitar las infusiones (te, mate, café) a 1 o 2 tazas diarias. Una vez que el niño ha nacido, la madre necesita apoyo en los primeros días para establecer una lactancia exitosa. Para que se establezca el reflejo de bajada de la leche, es necesario que el niño sea puesto al pecho tan pronto como sea posible. También se debe ayudar a la madre a encontrar una posición cómoda para lactar, y asesorarla para que introduzca en la boca del bebe la areola completa para que en la succión los conductos colectores sean vaciados y no se dañe el pezón. En cada mamada se deben succionar ambos pechos por periodos de aproximadamente 30 minutos cada uno. Un Recién Nacido sano lo hará con vigor, manteniéndose alerta y activo. Lo ideal sería que madre e hijo puedan compartir todo el tiempo juntos ya que los niños alimentados a pecho no tienen horarios regulares de alimentación, inclusive a veces hay que amamantarlos cada 2 horas. Al principio, hasta que se produzca la bajada de la leche, no conviene prender al bebe tan seguido porque puede producirse excoriaciones. En los primeros días la madre tendrá calostro, que a pesar de su aspecto translucido es un alimento adecuado para el niño y posee importantes cualidades inmunoprotectoras. Al tercer día después del parto lo usual es que el bebé succione 10 minutos de cada lado. Es conveniente alternar el pecho con que se inicia cada lactada.

Si la madre presenta septicemia, eclampsia, hemorragia profusa, tuberculosis, fiebre tifoidea, paludismo, neurosis severa, psicosis o desnutrición severa no deberá amamantar

a su niño. Las fisuras del pezón, la mastitis o el pezón invertido no son impedimentos absolutos.

Una vez dada de alta, es importante que la madre pueda contar con apoyo en su domicilio, alguien que pueda asesorarla, responder sus preguntas y darle contención psicológica. Otro factor importante es que pueda descansar. Esto facilita la consecución de una lactancia exitosa. La dieta adecuada en este momento incluye 750 cm<sup>3</sup> de leche diarios, 50 gr de queso, 150gr de carnes rojas, blancas o pescado, 300 o 400 gr de pastas, arroz, pan o papas, 400gr de verduras frescas o cocidas, pero evitando ajo, cebolla, col, espárragos y coliflor. Asimismo debe consumir frutas, especialmente cítricos y 2 litros de agua. Ciertas infusiones como café, y té de hierbas varias, deben ser evitadas ya que pueden contener cafeína, teobromina, belladona, etc. No debe consumir alcohol. También hay que prestar atención a la medicación que ingiere ya que muchas drogas se excretan por la leche y pueden ser perjudiciales (inmunosupresores, isótopos radioactivos drogas). En lo posible no se debe ofrecer al bebe mamadera, hasta que la lactancia este bien establecida, ya que los mecanismos de succión que debe emplear para extraer liquido de la tetina de goma son diferentes de los que debe emplear para succionar el pezón y esto puede confundir al bebe. Además cualquier elemento que parcialmente sacie su apetito, disminuirá la succión y con ello el descenso de la leche.

Para controlar el adecuado amamantamiento, existen algunos parámetros: generalmente se alimenta por lo menos 6 veces por día y duerme bien en los intervalos entre una y otra mamada, los pañales están bien mojados en cada cambio, tiene heces adecuadas en cantidad y calidad, y gana peso adecuadamente. (ver Modulo II. Recién Nacido)

Mientras esta lactando, la madre deberá observar una dieta que le provea de las necesarias fuentes de energía, proteínas, minerales y vitaminas. Asimismo, deberá ingerir por lo menos 2 litros de líquidos por día. La dieta de la madre influye en la calidad de la leche que aporta: así vemos una estrecha relación en el ácido linoleico y otros ácidos grasos no saturados, vitaminas A, E, tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina, B12, manganeso y ioduros. Otros componentes como ácido ascórbico, vitamina K, folatos, biotina, ácido pantoténico, sodio, calcio, hierro, zinc, cobre y fluoruros, no guardan relación con la dieta

materna. La leche materna es pobre en Vitamina D y por ende si no se provee accesoriamente, el bebe puede desarrollar raquitismo. Tampoco contiene suficiente hormona tiroidea como para mitigar el cretinismo congénito.

Si bien se considera óptima la alimentación al pecho materno es necesario supervisar adecuadamente el crecimiento del niño y suplementar adecuadamente cualquier déficit. Alrededor de los 45 días, suele haber un incremento en la demanda que a veces genera ansiedad en la madre. Generalmente se estabiliza solo y no es conveniente ceder a la tentación de complementar con mamadera por esta sola causa. Sin embargo este momento coincide con el reinicio de la actividad laboral materna y este es un factor a tener en cuenta sea por la crisis de separación, sea por las dificultades para proveer la lactada en ciertos horarios, es necesario estar cerca de la madre, asesorarla y contenerla.

Al comparar la leche materna con la de vaca vemos que la leche humana presenta las siguientes características:

- \* mayor cantidad de ácidos grasos no saturados (importante en la prevención de la arterioesclerosis)
- \* es mas fácilmente digerible, ya que contiene menos cantidad de caseína lo que produce una floculación en grumos mas pequeños en el estomago.
- \* Más anticuerpos
- \* Proteínas homologas
- \* Menos concentración de sales con lo que el riñón se ve sometido a menor esfuerzo depurativo.
- \* Menos lactosa y mas oligosacáridos lo que genera menos cólicos.

La leche artificial es un sustituto a tener en cuenta cuando la madre no puede o no quiere amamantar. Es importante que esta decisión sea adoptada sin culpa, y con un adecuado entendimiento de sus pros y contras. Casi todas las leches artificiales derivan de la leche de vaca aunque existen en el comercio leches de soja que se utilizan en los niños

alérgicos. Las leches "Adaptadas" tratan de asemejarse en su composición química a la leche de madre pero recordemos que sus proteínas siempre serán heterólogas. Hasta los 4 meses de vida, no es necesario incorporar otro alimento a la leche, ni siquiera azúcar en el biberón, salvo indicación especial. Cuando se prevé alimentar al niño con mamadera, se deben tener en cuenta las siguientes normas:

- \* Higienizarse bien las manos antes de preparar el biberón o manipular la leche.
- \* Esterilizar cualquier objeto que se utilice en la preparación del biberón
- \* Respetar las proporciones de leche según indicación del pediatra. Si se cambia de leche, se debe consultar nuevamente, ya que no todas las leches tienen la misma cantidad de solutos y esto podría generar problemas al bebe
- \* Controlar la temperatura de la leche antes de administrarla, vertiendo unas gotas en el dorso d la mano. lo ideal es darla tibia, calentando el biberón a baño María.
- \* La leche debe salir de la tetina gota a gota.
- \* Tirar cualquier sobrante de leche, no conservarla nunca para la comida siguiente.

## **b) Apego**

María Cristina Schiavoni

El apego es un lazo afectivo fuerte y duradero que establece el niño con la figura de apego, generalmente la madre.

- Puede ser evaluado objetivamente a través de la observación y cuantificación de las conductas de apego.
- Se denomina “Bonding” al vínculo afectivo que la madre establece con su hijo (Klaus y Kennell (1972-1983)).

Se basa en **siete principios**:



- Hay un periodo sensible.
- Hay respuestas específicas de la especie.
- Solo se puede establecer el vínculo afectivo con un niño.
- Durante el periodo sensible el niño debe responder a la madre con ciertas señales.
- Las personas que observan el proceso del nacimiento adquieren un fuerte vínculo con el neonato.
- Para ciertos adultos es difícil vivir simultáneamente el proceso de apego / desapego, es decir, apegarse a un bebé mientras que otro está en peligro.
- Ciertos acontecimientos que suceden inmediatamente después del nacimiento tienen efectos perdurables.

### **Críticas:**

- Metodológicas.
- Se sobrevalora la importancia de las primeras horas del nacimiento.

La acumulación de pruebas provenientes de estudios en animales y humanos no pueden demostrar ni invalidar la existencia de un periodo de tiempo después del nacimiento en donde la madre esté en óptimas condiciones para vincularse a su hijo.

El apego no surge de forma repentina sino que se desarrolla en una serie de Fases, pasando de una preferencia general del bebé por los seres humanos a una asociación con los cuidadores primarios

Aunque el apego al cuidador se intensifica durante la mitad del primer año es posible que algunos bebés tengan una experiencia de apego más positiva que otros.

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. Cuando Bowlby se refiere a presencia de la figura de apego quiere decir no tanto presencia real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo.

Su teoría defiende tres postulados básicos:

Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.

La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.

Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Entre las diversas teorías que se han desarrollado en torno al apego profundizaremos la de MARY AINSWORTH.

Existen unos estudios previos a su teoría realizados en Uganda. En ellos pone en evidencia diferentes situaciones en función del apego:

- **Niños sin apego:**
  - No protestan por la ausencia de la madre.
  - No la solicitan.
  - Aparecen como precozmente independientes.
  - Incluso pueden mostrarse negligentes respecto a la madre.
  
- **Apego seguro:**
  - Pueden alejarse de la madre para explorar.
  - Se muestran inseguros cuando desaparece la figura de apego.
  - Se muestran seguros mientras que se dé en el contexto de los AINSWORTH definió como “base de seguridad”, concepto que se asemeja al de “campo abierto de “ de HARLOW.
  
- **Apego inseguro:**
  - No toleran las distancias de la madre.
  - Aunque la proximidad no desactiva las conductas de apego.

Finalmente, a través del dispositivo de observación denominado “**situación extraña**”,

describe tres tipos de apego:

**Niño:**

- **Apego seguro:**

- Tiende a protestar durante la separación.
- Recibe a la figura de apego con solicitud y tranquilizándose.
- Mantiene conductas exploratorias con normalidad en presencia de la figura de apego.
- Establece una buena relación con extraños.

- **Apego ansioso-evitante:**

- Aparece poco afectado por la separación.
- Parece no tener necesidad de confort.
- Da la impresión de independencia.
- Explora sin necesidad de que esté presente al figura de apego, como base de seguridad.
- Muestra fácil contacto con extraños.
- Suele evitar e ignorar a la figura de apego cuando vuelve.

**Madres:**

- Frecuentemente ignoran o rechazan al niño.
- Hablan acerca del hijo en términos negativos.
- A veces se muestran molestas con su hijo.

**Consecuencias (Srouf, 1990):**

- § Continúan presentando las conductas de evitación durante la infancia.
- § Manifiestan altos niveles de hostilidad y agresividad.
- § Presentan una alta tasa de interacciones negativas con otros niños.
- § Negativista, distancia emocional, malhumor, solitario.
- § Utiliza la evitación y estrategias de autosuficiencia para distanciarse de los demás.

- **Apego ansioso-resistente o ambivalente:**

**Niño:**

- § Muy perturbado por la situación experimental.
- § Gran ansiedad o agitación durante la separación.
- § Busca el consuelo con la vuelta de la figura de apego de forma ambivalente.
- § Se adhiere a la figura de apego, por momentos, pasando en otros al rechazo con rabia.
- § Se resiste a ser consolado.

**Madre:**

- § Insensibles a las demandas del niño.
- § A veces, incapaces para reconocer las demandas de su hijo.
- § Respuesta inapropiadas a las demandas.

**Consecuencias (Srouf, 1985, 1989):**

- § Continúan con el mismo tipo de apego incluso en edad escolar
- § Poco asertivos.
- § Fácilmente inhibidos.
- § Interacción con iguales pobre.
- § Repliegue en situaciones sociales.

**Main y cols (1985)** evidencian que existen niños que no podían ser “clasificados” en ninguna categoría, proponiendo una cuarta: Apego desorganizado / desorientado:

**Niño:**

- § Suele Presentar conductas desorganizadas y confusas cuando se reencuentran con la figura de apego.
- § No presentan estrategias conductuales que liciten confort ante el estrés.
- § Presentan las conductas de apego ambivalente y evitativo.

**Madres:**

- § Normalmente víctimas de algún trauma.
- § Trauma que no han resuelto, siendo ansiosas y temerosas.
- § Proyectan sus miedos ante las circunstancias actuales.
- § Frecuentemente expresan sus emociones de forma intensa y con miedo.
- § Son incapaces de reconocer las demandas de su hijo.
- § Presentan patrones de respuesta inconsistentes.

**Consecuencias:**

- § Son poco conocidas.
- § Lyons – Ruth (1996) refiere que presentan altos niveles de agresividad, conductas coercitivas y hostiles durante la edad escolar.

**El significado del apego**

Ainsworth cree que el apego seguro durante el primer año de vida proporciona una base importante para el desarrollo psicológico posterior. Los niños con apego seguro pueden alejarse de la madre con libertad, responden de manera positiva al ser tomados en brazos por otros y, cuando se les baja, se alejan libremente para jugar. Al contrario un niño con apego inseguro evita a la madre ó es ambivalente con ella, tiene miedo a los extraños y se angustia por separaciones pequeñas.

### **Las experiencias que forman vínculo**

El acto de poner el bebé al hombro, mecerlo, cantarle, alimentarlo, mirarlo detenidamente, besarlo y otras conductas nutritivas asociadas al cuidado de infantes y niños pequeños, son experiencias de vinculación. Algunos factores cruciales de estas experiencias de vinculación incluyen la calidad y la cantidad.

Los científicos consideran que el factor más importante en la creación del apego, es el contacto físico positivo (ej: abrazar, besar, mecer, etc.), ya que estas actividades causan respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del apego.

La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre o cuidador primario, esto es así, ya que esta primera relación determina el “molde” biológico y emocional para todas sus relaciones futuras. Un apego saludable a la madre, construido de experiencias de vínculo repetitivas durante la infancia, provee una base sólida para futuras relaciones saludables.

En la actualidad está tomando importancia la relación o vínculo de apego del niño con el padre, figura ésta de gran importancia para el normal desarrollo evolutivo de todo ser.

### **BIBLIOGRAFIA**

**Ainsworth,M.:** "Teoría del apego" .Paidós.1979

**Bowlby, j. "** *El apego y la pérdida 2: La separación.*" Barcelona: Paidós.1998

**Bowlby:** " *La pérdida afectiva: tristeza y depresión.* Barcelona: Paidós.1997

**Hernandez, E:** *El Apego: el vínculo especial madre-hijo.* Caracas. Venezuela

**Santrock, J.W:** "Psicología del Desarrollo".McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid

## **Actividades**

### **Crecimiento y Desarrollo del Recién Nacido**

1- En un niño recién nacido cuyo crecimiento y desarrollo pre-natal se desarrollo normalmente:

- Señale la variabilidad normal en peso y talla
- Realice un cuadro sinóptico con los reflejos arcaicos presentes al nacimiento. ¿Que implica su presencia?
- Describa las características madurativas que le son propias
- Contrástelas con la maduración del sistema nervioso

2- Realice un afiche para promover la lactancia materna

3- Apego:

- Elabore un concepto de apego.
- Señale los distintos tipos de apego existentes.
- Determine la importancia del apego en el Crecimiento y Desarrollo del niño.

