

**XLII CONGRESO ANECIPN**

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



**ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL RECIÉN  
NACIDO PREMATURO Y SU FAMILIA DESDE  
EL NACIMIENTO**

**AUTORES:**

**MARTA BAS IGLESIAS, M<sup>a</sup> NIEVES ARRIOLA INFANTE,  
CRISTINA PÉREZ CODINA, ANNA CAPDEVILA LORENZO,  
INMACULADA LÓPEZ JIMÉNEZ, MANUEL MOYA ÁLVAREZ,  
CARMEN M<sup>a</sup> MAÑAS RUIZ, M<sup>a</sup> REMEDIOS GIL HERMOSO.**

**HOSPITAL TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.**

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



## 1. INTRODUCCIÓN.

La hospitalización de un recién nacido, sea debido a la prematuridad o a otras patologías, supone, sin lugar a dudas, un estrés psicológico muy significativo para las familias que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parental y mediante dicho efecto incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior del bebé.

Además de la angustia que supone convivir sabiendo que tu hijo está hospitalizado, deberán afrontar no sólo la separación inicial de su hijo, sino también a la pérdida del rol maternal, ya que los cuidados se asumirán en la unidad neonatal. Por todo ello, durante el puerperio estas mujeres son especialmente vulnerables a los problemas de salud mental, y tienen más riesgo de sufrir niveles altos de ansiedad, depresión e incluso síntomas de estrés postraumático.

La capacidad de los padres de adaptarse a la situación de su bebé prematuro y la calidad de la interacción temprana sabemos que es un factor crítico, por ello, las intervenciones tempranas centradas en la familia durante la hospitalización y en la transición al domicilio son esenciales. Estas han demostrado disminuir el estrés y la depresión materna, mejorar la autoestima materna y mejorar las interacciones tempranas en el trinomio (madre-padre-hijo).

No cabe duda en que la tecnología actual permite continuar el desarrollo del bebé prematuro cuando se ha producido una interrupción en el proceso normal de gestación pero, no sólo es necesario asegurar esta continuidad, también es preciso considerar la importancia de la relación del niño con su madre y la salud mental.

Por esta razón, en la asistencia a recién nacidos prematuros, resulta fundamental generar un ambiente humanizado, lo que implica un nuevo enfoque en sus cuidados, que implica a la familia, equipo profesional y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

## 2. OBJETIVOS.

El objetivo principal del trabajo es conocer cómo gestionar adecuadamente el abordaje psicológico del recién nacido prematuro y su familia desde el ingreso. Secundariamente, estudiaremos las actuaciones de enfermería y daremos respuesta a la pregunta: ¿Es posible construir un vínculo seguro en una UCIN?.

## 3. METODOLOGÍA.

Para la identificación de los estudios publicados en los que se respondiera a los objetivos de la investigación se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en las bases de datos: Google Académico, Dialnet y Scielo con limitaciones de 22 años (2000-2022) y restricción de lengua al español e inglés. Se consultaron también las páginas oficiales de la Asociación Española de Pediatría (AEPed) y de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Todas las búsquedas fueron realizadas utilizando descriptores DeCS traducidos del MeSH.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Tras insertar las palabras clave (recién nacido prematuro, salud mental en recién nacidos prematuros, salud mental en padres de un bebé prematuro, abordaje psicológico en UCIN) para realizar la búsqueda en las distintas bases de datos hemos revisado los artículos que aparecían en la búsqueda, descartado los que no tenían relación ninguna con el tema a tratar, y aquellos que tenían relación, se han leído los resúmenes, de los cuales hemos elegido los que más se ajustaban a nuestros objetivos. Tras leer los artículos seleccionados hemos descartado aquellos que no se centraban exactamente con lo que pretendíamos destacar en esta revisión y finalmente nos hemos quedado con aquellos que se centran de forma más exacta en nuestros objetivos.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión-inclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos o revisiones/revisiones sistemáticas a texto completo.
- Intervalo de años: 2000-2022.
- Idiomas: inglés y español.
- Estudios realizados en humanos.
- Ensayos clínicos aleatorios y revisiones sistemáticas.

Criterios de exclusión:

- Aquellos artículos o revisiones que no cumplieran con los criterios de inclusión o que no guardan relación alguna con el objetivo general del trabajo.

Finalmente, hemos seleccionado un total de 7 artículos para nuestra revisión sistemática.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

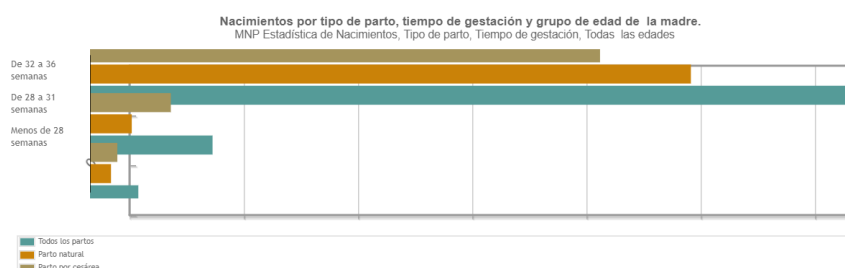
### 4.1. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, teniendo en cuenta que la duración del embarazo normalmente es de 37 a 42 semanas. En torno al 11-12% de los nacimientos son prematuros.

Según las semanas de edad gestacional en el momento del nacimiento, vamos a clasificar a los bebés prematuros en diferentes grupos: prematuros tardíos (34-37 semanas), prematuros moderados (32-34 semanas), grandes prematuros (menos de 32 semanas) y prematuros extremos (menos de 28 semanas).

El término pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente.

La dificultad de conocer inequívocamente la edad gestacional, justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr.



# XLII CONGRESO ANECIPN

## Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



*INE. Nacimientos en España 2015.*

### 4.2. CAUSAS DE LA PREMATURIDAD.

Según la APRECAN (Asociación de Padres de Niños Prematuros de Canarias), existen múltiples factores que se pueden relacionar con un mayor riesgo de presentar un parto prematuro:

- Antecedentes maternos:
  - Enfermedades maternas previas.
  - Anomalías uterinas.
  - Antecedentes de partos prematuros o abortos de repetición.
- Trastornos relacionados con el embarazo:
  - Embarazo múltiple.
  - Rotura prematura de membranas.
  - Infección vaginal o del líquido amniótico.
  - Infecciones urinarias.
  - Anomalías de la placenta (placenta previa, desprendimiento de placenta).
  - Hipertensión arterial.
  - Embarazo mal controlado.
- Factores socio-biológicos y ambientales:
  - Edad materna (menor de 18 años o mayor de 35).
  - Estrés.
  - Hábitos: alcohol, tabaco, drogas.
  - Condiciones familiares (pobreza, marginación, etc.).

### 4.3. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

El recién nacido prematuro puede presentar múltiples problemas después del nacimiento derivados de su inmadurez anatómica y funcional que condicionan una limitada capacidad para adaptarse al medio extrauterino. Estos van a depender, fundamentalmente, del grado de prematuridad y de su peso al nacimiento.

Los grandes prematuros, sobre todo los prematuros extremos, van a ser el grupo que más atención van a necesitar.

- **Regulación térmica:** el recién nacido prematuro tiene grandes dificultades para mantener la temperatura corporal, con facilidad puede presentar hipotermia, por lo que es necesario mantenerlo en un ambiente cálido, bien en incubadoras cerradas o en cunas de calor radiante, estas les van a proporcionar el calor y la humedad necesarias hasta que sean capaces de controlar la temperatura por ellos mismos.
- **Problemas cardíacos:** en los prematuros con edad gestacional <32 semanas es frecuente que pueda permanecer abierto durante días o semanas un conducto que une la arteria pulmonar con la aorta (Ductus arterioso persistente), este conducto debe permanecer abierto hasta el nacimiento y se cierra generalmente en las primeras horas o días de vida. La persistencia del Ductus arterioso puede

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



producir insuficiencia cardíaca y respiratoria por lo que sería necesario instaurar tratamiento médico para cerrarlo, en ocasiones el tratamiento médico no es efectivo y puede requerirse intervención quirúrgica.

- **Problemas respiratorios:** son uno de los problemas más frecuentes en el recién nacido prematuro y consecuencia de la inmadurez de los pulmones, entre los que destacamos displasia broncopulmonar, enfermedad de membrana hialina (distress respiratorio), ductus arterioso permanente, etc. El problema respiratorio más frecuente son las pausas de apnea, relacionadas con una inmadurez de los centros respiratorios y, estas son significativas cuando duran >20 segundos o se acompañan de disminución de la frecuencia cardíaca y cambio de coloración de la piel a pálido o azulado.
- **Infecciones:** por múltiples motivos (poca eficacia de su sistema inmunitario, menor paso de defensas desde su madre, necesidad de técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, etc.). Los prematuros, y en especial los de muy bajo peso, están expuestos a un elevado riesgo de contraer infecciones.
- **Hemorragia cerebral:** es un trastorno producido por la inmadurez de los tejidos que soportan los vasos de sangre y la fragilidad de estos vasos que existen en los ventrículos del cerebro, por lo que fácilmente se pueden romper y producir una hemorragia dentro o alrededor de los ventrículos. El diagnóstico y control se realiza mediante la ecografía cerebral.
- **Ictericia:** es la coloración amarilla de la piel producida por la acumulación de bilirrubina. La bilirrubina se produce fundamentalmente de la destrucción de los hematíes y se elimina a través del hígado. En el recién nacido prematuro los hematíes son más frágiles y el hígado inmaduro, por lo que es muy frecuente encontrar niveles elevados de bilirrubina en sangre. Unas cifras muy altas de bilirrubina en la sangre pueden producir lesión en el cerebro. El tratamiento de la ictericia (hiperbilirrubinemia) se realiza mediante focos de luz (fototerapia) aplicados sobre la piel del niño, donde se transforma la bilirrubina en sustancias no tóxicas.
- **Anemia:** los glóbulos rojos de los bebés prematuros tienen una vida inferior que los de un bebé nacido a término. Esto, junto con las extracciones frecuentes de analíticas durante el ingreso, favorece la aparición de anemia. La anemia puede ser causa de un menor crecimiento, de problemas respiratorios o cardiológicos entre otros. Para prevenirla se utiliza la administración de hierro, pero puede ser necesaria la administración de transfusiones de sangre.
- **Problemas visuales y auditivos:** El nacimiento prematuro supone el nacimiento con una retina inmadura. La alteración de los vasos que forman parte de la retina puede dañarla (retinopatía del prematuro) dando lugar a problemas visuales. Las revisiones oculares resultan imprescindibles para controlar el correcto desarrollo de la retina y poner tratamiento precoz en caso de necesitarlo. De la misma manera, los bebés prematuros pueden presentar problemas de audición. Durante el ingreso se le realizan pruebas para poder detectarlos y poner tratamiento lo antes posible en caso de necesitarlo.

#### 4.4. LOS PADRES EN LA UCIN. EL PRIMER ENCUENTRO.

Tanto para el bebé como para sus padres, la UCIN es el lugar donde conviven al mismo tiempo la sobrecarga de estímulos sensoriales y la gran privación emocional.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Par los padres no hay lugares cómodos donde sentarse, el tocar al bebé está restringido por la cantidad de catéteres, cables y tubos que se interponen, los numerosos sonidos que hay de las diferentes máquinas te mantienen alerta, demasiadas luces que parpadean, las interrupciones del personal, etc. en definitiva, muy poco en el ambiente parece humano.

Los padres sienten “el fracaso” de no haber podido traer al mundo un hijo sano y sienten que no están creando el vínculo familiar ya que este depende de otras figuras externas: médicos, enfermeras y máquinas. Sin embargo, es cierto que la presencia continua y activa de los padres en UCIN hace que la construcción simbólica de las funciones parentales se vayan instaurando y fortalezcan, por ello debemos animar a los padres a hacerles partícipes y derribar esa sensación de que no pueden hacer nada por él. Desde finales de la década del 50, se ha construido evidencia científica de peso que demuestra los beneficios de la no separación para la salud física y psíquica de los bebés hospitalizados. Un niño acompañado por su madre o sus referentes afectivos se recupera más rápido y favorablemente que aquel que permanece aislado.

En definitiva, esa primera imagen del bebé no es la esperada. La respuesta de los padres está congelada, no se atreven a tocarlo y rompen a llorar, y prefieren salir de la unidad aunque deseen estar con su hijo. Aquí es donde la enfermería juega un papel fundamental. La forma en que nos aproximamos a la familia, la forma en la que acompañamos hasta la incubadora del bebé podrá tener un increíble efecto positivo en la futura relación de esa familia con su bebé.

De la misma manera, el psicólogo se convierte en una figura fundamental en el momento de acompañar a los padres en el encuentro con el niño.

## 4.5. LAS REACCIONES EMOCIONALES DE LOS PADRES.

La mujer que pasa de gestante a madre, y se transforma en receptora de los estímulos provenientes del entorno, hay que tener en cuenta que cualquier acto, gesto o verbalización en que sienta descuido o un matiz despectivo o indiferente, puede atribuirle significado que se traduzca a vivencias traumáticas o, por el contrario, sentirse ante experiencias reestructuradoras; por ello el equipo profesional debe de esforzarse por cuidar lo que se transmite de forma directa o indirecta.

En su nueva reorganización psicológica, todo gira en torno a 3 pilares: **el bebé, ella misma como madre, y la relación con los demás miembros familiares acerca de la percepción de su propia crianza.**

El impacto emocional se encuentra plasmado en la bibliografía como un aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las madres de niños prematuros durante el posparto: tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo puerperal superior a la de las madres con hijos sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse, y el riesgo de presentar niveles elevados de ansiedad prácticamente triplicarse.

En cuanto a las reacciones emocionales que presentan los padres, teniendo en cuenta que es un sentimiento individualizado y muy personal, podemos derivar 2 vertientes: aquellas que tienen contacto con la situación real vivida, y las que evitan contacto con el dolor y la angustia recurriendo a mecanismos de defensa.

Entre las respuestas que permiten el contacto con la angustia y el dolor se encuentran: el silencio, que puede tratarse de un silencio reflexivo, en el que la persona se queda pensando en la información recibida; el llanto y la expresión de las emociones, que se trata de la respuesta más esperable después de recibir la información;

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



el pedir más información, se trata de una manera madura de enfrentar los problemas, evita teorías sin fundamento sobre la enfermedad y acaba con malentendidos; y la protesta de los padres, en muchos casos justificada.

En cuanto a las respuestas que evitan el contacto con la situación, se encuentran: las actuaciones fuera de lugar, que tienen lugar cuando las emociones se hacen muy intensas y resultan intolerables para los padres; los sentimientos de culpa sobresaltados, que pueden ser expresados directamente; la negación; reacción que consiste en no enterarse de lo que produce angustia o dolor pues los padres están dispuestos a oír lo que sea optimista; el aislamiento afectivo; la omnipotencia, lleva a los padres a creerse todopoderosos; el preguntar hasta cansar al personal, la actitud de preguntar detalle por detalle y chequear con otro miembro del personal lo que ya se les ha informado es una de las actitudes más difíciles de tolerar, pues produce con frecuencia agresividad en el personal; y las defensas basadas en la religión, en algunos casos los padres, ante la posibilidad de la muerte de su hijo, se refugian en sus creencias religiosas, de una manera tal que impide el contacto con algunas emociones y la elaboración del duelo.

También se ve una clara diferencia que puede afectar al vínculo parental y es en la presencia o no de red de apoyo social y familiar previo, durante y después del embarazo. Si la gestante proviene de una red social que la ha apoyado durante todo el proceso de embarazo, y en la maternidad también es respaldada y animada en su rol materno, se sentirá un ambiente natural estable para ir consolidando un vínculo seguro.

Por otro lado, en aquellos casos de aislamiento o ambientes marginales por ausencia o perturbación de los lazos familiares, pareja/familia psicológicamente inestable, la formación del vínculo seguro está en riesgo. Ante tales situaciones, es donde cobra gran importancia la intervención del equipo psicosocial.

El psicólogo junto a los trabajadores sociales detectan y evalúan las demandas de información de los padres del niño. Es necesario indagar qué saben, qué quieren saber y qué están en condiciones de saber, qué les dijo el médico, qué entendieron y cómo lo entendieron. El psicólogo no transmite información médica, sino que los ayuda a procesar la información, por ello es esencial el trabajo en equipo entre las diferentes categorías para evitar malentendidos o errores en este delicado momento.

A partir de esto propone trabajar con los temores, fantasías y teorías de los padres. Se trata de un proceso de escucha activa, orientación, contención y elaboración reflexiva para exteriorizar lo silenciado.

Tal y como señala González Serrano: *“Los profesionales tenemos como reto buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente médica centrada sobre los aspectos físicos. Ayudar a los padres a escapar del ruido de las máquinas, de los comentarios técnicos, para observar el cuerpo de su bebé y sus manifestaciones. Darle una existencia psíquica en un lugar donde es tan difícil que la haya como en un hospital. Posteriormente, ayudarles a ir descubriendo al bebé sano y vital (ideal) que deseaban tener, en una suerte de nuevo nacimiento feliz, que enriquezca su mundo representacional sobre el hijo”*.

La petición de interconsulta a Psicología surge de observaciones realizadas tanto por los neonatólogos como por el personal de enfermería y, más raramente, a petición familiar. La mayoría de las veces la intervención comienza con **entrevista inicial** en la que se hace una reconstrucción de lo vivido en los últimos días del embarazo y en el parto, que a menudo ha sido traumático. Para las madres que han tenido un parto traumático relatar su historia permite poder comenzar a elaborar las pérdidas sucesivas: el final del embarazo, el parto soñado, el bebé sano a término o incluso la dificultad para dar lactancia materna. Nombrar las pérdidas permite comenzar a elaborar los respectivos duelos. Una vez realizada la valoración materna y paterna se

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



realiza una **observación directa** de la interacción con el recién nacido, que puede realizarse a lo largo de varias sesiones de acompañamiento en la UCIN.

A pesar de que cada madre, cada padre reacciona de forma individual y de acuerdo con su propia historia, su personalidad, su experiencia, existen un cierto patrón que puede distinguir varios estadios por los que suelen atravesar los padres de bebés prematuros.

- 1) **Estadio de crisis:** cuando los padres son informados de que tendrán un bebé prematuro. Marcado por llantos, o por el contrario, sufren un impacto de tal magnitud que determina una paralización con ausencia prácticamente total de sentimientos.
- 2) **Estadio de desorganización:** en las horas o días posteriores a la reacción inicial, lo que la mayoría de los padres sienten es una sensación de desorganización en lo físico, en lo emocional y funcional. Tienen manifestaciones de rabia, culpa, pena, junto a las de negación y de sentirse desplazados. No se sienten padres. Las preguntas sobre el futuro del bebé obsesionan a los padres.
- 3) **Estadio de generación de esperanzas:** los padres comienzan a realizar ajustes emocionales que les permiten alcanzar una relación más positiva con su bebé y el mundo exterior. La fantasía del niño imaginado comienza a ser reemplazada por la realidad. Necesitan no sentirse inútiles a través de una activa participación en algunos aspectos del cuidado del bebé. En ésta etapa, la unidad y el equipo debe facilitar todos los medios para favorecer el vínculo familiar.
- 4) **Estadio de ajustes:** Los padres comienzan a demostrar menos ansiedad y a moverse más fluidamente en el mundo de la gran tensión y alta tecnología de la UCIN. Poco a poco irán construyendo la visión de que su hijo sobrevivirá, de que su hijo tendrá un futuro sano. El “vamos a casa” comienza a ser la obsesión.

Todas estas etapas “cumplidas” serán necesarias para ese cierre emocional fundamental al dejar el hospital.

## 4.6. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.

Para reducir el impacto de la situación en los padres y, no menos importante, cuidar el neurodesarrollo del bebé prematuro, debemos hacer hincapié en:

- Intervenciones dirigidas a optimizar el **macro ambiente:** luces, ruidos, etc., con el fin de disminuir y prevenir la sobrestimulación del SNC aún inmaduro del bebé.
- Intervenciones dirigidas a optimizar el **micro ambiente**, como pueden ser la postura, manipulación (protocolos de manipulación mínima, escalas de dolor...). La analgesia y sedación, en los procedimientos dolorosos, son claves para la neuroprotección.
- Intervenciones sobre la **familia** dirigidas a facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño. Esto significa trabajar de forma conjunta, afianzando la relación enfermera-familia, tanto desde enfermería como desde el resto de profesionales, identificando su satisfacción, sus necesidades o deseos y facilitando que las madres y padres reconozcan sus propias competencias parentales, reforzando siempre todo lo positivo que se observe.
- En la práctica el modelo de cuidados del neurodesarrollo conlleva además la aplicación del **Método Canguro**, que fomenta el contacto piel con piel entre el RN prematuro y su madre lo más precoz, continuo y prolongado posible junto con el apoyo al establecimiento de la **lactancia materna**. Las

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023

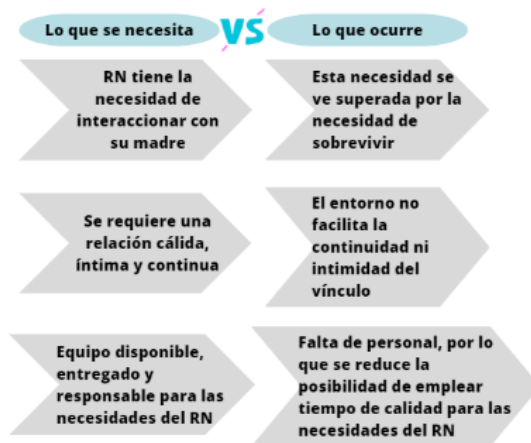


ventajas de este contacto prolongado en el desarrollo han sido sobradamente demostradas, minimizándose muchos de los riesgos asociados a la prematuridad.

- **Valorar la correcta interacción.** En la observación de interacciones del binomio puede utilizar una **técnica “etológica”**, es decir, que va más allá de las palabras y el lenguaje, observa señales y respuestas, la proximidad corporal, la conducta instintiva, el involucramiento emocional, las expresiones faciales, respiración, etc. Además de esto, la realización de **masajes** a los prematuros por parte de las madres se ha demostrado que disminuye de forma importante los niveles de ansiedad. Estaremos atentos a signos precoces de psicopatología del lactante: llanto excesivo, irritabilidad, problemas en la alimentación o en el sueño, disociación, evolución tórpida. En este conocimiento las observaciones del personal de enfermería son sumamente valiosas.
- **Conocer al bebé.** Para la evaluación del bebé llevamos a cabo una observación e interacción **directa** con el bebé. Una de las premisas básicas es dirigirse siempre al bebé, hablarle cada vez que se vaya a realizar una intervención o un procedimiento y animar a madres y padres a dirigirse a su hijo o hija igualmente, pues se ha comprobado que tiene efectos positivos a nivel fisiológico, varios estudios encontraron que la voz materna aumentaba la estabilidad de la FC y FR, así como aumento de peso.

El bebé comunica con su cuerpo y movimientos, expresando sus emociones con otras personas y su entorno. Durante los momentos de la realización de procedimientos, alimentación, baño, etc. aprovecharemos para la observación de las respuestas del bebé: sus reflejos, la calidad de sus movimientos finos y gruesos, su reacción a los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, etc.), si tiene capacidad de reciprocidad social, etc.

## 4.7. ¿ES POSIBLE CONSTRUIR UN VÍNCULO SEGURO EN UNA UCIN?.



¿Cómo se construye?

- 1) Ingreso permanente de los padres en UCIN.
- 2) Rol activo en el cuidado.
- 3) Contacto piel con piel.
- 4) Apoyo a la lactancia materna (otorga la posibilidad de hacer “algo” por su hijo, aporta compromiso, favorece el vínculo).
- 5) Hablarle, nombrarle, narrarle.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



- 6) Elaborar la experiencia, mediante apoyo psicosocial perinatal, conocer estrategias de regulación emocional, incluso grupos de apoyo donde poder compartir experiencias.
- 7) Relación de confianza con el equipo profesional.
- 8) Apoyo de las redes sociales y familiares.

Otro punto importante a tener en cuenta es la posibilidad de la **incluir al resto de familiares en las visitas del bebé**. A los padres les angustia la separación de su hijo, pero también del resto de la familia.

Por ello, sería factible, dentro de las posibilidades, diseñar una estrategia que sin plantear contradicciones con la dinámica de la unidad, incluya de una manera programada y acompañada el encuentro del resto de la familia con los padres y bebé.

Sobre todo se tiene en cuenta para los abuelos y hermanos. Aquellos que esperan el regreso de su mamá y del hermano anunciado, que sin embargo no ocurre y tienen que acercarse a ese sitio "no permitido" para ellos a través de las tecnologías, fotos, dibujos, etc.

Para conseguirlo, se pondría en marcha un **dispositivo multidisciplinar** que permitiría el acceso de los familiares de forma ordenada y personalizada, con la colaboración de médicos y enfermeras que evitarán prácticas invasivas durante ese tiempo, invitan a conocer y en algunos casos hasta a participar, en tareas de cuidado tales como la alimentación, cambio de pañal, etc.

Estas intervenciones que tienen en cuenta la participación de la familia tienen un efecto gratificante, pues hacen más humanas las actividades dentro del medio hospitalario. Sin embargo, en todas las unidades se presenta una dura realidad, que es la muerte, más aún la muerte de un RN.

La intervención situará la importancia de una despedida que debe comenzar allí, con la consideración y la compañía adecuada. Lo que más necesitan los padres en estos momentos es un pequeño espacio físico sin monitores ni ruidos y el acceso y compañía de su familia, para conocer al niño que no llegó a vivir fuera del hospital. Nuestra función es favorecer el ambiente al trabajo del duelo y los rituales para la despedida, siendo una de las tareas más duras pero muy agradecida por la familia.

## 4.8. EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA.

La recuperación de niños cada vez más prematuros o con patología severa es evidente, los avances científicos y tecnológicos se esfuerzan en ello con resultados cada vez más optimistas. El alivio producido para los padres por las estadísticas de supervivencia en estos neonatos, genera lugar para otras preguntas: ¿cómo será cuando crezca, tendrán secuelas, recordará su sufrimiento, serán felices, serán normales?

Para muchas familias, el hospital se ha transformado en un segundo "hogar". Dejarlo crea en ellas ansiedad y despierta emociones encontradas. Los padres piensan que por fin vuelven a casa, a la normalidad, pero la rutina será totalmente distinta, será un momento de gran transición y de nuevos retos, descubrimientos y adaptaciones.

Los criterios para el alta hospitalaria están relacionados en primer lugar con las condiciones de salud del bebé:

- Que el peso sea >2000 grs. y que se observe un aumento de peso estable durante los últimos cinco días.
- Que esté en condiciones de mantener una temperatura corporal vestido normal, en cuna, fuera de la incubadora y con 21-23° C ambiental.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



- Que pueda ser amamantado en el pecho o artificialmente cada 3 ó 4 horas.
- Que no presente episodios de apnea.
- Que presente un hematocrito no menor al 25%.

Además de evaluar los puntos citados anteriormente el equipo médico debe poner atención acerca de cuál es el momento más adecuado para el regreso a casa.

Es de gran importancia durante los días previos al alta hacer a los padres partícipes de algunos cuidados como: administrarle al bebé las vitaminas, cambiarle los pañales y la ropa, etc., además que los padres conozcan a su hijo:

- Puedan detectar los síntomas de estrés y prevenir su sobreestimulación.
- Conozcan algunas posiciones que puedan favorecer el desarrollo.
- Que tengan en cuenta cuál es la posición correcta para dormir: boca arriba o ligeramente de costado.
- Que conozcan el calendario de vacunas, inmunizaciones.
- Que manejen las distintas medicaciones que pueda necesitar su bebé.
- Que conozcan el manejo de la fiebre.
- Que conozcan las precauciones para disminuir el riesgo de enfermedad respiratoria.

Los padres deben exponer todas sus dudas y sentirse seguros para llevar el niño a casa. Se fija entonces el control de seguimiento ambulatorio post-alta, que será definido por el equipo médico según las necesidades de cada niño, a fin de evaluar la persistencia o no de riesgos e implementar acciones, en el caso que fuera necesario.

En ese momento el equipo profesional debe sugerirle a los padres algunas pautas sobre la crianza como: la higiene, patrones de sueño, vestimenta, juegos, salidas y viajes que un niño de alto riesgo requiere, como así también la adecuación del medio ambiente del hogar. Se redacta un resumen de historia clínica bastante detallada sobre el período de ingreso del niño para su pediatra de Atención Primaria.

Además se fijará las interconsultas a los especialistas o exámenes complementarios necesarios, como por ejemplo: oftalmológico, audiológico, hemograma, ecografía cerebral, etc.

Recalamos que es fundamental estimular a la familia para que trate de lograr una vida cotidiana “normal” en el cuidado y las actividades diarias del niño y no caer en el “Síndrome del niño vulnerable”, en el que la familia tienen a menudo problemas con la imposición de límites, lo que puede interferir con el normal desarrollo del niño, que puede volverse dependiente, demandante, o manifestar una conducta descontrolada. Este proceso es crítico en el desarrollo de un vínculo saludable y les permitirá sentir que ellos tienen el control de la situación.

## 5. CONCLUSIONES.

- El nacimiento de un niño que es ingresado en UCIN es un evento crítico y de riesgo para la salud mental de los padres y del bebé; sin duda alguna, la hospitalización en UCIN tiene efectos emocionales importantes en el trinomio.
- El acompañamiento permanente de los padres, hacerles partícipes del cuidado de su hijo, *el piel con piel*, el apoyar la lactancia materna, etc. son fundamentales para fomentar el buen apego y el correcto

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



desarrollo del vínculo y del bebé. En resumen, la promoción de procesos de vinculación seguros constituyen el eje de la salud mental perinatal.

- Tanto el equipo profesional de salud como la red de apoyo social y familiar de los padres cumplen un rol fundamental en la promoción del vínculo y en el amortiguar los efectos emocionales negativos que conllevan la hospitalización. Es así que como profesionales de enfermería, junto al equipo de salud mental, deberíamos modificar actitudes y aceptar darle espacio a acciones nuevas para evitar problemas psicológicos en el curso perinatal.
- Por ello, es fundamental que la UCIN cuente con un programa que contemple las necesidades psicológicas del niño y sus padres, y ayude a consolidar el vínculo entre ambos para prevenir secuelas en el desarrollo del niño, en sus futuras relaciones e incluso su muerte. A su vez, sería preciso continuar profundizando e investigando en salud mental perinatal, así como evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas, algo que no siempre es posible debido a la escasez de recursos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) González M. A, J. Naddeo S. Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2007;26(4):155-158. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91226404>
- 2) Puig Calsina S, Obregón Gutiérrez N, Calle del Fresno S, Escalé Besa M, Cantó Codina L, Goberna Tricas J. Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros: estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión* [Internet]. 2018;19(1):21-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7203524>
- 3) Hernández G Guillermo, Kimelman J Mónica, Montino R Olga. Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. Rev. méd. Chile [Internet]. 2000;128(11):1283-1289. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000001100015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100015&lng=es) &lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100015>.
- 4) Olza Fernández I, Palanca Maresca I, González-Villalobos Rincón I, Malalana Martínez A, Contreras Sales A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* [Internet]. 2014; 109: 45-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678922>
- 5) Felicitas Mosso M. Programa de abordaje psicológico del recién nacido prematuro, su familia y el equipo de salud [Internet]. 2016. Tesis Doctoral. Disponible en: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/10402>
- 6) AEP. <https://www.aeped.es/>
- 7) <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/prematuros-problemas-mas-frecuentes>