





Trabajo Final de Graduación

“Programa de abordaje psicológico del recién nacido prematuro, su familia y el equipo de salud” .

Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) para el Servicio de Neonatología del Hospital Pablo Soria de la ciudad de San Salvador de Jujuy.

- " Carrera: Psicología.
- " Alumna: María Felicitas Mosso.
- " Comisión evaluadora: Amalia Giorgi; Leticia de Bortoli.

ÍNDICE

1. Presentación del Proyecto	4
Introducción	5
Fundamentación	7
Objetivos Generales y Específicos	9
2. Desarrollo	11
Marco Teórico Referencial	12
Capítulo I: El recién nacido prematuro	12
1.1 Historia de la Neonatología	12
1.2 El bebé prematuro y el avance de la tecnología	13
1.3 El recién nacido prematuro (RNP)	14
1.4 Causas de la prematurez	16
1.5 Problemas frecuentes en el recién nacido prematuro	17
1.6 La puntuación de APGAR en prematuros	19
1.7 El desarrollo del recién nacido prematuro	21
1.8 La alimentación del recién nacido prematuro	26
1.9 Cuidados para el neurodesarrollo	28
1.10 Acerca del vínculo madre-hijo y de las separaciones en la temprana infancia	33
1.11 El momento del alta médica	37
1.12 Acerca de la crianza del bebé prematuro	39
Capítulo II: Los padres del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	41
2.1 La Unidad de cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	41
2.2 Los padres en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	42
2.3 El primer encuentro	42
2.4 Estadios de la crisis de tener un bebé prematuro	43

2.5 Las reacciones emocionales de los padres	45
2.6 Sobre la transferencia (emociones de los padres hacia el personal del Servicio)	47
2.7 La muerte en Neonatología	47
2.8 La elaboración del duelo	48
2.9 Acerca de la resiliencia	49
2.10 Resiliencia y familia	51
Capítulo III: El equipo médico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	52
3.1 Sobre la contratransferencia (emociones de los profesionales hacia los pacientes y su familia)	52
3.2 El equipo médico ante la muerte	53
3.3 El personal de enfermería	54
3.4 El Síndrome de burnout	55
3.5 La resiliencia y el personal de salud	56
Capítulo IV: Abordaje psicológico del recién nacido prematuro y sus padres	58
4.1 La internación como una situación de crisis	58
4.2 La intervención profesional durante la crisis	59
4.3 La importancia de la información como instrumento de intervención en crisis	59
4.4 Qué informar	60
4.5 Cómo informar	61
4.6 El rol del psicólogo y la información	61
4.7 El grupo de padres	62
4.8 Las técnicas grupales	62
4.9 El Taller	63
Capítulo V: Abordaje psicológico del equipo de salud	64
5.1 El Hospital	64
5.2 La labor interdisciplinaria	64
5.3 La Interconsulta médico-psicológica	65
5.4 Los grupos Balint	67

3. Metodología utilizada para el Diagnóstico Situacional	70
Actividades para la realización del Diagnóstico Situacional	71
Descripción de la Institución	74
Diagnóstico Situacional	80
4. Plan de Actividades	85
Actividades a realizar en la Propuesta de Intervención	86
Cronograma de Actividades	121
Propuesta de Evaluación	122
5. Conclusiones	128
6. Bibliografía y Fuentes de Información	132
7. Anexos	137
Modelo de entrevista realizada al personal del Servicio de Neonatología	138
Antecedentes Generales	139
1. Acerca del Método Madre Canguro	139
2. APAPREM, Asociación Argentina de Padres de niños Prematuros	141
3. Asociación "Musique et santé"	142
4. IPP, Instituto de Puericultura de París	143
5. Servicio de Salud Mental. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan	143
6. Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Niños J. M. de los Ríos	145
7. Providing Palliative Care for newborns. Carter Brian	146
Abreviaturas utilizadas en Neonatología	147
Calendario de vacunaciones	149

1. Presentación del Proyecto

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo corresponde a un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP), diseñado a los fines de su implementación en el Servicio de Neonatología del Hospital Pablo Soria de la ciudad de San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

El mismo consiste en una propuesta de abordaje de las necesidades psicológicas del recién nacido prematuro, su familia, y del equipo médico y el personal auxiliar que asiste al niño durante su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Para una mejor comprensión del trabajo, a continuación se presenta el esquema utilizado para la organización del mismo.

En primer lugar, se explicita la fundamentación del Proyecto que justifica la importancia de la elaboración y aplicación del mismo en dicho Hospital, además de presentarse distintos antecedentes del interior del país y de distintas partes del mundo, acerca de las modalidades de intervención del psicólogo en el abordaje del bebé prematuro y su familia.

Seguidamente se explicitan los objetivos generales y específicos que se pretenden alcanzar a través de la propuesta de aplicación.

Luego se desarrolla el Marco Teórico Referencial desde el cual se interpreta la realidad a abordar en el presente Programa, y en el cual se enfoca la temática expuesta desde diferentes perspectivas.

Posteriormente se exponen las actividades emprendidas para la realización del diagnóstico situacional de la Institución, junto con una descripción de las principales características de la misma, específicamente del Servicio de Neonatología.

A raíz de esta aproximación diagnóstica, es que se detecta la problemática en cuestión y a la que se intenta dar respuesta a través de la elaboración del proyecto.

A continuación se desarrolla detalladamente la propuesta de intervención, explicitando las acciones concretas y la modalidad de ejecución para alcanzar los objetivos propuestos.

Por último, se presenta la organización de las actividades en un cronograma de trabajo, y una propuesta de evaluación y seguimiento del Programa con el objetivo de mejorar la eficacia y la calidad del mismo.

FUNDAMENTACIÓN

El progreso científico y tecnológico de la medicina en los últimos años ha reducido la mortalidad neonatal aumentando asimismo la supervivencia de recién nacidos prematuros al salvarlos de lo que hubiera sido antes de estos avances una muerte segura (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2005).

De esta manera se abre un nuevo campo en la Neonatología que exige un mayor grado de especialización en la asistencia a estos pacientes.

El espacio artificial que ofrece la tecnología permite continuar el desarrollo del bebé prematuro cuando se ha producido una interrupción en el proceso normal de gestación.

Sin embargo, no sólo es necesario asegurar esta continuidad cubierta por la alta complejidad de atención médica, sino que es preciso considerar la importancia de mantener otra continuidad, la de la relación del niño con su madre. Esta consiste durante la vida intrauterina en una comunicación afectiva, sensorial y del lenguaje.

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 comprende a las figuras parentales, al equipo médico y al espacio físico de la Unidad de Terapia Intensiva (Egan, s. f.).

A medida que se enriquece la experiencia y son más numerosos los Servicios de Neonatología, va surgiendo la necesidad de contemplar no sólo el aspecto orgánico, sino también los componentes emocionales y psíquicos del niño, su familia y del equipo de salud que lo asiste (Winnicott, 1956).

Como consecuencia de esto, en las últimas décadas se han implementado en los Servicios de Neonatología de diferentes hospitales del país y del mundo, programas específicos de asistencia integral al recién nacido prematuro, que consideran las necesidades psíquicas y emocionales de la familia y del equipo de salud, mediante una tarea interdisciplinaria (Mucci, 2004).

Tal es el caso, de los avances que se han producido en el cuidado paliativo de los recién nacidos de riesgo, procurando la aplicación de confort en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), lo que incluye el cuidado del dolor y de los síntomas del niño y apoyo psicosocial para los miembros de la familia, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los mismos durante el período de internación (Carter, 2004).

Otro antecedente se refiere al contacto madre-hijo piel a piel fuera de la incubadora, una propuesta que ha comenzado a considerarse en varios países de Europa y en los Estados Unidos a partir de la experiencia Madre Canguro desarrollada en Bogotá en el año 1993, la cual ha demostrado producir grandes mejorías en la salud del recién nacido prematuro y favorecer el vínculo entre el mismo y su madre durante la hospitalización.

También instituciones como el IPP, Instituto de Puericultura de París (2001), se han encargado del tratamiento global de las madres que padecen embarazos patológicos y de los prematuros en peligro, asumiendo el cuidado de estos bebés, tanto en el plano social como psicológico, para que recuperen un equilibrio de salud y puedan vivir lo antes posible con sus padres (remitirse a Anexos para profundizar en los antecedentes acerca del abordaje del recién nacido prematuro).

A partir de los antecedentes expuestos, se advierte cómo, indudablemente, el enfoque interdisciplinario cobra valor en el marco de una pediatría preventiva dirigida no sólo a la enfermedad, cómo prevenirla y cómo curarla, sino también a la calidad de vida del niño (Wolfberg, 2002).

En esta perspectiva la asistencia al recién nacido prematuro se propone prevenir futuros riesgos en el desarrollo psicológico del mismo y responde al derecho de todo niño hospitalizado: “el niño no es una enfermedad que se hospitaliza, es un ser humano” (Decálogo de los Derechos del niño hospitalizado, 1992).

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivos Generales:

1. Brindar asistencia psicológica al recién nacido prematuro y sus padres, desde el comienzo de la internación hasta el momento del alta médica.
2. Proteger la salud mental del equipo médico y del personal auxiliar a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
3. Favorecer la relación médico-familia.

Objetivos Específicos:

1.
 - a. Informar al personal de salud acerca de las características del bebé prematuro y los cuidados requeridos para favorecer la continuidad de su desarrollo neurológico y psíquico.

Subobjetivo 1 a:

- Lograr que el personal de salud del Servicio acuerde criterios comunes de intervención en la asistencia al recién nacido prematuro.
- b. Crear un espacio de información y de contención emocional para los padres durante la internación del recién nacido, con la finalidad de que puedan elaborarse los temores y ansiedades que genera el diagnóstico y el pronóstico relativos al mismo.
 - c. Asegurar la continuidad del vínculo entre el recién nacido y sus padres, fundamentalmente con la madre, para favorecer un adecuado desarrollo psíquico del niño.

- d. Capacitar al personal de salud acerca de la importancia del reconocimiento y comprensión de la amplia gama de reacciones emocionales de los padres, a los fines de emprender actitudes tendientes a elaborarlas y atenuar el sufrimiento de los mismos.

2.

- a. Desarrollar ámbitos de supervisión y reflexión acerca de la tarea realizada en la asistencia al niño prematuro, a los fines de poder trabajar las diferentes problemáticas que surgen de la labor diaria en el Servicio.
- b. Incorporar el concepto de promoción de la resiliencia a la experiencia profesional y personal del equipo de salud del Servicio.

3.

- a. Promover la comunicación y el contacto entre los padres del recién nacido prematuro, el equipo médico y el personal auxiliar que asiste al niño.

2. Desarrollo

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

CAPÍTULO I

El recién nacido prematuro

1.1 Historia de la Neonatología

La Neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina "*natos*" que significa nacer y "*logos*" que significa tratado o estudio, es decir el "*estudio del recién nacido*".

Los primeros pasos en la rama de la Neonatología datan de 1892, con las observaciones de Pierre Budin, médico de origen francés, considerado el padre de la Neonatología el cual escribió un libro para lactantes con problemas nacidos de un parto prematuro y diferenció a los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional.

En 1914 el Dr. Julius Hess en Chicago, inició Unidades de Cuidados para recién nacidos prematuros en el Hospital Michael Reese.

En la década del 40' comenzó la unificación de criterios para el manejo de los recién nacidos prematuros, aparecieron las primeras incubadoras para estabilización térmica. Son clásicas las observaciones de Budin sobre la influencia de la temperatura ambiente en la mortalidad de los prematuros, siendo el primero en usar botellas de vidrio con agua caliente para la termorregulación durante el traslado neonatal.

En 1952 Virginia Apgar contribuyó con la escala para evaluación del grado de asfixia perinatal y de adaptación a la vida extrauterina.

Desde 1960 la cirugía neonatal ha sido cada día más agresiva, lográndose en la actualidad hacer cirugía intrauterina.

En 1967 el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reconoció la necesidad de la estrecha relación entre el Obstetra y el Neonatólogo para disminuir la morbimortalidad perinatal, iniciándose en 1973 el primer Servicio de Cuidados Perinatales en los Estados Unidos.

En la década de los 70' hubo progresos importantes en la nutrición, como la alimentación por sonda, la alimentación parenteral.

Desde 1970 se insiste cada vez más en el cuidado especial de enfermería, en los cuidados de asepsia, antisepsia y lavado de manos para prevención de infecciones intrahospitalarias.

Uno de los cambios más destacados en la Neonatología ha sido la atención intensiva para el recién nacido prematuro y la vigilancia estrecha de los problemas respiratorios, junto al uso de la ventilación mecánica. Mejoraron notablemente los resultados en la asistencia respiratoria mecánica de los recién nacidos, destacándose las contribuciones de Downes, Anderson, Silverman, Gregory y Fujiwara (Historia de la Neonatología, s. f.).

1.2 El bebé prematuro y el avance de la tecnología

Según el Dr. Martínez (1993), la Neonatología es una de las especialidades médicas que más se ha beneficiado durante las últimas décadas, pues los avances tecnológicos permiten el diagnóstico y el tratamiento de estos pequeños pacientes con procedimientos mucho menos cruentos, facilitan conocer mejor sus adaptaciones fisiológicas e identificar precozmente situaciones de riesgo para poder ofrecer tratamientos adecuados en el momento oportuno.

Las Unidades de Cuidados Intensivos presentarán grandes cambios en el futuro para adoptar características tendientes a asegurarles a los pacientes tratamientos individualizados e integrados a los requerimientos propios y de su familia. El Dr. Martínez (1993, p. 18) asegura que:

“El cuidado actual del recién nacido prematuro está en la clara búsqueda del equilibrio entre el gran apoyo tecnológico y una mayor comprensión del desarrollo, organización y especiales requerimientos de estos bebés”.

En relación a este tema, Vega (2006), plantea que en la actualidad existe una gran disparidad entre la alta calidad del cuidado de las Unidades de Cuidado Neonatal y el soporte que le ofrece a la familia para que pueda sostener después del alta los cuidados requeridos. Uno de los problemas que surgieron a partir del desarrollo de nuevas tecnologías fue la dificultad de realizar un adecuado programa de seguimiento que contemple la complejidad de la situación: la vulnerabilidad del niño, el estrés de la familia, y la extensión del horario de emergencias por discapacidad. Tardíamente comenzaron a reconocerse los factores de riesgo biopsicosocial que rodean el nacimiento de los niños, y muy especialmente de los prematuros, de bajo peso, con patología neonatal. Se relevó la importancia del cuidado integral del niño y su familia en situación crítica de nacimiento, y los dilemas éticos y económicos que este campo abre. Se destacó asimismo el rol del psicólogo que lenta y progresivamente se va insertando en estos Servicios.

1.3 El recién nacido prematuro

La APAPREM, Asociación Argentina de Padres de niños Prematuros (s. f.) utiliza la definición propuesta desde 1961 por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, OMS, la cual postula que se considera como recién nacido prematuro a aquel recién nacido de peso inferior a 2500 grs. y nacido antes de las 37 semanas de gestación.

Los términos de prematuro y pretérmino se suelen confundir y se hacen sinónimos, pero se da preferencia a la edad gestacional sobre el peso, ya que la inmadurez va más ligada a la edad gestacional que al peso al nacer. Entonces se considera prematuro a todo niño cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación, teniendo en cuenta que la duración del embarazo normalmente es de 37 a 42 semanas.

La edad gestacional se puede calcular antes del nacimiento y en el momento del nacimiento. La edad gestacional *antes del nacimiento*, se calcula tomando como punto inicial la fecha del último período menstrual. Este método es el más usual cuando los ciclos son regulares. También puede estimarse utilizando el ultrasonido o ecografía para medir al bebé en el útero y valorar su tamaño a fin de calcular en forma indirecta su edad gestacional.

Para calcular la edad gestacional *al momento del nacimiento*, se tienen en cuenta algunas características externas del bebé:

- Textura de la piel.
- Presencia y distribución de vello fino en el cuerpo (lanugo).
- Consistencia de las orejas.
- Presencia de pliegues en la planta de los pies.
- Características de los genitales.
- Examen oftalmológico. Observación de la cápsula vascular anterior del cristalino.
- Tamaño de las mamilas.

La maduración neurológica se estima mediante la búsqueda de algunos reflejos propios del recién nacido. Se mide el peso, la talla y el perímetro cefálico. Toda ésta valoración determina la edad gestacional correspondiente, según tablas ya establecidas, y permite prever los problemas que el niño puede llegar a presentar (APAPREM, s. f.).

La APAPREM, Asociación Argentina de Padres de niños Prematuros (s. f.), clasifica a los recién nacidos prematuros según la edad gestacional en:

- a. *Prematuro límite*: entre las 37 y 38 semanas, en general sin complicaciones importantes.
- b. *Prematuro moderado*: entre las 31 y 36 semanas.
- c. *Prematuro extremo*: entre las 24 y 30 semanas, los cuales están en el límite de la viabilidad, sobre todo los menores de 27 semanas.

1.4 Causas de la prematurez

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

a. Antecedentes maternos:

- Enfermedades maternas previas.
- Incompetencia cervical.
- Anomalías uterinas.
- Antecedentes de partos prematuros o abortos de repetición.

b. Trastornos relacionados con el embarazo:

- Embarazo múltiple (gemelos, trillizos).
- 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.

c. Factores socio-biológicos y ambientales:

- Edad materna (menor de 18 años o mayor de 35).
- Estrés.
- Hábitos: alcohol, tabaco, drogas.
- Inadecuada asistencia sanitaria.
- Malas condiciones familiares (pobreza, marginación, etc.).

d. Factores relacionados con el feto:

- Malformaciones.

De todas formas, hay que saber que en muchos de los niños que nacen prematuramente no se evidencia ningún factor de riesgo y es imposible conocer con certeza la causa que ha originado el parto prematuro. Una madre sana con un embarazo controlado y sin problemas añadidos puede tener un niño prematuro (APRECAN, s. f.).

1.5 Problemas frecuentes en el 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 son generalmente más significativos en los prematuros más pequeños, menores de 1500 grs.

- Regulación térmica:* el recién nacido prematuro tiene grandes dificultades para mantener la temperatura corporal, con facilidad puede presentar hipotermia (temperatura menor de lo normal), por lo que es necesario mantenerlo en un ambiente cálido, bien en incubadoras cerradas o en cunas de calor radiante.
- Problemas respiratorios:* son uno de los problemas más frecuentes en el recién nacido prematuro y consecuencia de la inmadurez de los pulmones. El pulmón inmaduro no produce cantidad suficiente de una sustancia (surfactante) necesaria para mantener abiertos los pulmones y permitir el intercambio de gases. A la mayoría de los niños muy inmaduros es necesario administrarles agente surfactante después del nacimiento y también es habitual que precisen oxígeno suplementario y aparatos de apoyo respiratorio (respiradores).
- Infecciones:* por múltiples motivos (poca eficacia de sus sistemas defensivos, 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.

- d. *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.

- e. *Problemas cardíacos:* en los prematuros con edad gestacional inferior a 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 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.

- f. *Apneas:* es la falta de flujo de aire en la vía respiratoria (el niño no realiza movimientos respiratorios). Son significativas cuando duran más de 20 segundos o se acompañan de disminución de la frecuencia cardíaca y cambio de coloración de la piel a pálido o azulado. Son muy frecuentes en los recién nacidos prematuros. Las apneas del prematuro en general están relacionadas con una inmadurez de los centros respiratorios que controlan la respiración (apnea primaria), aunque además múltiples procesos patológicos (infecciones, hemorragias, hipotermia, etc.) pueden producir apneas (apneas secundarias).

- g. *Ictericia:* es la coloración amarilla de la piel producida por una sustancia llamada bilirrubina. La bilirrubina se produce fundamentalmente de la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre 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.

- h. *Alteraciones de la glucemia:* la glucosa es un elemento esencial en los recién nacidos y es la única vía de energía en los primeros días de vida. Los prematuros tienen a menudo problemas con el control de los niveles de glucosa en sangre (glucemia), tanto por defecto (hipoglucemia) como por exceso (hiperglucemia). Cuando existe hipoglucemia, se corrige aumentando el aporte de glucosa que se da al niño (habitualmente por vía intravenosa). En los casos de hiperglucemia puede ser necesaria la administración de insulina.

- i. *Anemia:* es la disminución del número de glóbulos rojos en sangre. Es muy frecuente en los niños prematuros. Para prevenirla se utiliza la administración de hierro, pero puede ser necesaria la administración de transfusiones de sangre (APRECAN, s. f.).

1.6 La puntuación de APGAR en prematuros

La puntuación de Apgar es la prueba utilizada para medir los signos vitales del bebé al nacer. La doctora Virginia Apgar (1909 - 1974) introdujo la puntuación de Apgar en 1952. Esta prueba es un instrumento de exploración selectiva que permite a los médicos determinar qué tipo de asistencia inmediata es necesaria para ayudar a que el recién nacido se estabilice.

La puntuación de Apgar se utiliza hoy en día mundialmente para valorar rápidamente la salud del neonato pasado un minuto y luego se repite a los cinco minutos del nacimiento. En el minuto 1 se mide la tolerancia del recién nacido al proceso de nacimiento. En el minuto 5 se valora la adaptación del recién nacido al medio ambiente.

Después de uno y cinco minutos del nacimiento, el médico valorará cinco áreas vitales de la salud del recién nacido. Se utilizan medidas de 0, 1, ó 2 para cada categoría, siendo la mejor puntuación total posible igual a 10.

PUNTUACIÓN DE APGAR			
Factor de Apgar	2	1	0
Frecuencia cardíaca	Normal (Superior a 100 latidos por minuto).	Inferior a 100 latidos por minuto.	Ausente (sin pulso).
Esfuerzo respiratorio	Normal	Respiración lenta e irregular.	Ausente (sin respiración).
Irritabilidad	Lo evita, estornuda o tose tras la estimulación.	Gesto o mueca facial tras la estimulación.	Ausente (sin respuesta a la estimulación).
Actividad	Activo, movimientos espontáneos.	Brazos y piernas flexionados con poco movimiento.	Sin movimiento, tonicidad "blanda".
Apariencia (coloración de la piel)	Color normal en todo el cuerpo (las manos y los pies rosados).	Color normal (pero las manos y los pies tiene un tono azulado).	Coloración azul-grisácea o palidez en todo el cuerpo.

Un recién nacido con una puntuación de siete o superior en la prueba tras haber transcurrido un minuto después del nacimiento, es generalmente considerado un bebé con buena salud. Sin embargo, una puntuación inferior no significa que el bebé tenga mala salud o sea atípico. Una puntuación entre cuatro y seis, tras realizar la prueba después de transcurrir un minuto, indica que el bebé necesita atención especial inmediata, succión de los conductos respiratorios u oxígeno para ayudarlo a respirar. Un recién nacido con una puntuación de Apgar inferior a cuatro puede requerir atención médica avanzada y medidas de emergencia como la administración de oxígeno, fluidos, medicamentos, y observación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Una puntuación de Apgar ligeramente baja (especialmente transcurrido un minuto) es normal para algunos recién nacidos, especialmente en los bebés que nacen tras embarazos considerados de alto riesgo, partos por cesárea o partos con complicaciones. Las cifras más bajas en la puntuación de Apgar son frecuentes en bebés prematuros quienes suelen tener una tonicidad muscular inferior a los bebés que nacen tras nueve meses de embarazo y quienes, en muchos casos, necesitarán vigilancia especial y asistencia con la respiración debido a sus pulmones prematuros (APRECAN, s. f.).

1.7 El desarrollo del recién nacido prematuro

El bebé prematuro ha sido tradicionalmente considerado como capaz de dar muy pocas respuestas y de no ser fácilmente estimulado. La realidad es que se trata de alguien hipersensible, y que por el contrario, puede ser muy fácilmente sobrestimulado (Martínez, 1993).

Para comprender mejor sus conductas es importante conocer la teoría actual acerca de cómo se organiza un bebé prematuro. Martínez (1993) cita a Heidelise Als, quien describe básicamente cuatro dimensiones o sistemas de desarrollo que el bebé deberá alcanzar progresivamente y que están íntimamente conectadas entre sí y dependientes de su adecuado funcionamiento.

- a. Mantenimiento de la estabilidad fisiológica. Sistema nervioso autónomo.
- b. Desarrollo neuromotor.
- c. Control de los estados de conciencia: ciclos despierto-dormido, períodos despierto y alerta.
- d. Respuesta emocional y social.

La estabilidad fisiológica establece las bases para posibilitar el control motor y de los estados de conciencia a partir de los cuales se inicia la interacción y respuesta social.

- a. *Mantenimiento de la estabilidad fisiológica. Sistema nervioso autónomo:* lograr este estado significa que los vitales sistemas biológicos del organismo se encuentren en equilibrio. El control de estas funciones es realizado por la alta tecnología electrónica que las transforma en números y depende del correcto funcionamiento del sistema nervioso autónomo.

La conducta inicial del recién nacido prematuro está en su totalidad relacionada con cambios en su frecuencia cardíaca, en su frecuencia respiratoria, en su nivel de oxigenación, en su presión arterial, en el color de su piel. La especial característica es su continua inestabilidad.

Los bruscos cambios detectables pueden asustar pero al mismo tiempo indican sensibilidad en el bebé y muestran que es capaz de responder. El sonido de un monitor o de conversaciones en voz alta, el cierre de las puertas de la incubadora pueden producir una descompensación fisiológica.

La sobrevida del bebé depende en gran medida de la maduración del sistema fisiológico, y una vez lograda esta, comienzan a ser posibles los pasos siguientes en su organización general.

- b. *Desarrollo neuromotor*: la mayoría de los padres comienzan a identificar los cambios en esta área al tomar contacto y manipular al bebé, así como al observar las respuestas cuando es examinado y percibir su tono muscular, la coordinación en los movimientos de sus miembros y las características de la succión.

Existe una secuencia definida en la calidad de respuestas de las distintas áreas que se examinan en el transcurso de las primeras semanas de vida. En un principio se encuentran muy pocas respuestas a los estímulos o ninguna.

Luego seguirá una segunda fase de respuestas casi automáticas, y finalmente, en una tercera fase las respuestas serán más suaves, organizadas y menos consumidoras de energía.

El reflejo de succión es una de las primeras habilidades que comienza a desarrollarse y que será crucial tanto para alimentarse como para autoconsolarse. El simple examen de la succión del bebé nos permitirá estimar el tipo de día que éste está pasando. Una succión incoordinada está expresando un día muy estresante y que el bebé tendrá pocas reservas para afrontar cambios o nuevos estímulos.

En cambio, una buena y rítmica succión generalmente indica un bebé organizado y con buenas reservas.

Por otra parte, quizás el aspecto del desarrollo neuromotor que más afecta la interacción de los padres sea el tono muscular y el control de la cabeza. Al impacto emocional que significa sostener a un bebé en brazos en el estresante ambiente de la Terapia Intensiva, se agrega el efecto que el tacto puede tener

en el niño, transformándose éste contacto en el instrumento más poderoso para tranquilizar y favorecer su organización.

No obstante, si el recién nacido da la impresión de muy blandito, como habitualmente ocurre con los prematuros muy pequeños o enfermos, los padres pueden no sentir placer o incluso sentir temor al abrazarlo o tocarlo.

El tono muscular disminuido (blandito) es una de las principales razones que producen en los padres la sensación de fragilidad del bebé. Posteriormente se desarrollará la segunda fase en la que el bebé pase bruscamente de la hipotonía a la hipertonia y viceversa, a las que se acompañan también bruscos desplazamientos de su cabeza.

Es muy importante en esta fase, que el personal auxiliar y médico tengan la suficiente sensibilidad para detectar cuánto influye el estado del bebé en sus padres, para no presionar a aquellos que aún no estén preparados para iniciar el contacto físico con su bebé, y no exponerlos así a experiencias insatisfactorias.

En el próximo estadio ocurrirán cambios en el tono muscular del cuerpo del niño y en la forma en que mueve sus brazos y piernas. Aumenta el tono muscular y el bebé comienza a tener un aspecto de “más durito y difícil de romper”.

Mientras continúa el aumento del tono muscular, resulta más fácil a los padres sostenerlo y los movimientos inesperados disminuyen o desaparecen.

Es importante para los padres conocer con anticipación las especiales características del desarrollo neuromotor del bebé para saber qué esperar de él y no presionarlo demasiado. Pero también para reconocer que en los momentos adecuados, la interacción con su hijo será un gran aporte para la organización y el crecimiento del mismo.

- c. *Ciclos despierto-dormido*: junto con las últimas adquisiciones descritas en el área motora, el bebé comienza a mostrar diferencias en los estados de despierto o dormido y a desarrollar un cierto tipo de ritmo. Estimular estas adquisiciones es importante ya que el bebé no podrá establecer realmente comunicación social hasta no lograr verdaderos momentos de despierto y alerta.

Cuando estos períodos de despierto y dormido comienzan a ser predecibles ya es posible organizar las visitas de los padres y los cuidados del bebé.

Las distintas formas de estar despierto o dormido (estados de conciencia) en el bebé prematuro son diferentes de las de un bebé de término.

En muchos momentos el bebé da la impresión de estar dormido pero con algunas especiales características que lo hacen parecer inquieto o molesto: presenta frecuentes movimientos motores erráticos, respiración irregular, ojos abiertos y cuando los tiene cerrados se observan rápidos movimientos oculares.

En muy pocos momentos tiene realmente un sueño profundo, es difícil a veces determinar si el pequeño bebé está despierto con los ojos cerrados o dormido con los ojos abiertos.

Cuando no está dormido, habitualmente lo podremos encontrar de dos maneras:

- Despierto (Pretchl, 1984): pero en una estado de no tan alerta como el recién nacido de término. Demuestra agotarse fácilmente ante los excesos de estimulación, pero si se encuentra el estímulo adecuado para no perturbarlo y mantenerlo en ese estado, sus respuestas serán cada vez más claras.
- Inquieto: impresiona como somnoliento y al mismo tiempo con mucha actividad motora errática. Es un estado de gran vulnerabilidad fisiológica y de intenso consumo energético.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales hacen poco posible la estimulación del desarrollo de ciclos en el bebé dado que se trata de un lugar donde la iluminación y la actividad son constantes, los cuidados y procedimientos se realizan sin respetar los intentos de sueño del niño.

Cambiando las características del micro y macroambiente que rodea al bebé, éste puede comenzar a desarrollar ciclos diurnos y utilizar el sueño como organizador.

El altamente vulnerable estado de despierto de un bebé inmaduro es descrito con tres diferentes formas de presentación:

- Despierto: con los ojos abiertos pero vidriosos; el niño no parece enfocar su mirada; da la impresión de ausente y no responde a las expectativas de interacción de sus padres.
- Alerta: durante este estado de despierto es posible desarrollar la interacción con el bebé. Sus ojos están abiertos y la cara tiene aspecto brillante; enfoca a la persona u objeto que se aproxime a su campo visual; el tono muscular aunque moderado da la impresión de seguro y su actividad motora es mínima.

La interacción con el bebé debe hacerse con mucha suavidad sin ofrecer simultáneamente varios estímulos, y dándole la oportunidad de recuperarse mediante pausas entre las distintas facetas de interacción. Se ha observado la dificultad del niño prematuro para tolerar el estímulo del directo contacto cara a cara, sugiriéndose hacer ese encuentro desde un ángulo.

El estado de alerta es el momento óptimo para la comunicación con el niño, que debe ser distinguido de:

- Hiperalerta: el niño presenta una incapacidad para modular sus respuestas. Impresiona como ansioso o asustado; su respiración comienza a ser irregular y el tono muscular está disminuido, o por el contrario, está hipertónico.
- Llanto (Pretchl, 1984): durante mucho tiempo el bebé prematuro no llora. Comienza a hacerlo cuando está próximo al alta.

d. *Respuesta emocional y social*: antes de poder establecer un verdadero contacto y comunicación social, el bebé debe alcanzar la fundamental estabilidad fisiológica y comenzar a tener períodos crecientes de despierto y alerta. La adquisición de habilidades motoras es de menos importancia.

La tarea no es sencilla, un bebé prematuro en sus respuestas iniciales no es predecible y a veces da la impresión de no tener respuestas. En el estado de despierto los padres esperan que el bebé responda e intentan jugar de una manera normal haciendo las cosas que se supone debe hacer un recién nacido despierto. Es muy frecuente que se encuentren con una mirada vidriosa o que se aleja, que adviertan signos de fatiga y descompensación fisiológica. Emocionalmente esto suele ser decepcionante para los padres que han esperado tanto ese primer encuentro.

Gradualmente comenzarán a identificar nuevas conductas e interpretarlas antes que nadie, y no necesitarán de ningún experto para comprenderlas. No mirarán los monitores, sino que buscarán la respuesta directamente en su propio hijo (Martínez, 1993).

1.8 La alimentación del recién nacido prematuro

Entre los cambios que se produjeron en los últimos años en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales uno muy importante fue el del protocolo de alimentación. De esta forma se da prioridad a la alimentación con leche materna y se modificaron pautas alimenticias a seguir en niños prematuros.

Los bebés dentro del útero son alimentados por el cordón umbilical a través de la placenta. Los bebés prematuros o de muy bajo peso inicialmente son nutridos por alimentación parenteral, vía endovenosa, para luego comenzar con la alimentación oral que antes de las 32 semanas debe administrarse a través de un tubo o gavage o sonda nasogástrica, ya que el bebé no puede aún succionar, no deglute por su inmadurez.

Se incorpora la leche humana lo más pronto posible siguiendo los protocolos establecidos para su utilización y cuidando la esterilidad al máximo en la etapa de extracción, conservación y administración. La leche puede ser dada al bebé por la mamá o el papá, incorporándolos tempranamente al cuidado del bebé, o por el personal de la UCIN administrándosela a través de sonda, gotero, vasito o cuchara. Se le ofrece el pecho materno tan rápidamente como el estado del bebé lo permita.

Es necesario que la madre pueda pasar el mayor tiempo posible con el niño internado, ya que él la reconoce y la necesita. De ésta forma puede poner el bebé al pecho para que poco a poco aprenda a mamar aunque no pueda extraer la leche.

Promover el contacto físico con el niño ayuda a fortalecer el vínculo afectivo y facilita la transferencia de inmunidad materna a través de un sistema de exportación inmunológica, en el que la mamá al ingerir y respirar involuntariamente antígenos (bacterias, virus hospitalarios) hace que su organismo produzca anticuerpos específicos (inmunoglobulina), que a través de sus glándulas mamarias son transferidas al bebé en la leche.

El calostro, líquido medio amarillento que segregan los senos inclusive antes del parto o que se produzca la bajada de la leche, es riquísimo en anticuerpos, posee leucocitos o glóbulos blancos, es fácilmente digerido, tiene propiedades laxantes, previene la ictericia neonatal, y contiene hormonas de crecimiento, además de otros nutrientes que no deben ser desperdiciados. Ofrecerle al prematuro aunque sea en pequeña cantidad produce un gran efecto para su desarrollo (APAPREM, s. f.).

En los niños muy inmaduros, con mayores necesidades de proteínas, la leche materna se suplementa con aditivos proteicos. Deben recibir fórmulas que se caracterizan por un mayor aporte calórico y porque administran una mayor cantidad de proteínas, calcio, fósforo, zinc y magnesio, una reducida cantidad de lactosa y de un 20 a un 50% de la grasa en forma de ácidos grasos de cadena media. La administración de estas leches específicas para prematuros debe mantenerse aún después del alta hospitalaria hasta que el niño llegue a un peso próximo al peso normal al nacimiento (alrededor de los 3000 grs.).

Existe otro tipo de leches (leches "fortificadas" o de continuación para recién nacidos de bajo peso), que proporcionan unos aportes de calorías, proteínas, calcio y fósforo intermedio entre las leches específicas para prematuros y las leches de inicio para recién nacidos a término. Este tipo de leche es la recomendada para administrar a todos los niños prematuros a continuación de las leches específicas para prematuros (o de la lactancia materna) y deben mantenerse al menos hasta los 6 meses y preferiblemente hasta el año de vida (APRECAN, s. f.).

1.9 Cuidados para el neurodesarrollo

Según el Dr. Martínez (1993), cada recién nacido prematuro tiene su forma individualizada de responder a los estímulos ambientales y sociales de su entorno, sean estos positivos o negativos. Se debe en consecuencia, comenzar a individualizar el cuidado de un bebé prematuro en relación con sus únicas e individuales características con el objetivo fundamental de favorecer la organización del desarrollo del sistema nervioso central y autónomo.

Numerosos investigadores han demostrado los positivos efectos de mínimas intervenciones. A continuación se desarrolla en qué consiste el protocolo de intervención mínima.

El protocolo de intervención mínima:

Según Egan (s. f), el protocolo de intervención mínima es un consenso que permite intervenir los primeros 15 o 20 días de vida, evitando las manipulaciones desordenadas y que no toman en cuenta las necesidades del bebé, especialmente en los menores de 27 semanas.

Este protocolo no significa no tocar al bebé, ni realizar los cuidados e intervenciones necesarias. Es un cuidado pensado y compartido con el resto del equipo, basado en las respuestas del bebé, que en los primeros 15 días lo manifiesta con desaturación, apneas, taquicardia, bradicardia, aumento de TA (tensión arterial), etc.

En muchas Unidades donde se atienden prematuros, los médicos, terapeutas, fisioterapeutas, etc. consultan con la enfermera acerca de cuál es el mejor momento para intervenir, ya que es la que conoce la tolerancia y el descanso del bebé (Egan, s. f.).

Las intervenciones específicas:

Egan (s. f.), plantea que el objetivo de la moderna Neonatología es crear un ambiente que imite la experiencia del feto intraútero. Propone una serie de consideraciones generales en la asistencia al recién nacido prematuro:

a. *Modificaciones ambientales:* alejar la incubadora de los sonidos de grifos y piletas, teléfonos, radios y parlantes, voces y gritos altos.

b. *Luz ambiental:* la iluminación interfiere con el desarrollo del patrón del ritmo día-noche. Por ello se recomienda:

- Utilizar luz natural, poder graduarla artificialmente, llevar al bebé a una suave transición con los ciclos de oscuridad.
- Cubrir las incubadoras en los períodos de reposo y permitir la interacción en los períodos de alerta.
- No mantener siempre tapado al bebé, recordar que luego de su período crítico necesita interactuar.
- Colocar luces individuales para la observación y los procedimientos.
- No tapar los ojos del niño continuamente.
- Cubrirlos cuando se realizaron procedimientos y reciben luz directa.

Los ciclos lumínicos día y noche permitirán:

- Aumentar el tiempo dedicado al sueño.
- Disminuir la actividad motora.
- Disminuir las fluctuaciones de la TA (tensión arterial).
- Aumentar la duración del estado de alerta.
- Aumentar la ganancia de peso en los pacientes médicamente estables.
- Conseguir una sincronización más precoz de la conducta y ritmos hormonales con el ambiente externo.

c. *Control del ruido:* estrategias para el control del ruido ambiental:

- Trasladar las conversaciones y los pases de sala alejados de la incubadora o reducir el tono de voz si está junto a la incubadora.
- Usar música suave.
- Disminuir el volumen de los teléfonos.
- No usar celulares en la Unidad.
- Abrir y cerrar las puertas de la incubadora con cuidado.
- Responder rápidamente a las alarmas y/o llanto de los bebés.
- Utilizar cobertores acolchados para reducir el ruido.
- Monitorizar los niveles de ruido (dentro de las incubadoras no debe exceder de los 60 decibeles).
- Encontrar alternativas para estimular a los niños con apnea (no golpear la incubadora, valor correspondiente a 80 decibeles).
- No apoyar material encima de las incubadoras, no apoyarse en la incubadora.
- Utilizar señales de silencio, carteles en las incubadoras (“shh... necesito descansar”).

d. *El cuidado postural:* estos bebés tienen grandes riesgos de desarrollar trastornos posturales que afecten su evolución a largo plazo. Los huesos son estructuras vivas y dinámicas y en este período están sujetas al modelado por fuerzas mecánicas externas y la posición que se le brinda al niño. Si éstas no son adecuadas pueden producir deformidades y afectar el desarrollo. Se propone:

- Mantener un grado de flexión que permita el movimiento, manteniendo la contención que necesitan para su estabilidad fisiológica.
- No fijar brazos, piernas, cabeza, se debe encontrar posiciones seguras que estén en función del confort del paciente.
- Conseguir posturas más simétricas.
- La posición supina debe mantenerse con la mayor flexión posible pero manteniendo las caderas alineadas.
- No cambiar bruscamente de decúbito a los recién nacidos prematuros. El pasaje de decúbito prono, a lateral y luego a supino o viceversa se realizará en dos tiempos, manteniendo la contención ya sea flexión o los brazos en la línea media.
- Estimular la exploración visual del entorno (cabeza línea media).

Signos de bienestar y autorregulación autonómica:

- Respiración regular y sin fatiga.
- Sistema visceral estable.
- Estabilidad motora.
- Postura relajada y confortable.
- Sueño tranquilo sin movimientos oculares.
- Ojos abiertos y aspecto alerta.
- Dirige cabeza y ojos hacia el sonido de la voz.
- Movimientos suaves, no bruscos.
- Presión manual.
- Manos relajadas con los dedos flexionados.
- Respuesta a la caricia con movimiento del cuerpo.
- Movimiento mano-boca.
- Color sonrosado y uniforme.

Signos de estrés:

Durante los cuidados cotidianos como cambiarle los pañales al bebé, alimentarlo, realizar intervenciones como extraerle sangre, ponerle suero, sacarle radiografías, ecografías, o cuando se los sobreexcita con los ruidos fuertes o la luz intensa es probable que los bebés prematuros muestren síntomas de estrés (APAPREM, s. f.). Frecuentemente se observa:

- Llanto, muecas.
- Cerrar con fuerza los ojos.
- Toser, estornudar, bostezar.
- Hipo, náuseas, aspecto enfermizo.
- Dedos separados y extendidos.
- Temblores.
- Sobresaltos, sacudidas.
- Inmovilidad extrema.
- Flacidez o gran irritabilidad.
- Movimiento violento de extremidades.
- Respiración irregular.
- Pausas, apneas.
- Cambio de color (pálido, gris o cianótico).

Estrategias para consolar al bebé:

- Contenerlo.
- Acariciarlo.
- Mecerlo.
- Minimizar la estimulación, sobre todo la sonora o luminosa.
- No hablarle.
- Ayudarlo para que se lleve las manitas a la boca, las podrá chupar y eso lo tranquilizará.

- Contacto piel a piel con su madre o padre.
- Nido (pañales de forma de rollo en la espalda, con la piel médica, etc.) para ayudarlo a sentirse más contenido.
- Mantenerlo flexionado.

Siempre es necesario comunicarle al personal de la UCIN los cambios observados en el bebé, por mínimos que sean. El equipo de salud los orientará en el cuidado del niño (Egan, s. f.).

1.10 Acerca del vínculo madre-hijo y de las separaciones en la temprana infancia

A lo largo de la historia numerosos autores han realizado distintos estudios e investigaciones acerca de la relación madre-hijo, por considerarla como un modelo de interacción fundamental para la constitución del psiquismo infantil.

Entre ellos, Winnicott (1956) plantea que en la infancia es la madre quien establece las bases de la salud mental del bebé. Es ella quien aporta la continuidad necesaria para completar los complicados procesos para el desarrollo mental del niño, para que su yo pueda completarse. Una madre con un estado de *preocupación materna primaria*, que le permite ponerse en el lugar del bebé, identificar sus necesidades y satisfacerlas. Una madre que existe, que está ahí para que se la sienta en todas las formas posibles; que aporta un contacto, una temperatura corporal, movimiento y tranquilidad de acuerdo con las necesidades del niño; que le proporciona la oportunidad de realizar la transición entre el estado de tranquilidad y el de excitación, oportunidad que consiste en no presentarse súbitamente ante el bebé con su alimento y la exigencia de una reacción; que lo protege contra coincidencias y conmociones, tratando de que la situación física y emocional sea lo más sencilla posible para que pueda comprenderla, y al mismo tiempo, con un grado adecuado a la creciente capacidad del bebé.

Según el autor, se trata de una madre con capacidad de *holding*, *suficientemente buena*, que en un primer momento se adapta activamente a las necesidades de su hijo, generando un medio perfecto, porque de lo contrario todo fracaso en la adaptación se convierte en un ataque a la continuidad existencial del niño. El gran peligro para la salud mental existe cuando el niño debe enfrentar una cruda interrupción de los

delicados y naturales procesos de la relación madre-bebé. El medio que rodea tiene tal importancia en ésta fase precoz que se extrae la conclusión de que la psicosis es una especie de enfermedad debida a la deficiencia ambiental.

Se considera de importancia recordar las palabras del autor al decir que los pediatras (se extiende hacia todos los integrantes de un Servicio de Neonatología) deben saber reconocer a una madre buena cuando la ven, y asegurarse de que ella reciba todas las oportunidades para realizar bien su función. Las madres deben encontrar sus sentimientos, y mientras lo hacen deben contar con apoyo, apoyo contra sus propios temores. La tarea de acompañar y sostener a las madres durante la internación del bebé prematuro se debe realizar a través del trabajo dentro de la sala junto a cada una de ellas, donde se puede observar el vínculo que establece con su hijo: cómo le habla, cómo lo mira, cómo lo toca, qué pregunta, cómo se acerca y participa de sus cuidados.

Otro autor que trabajó sobre la relación madre-hijo fue Spitz (1965), quién habla acerca de cómo se originan las primeras relaciones objetales, afirmando que en el desarrollo de las mismas tienen especial importancia los sentimientos que experimenta la madre hacia el niño, lo que el autor denomina su *actitud afectiva*. La madre ofrece al niño una gran variedad de experiencias vitales, y es su actitud afectiva la que va a determinar la calidad de cada una de ellas. Incluso son las respuestas inconscientes de la madre, sus deseos, sus preocupaciones, las que facilitan, en gran medida, las acciones del bebé. Al mismo tiempo, en un proceso circular, la personalidad y las actitudes del niño influyen en los sentimientos de la madre.

Siguiendo a este autor, la modalidad de comunicación madre-hijo que se establece durante los primeros meses de vida, antes de las relaciones objetales, se caracteriza por la desigualdad de los participantes, es decir una madre con su individualidad formada y un niño con su individualidad en formación. Los mensajes emitidos por el niño son signos corporales y éstos son interpretados por la madre, quien los verbaliza y transforma en señales, se trata de una empatía cenestésica. Spitz (1965) afirma que la comunicación del niño con su madre la producirse constantemente, ejerce una presión que irá dando forma al psiquismo del recién nacido. Las señales afectivas que reciba, su calidad, su constancia y la seguridad que le ofrezcan, asegurarán su normal desarrollo psíquico.

Pero no siempre las relaciones objetales son satisfactorias, sino que pueden producirse deformaciones. Se describen dos grandes categorías: las relaciones madre-hijo

impropias, en las que el comportamiento de la madre es inadecuado y actúa en forma de toxina psíquica; y las relaciones madre-hijo *insuficientes*, en las que el bebé es privado de las relaciones con su madre durante mayor o menor tiempo. Dentro de esta segunda categoría, se describen el *trastorno de depresión anaclítica*, que ocurre en niños que tras un mínimo de seis meses de buenas relaciones con su madre, se ven privados de ellas durante un período más o menos largo. A medida que se prolonga la separación el cuadro clínico progresa presentando síntomas de llanto, chillidos, pérdida de peso, detención del crecimiento, rechazo del contacto, posición patagnómica, insomnio y letargia. Pero si la madre es restituida al niño, o se encuentra un sustituto aceptable antes del período crítico (entre el final del tercero y del quinto mes), el trastorno desaparece rápidamente.

Cuando existe una total carencia afectiva, como en los casos de *hospitalismo*, se produce un deterioro progresivo llevando al niño al marasmo y a la muerte, debido a la imposibilidad de establecerse una relación objetal. La agresión no puede dirigirse hacia un objeto del mundo exterior por lo que se vuelve contra la propia persona del niño. Tampoco existe el clima afectivo necesario para la neutralización de los impulsos, ni posible integración del yo (Spitz, 1965).

En base a los anteriores es importante remarcar la situación de vulnerabilidad a sufrir estos tipos de trastornos de carencia afectiva en la que se encuentran los recién nacidos prematuros, pues durante la internación del niño las posibilidades de establecer una relación objetal con sus madres disminuyen. Por ello es fundamental que todo Servicio Neonatal cuente con un programa que contemple las necesidades psicológicas del niño y su madre y ayude a consolidar el vínculo entre ambos, para prevenir secuelas en el desarrollo del niño, en sus futuras relaciones e incluso su muerte.

También Bowlby (1976) hace referencia a la importancia de que un niño durante los primeros meses de vida genere un *apego* emocional hacia una *figura de apoyo*, para el desarrollo de su personalidad. Plantea que si un niño pequeño que ha establecido un vínculo de afecto hacia una figura materna (aquella persona hacia la cual se muestra temporariamente dispuesto a dirigir su conducta de apego), es separado contra su voluntad, dará muestras de zozobra, y si además es colocado en un ambiente extraño y al cuidado de personas desconocidas, la sensación de zozobra se tornará más intensa. El modo de comportamiento del niño sigue entonces una secuencia característica: al principio *protesta* y trata de recuperar a su madre por todos los medios posibles. Luego

desesperara de la posibilidad de recuperarla, pero aún sigue preocupado y vigila su retorno. Después parece perder el interés por su madre, se genera un *desapego* emocional. Sin embargo, si el período de separación no es demasiado prolongado, el reencuentro con la madre provoca el resurgimiento del apego, aunque el niño continuará dando muestras de aguda ansiedad ante su posible pérdida. Se ha descubierto que la presencia de un familiar durante la separación, incluso si no suministra casi ningún cuidado como sustituto materno, se transforma en un factor importante de alivio en el niño. También lo son su ropa y sus juguetes (Bowlby, 1976).

Schaffer (citado por Bowlby, 1976), realizó un estudio de setenta y seis bebés de menos de doce meses, que habían ingresado en un hospital y extrajo las siguientes conclusiones: los niños al no tener contacto con sus madres, entablaban escasa interacción social con las enfermeras y daban muestras de gran inquietud y llanto. Los bebés de veintiocho semanas o menos, respondían normalmente a personas desconocidas y no lograban discriminar entre ellas a sus madres. Ante la partida de las mismas no daban signos de protesta. En el momento del regreso a sus hogares, apenas si mostraban apego durante los primeros días. Parecían absortos observando el ambiente, sin intenciones de entablar contacto con los adultos presentes.

Bowlby (1976), también advierte una dificultad referida al hecho de que una madre puede estar presente físicamente, pero emocionalmente ausente, es decir que no puede responder a las demandas de afecto de su hijo, debido a diversas circunstancias (depresión, rechazo, preocupación por otros problemas, etc). La figura de afecto no sólo debe ser accesible, sino estar dispuesta a responder de forma apropiada, o sea ante un niño que siente temor, estar dispuesta a protegerlo y consolarlo. El autor afirma que si el niño confía en contar con el apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos.

Lo desarrollado hasta aquí me lleva a plantear una serie de interrogantes: ¿qué sucede en el caso de un recién nacido prematuro?, ¿logra desarrollar un completo apego afectivo hacia su madre luego de tantos meses de separación?, ¿qué consecuencias se producirán en su desarrollo?

Estas preguntas se convierten en motivo suficiente para emprender acciones de prevención tendientes a asegurar la continuidad del vínculo del niño con su madre durante la hospitalización. Muchas madres ante la enfermedad de su hijo y la impotencia lo rechazan e incluso abandonan. Es por esto que brindar contención y

apoyo psicológico a las madres se convierte en la principal tarea. Como cuando Bowlby (1976) afirma que la separación de la figura materna es en sí una variable clave que determinará el estado emocional y la conducta del niño.

1.11 El momento del alta médica

Para muchas familias, el hospital, la Unidad de Terapia Intensiva 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 y los esquemas diarios serán totalmente distintos, deberán enfrentar una normalidad completamente diferente. Será un momento de gran transición y de nuevos ajuste, descubrimientos y adaptaciones (Martínez, 1993).

La APAPREM (s. f.), Asociación Argentina de Padres de niños Prematuros, considera que el momento del alta permite a los padres establecer una nueva relación con su hijo, similar a la que está presente en el momento del nacimiento. Por eso el alta adquiere gran importancia emotiva para los padres, pueden aflorar angustias y ansiedades respecto del rol que recae sobre ellos: cuidar solos y en casa a su hijo.

Desde el punto de vista orgánico los criterios para el alta institucional están relacionados en primer lugar con las condiciones de salud del bebé:

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

Se considera de importancia invitar a los padres a participar de algunos cuidados como: suministrarle al bebé las vitaminas, cambiarle los pañales y la ropa, durante los días previos al alta; 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 y a la vez maximizar los momentos de interacción.
- Que tengan en cuenta cuál es la posición correcta para dormir: boca arriba o eventualmente de costado.
- Que conozcan el calendario de vacunas, inmunizaciones.
- Que manejen las distintas medicaciones, fórmulas o dietas especiales aclarando en forma escrita: dosis, horarios, formas, vías de administración, tiempo de duración y así también los efectos colaterales que pudieran aparecer.
- Que conozcan los signos y síntomas frecuentes que pueden aparecer y la conducta a seguir, por ejemplo que la temperatura axilar sea mayor a 37° y menor de 36° C.
- Que conozcan las precauciones para disminuir el riesgo de enfermedad respiratoria.

Cuando están dadas las condiciones para que el niño sea dado de alta y que la familia esté preparada para recibirlo, el equipo médico programa con anticipación el alta.

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.

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 de acuerdo a las necesidades de cada niño, a fin de evaluar la persistencia o no de riesgos e implementar acciones, en el caso que fuera necesario,

que permitan obtener buenos resultados para su desarrollo. Se redacta un resumen de historia clínica bastante detallada sobre el período de internación del niño, informe necesario para el pediatra de cabecera que luego lo tomará a cargo.

En la primera visita se verifica el estado de salud del niño, se evalúa la adaptación al ambiente hogareño y se responden las dudas de los padres. Por lo que es conveniente que la citación sea de 1 a 5 días luego del alta de internación y luego de acuerdo a sus necesidades presentando un segundo control de 7 a 10 días luego del alta, y un tercero, 2 semanas después. Los controles posteriores, durante el primer año de vida, deben ser mensuales a menos que por las necesidades del niño se exijan controles más frecuentes.

Además el equipo de seguimiento fijará las interconsultas a los especialistas (oftalmólogo, traumatólogo, fonoaudiólogo, etc.) o exámenes complementarios como: oftalmológico, audiológico, hemograma, ecografía cerebral, control neurológico si fuera necesario.

Luego, del primero al segundo año de vida pueden programarse controles trimestrales y posteriormente cada 6 meses hasta cumplir 4 años. Después se debe realizar como mínimo un control anual hasta el egreso escolar (APAPREM, s. f.).

1.12 Acerca de la crianza del bebé prematuro

Los padres deben ser estimulados a comenzar lo más rápidamente posible el proceso de “normalización” de la vida de su bebé, particularmente si no hay enfermedades crónicas significativas ni secuelas graves.

La angustia de haber tenido un niño en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales inclina a muchos padres a lo que se ha dado en llamar el *Síndrome del niño vulnerable*. Adoptan actitudes que pueden llevar a una sobre indulgencia o a un exceso de permisividad. Las familias 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.

A la inversa, otro aspecto de este síndrome es la presencia de una mayor incidencia de niños golpeados o abandonados.

Ambas situaciones deben ser tenidas en cuenta e investigadas a través de un interrogatorio dirigido.

Es fundamental estimular a la familia para que trate de lograr una vida cotidiana "normal" en el cuidado y las actividades diarias del niño. Este proceso es crítico en el desarrollo de un vínculo saludable y les permitirá sentir que ellos tienen el control de la situación (APAPREM, s. f.).

CAPÍTULO II

Los padres del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

2.1 La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Una vez que el recién nacido es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se lo coloca en cunas térmicas o incubadoras que controlan de forma automática el calor administrado según las necesidades térmicas que requiera el niño.

Mediante sistemas no invasivos, es decir no dolorosos para el bebé, porque están pegados a la superficie de la piel, se los conecta a monitores que mantienen informados a las enfermeras y médicos traduciendo en números el correcto funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Puede apreciarse la frecuencia cardíaca, respiratoria, el nivel de oxigenación y la presión arterial del niño.

Gran parte del éxito de la Neonatología proviene de la habilidad para mantener el equilibrio funcional ante las grandes demandas de adaptación. Al principio, por lo general las horas más angustiantes, es el período en que se valoriza la problemática del niño y se lo debe ayudar a sobrevivir con procedimientos sustitutivos mientras que su organismo va madurando.

El recién nacido prematuro debe adaptarse a la vida extrauterina para lo cual no estaba preparado. Cuantas menos semanas de gestación tiene, más posibilidades de presentar problemas y de tener una estancia de más larga duración en Unidad de Terapia Intensiva.

A medida que el bebé vaya adquiriendo estabilidad fisiológica, es decir que pueda controlar su respiración, su frecuencia cardíaca, etc., los padres podrán acceder más fácilmente a él, se les permitirá el contacto piel a piel y podrán reconstruir el vínculo o apego que los recién nacidos necesitan para su desarrollo (APAPREM, s. f.).

2.2 Los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

El Dr. Martínez (1993), plantea que la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, refleja los grandes avances tecnológicos y el especializado cuidado médico y de enfermería. Todo impresiona a los padres como cuidadosamente programado para el responsable cuidado médico de los bebés, también les impresiona como un lugar donde los aspectos emocionales son relegados con la explicación de que los cuidados son tan sofisticados y requieren tanta atención y aplicación por parte de quienes los ejecutan que no podrían ocuparse de “esas” cosas.

Tanto para el bebé como para sus padres, la Terapia es el lugar donde conviven al mismo tiempo la sobrecarga de estímulos sensoriales y la gran deprivación emocional. No hay lugares cómodos donde sentarse; el tocar al bebé está restringido por la cantidad de catéteres, cables y tubos que se interponen; la mayoría de las cosas son frías o de plástico; hay un especial olor a “medicina”, y muy poco en el ambiente parece humano.

El espacio es muy limitado, la circulación a veces se ve dificultada por el equipo adicional que la UCIN requiere. Es por la falta de espacio físico que el estrés y la irritabilidad de todo el personal se multiplican.

El gran desafío desde la Terapia Intensiva y con la misma preocupación y atención que se dispensa a los requerimientos vitales del niño, es cuidar también sus vitales requerimientos emocionales (Martínez, 1993).

2.3 El primer encuentro

Es casi imposible preparar a los padres para ese primer encuentro. Esa primera imagen del bebé no es la esperada, está muy lejos de aquella imagen que sus fantasías habían creado. El bebé impresiona como muy pequeño, su piel es extremadamente delicada, está casi inmóvil, sin respuestas, rodeado de cables y tubos dentro de una cajita de plástico (la incubadora). No pareciera que su bebé estuviera allí.

Los padres sienten haber perdido el niño de sus fantasías, pero también sienten que han perdido al bebé que pasa a ser posesión de la Unidad de Cuidados Intensivos,

donde su personal podrá ser alternativamente envidiado, odiado o amado por ellos según los distintos montos que les tocará vivir (Martínez, 1993).

Molina Peralta (1989), presta esencial atención a la relación del niño con su madre, planteando que lo más importante es estimular esa relación para que no se pierda. Con las alteraciones típicas del período puerperal, la madre se siente muy movilizada y puede tener dificultades para estar en contacto con el niño que acaba de tener. Sentirlo lejos, no poder tocarlo, ni tenerlo en sus brazos le produce la sensación de haberlo perdido. El no poder lactarlo, produce en la madre la sensación de que no puede hacer nada por él, y hasta puede sentir que su presencia es nociva para el niño.

La respuesta de la madre es paralizarse ante el primer encuentro con el niño, no se atreve a tocarlo y el miedo a no poder contener el llanto y a descontrolarse, hace preferible salir aunque desee estar con su hijo.

En este momento clave el Dr. Martínez (1993) sostiene que hay una figura esencial que desempeñará de ahora en más un rol fundamental en el acompañamiento de esa madre y de ese bebé: la enfermera. La forma en que ella se aproxime a la madre, la forma en que la acompañe hasta la incubadora del bebé podrá tener un increíble efecto positivo en la futura relación de esa madre prematura con su prematuro 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.

2.4 Estadios de la crisis de tener un bebé prematuro

Según Molina Peralta (1993) a raíz de su experiencia en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Niños J. M. de los Ríos de Caracas, pudo detectar que generalmente la información del médico es rechazada por los padres. Si el médico dice que hay una posibilidad en un millón, los padres basan sus esperanzas en esa posibilidad, por lo que frente a la negación de los padres el médico no puede hacer nada.

Plantea también que la negación es más fuerte con los médicos que con la trabajadora social, hacen el esfuerzo de mantenerse optimistas con él para evitar que descuide al niño por considerarlo sin remedio.

La autora cita a Rothstein, quien menciona que los padres atraviesan inicialmente períodos de incredulidad y desesperanza; por lo que la información comunicada debe ser repetida más tarde, ya que no es comprendida en un primer momento. Se observan también sentimientos de culpa de los padres y la respuesta de rabia como una respuesta común ante la muerte del niño.

Por su parte, el Dr. Martínez (1993), describe diferentes estadios por los que atraviesan los padres de bebés prematuros. Postula que ante vivencias similares, cada madre, cada padre reacciona en forma individual y de acuerdo con su propia historia, su personalidad, su experiencia; pero de todas maneras, existe un cierto patrón de conductas que es importante que se hagan conocer a los encargados de la asistencia de ese bebé, para así comprender a los padres, acompañarlos y apoyarlos de una mejor manera.

- a. *Estadio de crisis:* cuando los padres son informados de que tendrán un bebé prematuro, comienzan por desarrollar un estadio de crisis donde se manifiestan tumultuosas emociones a través de intensos llantos, o por el contrario, sufren un impacto de tal magnitud que determina una suerte de paralización con ausencia prácticamente total de sentimientos.
- b. *Estadio de desorganización:* en las horas o días posteriores a la aguda 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.

Se observan cambios somáticos, de personalidad y hasta cambios en cómo perciben el mundo. No se sienten padres, no estaban preparados aún y no tienen un niño a quien cuidar como se suponía que iba a ocurrir.

A medida que el Servicio de Neonatología asume cada vez más el cuidado de su bebé, más inútiles se sienten y se hace cada vez más intensa la sensación de rabia. Esta rabia se manifiesta en los padres que se alejan de la UCIN, no hablan de sus preocupaciones e impresionan como alejados de la realidad, alejados de la crisis que ellos y su bebé están enfrentando. Las preguntas sobre el futuro del bebé obsesionan a los padres.

- c. *Estadio de generación de esperanzas:* los padres comienzan a realizar los adecuados 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 generar una nueva fuente de energía para poder enfrentar el futuro. Esta necesaria e imprescindible energía será la esperanza.

Uno de los más significativos estímulos para que ello ocurra es no sentirse ya inútiles al tener una activa participación en algunos aspectos del cuidado del bebé. En ésta etapa, el Servicio de Neonatología debe facilitar todos los medios para favorecer el reencuentro del niño con sus padres.

- d. *Estadio de ajustes:* luego de haber luchado contra sus emociones, de alguna manera haber podido expresarlas, de haber superado la etapa de desorganización, la generación de esperanzas comenzará a conducirlos gradualmente hacia los tan necesarios 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. Comenzarán a percibir al niño como un ser saludable y competente, comienzan a recuperar su autoestima y a establecer relaciones con otros padres, con los médicos y las enfermeras.

De a poco irán construyendo la clara visión de que su hijo sobrevivirá, de que su hijo tendrá un futuro.

El “vamos a casa” comienza a ser la obsesión. Como el niño ya ocupa un lugar en la familia, es el momento de integrar a abuelos, a otros parientes, a los amigos, pues sienten que ahora sí tienen algo muy importante para compartir.

Todas estas etapas “cumplidas” serán necesarias para ese cierre emocional fundamental al dejar el Servicio de Neonatología (Martínez, 1993).

2.5 Las reacciones emocionales de los padres

Cuando se prepara psicológicamente a una persona, niño o adulto, para un acto médico, lo que se hace es angustiarlo por adelantado. Preparar a los padres, significa

angustiarlos por adelantado, dosificadamente; para que no tengan que vivir en un solo momento una angustia inesperada que se presente súbitamente y con una intensidad tal que rompa el equilibrio psíquico (Mucci, 2004).

Freud (1917, p.358) define la angustia como:

“Una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto; va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella la pulsión de autoconservación”.

Las respuestas emocionales de los padres ante la información médica, pueden corresponder a dos tipos, según Molina Peralta (1989): 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 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; el *pedir más información*, se trata de una manera madura de enfrentar los problemas, evita teorías absurdas sobre la enfermedad y acaba con malentendidos perturbadores; 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*, que tienen lugar cuando las emociones se hacen muy intensas y resultan intolerables para el yo; los *sentimientos de culpa*, que pueden ser expresados directamente, estar basados en hechos reales o corresponder exclusivamente a fantasías; la *negación*; reacción que consiste en no enterarse de lo que produce angustia o dolor. Los padres están dispuestos a oír lo que sea optimista y no entienden las malas noticias; el *aislamiento afectivo*, por lo que los padres tienen conocimiento intelectual de lo que sucede al niño y la información es bien comprendida, pero no está acompañada de la emoción correspondiente; 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.

Como puede observarse estas defensas impiden evidentemente una elaboración completa del duelo, pero les sirven a estos padres como una forma particular de equilibrio (Molina Peralta, 1989).

2.6 Sobre la transferencia (emociones de los padres hacia el personal del Servicio)

Molina Peralta (1989) retoma a Freud quien entiende por transferencia la relación que se establece con el médico o con el psicólogo, basada en un modelo anterior. En esta relación, el paciente (en este caso los padres) le atribuye al profesional en el presente, actitudes que tuvieron otras personas en el pasado, aunque esto no tenga nada que ver con el comportamiento real de dicho profesional. De esta manera se le pueden atribuir intenciones hostiles o poderes sobrenaturales.

Los sentimientos transferidos al psicólogo pueden generar una *transferencia positiva*, caracterizada por el incremento de sentimientos amistosos; o una *transferencia negativa*, en que se presentan sentimientos hostiles, o la *transferencia erótica*, en la que aparecen sentimientos hostiles y cariñosos al mismo tiempo. Para lograr un trabajo enriquecedor con los padres, será necesario establecer por todos los medios posibles, una transferencia positiva que contribuya a esclarecer la situación que viven.

Generalmente los padres para evitar el contacto con la angustia recurren a diferentes mecanismos psíquicos como ser la *idealización* y *los sentimientos melancolizantes*, ante la sensación de no poder hacer nada idealizan al personal; la *denigración*, de los conocimientos del médico a cargo del niño; y *sentimientos de abandono*, por parte del médico durante los fines de semana. (Molina Peralta, 1989).

2.7 La muerte en Neonatología

En Neonatología, el riesgo de muerte, o la muerte, llega al mismo tiempo que el nacimiento. Todo se desarrolla muy deprisa. Vida y muerte están mezcladas sin que se puedan distinguir (Anserment, s. f.).

El equipo médico que asiste al niño puede aliviar el dolor que produce esa situación en los padres, informando y posibilitando la participación de los mismos cuando el médico

tiene dificultades respecto de las decisiones a tomar en el cuidado del niño, y siempre que haya peligro de muerte (Vega, 2006).

Vega (2006, p. 61) opina al respecto que:

“Los padres necesitan una comunicación honesta y directa que les permita anticipar la muerte. El neonatólogo no es solamente el experto que aplica la moderna tecnología, necesita también una comprensión de la salud mental de los padres, mientras su hijo vive, bien con discapacidades, o muere, y es aquí donde el psicólogo tiene un lugar significativo”.

2.8 La elaboración del duelo

Según Freud en “Duelo y Melancolía” (1917), el duelo consiste en una reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que la reemplace. No se trata de un estado patológico, aunque puede traer aparejadas algunas desviaciones de la conducta normal. Es esperable que luego de un tiempo la persona supere la situación que atraviesa.

El proceso de duelo se inicia ante un examen de realidad que muestra que el objeto amado ya no existe, siendo necesario retirar la libido enlazada a ese objeto. Freud (1917, pp. 242-243) considera que:

“Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que ésta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico”.

Inclusive en el caso de un niño que se sabe que va a fallecer es importante para los padres verlo y tocarlo, despedirse de él, como parte de la elaboración del duelo. A veces los padres, pueden resistirse por parecerles demasiado doloroso, pero debe insistirse en que puedan acercarse al niño y tocarlo. Los sentimientos de rabia aparecen con frecuencia en el proceso de elaboración del duelo. Generalmente el padre acentúa el sentimiento de rabia para poder contener el llanto. Sucede que siente el deseo de llorar pero lo evita por la prohibición cultural de “los hombres no lloran” (Molina Peralta, 1989).

2.9 Acerca de la resiliencia

Resiliencia es una palabra que proviene del inglés. Utilizada en física para expresar la cualidad de ciertos materiales, define la resistencia a los impactos. Desde el punto de vista etimológico, proviene del latín *salire*, que se puede traducir como saltar hacia atrás, rebotar, ser repelido, surgir, con el prefijo “re”, indica repetición, reanudación. Resiliar es desde luego rebotar, reanimarse, ir hacia delante, después de haber padecido un golpe o vivido una situación traumática. También consiste en hacer un contrato con la adversidad (Cyrulnik et al., 2004).

La resiliencia es la capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase. Este concepto se vincula con la capacidad sanadora de las emociones positivas, como la risa y el buen humor. La resiliencia se forja a través de la adversidad, y no a pesar de ella. Implica integrar la totalidad de la experiencia en la trama de la identidad individual y familiar y en la forma como los individuos continúan viviendo (Vega, 2006).

Vanistendael (1998), define a la resiliencia como la capacidad del individuo para hacer las cosas bien pese a las circunstancias adversas. Esto implica una capacidad de resistencia y una facultad de construcción positiva. Plantea que la resiliencia crece en un marco interactivo entre el individuo y su entorno, y al no ser un concepto absoluto ni temporalmente estable, puede ser influida de manera positiva y saludable, o negativa y distorsionada por situaciones de riesgo.

Eisenstein & Pagnoncelli de Souza (1994), distinguen entre :

- a. *Factores de riesgo*: son elementos con gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable, o mayor posibilidad de enfermar o morir. No existe relación directa o cerrada entre un factor de riesgo y un determinado suceso. Existe sí una asociación de causas y efectos multiplicadores que interactúan sobre el aumento de probabilidad y/o desencadenamiento del suceso. Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de drogas.

- Problemas graves de interrelación familiar.
- Abandono de la familia de origen como grupo de convivencia.
- Pertenencia a familias de origen incompletas por fallecimiento o separación.
- Familias con antecedentes de abuso de sustancias, conductas violentas, abuso sexual, violación, enfermedad mental.
- Depresión, angustia.
- Pertenencia a grupos de pares con conductas violentas.
- Embarazo adolescente.
- Embarazo patológico.
- Condiciones de vida de extrema pobreza.
- Migraciones.
- Frustraciones reiteradas.

b. *Factores de protección:* son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo. Entre los factores protectores se destacan:

- Buen funcionamiento familiar.
- Atención, afecto, apoyo emocional.
- La autoestima y la valoración personal.
- El proyecto de vida.
- Ayuda mutua y actitudes solidarias.
- Buena utilización del tiempo libre, desarrollo de la creatividad, ocio bien programado.
- Acceso a servicios de salud de buena calidad.
- Redes sociales de apoyo.
- Respeto a los derechos del paciente hospitalizado.

Sería de gran importancia poder identificar aquellos factores de riesgo que rodean la situación del recién nacido prematuro y su familia, y los factores de protección a partir de los cuales poder emprender acciones tendientes a prevenir o atenuar el impacto de determinados sucesos.

2.10 Resiliencia y familia

Si bien resiliencia es un constructo que inicialmente se estudió en su vertiente individual, desde una concepción sistémica, enmarcada en un contexto ecológico y evolutivo, permite comprender el modo en el que las personas y sus familias superan crisis o estados persistentes de estrés. En este sentido, la colaboración, la eficacia y la confianza se muestran como esenciales para la superación y el dominio de los problemas.

La resiliencia familiar requiere la realización de ciertas tareas y procesos que si no se llevan adelante aumenta la vulnerabilidad individual y familiar. Estos procesos son: el reconocimiento de la pérdida; la comunicación de la experiencia; la reorganización familiar y la dedicación a otras relaciones y objetivos. Estos aspectos tienen especial relevancia al considerar la internación de los recién nacidos de alto riesgo y durante su seguimiento, ya que las expectativas previas tienen una incidencia importante en el desarrollo de actitudes y conductas posteriores.

La adecuada evaluación del recién nacido permite que él y sus padres sean activos en el proceso de descubrir las potencialidades evolutivas. También es necesario considerar el grado de malestar de urgencia que los padres evalúan frente a los signos de malestar del bebé, y el grado de tolerancia a seguir los pasos que requiere la recuperación acorde con las características de cada niño y no sólo con las exigencias psicosociales del desarrollo (Vega, 2006).

CAPÍTULO III

El equipo médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

3.1 Sobre la contratransferencia (emociones de los profesionales hacia los pacientes y su familia)

En la medida en que las emociones son más intensas, se producirá una contratransferencia mayor. Es por ello que estar en contacto con padres de niños en estado crítico, resulta una labor dura. Además de enfrentarse a las emociones de los padres, el personal del Servicio tiene que enfrentarse a sus propias emociones.

Molina Peralta (1989, p. 83) sostiene que:

“Informar a los padres del estado crítico de su hijo es una tarea dura que pone al médico en contacto con el dolor y la angustia de ellos. Por eso con frecuencia, tiende a evitarse y muchas veces se justifica la ausencia de esta actividad por falta de tiempo, cuando en realidad se está evitando el importante esfuerzo emocional que significa para el informante observar y recibir las emociones del informado”.

Siguiendo a la autora, las emociones que hacen sentir los padres al equipo médico pueden ser muy diversas. Si están en contacto con sus emociones y lo manifiestan, sentirán el dolor o la angustia de la espera, pero cuando los padres tienen respuestas que evitan las emociones, pueden sentir emociones que es necesario contener y examinar antes de que influyan en su conducta.

Cuando los padres asumen una actitud denigrante o de acusación injusta, pueden sentir rabia por la injusticia; en este caso deben reconocer su rabia, pero no actuar llevados por este sentimiento, sino tratar de examinar qué les pasa a estos padres.

En otras situaciones la idealización dirigida al médico puede propiciar otros sentimientos en contratransferencia, como incrementar su narcisismo, haciéndolo sentir como un dios, o producirle incomodidad por sentir que se le atribuyen poderes que no tiene.

En momentos en que se observa a los padres muy desequilibrados, el médico puede sentir miedo de que hagan algo inadecuado contra ellos mismos o contra otras personas.

Otras veces, las emociones de los padres pueden movilizar en el médico recuerdos personales o angustias propias. La preparación de los padres para el fallecimiento de un hijo puede recordarle la muerte de algún familiar o cualquier otra situación que haya vivido como un proceso de duelo. También puede angustiarse por sus propios hijos y temer estar en la misma situación de estos padres (Molina Peralta, 1989).

El equipo médico que asiste al niño, debe ser capaz de entrar en contacto con sus emociones y enfrentar sus propias angustias, para así estar en mejores condiciones para comprender y ayudar a los padres a tolerar las emociones que la situación de internación moviliza (Molina Peralta, 1989).

Martínez (1993), plantea que la reiterada exposición del médico a situaciones límites, situaciones de crisis en la vida de estos pequeños bebés y sus familias, los sentimientos a veces de culpa o fracaso en algunas circunstancias, así como el permanente temor a la pérdida en otras, va creando un mecanismo de retirada psicológica y emocional que pretende, consciente o inconscientemente, crear barreras protectoras de su propia salud mental. Estas barreras pueden, a veces, ser el obstáculo para que algunos terapeutas no se comuniquen con los padres como estos quisieran. Un padre quisiera tener ante él no sólo un excelente técnico, sino alguien capaz de ofrecerles lo más importante que un ser puede ofrecer: a sí mismo.

3.2 El equipo médico ante la muerte

La muerte es un tema tabú. Siempre se trata de evitar nombrarla. Cuando un niño muere o está al borde de la muerte, pareciera estar contradiciendo las leyes naturales, pues generalmente son los hijos los que asisten a la muerte de sus progenitores. La negación de esta realidad dolorosa, es el refugio en el hacer, y las soluciones tecnológicas se ofrecen muchas veces como alternativas peligrosas.

La revolución tecnológica y su impacto en la Neonatología, han producido avances notables, pero han tenido en el médico un efecto todavía difícil de mensurar. El ideal médico ha sufrido un peligroso deslizamiento hacia uno de sus extremos. Extremo más

radical que se confunde con el imperativo de eternizar la vida. Prolongar la vida y hacer vivir a cualquier precio pareciera ser la consigna. Cuando estos anhelos están excesivamente incrementados, el médico busca el beneficio del anclaje en la omnipotencia como una manera de defenderse ante la muerte.

Siguiendo la lógica médica, se pueden realizar diagnósticos y pronósticos, todo es posible de ser aprendido, hasta la muerte, siempre que esté dentro de esta lógica causal. Sin embargo cuando a este pensamiento científico se le agrega el proceso afectivo del pensamiento, aparecen otras lógicas, las del paciente y el médico, personas con su historia, sus conflictos, deseos y sus realidades, que muchas veces ponen al borde del fracaso ese orden primero.

Estas consideraciones, parecieran ser pertinentes más allá de la gravedad y complejidad de las situaciones clínicas. Se trata de no evocar únicamente la imagen del paciente desahuciado, conectado a cables y aparatos, que no se puede dejar morir. Deben ser confrontados toda vez que el *"furor curandis"* se haga presente y se constituya en un fin en sí mismo, dissociado de sus protagonistas y del entorno específico (Kestelman, s. f.).

3.3 El personal de enfermería

Las enfermeras, especialmente, desempeñan un importante rol en la producción de entornos que sean realmente positivos para el recién nacido prematuro, estimulen sus respuestas y favorezcan su recuperación. La enfermera es también quien enseña, directa o indirectamente, a los padres a identificar los progresos del bebé y a comprender su desarrollo. Ser capaces de percibir sutiles cambios de las conductas del niño, y compartir estas observaciones con los padres, refuerza el acercamiento de estos hacia su hijo, creando vínculos más firmes con el bebé.

Esta capacidad de observación permite también a las enfermeras plantear modificaciones en las normas de atención según los datos obtenidos y proteger al bebé del inconveniente estrés.

Para la mayoría de los padres es con esta persona, la enfermera asignada a su hijo, la figura más constante de la Unidad, con quien desarrollan una profunda y sentida relación. Sin embargo esta compleja relación es difícil de establecer: en algunos

momentos los sentimientos de envidia y competencia de los padres se reflejarán activamente y podrán surgir reacciones de recriminación. También las enfermeras podrán sentirse superadas o alarmadas de tener que hacerse cargo de todo este complejo vínculo, con la responsabilidad que ello impone, sintiéndose solas.

Estos son importantes momentos donde debe generarse un diálogo sincero y profundo entre todos los miembros del equipo de salud, a fin de que estos sentimientos puedan ser compartidos, y los roles y responsabilidades redefinidas (Martínez, 1993).

3.4 El Síndrome de burnout

Burnout es fracasar, desgastarse o estar exhausto por demandas excesivas de energía. Este concepto comenzó a utilizarse a mediados de los años setenta para referirse a un estado de agotamiento físico y mental, caracterizado porque el individuo conlleva una imagen desvalorizada de sí mismo y adopta actitudes negativas frente al trabajo (Wolfberg, 2002).

Un artículo de la Critical Care (1982), define el burnout como desilusión y pérdida de motivación para una actividad creativa. No se trata de un estado terminal, sino de un modo de sentir, pensar y comportarse, y distintas personas lo expresan de diferentes maneras.

Muchas de las causas que lo producen, se correlacionan con causas de estrés en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). El personal está constantemente expuesto a crisis y en contacto con la muerte y los problemas, y las patologías se suceden las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana. No sólo puede resultar afectado el bienestar físico y mental, sino también las relaciones sociales.

Los síntomas de burnout pueden dividirse en físicos, emocionales, del comportamiento y sociales. (Critical Care, 1982):

- a. *Síntomas físicos:* deterioro de la sensación de bienestar con fatiga crónica y agotamiento, malestares menores tales como resfríos, cefaleas y alteraciones gastrointestinales y problemas físicos que se tornan incapacitantes y llevan al ausentismo.

- b. *Síntomas emocionales:* incluyen depresión, astenia y negativismo dirigido a hacia los compañeros de trabajo, los pacientes y sus familias. Puede observarse un desapego, con la consecuente evitación del médico hacia el paciente y los familiares del mismo; y de las enfermeras que dejan de asistir a clases y reuniones. Suele notarse una despersonalización de los pacientes al llamarlos por su patología y no por su nombre. Por otra parte, puede llegarse a una sobreinvolucramiento con individuos incapaces de delegar sus responsabilidades y tomarse vacaciones y tiempo compensatorio.
- c. *Síntomas del comportamiento:* puede observarse el correr riesgos, impulsividad en el manejo de los pacientes o ambivalencia e incapacidad para tomar decisiones. También el uso de cafeína, tabaco, alcohol y drogas, aumenta, y surgen las ideas con respecto a cambiar de carrera o especialidad.
- d. *Síntomas sociales:* el estigma social de burnout incluye la formación de microgrupos y la búsqueda de chivos emisarios para descargar la culpa y la hostilidad.

3.5 La resiliencia y el personal de salud

Reflexionar en términos de *buen trato* en lugar de en términos de maltrato, invita a tener en cuenta las capacidades de las familias con dificultades. Partiendo del principio de que el bienestar del niño constituye un objetivo común para las familias y para los profesionales, los equipos de salud han implementado una serie de modificaciones en sus modalidades de asistencia.

El *buen trato* se define como un proceso relacional evolutivo y dinámico cuya intención y actos aspiran a permitir un desarrollo físico, psíquico y social óptimo del niño en su entorno. Entonces, la porción del buen trato, se centra en el niño, y en lo que sus allegados ponen en marcha en su entorno. Esta reflexión permite tener en cuenta, las potencialidades de la familia y los recursos del entorno, en lugar de detenerse en las fallas y en las carencias.

Pese a la presencia de condiciones de vida difíciles o hechos traumáticos, como la internación de un niño en Terapia Intensiva, para los profesionales de la salud de lo que se trata es, sin dejar de reconocer los problemas de la familia, intentar abordarlos

de manera constructiva, partiendo de los recursos de las personas directamente concernidas.

Desde hace ya algunas décadas, se comparte la idea de que el bebé es una persona. Brazelton y muchos otros, han ayudado a identificar, clarificar, utilizar y dar a conocer esas competencias precoces del bebé, que es, desde una etapa muy temprana, incluso desde la vida intrauterina, un ser de deseo, de placer y de devenir. Hoy los profesionales saben favorecer el surgimiento y el desarrollo de las relaciones del bebé con quienes le cuidan. Estas relaciones “parentalizan” a los padres y son muy importantes para el desarrollo de la resiliencia (Cyrulnik et al., 2004).

CAPÍTULO IV

Abordaje psicológico del recién nacido prematuro y sus padres

4.1 La internación como una situación de crisis

Por su carácter polisémico, el vocablo crisis se generaliza en muchas acepciones y sentidos en ámbitos diversos de los de la Psicología y la Medicina. Según Mucci (2004), como sustantivo griego, *krisis* significa “*decisión*”, “*momento de decisión de un asunto de importancia*”. En latín, crisis denota el sentido de mutación o cambio. En 1705, adquiere el sentido de “*mutación grave que sobreviene en una enfermedad para mejoría o empeoramiento*”.

Como sostiene Mucci (2004, p. 59):

“Las crisis son eventos en la vida de una persona. Múltiples, variadas, e irrumpen bruscamente. Promueven cierta desorganización e inestabilidad biopsicosocial entre la dificultad, la relevancia y el significado del problema y los recursos de que dispone el individuo, en un contexto determinado para enfrentarlas y resolverlas”.

La autora cita la definición del Diccionario de la Real Academia Española, el cual define crisis como “cambio considerable que ocurre en una enfermedad, ya sea para una mejoría como para su agravamiento”.

Molina Peralta (1989, p. 21) cita a Feldman, quien postula acerca de las crisis:

“Cursan con un profundo malestar subjetivo, pero son episodios normales que la mayor parte de las personas han padecido. Pueden ser motivo para madurar y favorecerse en las dificultades, ya sea por una lucha personal o con la ayuda oportuna de los más allegados o entrenados. Pero también pueden ser motivo de sensibilización, agotamiento o regresión. Es posible que muchas alteraciones psiquiátricas se incuben en estos períodos de crisis no resueltos. Durante la crisis el sujeto se vuelve más receptivo y una ayuda oportuna le permite superar más rápidamente las exigencias”.

En todas las definiciones, crisis es la forma de irrupción de lo imprevisto. Es un fenómeno complejo que implica desequilibrio, ruptura, pérdida, duelo y superación ante acontecimientos vitales o accidentales, específicos o no (Mucci, 2004).

4.2 La intervención profesional durante las crisis

Molina Peralta (1989), plantea que todo el mundo pasa por crisis, pero no todo el mundo requiere la intervención profesional; ésta se hace necesaria cuando la situación abruma al individuo y no le permite una forma de respuesta adecuada, por lo que en su lugar aparecen diferentes síntomas.

Si bien señala que la meta de la intervención en crisis es aliviar el síntoma a través del tratamiento de una crisis en particular, el individuo puede obtener un progreso duradero.

La intervención en crisis consiste en una técnica flexible, que puede ser aplicable a muy diferentes situaciones, cada una de ellas puede requerir además su propia adaptación de la técnica.

El trabajo del psicólogo está dirigido a que no empeoren los problemas emocionales y que logren salir de ellos con el mismo nivel de perturbación con el que ingresaron. En algunos casos podrá obtener alguna mejoría, como una mejor conciencia de su enfermedad psíquica, el alivio de algunas ansiedades o la comprensión de parte de su patología (Mucci, 2004).

4.3 La importancia de la información como instrumento de intervención en crisis

Según Mucci (2004), etimológicamente, el verbo informar significa “*dar forma, describir, dar noticias, declarar, reseñar, enterar*”. Por su parte, el sustantivo informe significa “*noticia o instrucción que se da acerca de alguna persona o cosa*”. Es decir que informar es comunicar.

Esta autora plantea que en el campo de la salud mental es importante introducir interrogantes acerca de estilos y procedimientos. Es indudable que el acto de informar

incide en la relación de médico-paciente, en el cumplimiento de las prescripciones médicas y la adherencia al tratamiento.

También señala que se informa para esclarecer y ello brinda protección y seguridad ante lo desconocido. Aclarar dudas permite comprender algo más y anticipar momentos, lo que contribuye a la recuperación. Si la información es adecuada en términos de claridad, mejor será la recuperación. Al estar alertado el paciente, no surge lo imprevisto; en cambio los actos médicos inesperados pueden ser disipadores de confusión, angustia, ansiedad o estrés.

De esta manera la información médica cobra el valor psicoterapéutico de evitar el desarrollo de la fantasía y ubicar en la realidad. Además:

- Evita negaciones masivas de realidades dolorosas.
- Prepara para momentos de dolor y angustia.
- Algunos sentimientos de culpa que no se justifican, desaparecen al explicar la etiología de la enfermedad.
- Contribuye a evitar la idealización del médico.
- Es la forma natural de comunicación entre el médico y el paciente.

4.4 Qué informar

Con respecto al qué informar, Mucci (2004), alude a que genéricamente se trata de comunicar en lo posible el diagnóstico, lo que implica nombrar la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico. Debería darse en un contexto apropiado, proporcionando una visión general de la situación, y si bien el acto de informar implica dar detalles técnicos, no debería tratarse de una exposición académica. Esto puede resultar impactante y a la vez confundir e inmovilizar a los padres.

Es necesario que el médico impulse a los padres a participar, y que les brinde la posibilidad de preguntar. De ese modo se logra una actitud activa, colaboradora y de confianza (Mucci, 2004).

4.5 Cómo informar

El acto de informar está atravesado por el “estilo personal” de cada profesional; sin embargo, la forma, la cantidad y la profundidad de la información, debería adecuarse a cada paciente para respetar tanto su dinámica psíquica como sus tiempos de elaboración, considerando también la índole de su padecimiento y el momento en que se la proporciona.

El proceso de informar debería darse, si las circunstancias lo permiten, con suficiente anticipación para que exista un tiempo previo de reflexión. Es decir cada paciente debe poder evaluar los riesgos y beneficios, sus recursos emocionales para afrontar el cambio, el momento para él y para su familia. Poder pensar, elegir y decidir (Mucci, 2004).

4.6 El rol del psicólogo y la información

En el proceso de informar, ¿qué lugar ocupa el psicólogo?, a este interrogante Mucci (2004) responde que el psicólogo detecta y evalúa las demandas de información del paciente, o como en este caso, la 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.

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

Este proceso al ser reflexivo, posibilita escuchar y poner palabras que rellenan “vacíos” en torno a la situación. Ello no implica que el psicólogo transmita información médica, ya que ello es competencia de la medicina, sino que el psicólogo los ayuda a procesar la información (Mucci, 2004).

4.7 El grupo de padres

El grupo de padres es un instrumento útil para aquellas personas que viven una cierta problemática común y tienen que afrontar diferentes recursos personales para encararla. Algunos lo consideran un recurso importante de prevención en salud mental.

Al no tener objetivos terapéuticos, y por lo tanto no considerarse sus integrantes pacientes, el deslizamiento hacia interpretaciones personalizadas puede resultar persecutorio o confusional para los que participan en él. Pero si la coordinación es eficaz, se pueden producir efectos terapéuticos debido a ese “plus” grupal antes mencionado, a las modificaciones de ciertos estereotipos, al intercambio de información cuando se abren las posibilidades de recibirla.

Las situaciones de crisis producen modificaciones en el campo de lo vincular y de lo subjetivo individual. En ellas, es especialmente importante el papel de apoyo que el grupo presta al psiquismo. Muchas veces se produce una tendencia espontánea al agrupamiento, lo cual además de permitir encarar tareas en el orden de la realidad con el objetivo de abordar aquello que ha provocado la crisis, reconstituyen un apoyo grupal al psiquismo (Grupos de Reflexión, s. f.).

Ante el nacimiento de un recién nacido prematuro, el grupo de padres brinda a sus integrantes la oportunidad de compartir sentimientos e inquietudes sobre cómo cuidar a un niño seriamente enfermo. Los padres se apoyan unos a otros y se enriquecen de este intercambio de ideas sobre cómo manejar problemas comunes (University of Texas System Cancer Center, 1981).

4.8 Las técnicas grupales

Las técnicas grupales pueden servir para organizar, para entusiasmar, para reflexionar de una mejor manera el trabajo que un grupo está haciendo.

Todo animador debe tener en claro tres cuestiones fundamentales a las que debe responder para preparar un encuentro grupal:

- ¿Para qué se realiza el encuentro?, es decir, ¿cuál es el objetivo a alcanzar?.
- ¿Cuál es el tema que se va a tratar en el encuentro? ¿De qué se va a hablar?.
- ¿Quiénes, dónde y por cuánto tiempo van a estar en ese encuentro para trabajar?.

Recién en ese momento es adecuado plantearse la técnica a implementar. En el fondo definir la técnica es responder al cómo de la reunión. Claro que el “cómo” obliga a considerar cuál es la técnica más oportuna, la más acorde al tema, al grupo, al momento que están viviendo, etc.

Es importante tener en cuenta el tiempo del que se dispone y compararlo con el tiempo que lleva implementar cada técnica. Tampoco es un detalle menor considerar el espacio en el que se realizará la reunión, el ambiente físico, sus dimensiones, su iluminación, si hay mesas, sillas, etc. (Barboza y Dieguez, 1998).

4.9 El Taller

El taller es un lugar donde se enseñan y se practican técnicas lúdicas, dramáticas, expresivas, etc. También es taller el estilo de la actividad que busca la creatividad y la expresión.

El taller puede ser visto y comprendido como la concentración de estímulos cuya respuesta es la expresión. La propuesta de una tarea y los instrumentos proporcionados, colores, pinceles, papel para cortar, arcilla, son los estímulos, el desafío, para que cada uno se comunique consigo mismo y comunique algo de lo que se ha provocado en él.

En la tarea clínica, muchas personas se acercan al taller buscando alivio a sus tensiones, a la sensación de estar postergando la comunicación de su vida afectiva. El medio expresivo funcionará entonces como elemento que acelera o posibilita la salida de un contenido que no era visible (Moccio, 1980).

CAPÍTULO V

Abordaje psicológico del equipo de salud

5.1 El Hospital

Un hospital, es un establecimiento donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden.

Los hospitales generales, maternidades u hospitales pediátricos de mayor complejidad de una provincia o región constituyen el tercer nivel de atención. En ellos se ubican generalmente las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de donde egresan los recién nacidos de riesgo, y se realiza la internación y el seguimiento de los mismos. El responsable de esta tarea debiera ser un médico pediatra/neonatólogo que coordine el accionar con el resto del equipo interdisciplinario y consultores (Guía de Seguimiento del Recién Nacido en Riesgo, 2005).

5.2 La labor interdisciplinaria

Con respecto a la Interdisciplinariedad, Mucci (2004), plantea que la misma proviene de la Sociología y fue acuñada en 1937 por Louis Wirtz. Las áreas que abarca son analizadas por autores como Robert Merton y Edgard Morin. Este último considera que la denominación si bien es “polisémica, borrosa y poco nítida”, alude al intercambio, cooperación y competencia entre campos de especialización de disciplinas diferentes, cuya finalidad es abordar y entender una problemática.

Cada disciplina construye y organiza sus modelos, incumbencias, territorios, contenidos, lenguaje, conceptos y fronteras. Sin embargo los límites de una disciplina no son fijos, tal es el caso de la Psicología y la Medicina; ambas convergen en la Salud Mental, reflejan aspectos que operan desde sus perspectivas y dan cuenta de relaciones de mutua influencia.

El trabajo interdisciplinario permite que el psicólogo intercambie con el equipo médico información sobre el proceso de asistir- curar, elaborar una estrategia común y caracterizar la relación médico-paciente. Tal intercambio permite conocer el diagnóstico, la etiología de la enfermedad, la terapéutica y el pronóstico. Es decir, conocer la situación “objetiva”, independientemente de la percepción “subjetiva” del paciente.

Como sostiene Mucci (2004, p. 225):

“En Salud Mental, es imperativo impulsar el trabajo interdisciplinario para explorar la posibilidad de combinación e integración con otras ciencias y buscar el nivel de intervención para cada situación. Una concepción interdisciplinaria en Salud Mental, supone por una parte, programar un marco básico que sin yuxtaponer disciplinas, posibilite la labor.”

Es necesario planificar programas, elaborar criterios y estrategias clínicas; procurar recursos; diseñar dispositivos y seleccionar medios; proveer una asistencia integral mediada por acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; delimitar tareas, garantizar la continuidad asistencial; conducir tratamientos y coordinar intervenciones para facilitarlos.

El propósito es poner los conocimientos respectivos al servicio del sujeto humano enfermo para mostrar sus propias perspectivas acerca del padecer y el sufrir (Mucci, 2004).

5.3 La Interconsulta médico-psicológica

Según Ferrari, Luchina y Luchina (1971), el trabajo conjunto entre médicos y psicoanalistas compartiendo la responsabilidad del cuidado clínico de pacientes con trastornos psicósomáticos, ha abierto un espacio nuevo, el de la Interconsulta médico-psicológica. La misma aborda el campo del ejercicio asistencial médico desde una vertiente totalizadora, intentando comprender su funcionamiento como así también el de los distintos agentes que intervienen en el mismo (paciente, médico, auxiliares, Institución, etc.). Resulta de una reelaboración de la teoría y de la práctica médica con el auxilio de la teoría psicoanalítica. Ayuda a procesar la enfermedad para que pase de la categoría de hecho biológico a la categoría de hecho psicológico social.

La llamada Interconsulta significa la convergencia de dos disciplinas que presentan importantes y sustanciales diferencias en cuanto a: criterios de salud; ideologías; lenguaje técnico; modelos de acción; objetivos y encuadre. Pone en contacto no a dos especialidades, sino a dos disciplinas que manejan no sólo conocimientos sino esquemas referenciales distintos.

Tiene por finalidad asistir en la asistencia, definiendo la misma como el cuidado personalizado de un paciente, el cual permite discriminar adecuadamente sus necesidades, hacerse cargo de las mismas y contenerlas. Para esto, la Interconsulta médico-psicológica tendrá que considerar también las necesidades del médico y de la propia Institución, en qué medida funcionan como instrumento terapéutico y cumplen con sus objetivos (Ferrari, Luchina y Luchina, 1971).

En cuanto a la constitución del equipo de Interconsulta, el mismo puede incluir médicos y psicólogos que llevan a cabo las tareas específicamente asignadas en el hospital, y que tiene relación con las situaciones de Interconsulta. Estas son:

- a. *Asistencia:* en ella está enfatizado el aspecto de servicio clínico, respondiendo a los pedidos de Interconsulta solicitados, formalizados o no, y que canalizan una serie de situaciones muy variadas en las que siempre están involucrados, en mayor o en menor medida, un paciente, su médico y la compleja relación médico-paciente que los vincula en un contexto institucional de características únicas. Dentro de las opciones que se le presentan, el Interconsultor puede adoptar una actitud receptivo-pasiva. Pero también puede adoptar una actitud más activa e intensiva, incluyéndose sistemáticamente en las tareas institucionales.
- b. *Enseñanza:* toda Interconsulta tiene como fin explícito posibilitar la formación profesional integral del médico, esto es, ayudarlo a integrar y elaborar la formación científica para poder vehiculizarla de una manera más humana. La parte más importante de toda Interconsulta es la docente, y en ese aspecto la tarea clínica y en relación con cada paciente el médico puede esclarecer, ayudado por el Interconsultor, aspectos no explicitados de esa relación, enriqueciéndose internamente y disminuyendo a niveles tolerables los aspectos nocivos que están presentes en toda relación que pretende ser íntima y prolongada. Ello le permitirá desplegar los aspectos médicos más reparadores que ayuden a apuntalar el cuidado técnico del enfermo.

- c. *Investigación*: las posibilidades de investigación de Interconsulta en el hospital general son muy grandes y no deben desecharse. Por ejemplo, observar la acción y presión de grupos pequeños en la psicopatología del paciente, la influencia de las estructuras institucionales sobre este, el peso del aislamiento o de la sobreestimación sobre sus defensas habituales son oportunidades propicias para la investigación.
- d. *Tratamiento y prevención*: esta es una tarea sumamente importante del equipo de Interconsulta. Aquellos conflictos que surgen y que hacen al quehacer diario de la Institución, pueden ser controlados adecuadamente por el equipo de Interconsulta para que no entorpezcan su funcionamiento dinámico.
- e. *Formación de Interconsultores*: sujetos sumamente experimentados pueden dedicar en parte su tiempo para la formación de personas especialmente interesadas a las que brinden supervisión (Ferrari, Luchina y Luchina, 1971).

5.4 Los Grupos Balint

Los equipos que atienden a pacientes gravemente enfermos soportan tensiones emocionales de importante intensidad. Se hace necesario instaurar medidas de apoyo y aportar herramientas útiles para manejar los afectos movilizados. Los espacios de supervisión y los grupos Balint permiten a los profesionales expresar y analizar su inquietud; ya sea en el terreno de la dinámica de su propio equipo, ya sea en su relación con los pacientes, y descubrir instrumentos para mejorar la situación. Ello comporta una medida de protección contra el agotamiento y el estrés profesional (Lubelza, s. f.).

Los grupos Balint, fueron creados por Michael Balint luego de la Segunda Guerra Mundial, ante las necesidades planteadas con los familiares de soldados fallecidos o mutilados en la guerra.

En la Argentina aparecieron en la década del 60', en momentos en que los hospitales se poblaban de médicos jóvenes, comenzaban las primeras residencias médicas a nivel nacional y municipal, y se instalaban los servicios de psiquiatría en los hospitales generales.

Este tipo de grupos comenzó con la modalidad de grupos homogéneos de médicos internistas, coordinados por un psicoanalista. Su objetivo fundamental estaba centrado en el análisis de “casos clínicos” intentando ayudar a los médicos a comprender lo que ocurría con sus pacientes cuando ambos se encontraban. Es decir, facilitar un modo diferente de “escucha” de los procesos psicológicos que se desarrollaban en los pacientes.

Posteriormente, se producen redefiniciones de estos grupos que brindan posibilidades más amplias, centrándose en utilizar el ámbito de reflexión grupal como instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente. Del análisis de los casos se pasa al análisis del vínculo médico-paciente, lo que se denomina “*situación médica*”, teniendo en cuenta que en ésta se ponen en juego factores vinculados al ámbito en que se producen las acciones médicas (familia, Institución) y las características y condiciones psicológicas y sociales particulares; las características específicas de la intervención médica, incluyendo la concepción de cada profesional y el impacto contratransferencial que le produce el vínculo con el paciente, y las características de los pacientes, como así también el tipo de padecimientos que sufren (Los grupos Balint, s. f.).

Modo de funcionamiento:

- a. Se trabaja en grupos de no más de 20 personas con dos coordinadores. Se solicita a los integrantes del grupo el relato de situaciones de su práctica profesional que les hayan presentado una dificultad, y se aplica la técnica de análisis de casos. A partir de las narraciones se favorece la discusión grupal para la comprensión de las mismas. Se realiza el *diagnóstico situacional*, comprendiendo y conceptualizando las dificultades que surgieron y se busca, a manera de ejercicio, diseñar estrategias para resolver lo que el grupo de trabajo ha evaluado como la *situación problema específica*.
- b. La tarea de los coordinadores es, a partir del relato de la situación que hace el profesional que presenta el caso y los aportes de los demás integrantes del grupo, efectuar el reconocimiento de los *emergentes*, que se producen en la dinámica grupal y en el caso expuesto.
- c. El grupo Balint al estar integrado de manera interdisciplinaria, permite vivenciar las dificultades, obstáculos y ventajas del trabajo en equipo. Con

los aportes de todos los integrantes se aprende a articular las diferentes formaciones, a consensuar, a disentir, a enriquecer la formación de cada uno. Al mismo tiempo, cada uno ejercita la posibilidad de entender la problemática de los colegas y de verse a sí mismo, a partir de la mirada del otro.

- d. Este dispositivo cumple además una función de sostén para sus integrantes, que resulta *preventiva del síndrome de burnout*, desgaste emocional producto del estado de tensión de las situaciones laborales, la presión y la exigencia que existe sobre la figura del médico. Lo que se intenta producir, es despejar la maraña de factores que abruma al médico para ayudarlo a encontrar en sí mismo recursos creativos, buscando con quién puede armar equipo y efectuar cambios posibles, a través de los cuales producir modificaciones en las microprácticas.
- e. Por último, uno de los supuestos básicos que guía el trabajo de estos grupos es *la especificidad* de cada vínculo médico-paciente, que como tal, está atravesada por las características del contexto, por lo que resulta adecuado realizar el diagnóstico de la trama vincular médico-paciente-familia-contexto institucional, reconociendo sus respectivas demandas, ya sean conscientes o inconscientes (Beker, s. f.).

3. Metodología utilizada para el Diagnóstico Situacional

ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para obtener un mayor conocimiento acerca de las características y el funcionamiento de la Institución, y específicamente del Servicio de Neonatología perteneciente a la misma, se realizaron una serie procedimientos que se describen a continuación:

- a. *Observación directa:* las observaciones de las distintas áreas del Servicio de Neonatología fueron realizadas durante días hábiles en el turno matutino, horario de mayor movimiento del Servicio, lo que permitió apreciar en profundidad el funcionamiento del mismo.

Para las observaciones se realizó un registro escrito considerando los indicadores que se describen a continuación:

- El espacio físico del que dispone el Servicio y sus instalaciones.
 - Cuáles son las indicaciones establecidas para el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
 - Cuál es el personal sanitario que asiste diariamente al niño prematuro, a simple vista las actividades que desempeña cada uno de ellos y la modalidad de interacción con el niño y su familia.
 - Los cuidados que reciben los recién nacidos prematuros internados en las distintas salas de la Unidad.
 - Cuáles intervenciones del personal sanitario favorecen el desarrollo del recién nacido prematuro o aumentan el riesgo de estrés en el niño.
- b. *Entrevistas estructuradas:* se realizaron preguntas abiertas, para que los entrevistados pudieran contestar libremente acerca de la temática en cuestión.

Las entrevistas consistieron en la administración en forma oral de un cuestionario conformado por trece preguntas tendientes a obtener información con respecto a los principales ejes:

- La asistencia sanitaria que se brinda al recién nacido prematuro en el Hospital.
- Las dificultades o necesidades que identifica el personal de salud en su trabajo diario.
- Las posibilidades de incorporar al Servicio un psicólogo.
- Las percepciones con respecto al trabajo del psicólogo en la Unidad y la posibilidad de un abordaje psicológico del recién nacido prematuro y su familia.
- Las actitudes y sentimientos del personal sanitario en relación a su tarea en el Servicio.
- Los vínculos entre los miembros del Servicio y con los padres de los pacientes internados.
- Las sugerencias del personal de salud para la elaboración del proyecto.

Del equipo de Salud encargado de la asistencia a recién nacidos prematuros, se pudo entrevistar a:

- La médica Jefa del Servicio de Neonatología.
 - Una médica de planta.
 - La fisioterapeuta.
 - La fonoaudióloga.
 - La estimuladora temprana.
 - Una enfermera.
- c. *Análisis de fuentes de documentación primaria y secundaria:* el personal sanitario permitió el acceso a diferentes documentos; entre ellos, la Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología del Hospital Pablo Soria (2004), que ofrece información acerca de la población que atiende el Hospital, las

características del Servicio de Neonatología y los objetivos que persigue, las especialidades médicas que ofrece, la disponibilidad de plazas en cada sala, las tasas de natalidad y mortalidad registradas durante el periodo 2003–2005, los recursos humanos y el equipamiento tecnológico del que dispone actualmente el Servicio.

También se recabaron datos de la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo correspondiente al año 2005, la cual consiste en un módulo elaborado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, que es distribuido a nivel nacional para llevar adelante el seguimiento interdisciplinario del recién nacido prematuro hasta el primer año de vida.

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1. Características de la Institución

El Hospital Pablo Soria es la institución de salud pública base del Servicio de Salud de la provincia. Se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad de San Salvador de Jujuy, en calle Güemes 1345.

El Hospital es considerado Grado 1 o de alta complejidad, y atiende a una población de 158.375 habitantes con 3.300 nacidos vivos anuales.

Las especialidades que brinda son, entre otras: Neurología, Cirugía, Cardiología, Neumología, Nefrología, Inmunología, Endocrinología, Oftalmología, Traumatología, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología y Salud Mental (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

2. El Servicio de Neonatología

El Servicio de Neonatología del Hospital Pablo Soria es considerado referente a nivel provincial, ya que brinda una asistencia de alto nivel de complejidad, cumpliendo con los requerimientos técnicos con los que cuentan los Servicios de Neonatología de las ciudades más importantes del país.

Desde hace décadas, recibe derivaciones de diferentes localidades del interior de la provincia que no pueden ser asistidas en los hospitales de la zona, ya sea por tratarse de embarazos patológicos o de recién nacidos de alto riesgo, que requieren de una atención de alta calidad.

Misión:

Brindar una atención de alta calidad, oportuna, integral y humanizada a pacientes desde su nacimiento hasta su egreso del Servicio. (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

Visión:

El Servicio es una organización humanizada del Hospital Pablo Soria, en permanente interacción con los otros componentes del hospital. Se espera que el Servicio de Neonatología brinde solución a los problemas del paciente neonatal y su familia, con plena capacidad de gestión, que planifique su desarrollo y esté sujeto a una evaluación sistemática (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

Estadísticas:

Natalidad:

En el año 2003 la natalidad fue de 3.534 nacidos vivos, lo que corresponde a una tasa de 22.8/1000 con un leve descenso en el año 2004 (22.3/1000) aumentando en el año 2005 en 0.8 /1000 (23.1/1000) con respecto al año anterior.

De un total de 7.851 asistidos en la provincia de Jujuy en el año 2005, 3.783 nacen en el Servicio de Neonatología del Hospital Pablo Soria, correspondiendo al 48.2% del total de nacimientos, con un 0.87% de mortinatos.

2.796 nacimientos corresponden a madres de la ciudad de San Salvador de Jujuy (73.9%), y 987 a madres derivadas de localidades del interior de la provincia (26.1%).

De 3.153 nacidos vivos un 0.9% corresponde a RN con peso menor de 1000 grs. y un 3.6% a menores de 2000 grs.

La proyección anual estimada para el año 2006 con respecto al número de partos, es de 3.300, con 840 nacimientos acontecidos durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del mismo año (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

Mortalidad:

En el año 2003 la tasa de mortalidad neonatal menor de 7 días fue de 7.6/1000, de 7 a 27 días 2.2/1000 con un total de mortalidad neonatal de 9.9/1000, descendiendo en el año 2004 a 3.9/1000 en menores de 7 días, de 7 a 27 días 1.7/1000 con una tasa de mortalidad neonatal total de 5.6/1000.

En el año 2005 hay un aumento notable de mortalidad neonatal precoz, 5.6/1000 y 3.2/1000 de mortalidad neonatal tardía, lo que da una tasa global de 8.8/1000.

La tasa de mortalidad de recién nacidos de 28 días a un año son para el año 2003 de 1.7/1000, año 2004 0.5/1000 y 2005 0.5/1000, con un total de mortalidad para el Servicio de Neonatología del Hospital de Pablo Soria de 11.6/1000 en el año 2003, 6.2/1000 el año 2004 y 9.3/1000 el año 2005.

La mortalidad causada por infecciones ha ido decreciendo. En el año 2003 y 2004 fue de un 25% y en el año 2005 esta fue de 10.2% (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

Indicadores de producción:

En el año 2003 el Servicio de Neonatología tuvo un total de 647 egresos aumentando ligeramente en el año 2004 a 663 y en el año 2005 a 732. Durante el año 2005 hubo más pacientes hospitalizados pero disminuyó el grado de uso y la rotación de plazas.

La patología más frecuente de los recién nacidos hospitalizados es el síndrome icterico con un 22% el año 2003, 25% el año 2004 y 20% el año 2005; le sigue el RNPT (recién nacido de pretérmino) con un 22%, 16.6% y 22% en los años respectivos.

Organización:

El Servicio de Neonatología del Hospital Pablo Soria, se divide en 7 unidades operativas:

- UTI 1: RN gravemente enfermos que requieren asistencia respiratoria. 6 cupos.
- UTI 2: RN sin asistencia respiratoria, pero que requieren cuidados específicos. 12 cupos.
- UTI 3: Unidad de Cuidados Intermedios. 12 a 13 cupos.
- UTI 4: Prematuros en crecimiento. 11 cupos (5 < 1200 grs. - 6 > 1600 grs.).
- UTI 5: Unidad de cuidados Mínimos a RN en período de pre-alta. 13 a 15 cupos.

- **CONSULTORIO EXTERNO DE SEGUIMIENTO:** se realiza el seguimiento de recién nacidos de riesgo hasta el año de vida, haciendo hincapié en la rehabilitación de secuelas en el neurodesarrollo.
- **LA MATERNIDAD:** esta Unidad cuenta además con un sector de Residencia Materna que permite a las madres del interior de la provincia de los recién nacidos internados permanecer viviendo en la Institución mientras dura la internación del niño. 6 cupos (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

Especialidades que ofrece a la población:

El Servicio trabaja siguiendo criterios interdisciplinarios, brindando al recién nacido una atención integral desde el momento del nacimiento hasta el primer año de vida. A partir de esa edad se realiza la derivación correspondiente a distintas instituciones de la provincia, considerando el lugar de residencia del niño, para asegurar la continuidad del tratamiento indicado.

Entre las especialidades pediátricas que brinda el Servicio se encuentran: Neurología, Oftalmología, Fonoaudiología, Fisioterapia, Estimulación Temprana, Nutrición, Endocrinología y Traumatología.

En aquellas situaciones en las que se requiere otro tipo de intervención, se realiza la interconsulta con profesionales del Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana, para evaluar la gravedad del caso y realizar la derivación si fuera necesario. Dicho hospital cuenta con especialistas en: Infectología, Neurología, Genética y Cirugía (Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología. Hospital Pablo Soria, 2004).

Recursos del Servicio de Neonatología:

Recursos humanos:

- Jefatura a cargo de la Dra. Susana Beguier
- Médicos neonatólogos: 13
- Médicos residentes: 4

- Fisioterapeuta: 1
- Fonoaudióloga: 1 (para el screening de hipoacusia)
- Estimuladora temprana: 1
- Asistente social no exclusiva: 1
- Personal de enfermería: turno mañana 15, turno tarde 12, turno vespertino 11, turno noche 11.
- Mucamas: turno mañana 5, turno tarde 4.
- Franqueras: 3
- Personal administrativo: 2

Recursos materiales:

- Maternidad (20 cupos).
- Sector de Residencia Materna para madres del interior de la provincia (6 cupos).
- Área administrativa.
- Box de residentes (4 cupos).

Equipamiento de la UCIN:

- Incubadoras: 28
- Servocunas: 5
- Saturómetros: 22
- Monitores de SV: 8
- Respiradores convencionales: 6
- Respiradores sincronizados: 3
- Equipos de RX: 8

Programa actual del Servicio de Neonatología:

Actualmente se está desarrollando en el Servicio, un Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo. Los objetivos del mismo tienen un enfoque preventivo, apuntando a reducir los costos físicos, mentales y afectivos del niño y su familia. El equipo responsable de

su implementación está constituido por diferentes profesionales en: Fisioterapia; Fonoaudiología; Estimulación temprana y Pediatría. Brinda una atención desde el alta hospitalaria hasta el año de vida y realiza una evaluación de los pacientes durante el plazo de 12 meses con la finalidad de detectar precozmente patologías que sino requerirán intervenciones tecnológicas de mayor complejidad o llevarán a atrasos madurativos, la invalidez o la muerte (Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2005).

Se destaca que dicho programa no cuenta por el momento con la participación de un psicólogo, por lo que no se realiza un abordaje psicológico del bebé y su familia.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Como se mencionó anteriormente, para la realización del diagnóstico se llevaron a cabo una serie de actividades: observación directa, entrevistas estructuradas al personal de salud y análisis de documentos facilitados por la Institución, con la finalidad de lograr un conocimiento más profundo acerca del funcionamiento del Servicio de Neonatología perteneciente al Hospital Pablo Soria de la ciudad de San Salvador de Jujuy, Institución para la cual se propone el presente proyecto.

A partir de los datos obtenidos de las observaciones y de las entrevistas administradas a los integrantes del Servicio de Neonatología, se pudo detectar la ausencia del psicólogo en la Unidad, hecho que se convirtió en el disparador para la elaboración del programa.

En primer lugar, se procedió a indagar acerca de las *necesidades o dificultades* que identificaba el personal de salud en sus tareas. Dentro de ellas, cobró gran importancia la necesidad apremiante de contar con un programa de abordaje del recién nacido prematuro y su familia durante la internación del niño en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Las razones a las que hicieron referencia fueron entre otras:

- La dificultad de los médicos para comunicarse con los padres del recién nacido, específicamente para transmitirles el diagnóstico del niño.
- La dificultad de los padres para aceptar el diagnóstico de su hijo.
- Lo difícil y angustiante que resulta para el personal sanitario ponerse en contacto con el dolor estos padres.
- La falta de acompañamiento y orientación que recibe la familia durante la internación del bebé, debido a que estas tareas exceden el trabajo de los médicos y del personal de enfermería.

También se obtuvo conocimiento acerca de que el Servicio se encontraba por lo general, sobrepoblado, lo que dificulta la posibilidad de brindar una atención más personalizada al paciente y su familia, de acuerdo a lo expuesto por los profesionales a cargo.

Con respecto al *personal de enfermería*, según palabras de una de ellas, “depende de la voluntad” de cada una, el trato que mantienen con los padres del recién nacido. La mayoría, no promueve la participación de los mismos en los cuidados del niño, prefieren hacerse cargo ellas mismas; ya sea por falta de tiempo, deben tener paciencia para enseñar a los padres; o por no considerar de importancia esta actividad.

Además, comentan que resulta difícil que el momento en que se realizan los cuidados al bebé, coincida con las visitas de los padres; ya que no hay establecidos en el Servicio, horarios de visita a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Como consecuencia de esto, la familia puede pasar largas horas esperando en el pasillo (sentados en el suelo por la falta de sillas), hasta el momento en que pueden ingresar a ver al niño.

En el caso de aquellas madres que provienen del interior de la provincia, el Hospital les ofrece la posibilidad de hospedarse en una habitación mientras dura la internación del recién nacido.

En la entrevista realizada a la médica neonatóloga, la misma informó acerca de que al ser varias las madres las que conviven, por lo general el doble de lo previsto, es común que surjan discusiones o peleas entre ellas; también que una madre más “demandante” con los médicos y enfermeras genere influencia sobre las demás.

La médica observó también que con frecuencia, las madres pasaban mucho tiempo sin hacer nada durante los momentos en que no visitaban las salas. En algunas situaciones, se agrupaban espontáneamente, pero cuando una practicante de la carrera de psicología, quiso implementar un grupo de padres, fue difícil contar con la participación de todas.

Dicho grupo se realizaba al aire libre, cuando era posible, o en la habitación de las madres del interior, por no contar con otros espacios disponibles en el Servicio. Los resultados obtenidos fueron positivos, según la evaluación realizada por el equipo médico, pero el grupo dejó de implementarse por razones poco claras.

Con respecto a la *comunicación del diagnóstico* a los padres, esta es efectuada por el médico encargado, en el pasillo principal del Servicio, al no contar con otros espacios disponibles. La forma en que éste es transmitido, depende de cada profesional.

Algunos médicos toman la precaución de no utilizar un lenguaje muy técnico, y de destinar el tiempo suficiente para observar si los padres comprendieron la información que se les acaba de transmitir. Otros en cambio, dedican a esta actividad la menor importancia y tiempo posibles.

Así como no existen criterios unívocos con respecto a la comunicación del diagnóstico, tampoco los hay en cuanto a la *modalidad de asistencia* de los recién nacidos prematuros. Entre los mismos integrantes del equipo médico mantienen diferentes posturas, lo cual da lugar a enfrentamientos, generándose obstáculos en el trabajo diario.

También en las observaciones realizadas se pudo notar que no eran respetadas las consideraciones generales que debe cumplir toda Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), esto más allá de cualquier diferencia de criterios que conserven los distintos profesionales a cargo. Por ejemplo, para ingresar a la Terapia, no siempre eran respetadas las indicaciones establecidas para su ingreso. Las puertas de la Unidad permanecían abiertas, ofreciendo a los bebés un ambiente ruidoso (conversaciones en voz muy alta, teléfonos sonando); luminoso (luz directa artificial, sin modulación de la luz solar); con una temperatura menor a la indicada; y con continuas interrupciones del sueño debido a los exámenes y cuidados realizados en cualquier horario del día.

Como consecuencia del comportamiento de los cuidadores en la atención al recién nacido prematuro, el mismo es más vulnerable a sufrir síntomas de estrés que interrumpen considerablemente su desarrollo madurativo.

En cuanto al *abordaje psicológico* del recién nacido prematuro, cuando el equipo médico considera que algún caso requiere una intervención psicológica, se efectúa la interconsulta con un psicólogo del Hospital de Niños de la provincia; quien se encarga de realizar una entrevista con los padres del niño para evaluar la situación, elaborar el diagnóstico y la derivación correspondiente si fuera necesario. Es importante recordar que esto sucede debido a la ausencia de un psicólogo en el Servicio, capacitado en el campo de la Psiconeonatología, que pueda llevar adelante éstas tareas.

Los médicos de la Unidad, generalmente, no están de acuerdo con la modalidad de interconsulta con un profesional de otro hospital, ya que la intervención termina consistiendo en uno o dos encuentros del psicólogo con los padres del niño, por lo que no se producen cambios significativos, y la familia continúa sin recibir la asistencia psicológica permanente requerida en este tipo de problemáticas. La mayoría, coincide en la importancia

de incorporar un profesional de Salud Mental al Servicio, así como también un trabajador social, para lograr un abordaje más completo del bebé prematuro y su familia.

Principalmente, la estimuladora temprana del Hospital, comentó que actualmente se encontraba ejerciendo un trabajo que excedía sus funciones, ya que además de abocarse al niño y al vínculo del mismo con su madre, tenía que atender las dificultades y ansiedades que viven los padres a causa de la internación de su hijo.

Una de las actividades propuestas por esta profesional para la elaboración del proyecto, consistió en la conformación de grupos de apoyo para padres, para brindarles asistencia psicológica mientras dura la hospitalización del recién nacido.

Por su parte, la médica neonatóloga entrevistada, sugirió la realización de grupos de reflexión para los integrantes del equipo interdisciplinario, con el propósito de abordar en él, las dificultades que encuentran los profesionales en su trabajo. También planteó, la necesidad de contar con la presencia del psicólogo en el momento en que se transmite el diagnóstico a la familia, ya que ello posibilitaría contener las reacciones emocionales de los padres, además de permitirle al psicólogo obtener un conocimiento más preciso y objetivo sobre el estado de salud del niño.

Por último, otros profesionales entrevistados, propusieron capacitar al equipo médico y al personal de enfermería, acerca del abordaje del recién nacido prematuro y sus padres en el ámbito hospitalario, ya que lo consideran como una importante estrategia de prevención.

En síntesis, e intentando identificar desde un análisis FODA, las fortalezas y las debilidades (que se ubican en el interior de la Institución), y las oportunidades y amenazas (que se ubican en el exterior de la Institución, es decir en su contexto), pueden plantearse como *fortalezas* que el Hospital Pablo Soria brinda a la población de la ciudad de San Salvador de Jujuy una asistencia de grado 1 o de alta complejidad, además de atender aquellas derivaciones que los hospitales del interior de la provincia no pueden por no contar con la tecnología y con los recursos necesarios.

También brinda atención en diferentes especialidades médicas, y actualmente el Servicio de Neonatología desarrolla un Programa de Seguimiento de Recién nacidos de Riesgo, desde un enfoque interdisciplinario y con el objetivo de prevenir y disminuir secuelas en el desarrollo del niño. A pesar de esto se detecta como una *debilidad*, que dicho programa no presta una atención psicológica al paciente y su familia.

Otra *debilidad* se refiere al hecho de que si bien los recursos con los que cuenta el Servicio son adecuados, resultan escasos en relación con el número de pacientes internados en las salas.

Como elemento a destacar surge que uno de los mayores problemas que enfrenta el Servicio es la falta de espacio físico y la sobrepoblación de pacientes, ambos problemas relacionados entre sí. En cuanto al primero, como consecuencia de la falta de lugares libres para efectuar distintas actividades (comunicación del diagnóstico del niño y entrevistas con los padres, reuniones de los miembros del equipo, entre otras), se producen notables modificaciones en la modalidad de trabajo del personal de salud y dificultades en las relaciones interpersonales. Con respecto al segundo, al incrementarse el número de pacientes, los tiempos del personal del Servicio se restringen cada vez más, aumentan sus responsabilidades y la calidad de atención que brindan al recién nacido prematuro y su familia resulta afectada, además de generarse un ambiente de gran tensión en el Servicio.

Otra dificultad importante que se enfrenta es la falta de criterios comunes en el abordaje al niño prematuro, lo que pone en evidencia la ausencia de un trabajo en equipo.

Una importante *oportunidad* que se identifica, se refiere a que como la implementación del proyecto no requiere de grandes costos económicos, comparado con el presupuesto destinado a la tecnología con la que cuentan las salas, el Gobierno de la Nación estaría dispuesto a hacerse cargo de los gastos requeridos para la ejecución del mismo.

Por último, como una posible *amenaza*, puede ocurrir que si se demoran los tiempos de iniciación del proyecto, cambien las autoridades del Ministerio de Bienestar Social de la provincia, y con ellas las políticas de salud que en la actualidad privilegian el desarrollo de programas de prevención en el ámbito de la salud.

4. Plan de Actividades

ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación se desarrollan las actividades sugeridas para el logro de los objetivos propuestos. La comunicación de las mismas a la población destinada se realiza por medio de un calendario colgado junto a la puerta de ingreso al Servicio de Neonatología, que indica la hora y el lugar establecido para cada actividad.

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Propuesta de Intervención
<p>1. Brindar asistencia psicológica al RNP y sus padres, desde el comienzo de la internación hasta el alta médica.</p>	<p>a. Informar al personal de salud acerca de las características del bebé prematuro y los cuidados requeridos para favorecer la continuidad de su desarrollo psíquico y neurológico.</p> <p>Subobjetivo a: lograr que el personal de salud del Servicio acuerde criterios comunes de intervención en la asistencia al recién nacido prematuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de un Equipo de Interconsulta.
	<p>b. Crear un espacio de información y de contención emocional para los padres durante la internación del recién nacido, con la finalidad de que puedan elaborarse los temores y ansiedades que genera el diagnóstico y pronóstico relativos al mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charlas informativas para padres. ▪ Entrega de cuadernillos informativos sobre lo abordado en cada charla. ▪ Entrevistas psicológicas para los padres. ▪ Acompañamiento psicológico durante la comunicación del diagnóstico. ▪ Grupo de padres.
	<p>c. Asegurar la continuidad del vínculo entre el bebé y sus padres, fundamentalmente con la madre, para favorecer el adecuado desarrollo psíquico del niño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas programadas a la UCIN.
	<p>d. Capacitar al personal de salud acerca de la importancia del reconocimiento y comprensión de la amplia gama de reacciones emocionales de los padres, a los fines de emprender actitudes tendientes a elaborarlas y atenuar el sufrimiento de los mismos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charla informativa para el personal de salud. ▪ Entrega de un cuadernillo informativo para el personal de salud.

2. Proteger la salud mental del equipo médico y del personal auxiliar a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).	a. Desarrollar ámbitos de supervisión y reflexión sobre la tarea realizada en la asistencia al recién nacido prematuro; para trabajar las diferentes problemáticas que surgen de la labor diaria en el Servicio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de reflexión para el personal de salud.
	b. Incorporar el concepto de promoción de la resiliencia a la experiencia profesional y personal de los miembros del Servicio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taller participativo para el personal de salud.
3. Favorecer la relación médico-familia.	a. Promover la comunicación y el contacto entre los padres del recién nacido prematuro, el equipo médico y el personal auxiliar que asiste al niño.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taller de la “casita” de la resiliencia para el personal de salud.

* El objetivo implícito común a las actividades propuestas, es la promoción de la resiliencia y de las capacidades de autogestión de los padres.

Desarrollo:

1. Brindar asistencia psicológica al recién nacido prematuro y sus padres, desde el comienzo de la internación hasta el momento del alta médica.
 - a. Informar al personal de salud acerca de las características del bebé prematuro y los cuidados requeridos para favorecer la continuidad de su desarrollo neurológico y psíquico.

Subobjetivo 1 a:

Lograr que el personal de salud del Servicio acuerde criterios comunes de intervención en la asistencia al recién nacido prematuro.

Creación de un Equipo de Interconsulta

La asistencia al recién nacido prematuro implica la realización de un trabajo interdisciplinario en el que cada profesional intercambia y coopera para entender y dar respuesta a esta problemática. Mediante la creación de un Equipo de Interconsulta se pretende que esta combinación de saberes se materialice en una práctica con criterios y estrategias clínicas comunes.

Objetivos:

- Establecer criterios clínicos respecto de la modalidad de intervención en la asistencia al RNP.
- Emplear un lenguaje técnico común a todos los miembros del Servicio.
- Intercambiar experiencias y conocimientos con el resto de los miembros del Servicio.
- Evaluar y redefinir continuamente la modalidad de asistencia y las condiciones ambientales en la UCIN.

Responsables:

- Un psicólogo.
- El equipo médico y el personal auxiliar del Servicio.

Desarrollo:

El Interconsultor puede adoptar una actitud receptiva-pasiva, es decir, espera recibir el llamado de interconsulta; o una actitud más activa e intensiva, incluyéndose en debates sobre casos prácticos clínicos o en pases de sala, para articular los conocimientos teóricos y prácticos. Ante un mismo paciente, los diferentes profesionales dan su punto de vista, complementándose unos a otros para responder de la mejor manera posible a las necesidades de cada niño y su familia. De esta manera la actividad se convierte en sí misma, en una valiosa herramienta de aprendizaje.

El Equipo de Interconsulta, también puede llevar adelante una tarea de enseñanza por medios de ateneos de capacitación, ya sea a cargo de los profesionales del Servicio, o de especialistas invitados para profundizar en distintos temas respecto del abordaje del recién nacido prematuro. Entre los temas sugeridos se encuentran (para profundizar remitirse al Capítulo I, II del Marco Teórico Referencial):

- Cuidados para el neurodesarrollo del recién nacido prematuro.
- Condiciones ambientales requeridas en la UCIN.
- Signos de bienestar y de estrés en el recién nacido prematuro.
- Acciones que favorecen el vínculo entre el niño y sus padres.

- Manejo de la información y comunicación del diagnóstico y el pronóstico a los padres.
- Acompañamiento de los padres durante la hospitalización, la muerte y el duelo por el niño.
- El momento del alta médica y el regreso a casa.

Para realizar las exposiciones se sugiere utilizar materiales llamativos (cartulinas, marcadores, tizas de colores, filminas, etc.) que favorezcan el aprendizaje.

Otra modalidad de intercambio entre disciplinas, consiste en realizar una lectura de textos relativos a la temática en cuestión, para ser comentados en grupos de 4 a 6 personas cada uno. Al finalizar cada grupo expone al resto las conclusiones a las que llegaron, e intentan entre todos extraer los puntos más relevantes del artículo y de la actividad realizada.

El psicólogo se encarga de promover la dinámica y de articular permanentemente los aspectos médicos con la vertiente psicológica, haciendo notar al grupo la modificación del enfoque.

Lugar de realización:

- En el Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- 1 vez por semana durante 90 minutos aproximadamente.

Materiales:

- Cartulinas.
- Papeles.
- Lápices.
- Marcadores.
- Pizarrón.
- Tizas de colores.

- Filminas.
- Proyector.

Costos:

- Los materiales se encuentran incluidos en el presupuesto mensual del Servicio, y los profesionales a cargo realizan la actividad como complemento de su trabajo habitual.
- b. Crear un espacio de información y de contención emocional para los padres durante la internación del recién nacido, con la finalidad de que puedan elaborarse los temores y ansiedades que genera el diagnóstico y el pronóstico relativos al mismo.

Charlas informativas para padres

Los padres requieren información, pero no al punto de resultar abrumados por ella. Lo fundamental es que todo aquello que se les quiera informar sea transmitido en un lenguaje comprensible, respetando sus tiempos psíquicos de elaboración e intentando centralizar la información lo más posible en un pequeño grupo para evitar que ésta sea proporcionada por distintas personas.

Objetivos:

- Aclarar dudas.
- Disminuir el desarrollo sobre fantasías de la enfermedad del niño.
- Preparar a los padres para futuras situaciones dolorosas.
- Evitar el incremento de la negación.
- Favorecer la cooperación con el equipo de salud.

Responsables:

- Un psicólogo.
- El equipo médico y el personal de enfermería del Servicio.
- Profesionales invitados.

Desarrollo:

Las charlas se dividen en 3 momentos:

1º Momento: los profesionales desarrollan la temática establecida previamente para esa fecha, realizando una síntesis de la información más relevante de cada tema. (60 minutos aproximadamente).

Para realizar la exposición pueden utilizarse cartulinas de colores, gráficos, filminas u otras técnicas que motiven y faciliten el aprendizaje.

Se sugiere abordar las siguientes temáticas (para profundizar remitirse al Capítulo I y II del Marco Teórico Referencial):

- Los usos y costumbres de la UCIN, como el régimen de visitas, el personal sanitario, etc.
- El funcionamiento de la UCIN en cuanto a sus condiciones ambientales.
- Los aparatos que rodean al bebé y sus funciones.
- Indicar a los padres cómo acercarse al niño, cuáles son los momentos más indicados para interactuar con él, y cuáles son las reacciones que se deben esperar según su estado y madurez.
- Cómo detectar los signos de estrés en el bebé y cómo calmarlo.
- Orientación a los padres para la reorganización familiar durante la hospitalización del bebé, con respecto a la atención de los otros hijos, el trabajo de los padres, la relación con los familiares y amigos, etc.
- Condiciones y cuidados para el momento del regreso a casa.
- Sugerencias para la crianza del bebé prematuro.

2º Momento: los padres y familiares de los niños internados exponen sus dudas e inquietudes a los profesionales acerca de lo desarrollado en las charlas (15 minutos aproximadamente).

3º Momento: el psicólogo cierra la actividad extrayendo las conclusiones alcanzadas por el grupo durante la misma. (15 minutos aproximadamente).

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- 2 charlas por mes de 90 minutos aproximadamente de duración durante 3 meses (tiempo estimado de internación de la mayoría de los RNP).

Materiales:

- Cartulinas.
- Marcadores.
- Pizarrón.
- Tizas de colores.
- Proyector.
- Filminas.
- Computadora.
- Cañón.

Costos:

- Los profesionales del Servicio realizan esta actividad de forma gratuita y contando con los recursos del Salón de Ateneos del Hospital y con el presupuesto mensual del Servicio de Neonatología.

Entrega de cuadernillos informativos sobre lo abordado en cada charla

Estos pequeños cuadernillos están destinados a los padres y familiares de los niños internados, para ayudarlos en las dificultades que plantean los cuidados del bebé prematuro a lo largo de la internación.

Objetivos:

- Que la familia tenga a su disposición un instrumento práctico y sencillo de utilizar, que resuma la información más importante respecto del cuidado del RNP.

- Familiarizar a los padres con la rutina del hospital y con los tratamientos que se llevarán a cabo.
- Capacitar a los padres para que puedan participar activamente de los cuidados de su hijo, y así evitar una angustia innecesaria.

Responsables:

- Un psicólogo.
- El equipo médico y el personal de enfermería del Servicio.
- Profesionales invitados.

Desarrollo:

Los cuadernillos son elaborados por el profesional responsable de cada charla, quien se encarga de elegir el contenido teórico a incluir en los mismos.

En cuanto al diseño gráfico, el psicólogo se encarga de esta tarea. El número total de entregas es de 6 cuadernillos.

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- 2 entregas mensuales durante 3 meses.

Materiales:

- Papeles.
- Tinta.
- Computadora.
- Impresora.

Costos:

- Los gastos son solventados por la Cooperadora del Hospital mediante bonos de contribución.

Entrevistas psicológicas para los padres

El nacimiento de un bebé prematuro afecta a toda la familia. Todos tienen que adaptarse a un temible diagnóstico. Con frecuencia les parece una experiencia terrible entrar a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que durante varios meses se convierte en el hogar del recién nacido, y es la única alternativa posible para mantener el contacto con su hijo.

Los padres necesitan de un espacio en el que puedan expresar los sentimientos de miedo, enojo, ansiedad y tristeza que experimentan como respuesta a la internación del niño, y es la entrevista con un psicólogo el lugar más indicado para hacerlo.

Objetivos:

- Escuchar y acompañar a los padres durante la internación del bebé.
- Detectar en qué estado, tanto psicológico como social, se encuentra la familia.
- Determinar la estrategia de intervención en base al diagnóstico y al pronóstico de los padres.
- Favorecer la relación entre los padres y el psicólogo.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

El psicólogo realiza una serie de entrevistas con fines diagnósticos y de seguimiento, a lo largo de la internación del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

En los primeros encuentros se pretende obtener información sobre cada uno de los padres, como ser datos personales, antecedentes del embarazo, constitución del grupo familiar, condición social, etc., realizando la anamnesis correspondiente, adjuntándose los datos más relevantes en la Historia Clínica del Servicio de Neonatología. El psicólogo puede contar con un formulario, diseñado previamente, con los ítems a completar durante las entrevistas. Esto le permitirá organizarse y no pasar por alto información de importancia.

El psicólogo también tiene que poder captar rápidamente, el estado psíquico de los padres. Para esto debe esclarecer los siguientes aspectos: el grado de ansiedad que experimentan, los recursos psicológicos de los que disponen para enfrentar la situación, cuáles son sus reacciones emocionales (respuestas que permiten el contacto con el dolor y la angustia y las que lo evitan); estadio en el que se encuentran (estadio de crisis, de desorganización, de generación de esperanzas o de ajustes); las eventuales redes de contención que disponen, como ser familiares o amigos que servirán de apoyo durante la hospitalización del niño; entre otros. A partir de estos datos se realiza una aproximación diagnóstica y pronóstica que permitirá determinar la estrategia de abordaje a seguir.

Pueden presentarse casos en los que a partir del diagnóstico se detectan en la familia problemas especiales, como depresión posparto, maltrato, problemas de alcoholismo o de drogas, etc. Para estos casos se hace necesaria la realización de un tratamiento psicológico permanente; mientras que aquellos padres que se encuentran en mejores condiciones psíquicas podrán recibir apoyo psicológico y contención emocional, por medio de la asistencia a un grupo de padres que atraviesan su misma situación.

Asimismo, el psicólogo realiza entrevistas diarias de seguimiento con los padres, teniendo en cuenta las actualizaciones clínicas del estado de salud del niño, con la finalidad de poder detectar situaciones de riesgo, para así emprender, de forma inmediata, acciones para contrarrestar el efecto de las mismas.

Lugar de realización:

- Consultorios Externos de seguimiento del RNP.

Frecuencia y duración:

- Entrevistas diarias de seguimiento de 2 a 3 veces por día, de 10 a 15 minutos de duración aproximadamente.
- Entrevistas a los fines de completar la anamnesis, de 2 a 3 encuentros semanales con cada pareja parental, durante 30 minutos aproximadamente. Las mismas se alternan con las entrevistas de seguimiento, según el diagnóstico del niño y su familia.

Materiales:

- Papeles.
- Lapiceras.
- Tinta.
- Computadora.
- Impresora.

Costos:

- El costo de esta actividad está incluido en el salario del psicólogo provisto por la Nación.

Acompañamiento psicológico durante la comunicación del diagnóstico

Si bien es el médico neonatólogo el responsable de comunicar el diagnóstico del niño a sus padres, sería muy conveniente incluir en ese momento la presencia de un psicólogo, para que las necesidades emocionales y psicológicas de los mismos fueran contempladas y abordadas de inmediato.

Objetivos:

- Facilitar la comprensión y retención del diagnóstico.
- Acompañar y orientar a los padres acerca de los pasos a seguir.
- Favorecer la cooperación de los padres con el equipo médico y el personal auxiliar.
- Promover el intercambio emocional de los padres para que puedan expresar los sentimientos que experimentan.
- Formar a los médicos neonatólogos para que sean capaces de enfrentar y contener las emociones de los padres, y pedir ayuda del psicólogo cuando la situación emocional requiera una intervención especializada.

Responsables:

- Un psicólogo.
- El médico neonatólogo a cargo de cada paciente.

Desarrollo:

Se debe disponer de un lugar cómodo y tranquilo, que acompañe la situación que atraviesan los padres. La actividad se encuentra organizada en 3 momentos:

1º Momento: está dedicado exclusivamente a que el médico transmita a los padres el diagnóstico clínico del niño, tratando de realizar una explicación breve y sencilla e indicando también los pasos a seguir.

A continuación el médico dedica un tiempo para que los padres planteen sus dudas y preguntas en relación a lo informado previamente.

Es importante la presencia del psicólogo en este primer momento, ya que le permitirá tener un conocimiento claro y objetivo sobre la situación en la que se encuentra el bebé, y a partir de este emprender estrategias de intervención con los padres, específicas para ese caso.

2º Momento: aún contando con la presencia del médico, el psicólogo verifica si los padres comprendieron el diagnóstico y de qué manera. Puede reformular la información en el caso de ser necesario, ya que es importante que los padres finalicen el encuentro con una idea clara de lo que le ocurre a su hijo.

Mientras tanto, el psicólogo observa en qué estado se encuentra la pareja y cómo reaccionan ante la nueva información (10 a 15 minutos aproximadamente).

3º Momento: el médico se retira y el psicólogo comienza a trabajar con la pareja parental, escuchando y conteniendo sus temores y ansiedades (alrededor de 30 minutos).

Lugar de realización:

- Consultorio de Seguimiento del RNP.

Frecuencia y duración:

- Con cada pareja parental durante 50 a 60 minutos, dependiendo del estado en que se encuentren los padres.

Materiales:

- Papeles.
- Lapiceras.

Costos:

- Los costos de esta actividad están incluidos en el salario del psicólogo provisto por la Nación, y en el presupuesto mensual del Servicio de Neonatología.

Grupo de padres

Esta actividad particularmente cumple un papel de gran importancia en el Servicio de Neonatología, ya que brinda a los padres de recién nacidos prematuros la posibilidad de asistir a un grupo de padres que viven una situación semejante. En él descubren que no están solos y encuentran alivio y comprensión en el sólo hecho de compartir y expresar con libertad lo que sienten durante la situación tan dolorosa que atraviesan.

Objetivos:

- Generar un espacio en el que los padres puedan aclarar sus dudas y formular preguntas.
- Incrementar la autoestima de los padres, a través de que puedan ayudar y aliviar a otros que se sienten impotentes e inútiles ante la internación del niño.
- Promover el aprendizaje en los padres, por medio de que puedan observar a otros realizar las cosas de cierta manera.
- Posibilitar la expresión de los sentimientos y fantasías de los padres ante un grupo que los escucha y acompaña.

- Fomentar en los padres el deseo de acercarse a su hijo, tocarlo, hablarle y participar activamente en sus cuidados, ayudando al restablecimiento del control de la situación perdida como consecuencia de la internación del niño.
- Trabajar las ansiedades que genera el diagnóstico y las fluctuaciones del peso del bebé y las preocupaciones sobre el alta médica y la crianza del niño prematuro.
- Evaluar la necesidad de tratamiento psicológico de la pareja parental en el caso de ser necesario.
- Favorecer la relación de los padres con el personal de salud.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

La actividad se encuentra organizada en tres grandes bloques, constituidos por una serie de encuentros en los cuales se abordan distintas temáticas en torno al eje planteado en cada bloque. Cabe remarcar que el orden de presentación de los temas es un orden tentativo, sujeto constantemente a las necesidades del grupo y de lo que del mismo emerja. Esto no significa que no se trabaje con aquellos temas que sean propuestos espontáneamente por los padres, sino que se trata de que puedan compartir con otras personas, lo que les ocurre o los preocupa en ese momento.

1º Bloque (1º al 4º encuentro): consiste en la presentación del psicólogo y de los padres que conformarán el grupo. Se pretende favorecer la integración, la confianza grupal, y conocer las expectativas que cada integrante tiene de esta actividad. Se trabaja asimismo sobre el impacto que produce el nacimiento de un bebé prematuro: cómo se relaciona la pareja parental con el niño y qué dificultades perciben; el manejo de los padres en la UCIN; los cuidados proporcionados al bebé; la comprensión del estado de salud del niño y de la situación en general; los recursos (factores protectores y de riesgo) de los que dispone la pareja para enfrentar la internación de su hijo; la reorganización familiar y laboral; etc.

Encuentro N° 1: el psicólogo recibe a los padres y les da la bienvenida. A continuación comunica el día, el horario y cuál será el lugar en el que se llevará a cabo la actividad.

Luego expone los objetivos a alcanzar en el grupo de padres y realiza una dinámica de presentación.

Yo soy: cada padre o pareja de padres debe presentarse al resto de los integrantes del grupo y comentar acerca del estado de salud en el que se encuentra el bebé. Sería conveniente que los padres se ubicaran formando un círculo, pues esta disposición permite que todos puedan verse las caras, conocerse, y además invita a la comunicación.

Es posible que durante el primer encuentro los padres se encuentren un poco inhibidos para hablar sobre sus expectativas en el grupo y sobre qué están dispuestos a brindar a los demás, por lo que el psicólogo puede utilizar algunas frases como disparadores para estimular el intercambio, como por ejemplo: "Estamos aquí para ayudarnos unos a otros"; "Me gustaría contarles..."; "Espero del grupo..."; "Yo puedo...".

2º Bloque (5º al 7º encuentro): durante estas reuniones se trabaja fundamentalmente sobre la relación de los padres con el personal de salud que asiste al niño durante la internación. Se pretende conocer qué es lo que esperan los padres de los profesionales, cómo son atendidos, si están conformes con esa atención, y qué situaciones dificultan u obstaculizan el vínculo entre la familia y el equipo de salud.

El psicólogo puede realizar una dinámica de role-playing, en la que algún padre actúe el rol de médico, de enfermera, de psicólogo o de otro profesional, y otro de padre.

Esta técnica permite a los padres dramatizar roles que deben actuar en su vida diaria; confrontar los roles de la fantasía con los roles reales; resolver situaciones problemas; por lo que favorece el aprendizaje, el ejercicio y la creación personal; expresar cómo se sintieron actuando cada rol; y que aquellas parejas que ya han visitado la UCIN puedan compartir sus experiencias con los demás miembros del grupo.

3º Bloque (8º al 11º encuentro): durante el desarrollo de las últimas reuniones se abordan los temas del momento del alta médica (los requisitos necesarios para el egreso del niño), el regreso a casa (los cuidados en el hogar), y la crianza del niño prematuro (síndrome del niño vulnerable). Son temas que generalmente producen mucho temor y ansiedad en los padres, por lo que es importante trabajar en ellos con anticipación para que en el momento en que los padres se encuentren solos con el

niño estén lo mejor preparados posible. También se realiza una evaluación de la experiencia grupal durante el último encuentro.

Probablemente vuelvan a surgir temas que aparecieron durante los comienzos de la actividad, no obstante sería positivo retomarlos y ver cómo evolucionaron desde el inicio hasta entonces. Además es necesario recordar que permanentemente hay nuevas parejas de padres que ingresan al grupo y que seguramente plantearán temas que ya han sido abordados con anterioridad. Aquellos padres que asisten al grupo desde hace más tiempo, tendrán la posibilidad de aconsejar, solidarizarse y compartir sus vivencias con los nuevos integrantes.

Encuentro N° 12: el psicólogo reparte a cada padre un cuestionario, con la finalidad de que cada participante realice una evaluación personal acerca de cómo se sintió en el grupo y qué aprendió participando de ésta experiencia. Se debe tener en cuenta que algunos padres pueden tener dificultades para leer y escribir, por lo cual sería recomendable realizar las preguntas de forma oral para que todos puedan participar de la evaluación.

Cuestionario:

1) ¿Cómo me sentí en el grupo?

- Participación: Siempre/ A veces/Nunca.
- Confianza en el grupo: Alta/Mediana/Escasa.
- Integración: Muy buena/Buena/Escasa.
- Comunicación: Fluida/Buena/Mala.

2) ¿En qué me benefició esta experiencia?

- Aprendizaje.
- Información.
- Dar y recibir apoyo.
- Expresión de mis sentimientos.

3) ¿Qué fue lo que más me gustó y lo que menos me gustó del grupo?

4) Sugiero para futuros grupo....

Al terminar, cada participante entrega el cuestionario al psicólogo, el cual pide que se ubiquen en ronda, para leer las respuestas escritas por cada uno. El grupo dialoga, cuestiona y opina sobre las observaciones realizadas. Evalúa lo positivo y lo negativo de la actividad, en qué los benefició y cuáles fueron sus limitaciones.

Por último, el psicólogo realiza una evaluación personal de la experiencia grupal, considerando las respuestas brindadas por los padres y los siguientes indicadores:

- Comunicación fluida.
- Buena integración y participación grupal.
- Libertad en la expresión de las emociones.
- Intercambio de consejos y de experiencias.
- Recibir y brindar apoyo.
- Nivel de información al comenzar y al finalizar el grupo.
- Modificaciones en los indicadores corporales al inicio y al finalizar el grupo: la postura al sentarse, la expresión facial, el tono de voz, etc.
- Disminución de los niveles de ansiedad.

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- 1 encuentro semanal durante 90 minutos aproximadamente, por un período de 3 meses (tiempo estimado de internación de la mayoría de los RNP).

Materiales:

- Papeles.
- Lapiceras.
- Tinta.

- Computadora.
- Impresora.

Costos:

- Los costos por la actividad del psicólogo están incluidos en el salario previsto por la Nación, y los materiales serán solventados por el Servicio de Neonatología y por la Cooperadora del Hospital mediante bonos de contribución.
- c. Asegurar la continuidad del vínculo entre el recién nacido y sus padres, fundamentalmente con la madre, para favorecer un adecuado desarrollo psíquico del niño.

Visitas programadas a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Tanto la visión de un lugar desconocido y percibido como muy frío y aséptico, como la sensación de que el niño está muy delicado, paralizan a los padres en los primeros contactos que mantienen con su hijo.

El miedo a no poder contener el llanto, y a descontrolarse, hace preferible salir, aunque deseen estar con el niño. Es por estas razones que el psicólogo asiste a las primeras visitas de los padres a la UCIN, para acompañar hasta que los mismos se acostumbren al ambiente y se produzca el reencuentro.

Objetivos:

- Tranquilizar a los padres a través de la presencia del psicólogo.
- Informar y aclarar las dudas de los padres.
- Estimular el contacto de los padres con el bebé.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

Durante las primeras visitas a la Terapia, la asistencia a los padres es más intensa, incluyendo explicaciones, información, señalamientos; después se reduce a acompañar, estar junto a los padres durante los encuentros con el niño.

Inicialmente, el psicólogo explica a los padres las medidas higiénicas que deben tomarse para ingresar a la Unidad, como lavarse las manos, utilizar barbijo, no llevar objetos, etc. A continuación informa a los padres acerca de los aparatos que rodean al niño y cómo funcionan. Les advierte que no deben asustarse si oyen una alarma, que puede sonar por cualquier movimiento, y que siempre que suene, alguien del personal de enfermería vendrá a averiguar qué ocurre.

Luego el psicólogo les explica brevemente cuáles son los síntomas de estrés y de bienestar en el recién nacido, cómo identificarlos y de qué forma calmar al niño. Esto es importante, ya que los padres deberán, más adelante, poder detectar por sí mismos, cuál es el momento más apropiado para interactuar con su hijo.

Si bien es mucha la información que reciben los padres en este primer encuentro, de a poco irán familiarizándose con los nuevos conocimientos, por medio de la asistencia a las charlas informativas para padres, a través de los cuadernillos realizados por los profesionales del Servicio, y mediante el grupo de padres, en el cual aprenderán, por medio del intercambio de experiencias personales con otras personas en su misma situación.

Es importante que el psicólogo no presione a los padres para realizar el contacto con el niño, ya que si no están preparados lo más probable es que la experiencia fracase, produciendo gran frustración y angustia en los mismos. También el psicólogo debe tener en claro en qué estado se encuentra el recién nacido, para decidir si está o no en condiciones de ser estimulado. En el caso de niños gravemente enfermos, se debe explicar a los padres las dificultades que impiden la interacción; y en las situaciones en que la salud del niño lo permite, se comienza a alentar a la madre a que toque al bebé, lo tenga en brazos, lo acaricie, le hable o le cante, si lo desea. Se entrena al padre para que la apoye, y se le recuerda la importancia de su rol en ayudar a su pareja.

Lugar de realización:

- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Frecuencia y duración:

- Con cada pareja parental durante las 2 ó 3 primeras visitas a la UCIN, con una duración variable, dependiendo de cada caso.

Materiales:

- Papel.
- Lapicera.

Costos:

- Incluidos en el salario del psicólogo provisto por la Nación

- d. Capacitar al personal de salud acerca de la importancia del reconocimiento y comprensión de la amplia gama de reacciones emocionales de los padres, a los fines de emprender actitudes tendientes a elaborarlas y atenuar el sufrimiento de los mismos.

Charla informativa para el personal de salud

Ante las reacciones emocionales de los padres, el equipo médico adopta diferentes actitudes, que en muchos casos dificultan la relación con los mismos.

Al conocer y comprender los sentimientos que experimentan los padres durante la internación del niño, el médico se encuentra en mejores condiciones para comunicarse con la familia.

Lo mismo ocurre en el caso del personal de enfermería, pero con el agregado de que son las enfermeras las que mayor tiempo del día pasan con los padres, estando en permanente contacto con las ansiedades y preocupación de los mismos.

Objetivos:

- Humanizar la práctica hospitalaria.
- Comprender a la familia y solidarizarse con ella.
- Aprender distintas modalidades de intervención según cada caso.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

La charla se divide en tres momentos:

1º Momento: el psicólogo realiza una exposición de las siguientes temáticas: (para profundizar remitirse al Capítulo II y III del Marco Teórico Referencial):

- Estadios de la crisis de tener un bebé prematuro.
- Reacciones emocionales de los padres.
- Transferencias de los padres hacia el personal de salud.
- Contratrtransferencia del equipo médico.
- La elaboración del duelo y la muerte en Neonatología.

Como sólo se dispone para el primer momento de 60 minutos, el psicólogo debe sintetizar las ideas más importantes de cada tema para hacer un recorrido por todas las temáticas.

Para complementar la exposición oral, se sugiere utilizar cartulinas de colores llamativos, pizarrón, tizas de colores, filminas o proyecciones en Power Point, para afianzar los conceptos claves.

2º Momento: está destinado a que el personal de salud plantee sus dudas e inquietudes con respecto a lo desarrollado durante la exposición. También pueden comentar con el grupo situaciones de su práctica, para encontrar orientación acerca de cómo actuar. (20 minutos aproximadamente).

3º Momento: el psicólogo efectúa el cierre de la actividad, articulando el material conceptual con el clínico. (Alrededor de 10 minutos).

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- 1 encuentro de 90 minutos de duración aproximadamente.

Materiales:

- Cartulinas.
- Marcadores.
- Pizarrón.
- Tizas de colores.
- Proyector.
- Filminas.
- Computadora.
- Cañón.

Costos:

- El psicólogo realiza esta actividad de forma gratuita y contando con los recursos que dispone el Servicio de Neonatología y el Salón de Ateneos del Hospital.

Entrega de un cuadernillo informativo para el personal de salud

Al finalizar la actividad anterior, se reparte a los miembros del Servicio un cuadernillo que contiene una síntesis de los temas desarrollados durante la charla.

Objetivos:

- Que el personal de salud tenga a su alcance un instrumento práctico y sencillo de utilizar.
- Familiarizar al personal de salud con los aspectos emocionales y psicológicos del paciente, su familia y de ellos mismos.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

El cuadernillo es elaborado por el psicólogo del Servicio, en cuanto al contenido teórico y el diseño del mismo.

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- Al finalizar la charla informativa para el personal de salud.

Materiales:

- Papeles.
- Tinta.
- Computadora.
- Impresora.

Costos:

- Los gastos serán solventados por la Cooperadora del Hospital mediante bonos de contribución.

2.

- a. Desarrollar ámbitos de supervisión y reflexión acerca de la tarea realizada en la asistencia al niño prematuro, a los fines de poder trabajar las diferentes problemáticas que surgen de la labor diaria en el Servicio.

Grupo de reflexión para el personal de salud

Ante el creciente aumento del estrés ocupacional en el personal de salud del Servicio de Neonatología, con un notable empeoramiento de la calidad de vida, y con el riesgo de que esto lleve al burnout, expresándose el mismo a través de síntomas físicos, emocionales, sociales y del comportamiento, se propone la creación de un grupo de

reflexión, como medio preventivo de abordaje de las dificultades, ansiedades, frustraciones y obstáculos que el trabajo con pacientes gravemente enfermos provoca en los profesionales responsables de su asistencia.

Objetivos:

- La creación de un espacio en donde pueda producirse el encuentro entre las diferentes disciplinas (médicas y psicológicas), para enriquecerse mutuamente.
- La elaboración de las vicisitudes que acontecen a lo largo de la práctica médica, ya sea respecto a los pacientes o a los malestares que el trabajo en la Unidad produce en el propio equipo de salud.
- Generar un intervalo en la tarea clínica-asistencial-científica-cotidiana, que permita repensarla y humanizarla.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

Siguiendo la metodología de los grupos Balint (para profundizar remitirse al Capítulo V del Marco Teórico Referencial), se propone la conformación de un grupo de no más de 20 personas, en el cual puedan participar todos aquellos integrantes del Servicio interesados en la propuesta, junto con psicólogo como coordinador del grupo.

En cuanto al modo de funcionamiento del grupo de reflexión, el psicólogo recibe a los participantes, les da la bienvenida, y les solicita el relato de situaciones de su práctica profesional que les haya presentado una dificultad o les represente un conflicto (30 minutos aproximadamente). A partir de las narraciones se aplica la técnica de análisis de casos, promoviendo la discusión grupal para la comprensión de cada situación (alrededor de 30 minutos). Seguidamente se realiza el diagnóstico situacional (reconociendo la trama vincular médico-paciente-familia-contexto institucional y sus respectivas demandas), para comprender y conceptualizar las dificultades que surgieron y diseñar estrategias para resolverlas (30 minutos aproximadamente).

Para el cierre de la actividad, el psicólogo realiza una síntesis de las ideas más relevantes a las que llegó el grupo durante el encuentro (10 minutos aproximadamente).

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos de Hospital.

Frecuencia y duración:

- Un encuentro semanal de alrededor de 100 minutos de duración aproximadamente.

Materiales:

- Pizarrón.
- Tizas.
- Papeles.
- Lapiceras.

Costos:

- Los materiales están incluidos en el presupuesto mensual del Servicio, y el psicólogo realiza esta actividad de forma gratuita.

- b. Incorporar el concepto de promoción de la resiliencia a la experiencia profesional y personal del equipo de salud del Servicio.

Taller participativo para el equipo de salud

Los más probable es que el personal de salud esté realizando acciones resilientes de alguna u otra manera. Por eso la implementación de un taller pretende recoger la experiencia de los integrantes del Servicio que están en permanente contacto con el recién nacido prematuro y su familia, para reconocer y promocionar la resiliencia desde un abordaje interdisciplinario y considerando la situación de cada niño hospitalizado.

Objetivos:

- Integrar la experiencia personal y laboral con los componentes conceptuales.

- Conocer el concepto de resiliencia y relacionarlo con aquellos profesionales que han sabido enfrentarse a situaciones de adversidad, y que han sido capaces de sobreponerse.
- Cuestionar la forma de trabajo, los paradigmas utilizados, y a partir de esto plantear nuevas líneas de acción desde una perspectiva de desarrollo integral.

Responsables:

- Un psicólogo como coordinador del taller.

Desarrollo:

Participan del taller los miembros del Servicio de Neonatología interesados en la propuesta (número ideal de 20 a 30 personas). El taller participativo se divide en 4 encuentros:

1º Encuentro: se busca introducir el concepto de resiliencia en los esquemas conceptuales preexistentes. Es necesario tener en cuenta los estereotipos que cada uno utiliza, observar los potenciales individuales y trabajar con ellos para el logro de un desarrollo sano.

El psicólogo recibe a los participantes y les da la bienvenida (10 minutos aproximadamente). A continuación expone los objetivos del taller, enfatizando la posibilidad de conocimiento personal y grupal que la actividad favorece. Para facilitar el conocimiento entre los integrantes les solicita que se presentes uno por uno (20 minutos aproximadamente).

A continuación, el psicólogo pide al grupo que se dividan en 4 ó 5 equipos de no más de 6 personas cada uno. Se reparte un mazo por grupo con 30 tarjetas, se da un tiempo para que observen y comenten el material. Mientras tanto el psicólogo explica que las tarjetas contienen diferentes definiciones de resiliencia y factores de riesgo y de protección, relacionados a ese concepto. (10 minutos aproximadamente).

Cada grupo debe elegir 3 tarjetas y comentar acerca de su elección, si fue fácil o difícil, y porqué eligieron esas tarjetas (alrededor de 15 minutos).

Como ayuda para el psicólogo se recomienda diseñar en el pizarrón una tabla comparativa para graficar el paralelo entre las diferentes respuestas.

Una vez que todos hayan participado, entre los equipos deben elegir 3 ó 4 tarjetas que representen la mejor idea de la totalidad del grupo, promoviendo así una discusión activa. (20 minutos aproximadamente). Como pauta para la discusión se recomienda:

- ¿Todos coinciden con ideas semejantes?
- ¿Cuáles son los modelos con los que trabajan?
- ¿Qué factores de riesgo y de protección distinguen en sus tareas diarias?

Al finalizar, los participantes realizan comentarios del trabajo grupal (en qué costó más ponerse de acuerdo, qué fue lo más relevante de la discusión, etc.).

Por último y como cierre del primer encuentro, el psicólogo realiza una breve exposición de lo que significa resiliencia, para reafirmar lo aprendido, y resalta la importancia de la actitud de los agentes de salud frente a los pacientes, y la necesidad de fomentar aspectos sanos y de cuestionar estereotipos que aparecen en la práctica. (15 minutos aproximadamente).

2º Encuentro: se identifican aquellas características resilientes y se plantean aportaciones que cada participante pueda hacer según su experiencia. Mediante ésta actividad se favorece el reconocimiento de las diferencias individuales y la posibilidad de compartirlas y realizar una tarea interdisciplinaria.

Se reciben a los participantes y se les pide que formen grupos de no más de 6 personas, como ellos prefieran. Cada grupo se ubica en ronda. El psicólogo les pide que entre ellos comenten situaciones de su trabajo, que se relacionen con lo abordado en el encuentro anterior, resiliencia, factores protectores y de riesgo. (20 minutos aproximadamente).

Una vez que todos hayan participado, propondrán alternativas de acción, fundamentando el porqué y el cómo de las mismas. (30 minutos aproximadamente).

El psicólogo visita cada grupo, respondiendo consultas y promoviendo el intercambio. A continuación, cada equipo elige la situación que considere más relevante, para compartirla con el resto de los grupos. (20 minutos aproximadamente).

Por último, entre todos intentan extraer las ideas más importantes de cada caso y de la dinámica realizada. (20 minutos).

3º Encuentro: el enfoque de resiliencia se centra en una perspectiva de desarrollo psicosocial, donde el foco de atención es el recién nacido prematuro y su familia, tomados como individuos totales (con aspectos biológicos, sociales, psicológicos, factores de riesgo y de protección), frente a los cuales el personal de salud puede generar acciones que promuevan la salud, y en ésta la resiliencia.

Este encuentro permite el cuestionamiento de los propios valores y de los otros, sobre la modalidad de trabajo utilizada, además de favorecer la integración de los miembros del Servicio.

Luego de recibir a los participantes, el psicólogo pide que se ubiquen en ronda. Se entrega a uno de los integrantes del grupo una hoja, que deberá pasar luego al compañero sentado a su derecha, y así sucesivamente hasta finalizar el círculo. En la hoja se deben escribir al menos dos factores de riesgo y dos factores protectores que reconozcan en una familia con un niño prematuro en internación. Intentarán no repetir las respuestas.

A continuación, escriben dos acciones del personal de salud que consideran que favorecen la resiliencia y aquellas que la obstaculizan.

Por último, escriben sentimientos que piensan que experimenta la familia durante la hospitalización del bebé. (30 minutos aproximadamente).

Tres voluntarios escriben en el pizarrón las respuestas dadas a cada consigna. Cada participante toma una hoja y la divide en 4 columnas: de acuerdo, en la primera; indiferente, en la segunda; en contra, en la tercera, y absurdo, en la cuarta. Ubica las respuestas del pizarrón en cada columna para luego contar al grupo la evaluación que realizó. Se cuestionan. (30 minutos aproximadamente).

Por último, el psicólogo solicita que dialoguen acerca de cuál piensan que era el objetivo de la dinámica y acerca de lo que aprendieron de la misma.

4º Encuentro: destinado exclusivamente para hacer una evaluación y tener una conversación libre respecto del taller y cómo se sintió cada uno en el grupo.

El psicólogo pide a los participantes que realicen una evaluación del taller (los aspectos positivos y negativos de la dinámica, el cumplimiento de los objetivos personales y de la actividad, y sobre lo aprendido).

Al finalizar, el psicólogo entrega a cada participante el siguiente cuestionario (puede modificarse según las características de la población hacia la cual se dirige):

Cuestionario:

- a. ¿Deseaba decir algo y no pudo decirlo?
 - A menudo.
 - A veces.
 - Nunca.
- b. Al intervenir, ¿le quedó la impresión de ser dejado de lado, no comprendido, mal juzgado?
- c. El clima del grupo a su juicio fue:
 - Amistoso.
 - Indiferente.
 - Entusiasta.
 - Formal.
- d. ¿Cómo le hubiese gustado que el grupo lo tratara?
- e. ¿Cuáles eran sus expectativas de comenzar el taller?; ¿En qué medida el taller cumplió con sus expectativas?
- f. ¿Qué aportes hizo el taller a su vida laboral y personal?
- g. ¿Qué sugiere realizar en futuros encuentros?

Los cuestionarios le permiten al psicólogo realizar una evaluación del taller y de su desempeño profesional.

Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital.

Frecuencia y duración:

- 1 vez por semana durante 90 minutos aproximadamente.

Materiales:

- Papeles.
- Lapiceras.
- Pizarrón.
- Tizas de colores.
- Computadora.
- Impresora.
- Tinta.

Costos:

- A cargo de la Nación, en el salario percibido por el psicólogo; y los materiales incluidos en el presupuesto mensual del Servicio de Neonatología.

3. Favorecer la relación médico-familia.

- a. Promover la comunicación y el contacto entre los padres del recién nacido prematuro, el equipo médico y el personal auxiliar que asiste al niño.

Taller de la “casita” de la resiliencia para el personal de salud.

La serie de actividades desarrolladas anteriormente contribuyen en mayor o en menor medida al logro de este objetivo, pero para reforzar el alcance del mismo se propone la realización de un taller destinado a las personas que integran el Servicio de Neonatología.

Asimismo esta actividad contribuye al logro del objetivo 2.b. acerca de incorporar el concepto de promoción de la resiliencia a la experiencia profesional y personal del equipo de salud.

La “casita” es un instrumento de reflexión que favorece la comunicación y la cooperación entre las personas. Equivale a la mirada que hace cada uno de la realidad, y lo más importante es que ayuda a comprender y respetar al otro.

Este ejercicio de visualización permite que el personal de salud pueda tomar conciencia de las propias competencias y limitaciones, de las de la familia del niño prematuro, y trabajar en busca de la complementariedad.

Objetivos:

- Estimular el intercambio y el debate entre el personal de salud.
- Tomar conciencia de las lagunas en el conocimiento que tienen los integrantes del Servicio sobre la familia del RNP.
- Reflexionar sobre las diferencias y sobre las informaciones que subyacen a ellas.
- Ayudar a redefinir el perfil del Servicio.
- Favorecer el contacto con la realidad del niño y su familia.
- Considerar al niño y su familia en su contexto, no como una serie de piezas sueltas.

Responsables:

- Un psicólogo.

Desarrollo:

El psicólogo recibe a aquellos integrantes del Servicio que quieran participar en la propuesta (número ideal de 12 a 14 personas), les da la bienvenida (10 minutos) y les pide que se presenten diciendo su nombre y la tarea que realizan en el Servicio.

A continuación el psicólogo explica en qué consiste el taller de la “casita”, qué objetivos se pretenden alcanzar a través del mismo, y realiza una exposición en profundidad sobre los conceptos que se trabajarán en el grupo (20 minutos). Para la exposición se sugiere utilizar materiales llamativos (cartulinas de colores, marcadores, tizas de colores, etc.) que faciliten el reconocimiento de los conceptos más importantes.

En la “casita”, cada habitación representa un campo de intervención posible para la construcción o el mantenimiento de la resiliencia, y para favorecer la relación del personal de salud con la familia del recién nacido prematuro.

El suelo: representa las necesidades materiales esenciales. Si la salud de un niño es muy mala hay que intentar mejorarla. Es una etapa preliminar a toda otra acción.

Lo cultural local representa, en cierta forma, el material de construcción de la “casita”. Es indispensable tomarlo en cuenta. ¿Cuáles son los elementos que se pueden encontrar en la cultura del niño y de su entorno para edificar la “casita”. La lista de elementos no tiene fin: historias, juegos, humor, imágenes, cuentos, costumbres, tareas, etc. Hay que compararlo con la construcción de una verdadera vivienda. Según las circunstancias, las necesidades y el clima, el hombre construye con ladrillo, cemento, madera, paja, piedras, rocas, arcilla, nieve...

Los cimientos: la base de la “casita” es la aceptación fundamental de la persona. Es importante hacer notar que no se trata de una actividad unilateral, sino que debe existir reciprocidad: el personal de salud y la familia del niño deben aceptarse mutuamente. El equipo médico lleva a la familia, pero al mismo tiempo se deja llevar por la misma. Se propone llamar “sustentación” a esta relación. La sustentación forma el núcleo básico. En torno a ella se desarrollan redes de contratos informales: la familia ampliada, los amigos, los vecinos, etc. Estas redes cambian permanentemente.

Durante los primeros meses de internación del niño, se teje un vínculo muy estrecho entre el personal de salud y los padres del mismo. Los padres descubren si pueden confiar o no en su entorno. Desarrollan entonces una confianza fundamental o una desconfianza fundamental. Si la sustentación no se efectúa durante las primeras semanas, será muy raro que se lleve a cabo. El sentimiento de estar juntos es muy importante, tanto para los miembros del Servicio como para los padres, y por desgracia ese sentimiento es algo que con frecuencia se niega.

Planta baja: consiste en la capacidad de descubrir un sentido. Toda persona tiene necesidad de sentirse capaz de descubrir el sentido de su vida, y puede hacerlo por medio de diferentes actividades: actividades emocionales, estéticas, éticas y racionales.

A través de las actividades emocionales el ser humano aprende a manejar sus sentimientos y comprenderlos.

Otra actividad muy significativa para el descubrimiento del sentido, es la filosofía. Para filosofar hacen falta otros compañeros, no puede hacerse solo. No se trata de una discusión cuyo objetivo sea convencer al otro, sino a través de los demás. Es la posibilidad de hablar y de reflexionar. Además filosofar permite afinar numerosas aptitudes básicas: un primer grupo consiste en seguir un razonamiento, en argumentar, en analizar, en preguntar, en establecer vínculos, etc. Un segundo grupo se halla vinculado al hecho de discutir en grupo: escucharse, estar abierto a las críticas, respetar a los demás, etc.

1° Piso: se encuentran 3 habitaciones, la de las aptitudes y las competencias, la de la autoestima y la del humor. La habitación de las aptitudes y las competencias, se encuentran influidas por la inteligencia y aptitudes sociales. Existen también aptitudes menos cognitivas: las relacionales, bien profesionales y las de supervivencia. Gracias a las competencias relacionales, la persona es capaz de expresar sus sentimientos. Las aptitudes profesionales le permiten ganarse la vida; y en cuanto a las de supervivencia, consisten en la capacidad para manejarse en la vida.

La habitación de la autoestima se refiere a que la persona se siente a gusto consigo mismo. Está rodeado por personas que ratifican su valor y lo animan. Su buen equilibrio mental le permite explorar sus posibilidades, las de los demás y las del mundo material. Está motivada y no se siente bloqueada por obstáculos que juzga insuperables.

El humor es la tercera habitación de la “casita”, muy importante en las interacciones humanas. Los que no saben relativizar se toman el conflicto en serio y se sienten desgarrados. Constantemente el sentido de la vida es relativo, está vinculado al contexto y, sin ese contexto, se convierte en un sinsentido.

El desván: aquí figuran las “otras experiencias”, porque en cada contexto puede haber un potencial específico que no se encuentra en otro lado.

Al igual que una casa real, la “casita” necesita que se ocupen de ella: limpieza, reparaciones, reconstrucción en caso de catástrofe. Esta comparación muestra que la resiliencia no es una característica dada y estable, sino que puede variar en el transcurso de la vida y hay que sustentarla. La autoestima, la aceptación y las competencias son realidades que deben alimentarse con pequeños gestos palabras, como mensajes de agradecimiento o de aliento. En la vida hay “terremotos”, o “huracanes”: la muerte de un familiar, las enfermedades, la violencia, la necesidad de huir..., son situaciones que pueden estropear tanto la “casita” que una reconstrucción se hace necesaria.

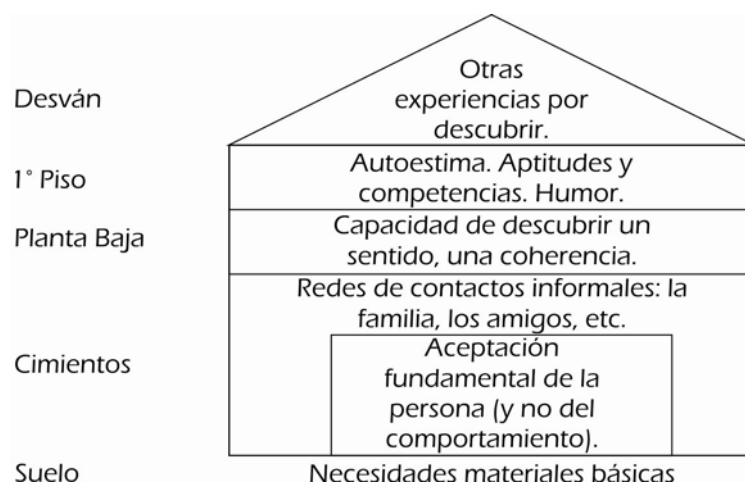
Después de haber explorado los pisos y las habitaciones de la “casita”, el psicólogo pide a los participantes que tomen una hoja en blanco, y en base a lo expuesto anteriormente, dibujen una casita. (10 minutos aproximadamente). Les recuerda que la casa no es una suma de los pisos y habitaciones, y por lo tanto es necesario tener una visión de conjunto de la misma. Determinar de qué modo situar las habitaciones en su relación mutua, comparando sus dimensiones y sus formas.

Es importante que el psicólogo aclare que no existen dibujos buenos y malos, sino diferentes, según cómo cada uno observa la realidad. Para la realización de los dibujos, se pone a disposición de los participantes distintos materiales, como: marcadores, lápices, crayones, etc., para que utilicen lo que más prefieran.

Luego se trabaja en grupo de 4 ó 5 personas. Cada cual enseña su dibujo y lo explica. Una vez que todos participaron, comentan y debaten sobre la actividad realizada y lo aprendido en ella (30 minutos aproximadamente).

Para el cierre del taller, el psicólogo realiza una síntesis de las ideas más relevantes a las que arribó el grupo y las escribe en el pizarrón a la vista de todos. (10 minutos).

Construcción de la “casita” de la resiliencia



Lugar de realización:

- Salón de Ateneos del Hospital

Frecuencia y duración:

- 1 encuentro durante 90 minutos aproximadamente.

Materiales:

- Papeles.
- Marcadores.
- Lápices.
- Crayones.
- Pizarrón.
- Tizas de colores.

Costos:

- El psicólogo realiza ésta actividad de forma gratuita, y los materiales están incluidos en el presupuesto mensual del Servicio de Neonatología.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES		1				2				3			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES	Creación de un Equipo de Interconsulta.												
	Charlas informativas para padres de RNP.												
	Entrega de folletos informativos sobre lo abordado en cada charla.												
	Entrevistas psicológicas para los padres.												
	Acompañamiento psicológico durante la comunicación del diagnóstico.												
	Grupo de padres.												
	Visitas programadas a la UCIN.												
	Charla informativa para el personal de salud.												
	Entrega de un cuadernillo informativo para el personal de salud.												
	Grupo de reflexión para el personal de salud.												
	Taller participativo para el personal de salud.												
	Taller de la "casita" de la resiliencia para el personal de salud.												
Evaluación del Proyecto (cada 3 meses)													

PROPUESTA DE EVALUACIÓN

Spadafora (2003), plantea que todo proyecto social debería siempre exhibir como contracara a la formulación, la implementación y la operación, la información necesaria para valorar si los objetivos previstos serán alcanzados. El proceso continuo de reflexión, utilizando un procedimiento sistemático de recolección, análisis e interpretación de la información para reorientar las acciones y garantizar el logro de los objetivos, se denomina evaluación del proyecto. Lo óptimo es que el proceso de evaluación sea continuo y se realice en forma concomitante con la formulación y la gestión del proyecto.

Este autor define dos tipos de evaluación según el momento en que se realiza y el objetivo perseguido:

- a. *La evaluación ex ante:* se realiza antes de la inversión y la operación. Permite estimar tanto los costos como el impacto o beneficios para adoptar la decisión cualitativa de implementar o no el proyecto. La evaluación ex ante mira el futuro y prevé la viabilidad y factibilidad de un proyecto. Mira y trata de predecir lo que puede ocurrir.
- b. *La evaluación ex post:* se lleva a cabo durante las etapas de operación y una vez concluido el proyecto. Permite evaluar si se logran los objetivos y se respetan los costos. La evaluación ex post mira el pasado y utiliza registros e indicadores cualitativos y cuantitativos. Mira y trata de interpretar que ocurrió.

La propuesta de evaluación del presente proyecto incluye ambas modalidades de evaluación. La primera tuvo lugar durante la realización del diagnóstico situacional, a través del cual se pudo identificar la problemática que enfrenta la Institución, y a la que se intenta dar respuesta por medio de la implementación de este programa.

Seguidamente se realizó una evaluación de los recursos disponibles, a los fines de determinar el grado de idoneidad y factibilidad de las actividades sugeridas en dicho programa. En cuanto a la evaluación ex post, se debe tener en cuenta que a cada momento de formulación y operación, le corresponde un momento complementario

de evaluación. La formulación y la evaluación del proyecto son las dos caras de una misma moneda y van siempre juntas a lo largo del desarrollo del mismo.

Una vez que se hayan cumplido los tiempos previstos para la implementación de las actividades propuestas (ver cronograma de actividades) se estará en condiciones de realizar una evaluación de impacto, para observar los efectos que tuvo el proyecto sobre la población destinataria. A continuación se presenta una serie de indicadores a considerar:

- % de pacientes que recibieron asistencia psicológica durante la hospitalización del recién nacido prematuro.
- % de pacientes que asisten a los controles de seguimiento, luego de haber recibido asistencia psicológica durante la internación del niño.
- % de padres conformes con la atención recibida.
- % de padres que ingresan al hospital y no son asistidos.
- Número de pacientes por hora médica.
- Promedio de días de internación de RNP.
- % de RNP que experimentan síntomas de estrés.
- % de RNP con secuelas en el desarrollo.
- % de miembros del Servicio conforme con la propuesta de intervención.

Según Vergara (1985), la evaluación de un proyecto puede realizarse de distintas formas según la procedencia de los evaluadores:

- a. *Evaluación interna:* se realiza por parte de personas que proceden del interior de la institución ejecutora del proyecto.
- b. *Evaluación externa:* se realiza por medio de evaluadores externos a la institución y por encargo generalmente de ella.

- c. *Evaluación mixta*: es aquella realizada por un equipo de trabajo constituido por evaluadores internos y externos a la institución ejecutora del proyecto.

Se sugiere que la evaluación del proyecto sea realizada por los mismos integrantes del Servicio, realizando una evaluación interna, ya que estos participarán de la implementación del programa por lo que se convertirán en los mejores evaluadores, aptos para dar sus puntos de vista, para comunicar las necesidades y las dificultades que se les presentaron, y para realizar las críticas que consideren pertinentes.

En cuanto a la modalidad de evaluación del proyecto se realizará desde un modelo no experimental, que según Vergara (1985), es aconsejable cuando:

- Se busca mejorar las prácticas y procedimientos del proyecto por medio de una retroalimentación periódica.
- Se quiere añadir o desechar estrategias y técnicas específicas del proyecto.
- Se necesita una información rápida sobre el comportamiento de un proyecto.

Como instrumentos para la recolección de datos para la evaluación de las actividades propuestas se sugiere:

- Observación.
- Registro de asistencia.
- Registro de Información.
- Cuestionario.
- Taller.

Actividades	Observación	Registro de asistencia	Registro de información	Cuestionario	Taller
Creación de un Equipo de Interconsulta.					
Charlas informativas para padres de RNP.					

Entrega de folletos informativos sobre lo abordado en cada charla.					
Entrevistas psicológicas para los padres.					
Acompañamiento psicológico durante la comunicación del diagnóstico.					
Grupo de padres.					
Visitas programadas a la UCIN.					
Charla informativa para el personal de salud.					
Entrega de un cuadernillo informativo para el personal de salud.					
Grupo de reflexión para el personal de salud.					
Taller participativo para el personal de salud.					
Taller de la "casita" de la resiliencia para el personal de salud.					

Observación

La observación es una técnica sencilla pero de gran utilidad, que permitirá notar los cambios que gradualmente se irán produciendo en el comportamiento de los padres y en las relaciones de los mismos con su hijo, como resultado de las actividades propuestas y de las intervenciones del psicólogo. Podrán identificarse rápidamente situaciones de riesgo y emprenderse acciones tendientes a prevenirlas.

Registro de asistencia

Mediante el registro cuantitativo de asistencia de los padres o del personal de salud a las diferentes actividades sugeridas, podrá detectarse el grado de interés de los mismos en la propuesta, así como también realizarse comparaciones entre la asistencia durante los primeros meses de iniciación del proyecto y durante el período de finalización del

mismo (notar en qué medida aumenta o disminuye la asistencia e intentar identificar posibles razones).

Registro de información

El registro de información se propone para aquellas actividades que implican un trabajo personalizado del psicólogo con los padres del bebé prematuro. Permite realizar una valoración cualitativa del desarrollo y de la evolución de cada caso, evaluar el impacto que tuvo el accionar del psicólogo en cada situación, y realizar las modificaciones necesarias para mejorar la calidad de la atención prestada a los padres.

Cuestionario

Se propone la elaboración de un cuestionario destinado a los padres de recién nacidos prematuros que asisten a las charlas informativas organizadas en el Servicio, con la finalidad de evaluar la utilidad de las mismas, el grado de interés que despiertan en los padres, y para obtener una devolución de los puntos de vista de los mismos.

El cuestionario consiste en cinco preguntas de opción abierta (pueden incluirse nuevas preguntas para indagar otros aspectos):

- a. ¿Qué dificultades tuvo para comprender las temáticas abordadas en las charlas?
- b. ¿Qué temas le hubiese gustado tratar en las mismas? ¿Por qué?
- c. ¿En qué lo benefició ésta experiencia?
- d. ¿Qué cambios propone realizar para futuros encuentros?
- e. ¿Qué le sugeriría a los profesionales responsables de las charlas?

El cuestionario será administrado de forma oral o escrita, dependiendo de las características de la población hacia la cual se dirige, al finalizar el último encuentro.

Taller

Luego de tres meses de implementado el proyecto, se propone la realización de un taller en el que participen todos los integrantes del Servicio de Neonatología, con el propósito de evaluar conjuntamente la ejecución del mismo. El coordinador será el psicólogo del Servicio, quien además de exponer sus propias opiniones sobre la

experiencia, se enfocará en el manejo de la dinámica grupal y en atender las devoluciones que realicen los demás participantes.

En base a la información obtenida, el psicólogo podrá reformular los objetivos y las estrategias de intervención, a los fines de mejorar la programación del proyecto para su puesta en funcionamiento nuevamente.

El taller puede realizarse en el Salón de Ateneos del Hospital, con una duración de 90 minutos aproximadamente.

En cuanto a la evaluación del grupo de padres de recién nacidos prematuros, la misma se realizará durante el último encuentro de esa actividad, y se encuentra desarrollada en detalle en la propuesta de intervención.

5. Conclusiones

CONCLUSIONES

A partir de la realización de este trabajo, se desprende como conclusión, la necesidad de transmitir al equipo de salud del Servicio de Neonatología, la importancia de integrar la dimensión psicológica al trabajo interdisciplinario, que realizan en el abordaje del recién nacido prematuro.

A lo largo de estas páginas se ha desarrollado la temática haciendo referencia al impacto psicológico que produce el nacimiento prematuro en el recién nacido, sus padres, y en aquellos que trabajan diariamente en su asistencia. Los conocimientos alcanzados durante la búsqueda bibliográfica y a través de la realización del diagnóstico situacional de la Institución, permitieron fundamentar y diseñar un Programa de intervención, centrado en tres ejes fundamentales: el bebé prematuro, su familia y el equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El trabajo realizado ha permitido reafirmar:

- La necesidad de implementar un Programa de intervención que considere el aspecto orgánico, así como también y de la misma manera, el aspecto psicológico y social de la prematurez.
- La importancia de trabajar de forma interdisciplinaria, desde una perspectiva de prevención.
- Los efectos positivos que produce la capacitación del personal de salud, con respecto a las condiciones ambientales de la UCIN, y sobre la modalidad de interacción con los padres del bebé prematuro.
- La importancia del acompañamiento psicológico de los padres y del recién nacido prematuro a lo largo de la internación.
- Lo indispensable que resulta para el desarrollo psicológico y social del niño, que se mantenga la continuidad del vínculo con sus padres, especialmente con su madre.

- La necesidad de proteger al equipo de salud contra el desgaste físico, emocional y del comportamiento, por estar expuesto constantemente a situaciones de intenso estrés.

La nueva realidad que surge a partir de los avances de la Neonatología, que ha disminuido la mortalidad neonatal y ha aumentado la sobrevivencia de recién nacidos de menor tiempo y peso, plantea una situación crítica, por el costo emocional que conlleva y por el surgimiento de nuevas demandas y necesidades. Es así que lejos de estar agotado el trabajo en este campo, se abren nuevas posibilidades y líneas de investigación, para reflexionar y para responder de la mejor forma a un pedido de asistencia.

Como se ha desarrollado anteriormente, el nacimiento prematuro interrumpe el proceso normal de gestación. Los padres aún no están preparados para ser padres y deben enfrentar la separación que la internación del recién nacido requiere. Los primeros encuentros con el niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), despiertan en ellos intensas emociones y sentimientos ambivalentes; ingresan en un mundo completamente desconocido, del cual deberán formar parte para mantener el contacto con su hijo.

Ante esta situación es que surge la necesidad de desarrollar una matriz de apoyo y de sostén para contener y apoyar a los padres. Se trata de emprender acciones que fortalezcan su capacidad de autogestión y de resiliencia, para enfrentar la hospitalización del bebé. Esta tarea involucra a todo el personal de salud, pero especialmente será el psicólogo el encargado de intervenir para detectar y responder a las necesidades que el bebé prematuro, su familia y el equipo de salud plantean.

Lo que se ha intentado comunicar a través de la propuesta, ha sido que si bien se trata de una tarea compleja, es sumamente necesaria y urgente su realización. Requiere de un trabajo en equipo, más humano y creativo. Es decir que no son necesarios grandes recursos, sino originalidad en las acciones e iniciativa para llevarlas adelante.

En el futuro las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales presentarán grandes cambios, para encontrar el equilibrio entre el gran apoyo tecnológico y una mayor comprensión de los requerimientos del paciente y su familia (Martínez, 1993).

En lo personal, la realización de este trabajo tuvo una importante trascendencia en mí. Representa el pasaje de una etapa de mi vida a otra muy diferente. Especialmente me ha permitido la aproximación al ejercicio del rol profesional; conocer en profundidad una realidad concreta, la de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); poder imaginarme trabajando como psicóloga en este espacio de la salud en el que considero que pueden hacerse grandes e importantes aportes.

Espero que el presente Proyecto se convierta en un estímulo para que otros psicólogos se interesen en el abordaje del bebé prematuro, su familia y el equipo de salud, para que en pocos años Programas como éste, dejen de ser un privilegio y se transformen en fundamentales en cualquier Servicio de Neonatología de cualquier hospital.

6. Bibliografía y Fuentes de Información

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Anónimo (s. f.). Recuperado el 17/05/06 de: <http://www.polemos.com.ar/pdf/v7/edelmanx.pdf+grupos+balint&hl=es&ct=clnk&cd=17>
2. Anserment, F. (s. f.). ¿De qué sufren los niños en Neonatología?. *Revista del Instituto del Campo Freudiano. N° 1*, p. 18.
3. APAPREM (s. f.). Recuperado el 20/03/06 de: <http://www.apaprem.org.ar>
4. APRECAN (s. f.). Recuperado el 20/06/06 de: <http://www.aprecan.org/informacion.html>
5. Arreaza, R.; Mugarra, X.; Burdeinick, I.; Ortiz, N.; Macedo, M.; Molina, A. (1983). *Incorporación del psicólogo al programa docente de Medicina Crítica*. II Congreso Panamericano Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Buenos Aires.
6. Barboza, R. S. & Dieguez, G. D. (1998). *Descubriendo. Recursos para la dinámica grupal*. Buenos Aires: Arete Editorial.
7. Beker, E. (s. f.). Recuperado el 17/05/06 de: <http://www.geocities.com/bibliografias/gbalint.htm>
8. Bouteloup, P. (2001). Derecho a soñar, incluso en el hospital. *Label France. N° 43*, p. 14.
9. Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
10. Brites de Villa, G. & Müller, M. (1989). *Cien y un juegos. Propuestas de actividades en talleres de aprendizaje y grupos de encuentro para aprender a convivir*. Buenos Aires: Bonum.
11. Carter, B. S. (2004). Providing Palliative Care for newborns. *Pediatrics Annals Thorofare. Vol. 33*, p. 770.

12. Caviedes, M. (1986). *Dinámicas de grupos*. Bogotá: Colección Pedagógica Grupal.
13. CEDSA (2006). Centro de Estudios a Distancia de Salta. Módulo I, pp. 63 – 72.
14. CESNI (1991). *Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. Una ayuda para la nutrición del niño oncológico*, pp. 1 – 2.
15. “Continuity and change in early neural development” (1984). Recuperado el 15/08/06 de: <http://people.bu.edu/sonia/References.htm>
16. Critical Care (1982). Burnout. *Medicina intensiva. Vol. 10, N° 3, p.208*.
17. Cyrulnik, B. (2004). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. Barcelona: Gedisa Editorial.
18. Cyrulnik, B., Guénard, T., Manciaux, M., Tomkiewicz, S., Vanistendael, S., et al. (2004). *El realismo de la esperanza. Testimonio de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona. Gedisa Editorial.
19. *Decálogo de los Derechos del niño hospitalizado* (1992). Colegio Médico de Chile.
20. Egan, F. (s. f.). Cuidado para el Neurodesarrollo. *Nestlé Nutrition, 3*, pp. 13 – 23.
21. Eisenstein, E. & Pagnoncelli de Souza, R. (2004). *Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes*. (pp. 27 – 34). Buenos Aires: FUSA 2000 Editora.
22. Faure, G. & Lascar, S. (1981). *El juego dramático en la escuela. Fichas de ejercicios*. París: Cincel-Kapelusz.
23. Ferrari, H.; Luchina, I. L. & Luchina, N. (1971). *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Nueva Visión.
24. Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. (pp. 242 – 243). Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
25. Freud, S. (1917). *La angustia*. (p. 358). Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
26. Freud, S. (1973). *La Dinámica de la transferencia*. (p. 1644). Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

27. FUNDASAP (2006). *Fundación Sociedad Argentina de Pediatría*.
28. Fundación "Natalí Dafne Flexer" (s. f.). *Días de hospital*.
29. Garelli J. C. & Montuori E. (1997). Vínculo afectivo materno- filial en la primera infancia y teoría del attachment. *Pediatría práctica. Vol. 95*, pp. 123 – 125.
30. Guía de Evaluación de Servicios de Neonatología (2004). *Hospital Pablo Soria*.
31. Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (2005). *Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación*, pp. 5 – 31.
32. "Grupos de Reflexión" (s. f.). recuperado el 17/05/06 de: <http://www.elmurocultural.com/Claves/balint1.html>
33. "Historia de la Neonatología" (s. f.). Recuperado el 22/05/06 de: <http://www.sociedadmedicall.cl/neonatologia/historia.html>
34. Kestelman, P. (s. f.). La alienación en la práctica médica. Los espacios de reflexión, una alternativa para el cuidado del equipo de salud y su paciente. *Servicio de Salud Mental. Hospital Juan P. Garrahan*.
35. "Los grupos Balint" (s. f.). Recuperado el 17/05/06 de: <http://www.elmurocultural.com/Claves/balint1.html>
36. Lubelza, R. (s. f.). Recuperado el 17/05/06 de: http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=52
37. Martínez, J. C. (1993). *El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor*. Buenos Aires: Lidiun.
38. "Método Madre Canguro" (s. f.). Recuperado el 20/03/06 de: <http://www.apaprem.org.ar>
39. Moccio, F. (1980). *El taller de terapias expresivas*. (pp. 12 – 61). Buenos Aires: Paidós.
40. Molina Peralta, A. (1989). *La comunicación con los padres en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Universidad Central de Venezuela*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.

41. Menéndez, C. E. (1998). *Implicancias del nacimiento patológico en el vínculo y el desarrollo del lactante y su familia. Avances, tendencias y controversias. Vol. V, 3*, pp. 202 - 204.
42. Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
43. Raynal, F. (2001). El Instituto de Puericultura de París. *Una estructura al servicio de la vida. Label France. N° 43*, pp. 12 - 13.
44. Spadafora, S. G. (2003). *Guía para la Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión*. Instituto Provincial de la Administración Pública: San Salvador de Jujuy.
45. Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
46. The University of Texas System Cancer Center (1981). M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute. (pp. 19 – 23).
47. Trumper, J. A.; Centanni, J. I. y Szajkis de Kenig, R. (1981). Relación médico-paciente en un Servicio de Terapia Intensiva Neonatológica. *Revista del Hospital de Niños. Vol. XXI*, pp. 105 – 106.
48. Vanistendael, S. (1998). *Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: Capitalizar las fuerzas del individuo. Secretariado Nacional para la Familia. Comisión Episcopal de Pastoral Familiar*. Buenos aires.
49. Vega, E. Y. (2006). *El psicoterapeuta en Neonatología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
50. Vergara, E. M. (1985). *Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
51. Winnicott, D. (1956). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
52. Wolfberg, E. (2002). *Escenarios actuales*. (pp. 11– 25). Buenos Aires: Lugar.

F. ANEXOS

**MODELO DE ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA**

1. ¿Cuál es su tarea en el Servicio?
2. ¿Cómo trabaja específicamente en la asistencia al RN prematuro y qué dificultades detecta en su trabajo?
3. ¿Actualmente se lleva acabo algún tipo de abordaje psicológico dirigido a los padres del RN prematuro?
4. ¿Hubo en el Servicio algún antecedente de este tipo?
5. ¿Por qué cree que se dejó de implementar?
6. ¿Considera importante la presencia de un psicólogo en el Servicio? ¿Por qué?
7. ¿Cree que es necesaria la implementación de un programa para el abordaje del RN prematuro y sus padres? ¿Por qué?
8. ¿Quiénes considera que deberían ser los destinatarios del programa?
9. ¿Piensa que sería necesario incluir al equipo médico y al personal asistencial como destinatarios del programa? ¿Por qué?
10. ¿Qué dificultades percibe en lo personal con respecto a su trabajo en la asistencia la RN prematuro?
11. ¿Cree que sería importante que el programa atienda esas necesidades personales? ¿Por qué?
12. ¿Tiene alguna sugerencia para la elaboración del programa?

ANTECEDENTES GENERALES

1. Acerca del método Madre Canguro

El Método Canguro (s.f.) consiste en mantener al recién nacido de bajo peso, apenas vestido (con pañal, gorrito y mediecitas para prevenir la pérdida de calor) recostado sobre el tórax de su mamá en posición vertical decúbito prono (como una rana) en contacto directo con su piel.

Ofrece la ventaja que cuando los únicos problemas del bebé son su termorregulación y aumento de peso, la incubadora puede ser reemplazada por una fuente humana de calor directo, su mamá o su papá.

Se inicia en el hospital y puede ser mantenido en casa, si el alta es precoz, hasta que el bebé alcance las 40 semanas de edad gestacional. El alta precoz posibilita reintegrar al niño rápidamente a la familia.

La aplicación del método puede ser la alternativa frente a la incubadora, como sustituto de ésta o para reestablecer el vínculo y propiciar el apego temprano, prolongado y continuo entre la mamá y el bebé.

En 1978 el método fue concebido e implementado en Bogotá, Colombia, por el doctor Edgar Rey Sanabria, pediatra del Instituto Materno Infantil de ese país como respuesta al hacinamiento en el Servicio de Neonatología que obligaba a colocar a más de un bebé por incubadora, ocasionando la transmisión de infecciones, y con el fin de reducir los abandonos producidos por la separación entre la madre y el niño.

Este método fue inspirado en los marsupiales, animales que posibilitan la gestación extrauterina ya que la bolsa marsupial constituye una verdadera incubadora viva. La madre como el marsupial utiliza su metabolismo para ayudar la maduración del bebé.

A partir de 1979 el trabajo fue desarrollado por los doctores Héctor Martínez Gómez y más tarde por Luis Navarrete Pérez. Entre 1990 y 1992 se efectúa la primera evaluación del programa realizada por un equipo interdisciplinario cuyo resultado fue publicado en la revista Pediatrics, en diciembre de 1994.

En 1993 se crea en la Clínica del Niño de Bogotá (Colombia) el Programa Madre Canguro ISS-World Lab. Con base en evaluaciones científicas sistemáticas que modificaron las pautas iniciales del programa, coordinado por las doctoras Nathalie Charpak y Zita Figueroa de Calume.

UNICEF le prestó apoyo desde el comienzo al programa en Colombia y colaboró para implementarlo en otros países. Financió en los jardines del Instituto Materno Infantil la construcción de una sede propia del programa llamada La Casita, para el acompañamiento ambulatorio de los grupos canguros, de madres y sus bebés.

El programa colombiano describe que para que un bebé pueda ser puesto en posición canguro:

- No puede presentar ninguna patología.
- Estar subiendo de peso en la incubadora y sin alimentación por sonda.
- Poseer una buena coordinación succión-deglución.

Los padres deben aceptar el método con todas sus implicaciones:

- Mantener al bebé las 24 hs. en la posición canguro, lo que requiere dormir en posición semisentado.
- No usar collares o adornos que puedan lastimar al bebé.
- Nunca poner al bebé en posición horizontal, para cambiarlo debe estar inclinado.
- La manipulación debe reducirse al mínimo.
- No debe ser bañado.
- Una vez dada el alta hospitalaria comprometerse a asistir a las consultas fijadas por los médicos que llevan el control de seguimiento ambulatorio.

No todos los padres están dispuestos al contacto piel a piel. Y esta técnica para que resulte exitosa debe ser siempre propuesta por los equipos de salud y no impuesta.

Actualmente en nuestro país fue puesto en marcha en 1986 en el Sanatorio Antártida de Resistencia, Chaco y desde allí se extendió al Servicio de Neonatología del Hospital Perrando, de la misma ciudad.

2. APAPREM, Asociación Argentina de Padres de niños Prematuros. Buenos Aires, Argentina

APAPREM (s. f.) ofrece a los padres de niños prematuros la posibilidad de asistir a un grupos de apoyo, el cual nace como respuesta a la necesidad de contención e información constante por parte de los papás y se convierte en el vehículo a través del cual se logra ayudarlos a sobrellevar la crisis provocada por el nacimiento de un hijo prematuro para que puedan desarrollar una relación más positiva con sus bebés.

La intención del grupo de apoyo es, de alguna forma, decirles a los papás, que no están solos, que otros papás que viven la misma situación, y que el grupo de profesionales está para acompañarlos y escucharlos, para brindarles información sobre niños prematuros, y para contarles de la importancia del vínculo afectivo con el bebé internado.

Modalidad del Grupo:

Se realiza una reunión semanal con madres y padres de bebés prematuros, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, coordinada por una psicóloga y una mamá que tuvo su hijo prematuro en esa misma UCIN, y que actualmente concurre al equipo de seguimiento. Es posible que la demanda de apoyo se genere de algún familiar que no son los padres del bebé, en este caso es importante focalizar el lugar de los padres para la contención y el asesoramiento necesarios.

Objetivos del grupo:

Los objetivos del grupo de apoyo es poder trabajar sobre los diferentes aspectos:

- Relación con médicos y enfermeros. Propiciar un espacio para las preguntas, las dudas y esclarecimiento de términos médicos.
- Acordar como será la permanencia de los padres en la UCIN para consolidar un vínculo primario y afectivo con el bebé.
- Poder sortear las dificultades en la lactancia materna, ya que la distancia física transitoria con el bebé no permite a la mamá la puesta al pecho (preocupación por "perder la leche").
- Integrar a los padres para que sean protagonistas en los cuidados del bebé, como son las rutinas de alimentación e higiene.
- Evaluar la necesidad de asistencia psicológica individual en el caso que fuera necesario.
- Facilitar redes institucionales que contemplen la problemática social y económica de la familia del bebé prematuro.

3. Asociación "Musique et santé". París, Francia

La Asociación "Musique et santé" (2001), apadrinada por músicos como Steve Waring y Jean- Jaques Milteau y subvencionada por el Ministerio de Cultura y Comunicación, lleva a cabo un programa de acción, formación y reflexión sobre la música. Incluye: encuentros musicales con niños hospitalizados y sus familias; grupos de reflexión con los profesionales implicados, cursillos de información pensados a partir del trabajo en el ámbito hospitalario.

El objetivo del músico en el hospital es mejorar la calidad de vida del niño, de su familia y del equipo sanitario. El personal sanitario que les canta a los recién nacidos mientras los cambian autoriza a los padres a cantarles también y fomenta así su integración en el Servicio.

En Neonatología, la madre retoma el contacto con su bebé a través de una canción de su propia infancia. Se valoriza a los padres y la música contribuye a una mejor comunicación con el niño.

4. IPP, Instituto de Puericultura de París. París, Francia

El Instituto de Puericultura de París (2001) se encarga del tratamiento global de las madres que padecen embarazos patológicos con un elevado riesgo fetal y de los prematuros en peligro.

El IPP, administrado por la Asociación de Desarrollo de la higiene maternoinfantil se caracteriza por su estatuto de hospital privado sin ánimo de lucro. Se ha convertido en uno de los centros de referencia en perinatología de Ile -de - France y se encarga de los recién nacidos cuya vida corre peligro y de los embarazos patológicos, con un elevado riesgo fetal.

El objetivo de este centro de neonatología es asumir el cuidado de estos bebés, tanto en el plano social como psicológico, para que recuperen un equilibrio de salud y puedan vivir lo antes posibles con sus padres.

Se han creado además estructuras de psiquiatría infantil, ya que el seguimiento de las familias pretende ser global. Los psiquiatras del centro de seguimiento infantil trabajan con las familias, así como con los futuros padres y madres, sobre los trastornos de la infancia relacionados con la relación precoz entre padres e hijos, con el sueño, la alimentación, la higiene y el aprender a hablar.

Por su parte, un centro de acción medicosocial precoz actúa en los ámbitos de la prevención y el seguimiento de niños pequeños minusválidos: enfermedades motrices cerebrales, retrasos del desarrollo, trisomía y sufrimientos psíquicos. Si se trata de niños prematuros u hospitalizados en el IPP, el equipo de pediatras, psicólogos, puericultoras, asistentes sociales, fisioterapeutas, logópedas, especialistas en psicomotricidad, colabora evidentemente con el centro de natalidad.

5. Servicio de Salud Mental. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

La Dra. Menéndez (1998) perteneciente al Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, afirma que la información médica tiene a veces un efecto traumático como resultado de la brusquedad con que es transmitida, o por estar plagada de crudeza o tecnicismos, por no tener en cuenta las posibilidades de

comprensión de los padres, o por cerrar todos los caminos de esperanza, muchas veces innecesariamente.

Propone a los fines de evitar esto, la implementación de una serie de medidas a considerar en el trabajo con los padres en la UCIN:

- Al recibir a los padres en la Unidad, es importante comunicarles no sólo el estado del bebé, sino también las características de los cuidados que se le brindarán.
- Hacer una breve reseña sobre los usos y costumbres del Servicio, como el régimen de visitas, el personal de la Unidad, los responsables del cuidado y la atención del niño.
- Es importante explicar de manera sencilla los elementos técnicos que rodean al bebé, señalando especialmente el carácter indoloro o no invasivo de alguno de ellos, y subrayando su utilidad.
- Brindar la información a los padres en un espacio y tiempo adecuados, y en un lenguaje comprensible para ellos. Si se tratara de una información crucial, como el diagnóstico o el pronóstico, es importante que estén ambos padres presentes. De no ser posible, dar a la madre la posibilidad de estar acompañada por alguien que ella designe.
- La información se debe dosificar y reiterar a fin de detectar lo que los padres entendieron.
- Se debe señalar lo positivo además de lo negativo, y ser muy cautelosos con el mal pronóstico.
- Se puede ofrecer orientación y sugerencias para algunas cuestiones como la información sobre los cuidados al niño, la información a otros hijos, entre otras.
- Un recurso muy valioso es la reunión de padres. En ésta se provee un espacio de palabra para el torbellino de sentimientos y experiencias que los padres viven día a día. Facilita la expresión de afectos y la elaboración de la situación.

6. Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Caracas, Venezuela

Molina Peralta (1983), psicóloga perteneciente al Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños J. M. de los Ríos de Caracas, Venezuela, expone que la primera tarea que debe llevar a cabo un psicólogo en el contexto hospitalario es plantear los problemas psicológicos que se presentan en un Servicio de Terapia Intensiva, y la segunda, adaptar los instrumentos psicológicos para que puedan ser usados en este campo. En su trabajo establece que las actividades diarias del psicólogo incluyen las entrevistas con los padres, la atención del paciente, la discusión de estas situaciones con los médicos residentes, y la observación y discusión de emociones del personal, incluyendo en ellas las del propio psicólogo.

A partir de esta experiencia plantea su trabajo como una forma de intervención haciendo referencia a que una persona normal en una circunstancia muy dolorosa o que produzca mucho miedo, puede perturbarse a partir de ese momento si la situación no es bien comprendida. Al no ser entendida, la persona recurre a mecanismos de defensa que la perturban y empobrecen, limitando sus capacidades en el mejor de los casos y, en otros, produciendo alteraciones psíquicas importantes.

Evitar que esto suceda es el trabajo diario del psicólogo con personas normales que viven una situación de crisis.

De esta forma otorga un carácter preventivo al trabajo, en el cual el objetivo es que la situación de crisis no contribuya a complicar los trastornos emocionales del paciente y su familia.

Planteó la necesidad de contar con un instrumento que permitiera afrontar la situación, abarcando los siguientes aspectos:

- La necesidad de informar a los padres.
- Recoger el material necesario para describir los tipos posibles de respuesta de los padres. Observar la que son normales y las que por ser patológicas requieren de intervención profesional.

- Poder evaluar la situación emocional de los padres, con el objetivo de prevenir futuros problemas.
- Encontrar un procedimiento que permita asistir la crisis que produce en los padres el estado crítico del niño.
- Facilitar a los médicos intensivistas un instrumento que les permita resolver los casos más fáciles y diferenciar los que requieren atención específica del psicólogo.

Este instrumento es la entrevista a los padres, realizada por un médico y un psicólogo. La experiencia de entrevistar conjuntamente tiene un valor docente; le ha permitido al médico enfrentar las emociones de los padres, contenerlas y pedir ayuda al psicólogo cuando se presenta la situación emocional que requiere de una intervención especializada.

7. Providing Palliative Care for newborns. Carter Brian. Estados Unidos

El Dr. Carter (2004) define el cuidado paliativo como la aplicación de confort y sugiere que en la UCIN pueden convivir la alta tecnología que salvan o prolongan la vida de los pacientes y el cuidado orientado al confort paliativo, centrado en el paciente y su familia.

El mismo incluye el cuidado del dolor y de los síntomas para el recién nacido, apoyo psicosocial para los miembros de la familia, apoyo espiritual, y que se logre una calidad de vida y la defensa de los mejores intereses de los bebés, que se determinan contemplando la sensibilidad cultural y la familia.

La sobrevivencia como único objetivo es inadecuado para los pacientes de la UCIN. Se debe considerar un éxito el poder dar cuidado, que incluya el apoyo a la familia a encontrar un significado a la vida de su bebé, durante el tiempo que éste viva.

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN NEONATOLOGÍA

ARM: asistencia respiratoria mecánica.

BOR: bronquitis obstructiva recidivante.

BPEG: bajo peso para edad gestacional.

BPN: bajo peso al nacer.

DBP: displasia broncopulmonar.

ECG: electrocardiograma.

ECN: enterocolitis necrotizante.

EG: edad gestacional.

EPC: enfermedad pulmonar crónica.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

FO: fondo de ojo.

FUM: fecha de última menstruación.

Hb: hemoglobina.

HI: hernia inguinal.

IV: virus de inmunodeficiencia adquirido.

HP: hipertensión pulmonar.

IRA: infecciones respiratorias agudas.

MMII: miembros inferiores.

MMSS: miembros superiores.

OTD: oxígeno terapia domiciliaria.

PC: perímetro cefálico.

PEAT: potenciales evocados auditivos de tronco.

PAEG: peso adecuado a edad gestacional.

PEV: potenciales evocados visuales.

N: peso al nacer.

RCIU: retardo de crecimiento intrauterino.

CP: reanimación cardiopulmonar.

RGE: reflujo gastroesofágico.

RN: recién nacido.

RNPT: recién nacido de pretérmino.

RNR: recién nacido de riesgo.

ROP: retinopatía del prematuro.

Rx: radiografía.

SDR: síndrome de dificultad respiratoria.

MSL: síndrome de muerte súbita del lactante.

SNC: sistema nervioso central.

SNG: sonda nasogástrica.

CIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

VSR: virus sincicial respiratorio

SNG: sonda nasogástrica.

UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

VSR: virus sincicial respiratorio.

(Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 2005).

CALENDARIO DE VACUNACIONES

Edad	Hepatitis B (HB) ⁽¹⁾	BCG ⁽²⁾	Cuádruple bacteriana (DTP-Hib) ⁽³⁾	Sabin (OPV) ⁽⁴⁾	Triple Viral (SRP) ⁽⁵⁾	Hepatitis A (HA) ⁽⁶⁾	Triple bacteriana (DPT) ⁽⁷⁾	Doble bacteriana (dTa) ⁽⁸⁾	Doble Viral (SR) ⁽⁹⁾
Recién nacido	1 ^{ra.} dosis**	1 ^{ra.} dosis*		2 ^{da.} dosis					
2 meses	2 ^{da.} dosis		1 ^{ra.} dosis	1 ^{ra.} dosis					
4 meses			2 ^{da.} dosis						
6 meses	3 ^{ra.} dosis		3 ^{ra.} dosis	3 ^{ra.} dosis					
12 meses					1 ^{ra.} dosis	1 ^{ra.} dosis			
18 meses			4 ^{ta.} dosis	4 ^{ta.} dosis					
6 años		Refuerzo		Refuerzo	2 ^{da.} dosis		Refuerzo		
11 años	Iniciar o completar esquema (3 dosis)				Refuerzo****				
16 años								Refuerzo	
Cada 10 años								Refuerzo	
Puerperio o post-aborto inmediato									Una dosis****

Los niños amamantados tienen mejor respuesta inmunitaria a las vacunas