

Opinión de padres de recién nacidos prematuros sobre la necesidad de un psicólogo en las unidades de neonatología

A.L. Antúnez Segura¹, R.M. Funes Moñux², A. de la Hoz Martínez³, M.J. Ripalda Crespo², N. Plana Farras⁴, R. Collado Gómez⁵

¹Médico adjunto de Pediatría. Servicio de Pediatría. ²Médico adjunto de Neonatología. Servicio de Pediatría.

³Psicóloga clínica adjunta. Servicio de Psiquiatría. ⁴Médico adjunto del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

⁵Enfermera de Unidad Neonatal. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Resumen

Introducción: El Plan Estratégico de Pediatría y Neonatología (PEPN) valora la figura del psicólogo clínico en la atención psicológica a familias y profesionales en las Unidades Neonatales de nivel III para facilitar la atención centrada en la familia. El objetivo de este trabajo es describir la opinión de los padres de recién nacidos prematuros o pretérmino (RNPT) ingresados sobre la necesidad de recibir atención psicológica periparto, así como de la satisfacción en la atención recibida durante el ingreso.

Método: Estudio observacional transversal mediante encuestas anónimas entregadas en la consulta de seguimiento al prematuro. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas. Los resultados se analizaron de forma descriptiva utilizando STATAv14.

Resultados: Se analizaron 119 encuestas (88% respondidas por madres). El 77% fueron RNPT ≥ 33 semanas, el 20% pesaron < 1.500 g y el 25% fueron gemelares. El 65% de los padres sintieron antes del nacimiento angustia y el 65% lo asoció a la prematuridad. Un 47% consideró positiva la ayuda de un psicólogo durante el ingreso, tanto más cuanto mayor era la prematuridad ($p = 0,017$). Un 8% consultó con un psicólogo privado tras el parto. Globalmente, la atención percibida durante el ingreso fue satisfactoria en un 91%.

Conclusiones: La condición de prematuridad es una situación de máxima vulnerabilidad somatopsíquica. Requiere un abordaje multidisciplinar para identificar situaciones de sufrimiento y alteraciones en el apego. La detección y atención precoz son prioritarias. El psicólogo clínico en Neonatología es percibido como necesario para atender una clínica altamente especializada. Se trata de una necesidad asistencial no cubierta en el momento actual.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Neonatología, prematuridad, psicología perinatal

Abstract

Title: Opinion of premature newborns' parents on the need for a psychologist in neonatology units

Introduction: The Strategic Plan for Pediatrics and Neonatology values the clinical psychologist figure in the psychological care of families and professionals in Neonatal Units of level 3. The objective of this project is to describe the opinion of premature newborns' parents about the need for peripartum psychological care, as well as satisfaction in the care received during admission.

Method: Cross-sectional observational study through anonymous surveys delivered in the follow-up of prematures. Descriptive analysis of sociodemographic variables. The results were analyzed descriptively using STATAv14.

Results: 119 surveys were analyzed (88% answered by mothers). 77% were prematures ≥ 33 weeks, 20% weighed < 1500 g and 25% were twins. 65% of parents felt anguish before birth and 65% associated this anguish with prematurity. 47% considered positive the help of a psychologist during admission, the more the greater the prematurity ($p = 0.017$). 8% consulted with a private psychologist after delivery. Overall, the attention received during admission was satisfactory by 91%.

Conclusions: The condition of prematurity is a situation of maximum somatopsychic vulnerability. It requires a multidisciplinary approach to identify situations of suffering and alterations in family affective bonds. Early detection and care is a priority. The clinical psychologist in Neonatology is perceived as necessary to attend a highly specialized clinic. It is a necessity of care not covered at the current time.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Neonatology, prematurity, perinatal psychology

Fecha de recepción: 12-02-19. Fecha de aceptación: 19-01-20.

Correspondencia: A.L. Antúnez Segura. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Carretera de Alcalá Meco, s/n. 28805 Alcalá de Henares. Madrid
Correo electrónico: al.antunez.segura@gmail.com

Introducción

El nacimiento de un recién nacido pretérmino (RNPT) conlleva un gran impacto psicosocial y sanitario con periodos de hospitalización prolongados y terapias en ocasiones de alto coste económico. En España un 6,5-7,5% del total de partos anuales corresponde a RNPT (30.000 RNPT al año) y los nacidos con ≤ 1.500 g de peso suponen el 1,5-1,9% de todos los neonatos¹⁻³.

Nuestro hospital, de donde parte este estudio, dispone desde el año 2012 de una UCI neonatal (UCIN) de Nivel IIIA⁴ (asistencia a RN mayores de 28 semanas y con un peso superior a los 1.000 g).

En la actualidad, el parto pretérmino constituye una cuestión social emergente. Los padres y familiares se encuentran ante una situación de incertidumbre inesperada respecto al futuro de su hijo a corto, medio y largo plazo. La alta morbilidad de estos pacientes prematuros implica no sólo una estancia hospitalaria larga, sino también la necesidad de un seguimiento clínico exhaustivo a lo largo de su primera infancia, con unos cuidados especiales y valoraciones multidisciplinarias. El entorno familiar en estos casos es fundamental y sus cuidados deben ser extremados a lo largo de todo el proceso de parentalización.

Este estudio parte de nuestra percepción profesional de que los padres de RNPT o de muy bajo peso al nacer presentan niveles más altos de estrés durante los primeros años de vida en comparación con los padres de los RN a término. Los factores implicados en la aparición de la angustia tras el nacimiento de un RNPT son múltiples: la permanencia prolongada en el hospital, el papel de los padres como cuidadores fundamentales, los complejos y costosos tratamientos, la elevada tecnificación, la lenta y a veces difícil ganancia ponderal, las comorbilidades asociadas, los reingresos frecuentes, etc.

Por tanto, resulta prioritario ofrecer un apoyo adicional dirigido a los padres de niños prematuros. Este apoyo debe realizarse de forma temprana, desde el momento del nacimiento e ingreso del prematuro en la unidad neonatal o, incluso, si fuera posible, antes de su nacimiento. Es importante entonces la figura del psicólogo clínico especializado que detecte situaciones de riesgo y signos de alarma en estas familias y que, además, pueda encargarse del seguimiento familiar durante el ingreso y a lo largo de los meses posteriores a la salida del hospital.

La llegada al domicilio es difícil para la familia. La inexperiencia, la necesidad de reorganizar anteriores rutinas y un intenso calendario de revisiones clínicas suponen una sobrecarga emocional. De esta necesidad han surgido diversas asociaciones de padres, con mayor o menor actividad, tanto a nivel hospitalario como provincial, autonómico o nacional.

La importancia de este tema se contempla en el Plan Estratégico de Pediatría y Neonatología de la Comunidad de Madrid⁵, que incluye la figura del psicólogo clínico en el apoyo a las familias y los profesionales en las Unidades Neonatales.

Tal y como se menciona en dicho Plan Estratégico, las Unidades de Neonatología deben disponer de espacios que faciliten la atención centrada en la familia, la lactancia materna y la permanencia prolongada de los padres junto a sus hijos. Además, en todas las Unidades de Neonatología de Nivel III se debe disponer de un psicólogo clínico especializado en Psicología Perinatal y que esté integrado en la Unidad Neonatal, con funciones específicas en el ejercicio clínico y terapéutico para el apoyo a los padres de los recién nacidos ingresados y a los profesionales. La Psicología Perinatal es una rama relativamente nueva en el campo de la psicología clínica que se interesa por todos los aspectos psicoafectivos relacionados con la concepción, el embarazo, el parto, el posparto y la crianza temprana.

En la década de 1980, la Dra. Als diseñó el NIDCAP (Programa de Evaluación y Atención orientado al Desarrollo Neonatal Individualizado). Es el modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo desarrollado en la actualidad⁶. Años atrás, Brazelton⁷ escribía acerca de la sensibilidad del RN al ambiente y a las relaciones parentales, así como de la extrema importancia de que el cuidado de las familias y del RNPT formaran parte del tratamiento para establecer vínculos satisfactorios entre padres e hijos.

Tratamos de evidenciar la necesidad, importancia y utilidad de la intervención psicológica en situaciones complejas y de sufrimiento familiar que hemos observado a lo largo de nuestra experiencia clínica. Creemos importante el papel del psicólogo clínico en el Servicio de Neonatología para acompañar y atender a la díada madre-hijo y a la familia del RN hospitalizado. Y también, de ser necesario, brindar contención al equipo de salud de Neonatología y Ginecoobstetricia⁸.

La finalidad de la intervención psicológica es minimizar el impacto de las vulnerabilidades del bebé, su familia y el entorno para favorecer el desarrollo óptimo del RN en todas las esferas. Para ello es esencial realizar acciones preventivas que tengan en cuenta los factores de riesgo y los de protección para el desarrollo de un vínculo temprano de calidad. Esto implica un abordaje psicológico especializado y continuado⁹.

Nuestro objetivo principal es conocer el perfil de aquellos RN cuyas familias, por su vulnerabilidad, requieran un abordaje psicológico adecuado a la situación que están viviendo. Manejamos la hipótesis de que esta necesidad psicológica aumenta a menor edad gestacional y menor peso al nacimiento. Como objetivos secundarios queremos conocer otras necesidades o percepciones de los familiares de los recién nacidos que ingresan en nuestra unidad de Neonatología.

Material y métodos

Estudio observacional transversal en relación con la opinión de todos los padres de RNPT (menores de 37 semanas de edad gestacional) nacidos y/o ingresados, en el Servicio de Neona-

Servicio de Neonatología

Encuesta al respecto de la necesidad de un psicólogo clínico en las unidades neonatales

Estimados padres, sabemos que el nacimiento de un hijo prematuro supone en muchas ocasiones un aumento de ansiedad y estrés emocional difíciles de manejar.

Nos gustaría saber su opinión en relación con el nacimiento y/o ingreso de su hijo en nuestra unidad neonatal, para ver si es posible mejorar nuestra atención a todos los padres de los recién nacidos prematuros.

Por ello, le agradecemos que rellene la siguiente encuesta, cuyos datos serán tratados confidencialmente y utilizados solamente para los fines para la cual está destinada la misma, que serán valorar la necesidad de la presencia de un psicólogo clínico para atención a los familiares y hacer más agradable su estancia en la unidad.

Esta encuesta es anónima y su contestación es de carácter voluntario.

Se respetará en todo momento la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

Gracias por su colaboración, otros familiares también se lo agradecerán.

Por favor, sería tan amable de contestar a las siguientes preguntas:

FECHA ACTUAL: _____ Tiempo de ingreso (días/semanas): _____

1. Persona que realiza la encuesta y edad					
Padre		Madre		Edad ____	
2. Nivel de estudios					
Sin estudios	Enseñanza obligatoria	Bachillerato	Grado	Licenciado	Otros
3. Nacionalidad padre/madre					
Española		Otra			
4. Edad actual del niño					
1-3 meses	4-6 meses	7-9 meses	10-12 meses	13-18 meses	18-24 meses
5. ¿De qué edad gestacional nació?					
<28 semanas	29-30 semanas	31-32 semanas	33-34 semanas	35 semanas	36 semanas
6. Peso del recién nacido					
<1.500 g	1.501-1.800 g	1.801-2.000 g	2.001-2.200 g	2.201-2.500 g	>2.500 g
7. En el caso que nos ocupa, ¿han sido gemelos?					
Sí		No			
8. ¿Fueron informados antes del parto de las posibles complicaciones de su recién nacido?					
Sí		No		Ns/Nc	
9. ¿Comprendió la información que le dio el personal de Neonatología cuando ingresó su hijo en la unidad?					
Sí		No		Ns/Nc	
10. El personal del servicio de neonatos que atendió a su hijo, ¿se ha dado a conocer con su nombre y cargo?					
Médico	Sí		No		A veces Ns/Nc
Enfermera	Sí		No		A veces Ns/Nc
Auxiliar de enfermería	Sí		No		A veces Ns/Nc
11. ¿Entiende lo que le dice el médico respecto a la evolución de su hijo?					
Sí		No		Ns/Nc	
12. ¿Participó activamente en las tareas de cuidado de su hijo durante el ingreso, como dar tomas, baños, cambio de pañales, etc.?					
Sí		No		Ns/Nc	
13. ¿Sintieron angustia o miedo en algún momento?					
Antes del nacimiento	Mucha angustia		Angustia		Nada de angustia Ns/Nc
Después del nacimiento	Mucha angustia		Angustia		Nada de angustia Ns/Nc
Al alta al domicilio	Mucha angustia		Angustia		Nada de angustia Ns/Nc

continúa

TABLA 1 (continuación)

<i>14. ¿Lograron calmar su angustia o preocupación los diferentes profesionales?</i>						
Médico	Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc
Enfermera	Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc
Auxiliar de enfermería	Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc
<i>15. ¿Cree que si su hijo no hubiese sido prematuro hubiese sentido menos angustia o estrés?</i>						
	Sí	No		Ns/Nc		
<i>16. En el momento del alta está satisfecho con la información recibida al respecto de...</i>						
Médico	Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc
Enfermera	Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc
Auxiliar de enfermería	Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc
<i>17. ¿Conoce el nombre del neonatólogo que realiza el seguimiento en consulta de su hijo?</i>						
	Sí	No				
<i>18. Globalmente, ¿cuál es su nivel de satisfacción con la atención recibida por su hijo durante su estancia en el servicio de neonatos?</i>						
Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc	
Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc	
Muy INsatisfecho	INsatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Ns/Nc	
<i>19. ¿Fue atendido por algún motivo por un psicólogo durante el ingreso de su hijo?</i>						
	Sí	No				
<i>20. ¿Cree que habría sido positiva la ayuda de un psicólogo para afrontar esta situación?</i>						
	Sí	No		Ns/Nc		
<i>21. ¿Ha tenido que consultar con algún psicólogo por cuenta propia desde el momento del nacimiento de su hijo?</i>						
	Sí	No				
<i>22. Si la respuesta es sí, ¿cree que el motivo está en relación con el nacimiento de su hijo?</i>						
	Sí	No		Ns/Nc		

Si tiene alguna sugerencia o propuesta de mejora, por favor, escríbala a continuación:

Por favor, deposite la encuesta en el buzón que encontrará en la consulta.

Muchas gracias por su colaboración.

Ns/Nc: no sabe/no contesta.

tología de nuestro hospital de Nivel IIIA de la Comunidad de Madrid. Para ello hemos aplicado una encuesta durante un año, desde marzo de 2016 a marzo de 2017. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de nuestro hospital.

Se diseñó una encuesta (tabla 1) con 22 ítems para valorar diferentes variables sociodemográficas, así como la calidad de la atención recibida y la posible necesidad de recibir ayuda psicológica en relación con el nacimiento prematuro de su hijo. Se presenta un análisis de los resultados de la encuesta diseñada.

La encuesta fue entregada por la auxiliar de clínica y/o enfermera en la Consulta de Seguimiento Neonatal en algún momento entre el mes del alta hospitalaria y hasta la visita de los 2 años: el 37,8% de las encuestas se recogieron entre el mes y los 3 meses de vida del paciente, el 14,3% a los 4-6 meses, el 10,9% a los 7-9 meses, el 16% a los 10-12 meses, el 8,4% a los 13-18 meses y el 12,6% a los 18-24 meses. Dicha encuesta se entregaba a todas las familias de pacientes ingresados que, por su prematuridad, bajo peso u otra patología, requerían un seguimiento posterior en la Consulta de Seguimiento Neonatal de nuestro hospital (tabla 2). En caso de que al familiar

TABLA 2

Características sociodemográficas de los participantes en la encuesta		n (%)
<i>Persona que realiza la encuesta</i>		
Madre		105 (88,3)
Padre		14 (11,8)
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios		1 (0,8)
Enseñanza obligatoria		22 (18,5)
Bachillerato		26 (21,9)
Grado		37 (31,1)
Licenciado		27 (22,7)
Otros		6 (5,0)
<i>Nacionalidad</i>		
Española		100 (84,0)
No española		19 (16,0)
<i>Media (DE)</i>		
<i>Edad</i>		34,7 (4,9)
Características del niño		n (%)
<i>Edad del niño</i>		
1-3 meses		45 (37,8)
4-6 meses		17 (14,3)
7-9 meses		13 (10,9)
10-12 meses		19 (16,0)
13-18 meses		10 (8,4)
18-24 meses		15 (12,6)
<i>Edad gestacional al nacer</i>		37 (31,1)
<28 semanas		1 (0,9)
29-30 semanas		9 (7,6)
31-32 semanas		17 (14,4)
33-34 semanas		41 (34,8)
35 semanas		23 (19,5)
36 semanas		27 (22,9)
<i>Peso del recién nacido</i>		34,7 (4,9)
<1.500 g		24 (20,3)
1.501-1.800 g		15 (12,7)
1.801-2.000 g		18 (15,3)
2.001-2.200 g		15 (12,7)
2.200-2.500 g		24 (20,3)
>2.500 g		22 (18,6)
<i>Gemelos</i>		
No		88 (75,2)
Sí		29 (24,8)

se le planteara alguna duda al completar la encuesta por problemas lingüísticos o de nivel cultural, se le facilitaba la ayuda necesaria en la interpretación de las preguntas. Cumplimentada la encuesta, era depositada en el buzón de la sala de espera. Solamente la investigadora principal y una colaboradora tenían acceso al buzón.

Los resultados de la encuesta se analizaron de forma descriptiva, considerando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas recogidas en la encuesta y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas (media y desviación típica). Se realizó un análisis estratificado del grado de satisfacción en la asistencia recibida, en función del nivel cultural de los padres y de la edad gestacional del RN. Así mismo, se evaluó si la valoración de necesidad de apoyo psicológico se relacionaba con el nivel cultural de los padres, ser gemelar o el grado de prematuridad, medido como semanas de gestación o peso del RN al nacer, utilizando pruebas de chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Los datos se tabularon en Excel y se analizaron con el paquete estadístico STATA v.14.

Para conocer el contexto y entender los resultados de nuestro estudio, diremos que nuestra Unidad Neonatal con UCI de Nivel IIIA es de puertas abiertas. Los padres de los pacientes pueden pasar todo el tiempo que quieran con sus hijos, así como participar en sus cuidados y alimentación. Fomentamos que los padres colaboren en el baño, el aseo y la lactancia materna y/o artificial, así como el apego a través del método canguro. El resto de los familiares del paciente puede visitar la unidad durante una hora al día. Además, informamos e instruímos a los padres acerca de temas que les serán de utilidad para el cuidado del paciente en el domicilio (técnicas de lactancia materna, promoción de la lactancia materna, cuidados higiénicos, vacunación, recomendaciones para el bienestar del recién nacido, prevención de riesgos, etc.).

Resultados

Se analizaron un total de 119 encuestas (todos los padres a los que se les entregó la encuesta aceptaron rellenarla). La madre fue la persona entrevistada en el 88% de los casos (n= 105). La mayoría de las encuestas se realizaron en las consultas de seguimiento del primer mes al año de vida del paciente (n= 94; 79%). Corresponden, preferentemente, a prematuros con una edad gestacional (EG) >33 semanas (n= 91; 77%). Un 20% (n= 24) pesaron <1.500 g y un 25% (n= 29) fueron gemelares. Los padres sintieron antes del nacimiento angustia (n= 44; 37%) o mucha angustia (n= 33; 28%). Hasta un 65% (n= 77) asoció la angustia al hecho de la prematuridad. Un 61% de los padres de gemelos creen que habría sido positiva la ayuda de un psicólogo frente a un 42% en los no gemelares (p= 0,125). El grado de angustia de los padres antes del nacimiento de gemelares fue descrito como angustia (n= 11; 38%) o mucha angustia (n= 11; 38%). Un 41% (n= 48) consideró que no fueron informados antes del parto de las posibles complicaciones de su RN. Un 47% (n= 53) opinaron

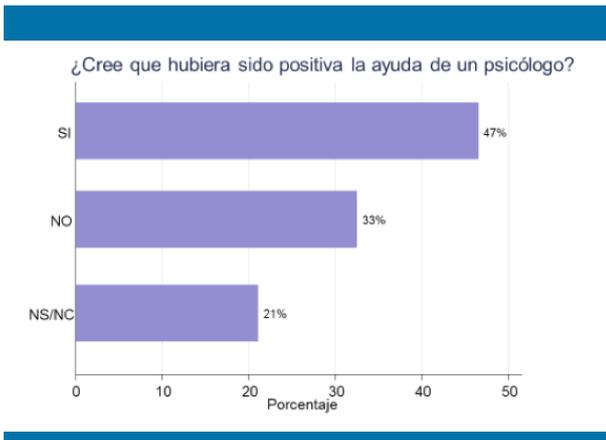


Figura 1. Opinión de los padres sobre si hubieran considerado positiva la ayuda de un psicólogo durante el ingreso en Neonatología

que habría sido positiva la ayuda de un psicólogo para afrontar la situación (figura 1). El porcentaje de padres que valoró como positiva la ayuda de un psicólogo para afrontar la situación de prematuridad fue mayor cuanto más prematuro era el RN ($p=0,017$) (figura 2). Sin embargo, no se encontró una relación similar estadísticamente significativa al tener en cuenta el peso del RN, categorizado como ≤ 2.000 g vs. >2.000 g ($p=0,843$).

Un total de 9 padres (8%) consultaron con un psicólogo privado tras el alta por iniciativa propia. Un 53% de los padres considera que fueron informados antes del parto de las posibles complicaciones de su recién nacido. Un 95% considera que comprendió la información que le dio el personal de Neonatología tanto en el momento del ingreso como a lo largo del mismo.

Discusión y conclusiones

Constatamos que la angustia es el sentimiento predominante en los padres de los prematuros ingresados en nuestra unidad. Así mismo, observamos que la mayoría consideran positiva la intervención de un psicólogo durante el ingreso de sus hijos y que esta necesidad es más alta cuanto menor es la edad gestacional del recién nacido.

En la actualidad, las Unidades Neonatales presentan un nuevo concepto de Neonatología basado en los cuidados centrados en el desarrollo¹⁰ y la familia.

La tecnificación de la asistencia, absolutamente necesaria para la supervivencia de los RNPT, pasa a un segundo plano y son los padres y la relación que establecen con su hijo los protagonistas de esta nueva era asistencial. Desde diferentes modelos psicológicos se evidencia el carácter social relacional del ser humano que nace con competencias precoces para la comunicación.

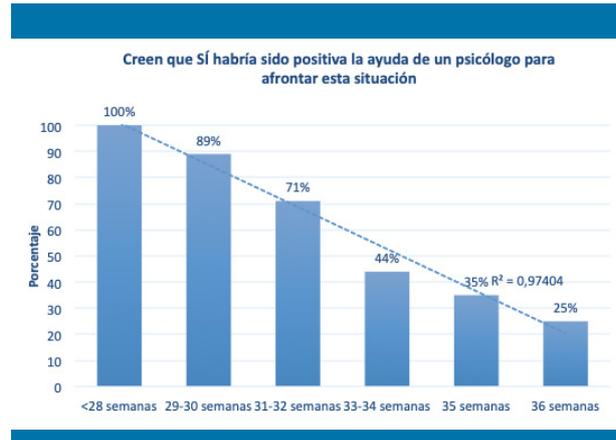


Figura 2. Proporción de padres, expresada en porcentajes, que consideraron que habría sido positiva la ayuda de un psicólogo en función de las semanas de gestación

La encuesta constata que un 98,3% de los padres participan activamente en los cuidados de sus hijos mientras permanecen ingresados. Este hecho, sin duda, mejora la percepción que los padres tienen de sí mismos como cuidadores y disminuye el nivel de ansiedad que causa el nacimiento de un hijo prematuro. Probablemente, éste sea uno de los motivos del alto porcentaje (91,3%) de padres que están satisfechos con el trato recibido durante el ingreso. La satisfacción de los padres en cuanto a la atención recibida puede hacerles infravalorar la necesidad de atención psicológica. Estar satisfechos con la atención recibida (91,3%) y comprender la información que se les transmite (95%) podrían ser factores protectores en cuanto a la percepción de necesitar atención psicológica. Los padres son uno de los pilares fundamentales en el desarrollo del niño. Sus vínculos afectivos son el motor fundamental para la construcción del sentimiento de existencia y de identidad del bebé¹¹⁻¹³.

Sin embargo, deberíamos plantearnos las causas por las que el 8,7% no está satisfecho con la atención recibida durante el ingreso y por qué el 1,7% de los padres no ha colaborado en esas labores de cuidado diario de sus hijos. Sería óptimo organizar una intervención precoz y adaptada a la situación de cada familia, para reducir este porcentaje de familias que no se han sentido bien atendidas y no han realizado tareas de ayuda con sus hijos durante el ingreso.

Para comprender la falta de satisfacción de algunas familias, debemos valorar que cuando hablamos de un RNPT tenemos que pensar en la inimaginable cantidad de interrogantes que pueden tener sus padres ante el acontecimiento de tener un RN antes de lo previsto y con la ruptura de los planes previamente establecidos. Cuando una pareja decide tener un hijo se lo imagina sano, con buen peso e integrado en la familia. Pero el nacimiento de un bebé prematuro supone para los padres la pérdida de ese bebé esperado, soñado, y se producen sentimientos de duelo, miedo, culpa e incluso de rechazo. No obstante, todos los padres no responden de igual manera ante un parto

prematureo, sino que dependerá de una multiplicidad de factores psicosociales. De ahí la importancia de un psicólogo clínico integrado que valore cada caso de manera individualizada.

En nuestra encuesta se realizó un análisis estratificado que no mostró diferencias en el grado de satisfacción en la atención recibida en función del nivel cultural de los padres.

Constatamos que ya antes del nacimiento del niño, la angustia es un sentimiento predominante en el 65% de los padres y que aumenta en el momento del nacimiento hasta un 72%.

Queda constancia en los datos de la encuesta que cerca de la mitad de los padres (48%) no reciben información antes del nacimiento al respecto de las posibles complicaciones que puede tener su RNPT. Esta cuestión es de extrema importancia para establecer una línea de trabajo común ya antes del nacimiento del bebé y constituye un pilar fundamental de la estabilidad emocional en el momento del nacimiento. La atención a los padres debería empezar ya en el periodo prenatal y ser prioritaria en los casos de amenaza de parto prematuro, donde todo el equipo de profesionales debería intervenir en el proceso de informar y acompañar a la familia. Es nuestra responsabilidad detectar el estrés parental y las situaciones sociofamiliares de riesgo, crisis, vulnerabilidad o conflictividad para intervenir lo antes posible.

Entendemos que es una responsabilidad de todo el personal de la unidad ayudar a los padres a establecer un acercamiento óptimo a sus bebés. Sabemos que el RNPT sufre multitud de exploraciones y pruebas dolorosas que pueden afectar de manera definitiva a su neurodesarrollo y a su neuroconducta posterior^{14,15}, y que la familia es la protagonista a la hora de disminuir los efectos de un ingreso tan prolongado y, en ocasiones, hostil.

En la encuesta realizada, un 89% de los padres responden que el personal sanitario, tanto médicos como enfermeras y auxiliares de clínica, fue capaz de calmar la angustia que sintieron. La lactancia materna^{16,17}, el «piel con piel», el método canguro¹⁸ y la implicación de los padres en los cuidados son cruciales para el desarrollo del bebé^{7,13}. Además, benefician, de modo sobradamente demostrado, el establecimiento de un apego seguro^{19,21} y de vínculos que permiten un desarrollo normal²². Se previene, por tanto, la aparición de psicopatología.

El abandono del hospital es un momento muy delicado. Asistir en el domicilio toda la responsabilidad de los cuidados puede suponer una carga extra de angustia, de la que los profesionales sanitarios en ocasiones no somos conscientes. Es importante que los padres sepan qué hacer en caso de tener dificultades, a quién consultar y dónde pueden dirigirse para encontrar los apoyos necesarios.

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo no finalizan con el alta hospitalaria, sino que continúan en la consulta de seguimiento^{23,24}. En nuestra encuesta, un 89% de los padres manifiesta estar satisfecho con la información recibida en la consulta de seguimiento neonatal.

Resulta fundamental poner en marcha un proyecto común que incluya a todo el equipo perinatal para asegurar una continuidad en la atención a la familia antes del nacimiento y al niño y a la familia después del mismo. Los aspectos psíquicos y vinculares suelen atenderse cuando los niños son mayores y empiezan a mostrar sintomatología. Pero la inclusión de un psicólogo clínico en las Unidades de Neonatología, ya sea como un miembro más del equipo o como un interconsultor en un programa de enlace, permitiría la intervención precoz en estos casos.

Cuando nos encontramos con patología de mal pronóstico o con secuelas irreversibles²⁵⁻²⁸, es importante que los padres cuenten con un apoyo inmediato y continuado de un psicólogo especializado capaz de sostener su estado de ánimo y de dotarlos de recursos mentales para responder ante estas tremendas situaciones. También es importante este apoyo en aquellos casos en los que la angustia esté presente de modo significativo en las familias, aunque no se trate de patología neonatal grave. Se trata de facilitar las capacidades parentales de identificación y anticipación de las características, competencias y necesidades del bebé^{29,30}.

Existen distintos proyectos para favorecer la adecuada atención al RN y a sus familias desde la Consejería de Sanidad de Madrid, como son el Plan Estratégico de la Pediatría y el Plan de Humanización y Atención a las Familias, que se están estableciendo en todos los hospitales. Del mismo modo, existen iniciativas en distintos hospitales, como el Proyecto Abrazo³¹ o programas de atención perinatal³², que tienen como objetivo no sólo la salud somática, sino también el bienestar, el equilibrio somatopsíquico en el desarrollo de los RNPT y la salud familiar. Ello supone un abordaje más amplio, biopsicosocial.

La figura del psicólogo clínico perinatal es una necesidad asistencial no cubierta en muchas Unidades de Neonatología en el momento actual y se perfila, según todas las evidencias, como una condición imprescindible en la atención al RN y a su familia. Se trata de un nuevo desafío en las Unidades Neonatales. ■

Bibliografía

1. Moro M, Fernández C, Figueras J, Pérez J, Coll E, Domènech E, et al. SEN 1500: diseño y desarrollo del registro de niños menores de 1500 gr al nacer en España. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68: 181-188.
2. Cande V, Ananth PD, Friedman AM, Gyamfi-Banneman C. Epidemiology of moderate preterm, late preterm and early term delivery. *Clin Perinatol*. 2013; 40: 601-610.
3. Rellán Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. *Protocolos de la AEPED*. 2.ª ed. Madrid; 2008.
4. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr*. 2013; 79: 51.e1-51.e11.
5. Román Riechmann E. Plan Estratégico de Pediatría y Neonatología en la Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142679904232&language=es&pag eid=1159444389315&pagename=PortalSalud%2FCM_Actualidad_FA%2FPTSApintarActualidad&vest=1159444389315

6. Guía del programa NIDCAP Federation International, 2010; Official Spanish Version, NFI 2010, rev 3/2012.
7. Brazelton TB, Cramer B. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. 1.ª ed. Barcelona: Paidós; 1993.
8. Izzedin-Bouquet R. El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Perinatol Reprod Hum*. 2011; 25 (3): 188-190.
9. Eimil B, Cuellar-Flores I, Kehrmann L, Palacios I, García-Villanova F, Valle M. Factores de riesgo y de protección en atención temprana: aproximación desde dos hospitales de la comunidad de Madrid. Comunicación presentada en el XXV Congreso Nacional de SEYPNA "La infancia temprana: repercusiones en el desarrollo posterior". Valencia, 2013.
10. López Maestro M, Melgar Bonis A, De la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología en España. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(2): 132-139.
11. Tarragó R. Cuidados centrados en el desarrollo. Un proyecto común. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 2015; 14: 175-196.
12. Tarragó, R. Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*. 2003; 35-36: 169-181.
13. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev*. 1998; 19: 4-12.
14. Schwaller F, Fitzgerald M. The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. *Eur J Neurosci*. 2014; 39: 344.
15. Vinall J, Grunau RE. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatr Res*. 2014; 75: 584.
16. Eidelman IA, Schandler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129: e827.
17. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2003). Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/> (acceso el 18 de diciembre de 2018).
18. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal. *An Esp Pediatr*. 1998; 49: 495-498.
19. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 1.ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 1986.
20. Carlson EA, Sampson MA, Sroufe LA. Implications of attachment theory and research for developmental-behavioural pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*. 2003; 24: 364-379.
21. Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual. 1.ª ed. Madrid: Prismática; 2001.
22. Schore A. Back to basics: attachment, affect regulation and the developing right brain. Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatr Rev*. 2005; 26: 204-217.
23. Pérez Tarazona S, Rueda Esteban S, Alfonso Diego J, Barrio Gómez de Agüero MI, Callejón Callejón A, Cortell Aznar I, et al. Protocolo de seguimiento de los pacientes con displasia broncopulmonar. *An Pediatr (Barc)*. 2016; 84(1): 61.e1-61.e9.
24. Pallás Alonso CR; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (1.ª parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14: 153-166.
25. Herrero Sanz H, Caserío Carbonero S. Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 77: 22-27.
26. Montesinos A, Román A, Muñoz M, Elías L. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Rev Chil Pediatr*. 2013; 84(6): 650-658.
27. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Servicio Andaluz de Salud. 2011.
28. Tejedor Torres JC, López de Heredia Goya J. Recomendaciones sobre la toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 78: 190e1.
29. Brazelton, TB. Niños prematuros. Momentos clave en la vida de tu hijo. 1.ª ed. Barcelona: Plaza y Janés; 2001.
30. García-Villanova F, Cuellar-Flores I, Eimil B, Palacios I. Organización del vínculo madres-bebé en prematuros. *Clínica Contemporánea*. 2013; 4 (2): 171-183.
31. Proyecto abrazo. Disponible en: <http://www.evelyncano.com/proyecto-abrazo/>
32. Cuellar I, Trapero M. Programa de Atención Psicológica en Neonatología: experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Clínica Contemporánea*. 2017; 8 e28.