

# **Intervenció psicològica des d'una unitat de cures intensives neonatals**

*per* **Marcel Cortada**

Psicòlog infantil. Institut de Psiquiatria i Psicologia del Nen i l'Adolescent. Fundació Eulàlia  
Torras de Beà, Barcelona.

*i per* **Remei Tarragó**

Psiquiatra. Institut de Psiquiatria i Psicologia del Nen i l'Adolescent. Fundació Eulàlia  
Torras de Beà. Barcelona.

## **Resum**

L'ingrés d'un nadó a una UCIN esdevé una situació que requereix d'unes característiques assistencials, on no només s'han d'atendre les necessitats físiques d'aquest, sinó que, a més a més, cal atendre les seves necessitats afectives i emocionals, així com una assistència als pares per tal de preservar el vincle entre aquests i el seu fill/filla/fills. Són situacions molt carregades dins d'un àmbit afectiu i on la importància i transcendència de les situacions posen a l'equip assistencial en una posició molt delicada: integrar el rigor mèdic i la màxima calidesa, contenció, sensibilitat i humanitat. Per a poder dur a terme aquestes tasques, és de cabdal importància el treball d'un equip multidisciplinar.

Amb aquest article intentem compartir l'experiència desenvolupada, per part de professionals de la salut mental i al llarg de 4 anys, en una Unitat de Cures Intensives Neonatals.

## **Paraules clau**

Prematuritat, nadó de risc, unitat de Cures Intensives Neonatals, vincle, intervenció precoç, escala de Brazelton, seqüeles.

## **Introducció**

El present article és una revisió i ampliació de la ponència presentada a la II Jornada de Trastorns Neuropediàtrics Multidisciplinars, que versava sobre "El nen amb seqüeles d'origen neonatal", realitzada a l'Hospital de la Vall d'Hebron el 12 de març de 2005.

Des de ja fa més de vint anys s'han anat desenvolupant diferents actuacions a les Unitats de Neonatologia, promogudes en aquell moment pel Dr. Francesc Cantavella, per la consciència i preocupació de les seqüeles que s'observen en els nens i els pares degudes, en part, a la situació d'aquest ingrés. Mercès a aquest llegat i bagatge, hem anat definint un model de treball que s'ha vist consolidat amb la tasca que estem desenvolupant des de fa 4 anys a la Unitat de Neonatologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, en conveni de col·laboració amb el Servei Català de la Salut i la Fundació Eulàlia Torras de Beà.

Tot aquest treball pren molta més rellevància en tant que actualment un 10 per cent dels nadons nascuts necessiten ser atesos a les UCIN. Aquest augment es deu pel fort increment d'embarassos fruit de tècniques de reproducció assistida, que ha suposat també un major increment dels embarassos múltiples i parts prematurs, així com per la sofisticació de l'assistència obstètrica i neonatal, fent viable la supervivència de nadons que poc temps enrere no haurien subsistit. Així doncs, en aquest treball d'assistència als nadons i a les seves famílies, no només ens trobem que cal fer una intervenció en què es té en compte tota la problemàtica pròpia de la situació neonatal i la subjacent a l'ingrés, sinó que també es fa molt present totes les vivències per les quals han passat aquests pares fins que no ha arribat el naixement del seu fill (estimulacions ovàriques, fecundacions in vitro, avortaments, ingressos perllongats a alt risc obstètric per amenaça de part prematur, etc.).

## **Mètode**

Descriurem la tasca realitzada en la UCIN a partir dels 3 focus de treball:

1. La salut mental en la UCIN.
2. Treballar amb el nadó abans de començar a treballar amb els pares: la NBAS.
3. El vincle pares-nadó.

### **1. La salut mental en la UCIN**

L'activitat que els professionals de la salut mental hi desenvolupem s'emmarca en

dos contextos diferents, seguint l'evolutiva assistencial que es realitzarà al nadó: durant l'ingrés a la UCIN, i posterior a l'alta, un seguiment paral·lel al de les neonatòlogues durant els quatre primers anys.

### **1.1 Intervenció en la Unitat de Neonatologia (UCIN)**

#### A) Valoració segons protocol

Donada la diversa patologia neonatal que precisa d'ingrés i assistència en la Unitat de Cures Intensives Neonatals (UCIN), la selecció dels nadons a incloure en el Seguiment del desenvolupament es realitza a partir dels factors risc bio-psico-socials i segons els criteris internacionals de prematuritat.

#### B) Passació de l'Escala de Brazelton (NBAS)

#### C) Entrevistes amb aquells pares que el seu nadó serà inclòs al seguiment

#### D) Grup de pares

És un grup obert, d'una sessió setmanal, en tant que hi assisteixen aquells pares que tenen el seu fill/filla/fills ingressat/s a la UCIN.

#### E) Intervencions en la interacció mare/pare-nadó

En el moment que els pares entren a la Unitat per estar amb el seu nadó, ja sigui per alletar-lo, tocar-lo, o fer el mètode cangur.

#### F) Coordinació amb l'equip

Realitzem una reunió setmanal amb l'equip assistencial dels torns de matí i tarda, compost per metges, infermeres i auxiliars.

### **1.2 Intervenció després de l'alta**

#### A) Visita a l'alta immediata:

Entrevista als pares i exploració del nadó (NBAS).

#### B) Visites als 3, 6, 9 i 12 mesos:

- Entrevista als pares i exploració del nen/a (Bayley).
- En cas de detecció de risc o alteració, i on és difícil la derivació, s'efectua un seguiment més freqüent fins a fer-la possible. Això en qualsevol punt del seguiment.

#### C) Visites als 18, 24, 30, 36 i 48 mesos en l'actualitat. Previsió fins als 7 anys

Entrevista als pares i exploració del nen/a (Bayley i Terman).

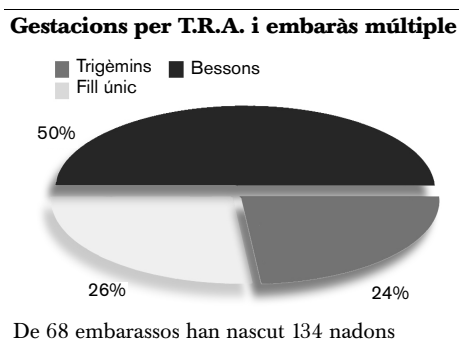
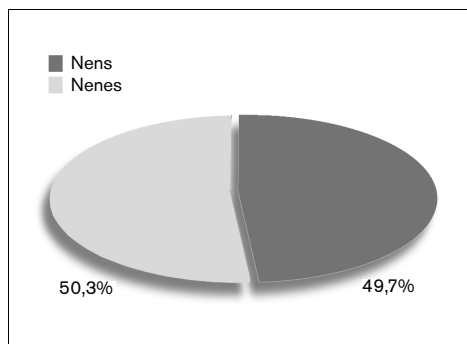
#### D) Coordinació i derivacions:

- CDIAP.
- Treball Social.

- ONCE.
- Salut Mental (CSMA).
- Altres serveis.

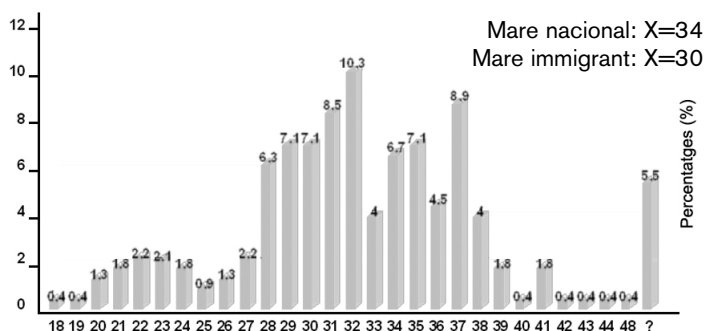
### 1.3 Anàlisi de les intervencions

Al llarg d'aquests quatre anys han entrat dins el protocol de seguiment 550 nadons. D'aquests nadons atesos, gairebé una quart part (24,4 per cent) provenen d'embarassos assolits a través de tècniques de reproducció assistida (TRA). Aquest tipus de demanda assistencial suposa un gran esforç per part dels equips, ja que requereix d'una important planificació i coordinació entre els obstetres i els neonatòlegs, així com una acurada estratègia assistencial. Pels professionals de la salut mental, suposa un element afegit a tenir en compte, ja que a més de les vicissituds pròpies de la situació, cal tenir en compte el marc emocional, sovint molt fràgil, doncs són pares que ja provenen d'un conjunt de dols pels que han hagut de passar, sotmetre's a proves, estimulacions ovàriques les mares, implantacions d'embrions, pèrdues repetides d'aquests, potser algun legrat,.. i tornar a començar; i així mesos o anys. Tot un desgast físic i emocional.



#### A) Moment vital de les mares

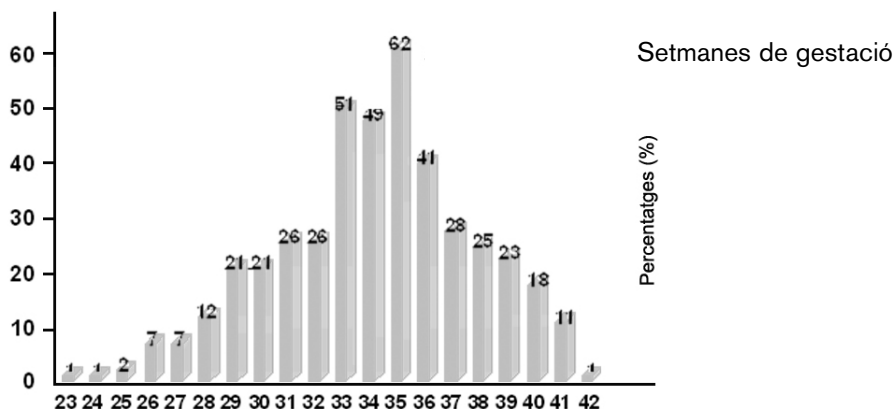
La mitjana d'edat de les mares que han tingut els seu nadó ingressat ha estat de **32 anys**.



## B) El part, una vivència prematura

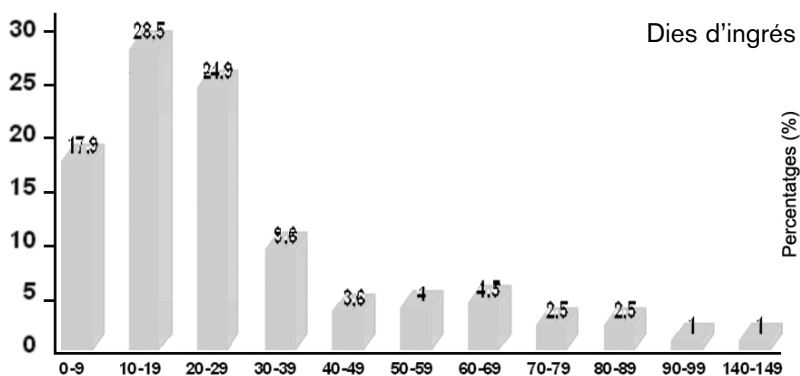
Els nadons que ingressen tenen de mitja 34 setmanes de gestació.

Sabem que davant d'un part prematur hi haurà uns pares prematurs; un procés físic i emocional interromput abans d'hora. Tot això provocarà un sentiment de culpabilitat molt gran a la mare, doncs sent que no ha pogut aguantar-lo fins al final; a la vegada pot aparèixer una depressió reactiva, fruit d'aquests sentiments, i per l'acumulació de diverses situacions personals, l'impacte de les intervencions mèdiques (trasllats en ambulància o helicòpter, cesàries urgents, dies sense poder veure el fill, etc.), així com per l'evolució del seu nadó.



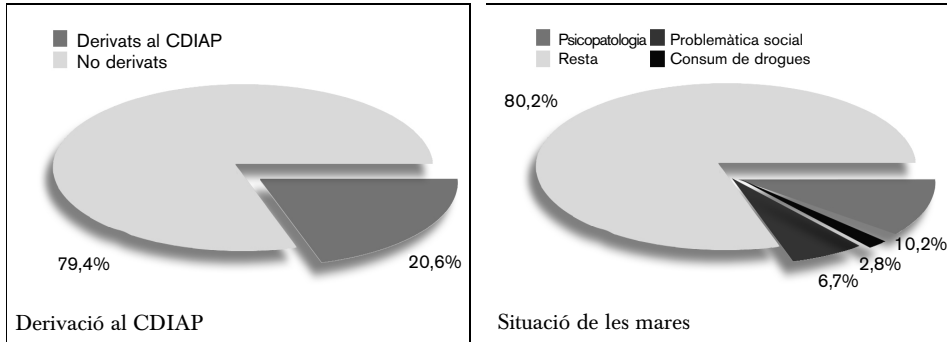
## C) L'ingrés, una ruptura

Veiem que els dies d'ingrés poden oscil·lar d'hores a mesos, essent la mitja de 27 dies. Tota aquesta situació de separació inicial, acompanyada de la visió d'un nadó que encara no està acabat de desenvolupar, que requereix d'una incubadora i d'aparells mecànics per a respirar, rebre medicació, o simplement per a vigilar el seu estat vital, és tremendament colpidor.



## D) Detecció i derivació

Atenent aquestes dades, observem que un 20,6 per cent dels nadons necessiten atenció des d'un CDIAP, a la vegada que un 19,8 per cent de les mares també necessitaran ajuda; això enper tant, el 40,4 per cent de les famílies que passen per la UCIN (222 nadons/mares, dels 550 atesos en el programa de seguiment), necessitaran d'ajuda especialitzada.



## E) Seqüeles

L'ingrés d'un nadó a la UCIN comporta que hi ha un problema físic que cal atendre de forma immediata i especialitzada. Però a més, tal com hem apuntat fins ara, sabem que a banda d'aquest dany derivat pel motiu de l'ingrés, es poden desenvolupar paral·lelament un tipus de seqüeles, en el nadó i en els seus pares. Són lesions que apareixen a curt i mig plaç, no immediates, de caire relacional i emocional, i que poden passar desapercebudes per l'equip mèdic. D'aquí la importància del treball interdisciplinar.

### *Seqüeles en els pares:*

- Ruptura del vincle amb el nadó: això suposarà una dificultat en la filiació.
- Aïllament social dels pares durant l'ingrés, amb la falta de recolzament que això suposa.
- Desequilibri en la relació de parella, amb el risc de ruptura conseqüent.
- El valor de la pròpia història familiar.
- Fantasies i excés d'informació: una gran seqüela que determina la relació, i el futur del desenvolupament del nadó, ja que aquest no pot ser vist pel que és i com és, sinó pel que es creu que ha de ser o pel que s'ha llegit que serà.

### *Seqüeles en els nens:*

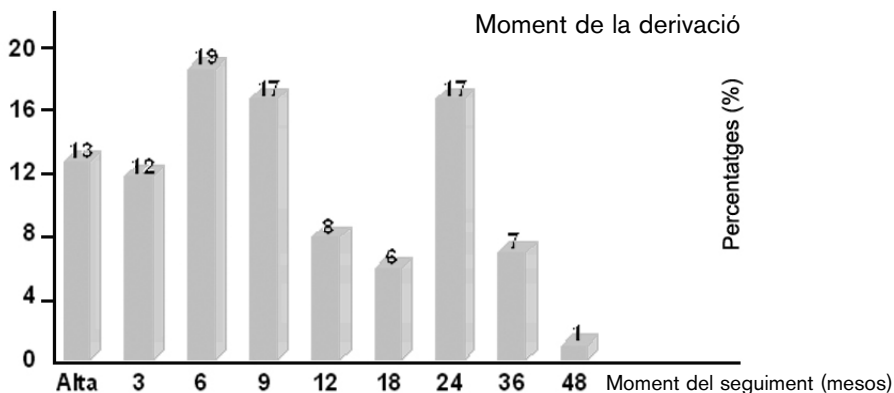
- Pròpies del sistema nerviós central (es distingeix entre seqüeles greus, moderades i lleus).

- Dificultats en la vinculació.
- Hiper / hipo estimulació.
- Trastorns de l'alimentació (anorèxia / sobrepes).
- Hiperactivitat.
- Manca d'atenció.
- Retard en l'evolució del llenguatge.
- Trastorns en la conducta del son.
- Trastorns fòbics.

## F) Moment de derivació al CDIAP

Aquesta dada ens ha ajudat a constatar com, especialment amb els nadons prematurs, el tipus d'assistència que sovint es defineix ve centrada per les necessitats derivades dels trastorns neurològics, passant per alt els trastorns que apareixen paral·lelament o a posteriori més de caire relacional o afectiu.

Així veiem que dels 143 nens derivats al CDIAP (20,6 per cent), només el 13 per cent requereixen assistència al moment de l'alta (per afectacions neurològiques o malformatives), essent necessari el seguiment interdisciplinari per a detectar i posar en marxa les mesures adequades quan hi ha manifestacions de trastorns que es manifesten posteriorment.



## 2. Treballar amb el nadó abans de començar a treballar amb els pares: la NBAS

L'Escala d'Avaluació del Comportament Neonatal de Brazelton (NBAS), és una eina clínica de gran vàlua, ja que:

- Pots obtenir el perfil comportamental de cada nadó.
- Permet complementar les dades clíniques recollides per l'equip mèdic i d'infermeria.



- Valores la capacitat d'habituar-se en aquest entorn, a vegades força hostil per les necessitat pròpies del funcionament de la Unitat.
- Es veuen com impacten els estressors sobre aquest ser immadur i en procés d'organització (llums, sorolls, manipulacions o exploracions, puncions o cures, etc.), tot i l'aplicació del Protocol de mínimes manipulacions.
- Permet veure quin tipus de reacció hi ha davant l'estrès (irritabilitat o bé desconnexió amb un son profund).
- Es gestiona els seus estats de consciència (dormir, somnolència, atenció, irritabilitat o plor).
- Amb tot això, podrem posar en marxa, de la manera més adient, els recursos necessaris per a les seves necessitats individuals:
  - Grau de contenció i de confort.
  - Necessitat d'estimulació visual i/o auditiva.
  - Estimulació olfactiva.
  - Mesures protectores o d'aïllament.
  - Tipus d'actuacions i manipulacions.
  - Massatge infantil.
  - Mètode cangur.
  - Etc.
- Una vegada recollida aquesta informació, la podrem posar a disposició dels pares quan aquests estiguin amb ell. D'aquesta manera els podrem ajudar a entendre les reaccions del seu infant, quines capacitats té, el perquè de determinades respostes, o què és el que li va millor per a que pugui mirar i escoltar atentament, o que no es desanimin si quan està amb ells només dorm, doncs és el moment en què el seu petitó es permet de relaxar-se. A la vegada és un bon moment perquè surtin dubtes i angoixes, que poden ser recollides en aquell moment o després en l'entrevista individual.

### **3. El vincle pares-nadó**

#### **3.1 Els primers moments dels pares**

Ja hem fet referència, en els diferents apartats, de les diverses situacions per les quals passen els pares, que sintetitzem en:

- Un primer moment de desconcert: part inesperat, maniobres d'urgència mèdica, situació de vida o mort, etc.

- Impossibilitat de veure al nadó en hores o dies.
- Davant d'un nadó prematur també tindrem uns pares prematurs.
- Ventre buit no reconegut.
- No correspondència de la imatge fantasiejada del nadó amb el nadó real.
- Depressió reactiva.
- Aquest dol reactivarà altres dols.

### 3.2 Parentalitat en el nadó de risc

A banda de tots aquests elements que impactaran fortament als pares, hi ha un altre aspecte que els ocuparà temps i esforç, a la vegada que molta comprensió i sensibilitat per part dels equips assistencials: la dissonància entre el fill desitjat o fantasiejat i el fill real. Aquestes situacions a vegades suposen un gran abisme per als pares per acostar-se a aquest nadó, que no el poden identificar com a propi, afectant de forma molt important a la formació del vincle.

Seguint les reflexions de Brazelton i Cramer (1993)<sup>1</sup>, on es recullen els desigs principals que duen a voler ser mare, veiem que en les situacions pròpies dels nadons ingressats a la UCIN, per a elles, això suposarà un trasbals emocional molt gran, doncs:

A) En la recerca d'una identificació amb uns pares que cuiden

Les experiències inicials seran que aquesta mare no podrà desenvolupar aquesta identificació. Els metges i les infermeres semblaran els veritables progenitors en tant que seran qui tindran cura del seu fill.

B) En el desig de ser completa i omnipotent

Aquesta situació suposarà una forta ferida narcisista, en tant que no haurà pogut dur a terme la gestació i/o naixerà un infant no complet o no perfecte.

C) En el desig de reflectir-se en el fill

La mare no pot reconeixè's en el nadó, quedant per a ella la seva autoimatge fortament danyada.

D) En l'assoliment d'ideals i oportunitats perdudes

Renuncia als seus ideals de vida i d'autoimatge.

Per tant conclouríem que, la dificultat en acceptar el nadó real suposarà una dificultat en la vinculació.

### 3.3 Focus de treball amb els pares

L'eix principal del treball amb els pares és afavorir la vinculació. Per tant:

Cal ajudar els pares amb:

- La culpa
- Els dols
- L'ansietat
- A simbolitzar el dolor

Com ajudar-los?

- Grup de pares
- Entrevistes individuals
- A través del nadó i la NBAS
- A través de l'Equip

### 3.4 Afavorir el vincle des de la UCIN

En aquest entorn físic i emocional, caldria pensar en aplicar un Protocol de màximes vinculacions. És a dir, poder afavorir al màxim el vincle entre el nadó i els seus pares. Així valorem com a elements importants a desenvolupar:

- Realitzar la visita prenatal per part de l'equip de neonatologia, on presentar-se als pares, poder explicar el què pot passar, aclarir dubtes, informar de com anirà la dinàmica de l'ingrés del nadó a la UCIN i quina serà la tasca de tots plegats, etc.
- Promovent patrons estables d'entrades i sortides a la Unitat, informar dels possibles canvis que es poden produir, etc., ajudarà que les vivències siguin millor assimilades.
- Que l'ingrés no sigui una ruptura amb la realitat interna i externa.
- Tenir cura del *timing* de cada progenitor en quant a l'apropament al seu nadó. No hem de pretendre que ja el primer dia el toquin, o si pot sortir de la incubadora que facin el mètode cangur, per exemple.
- Que participin en la cura i neteja del nadó; promoure el mètode cangur i el massatge infantil, així com que portin la robeta de casa i se l'enduguin per rentar, etc.
- Com més afavorim la proximitat mare-nadó, més possibilitats hi ha per a una bona alta precoç (guany de pes, confiança i seguretat de la mare, etc.).
- La multidisciplinarietat permet la reflexió permanent sobre les dificultats quotidianes.

### 3.5 El vincle com a factor protector

A) Afavorint el vincle en la UCIN:

- Afavorim una millor comprensió dels pares a les demandes del nadó.
- Millor acceptació del nadó real.

- Calma la culpa.
- Frena la delegació de la cura del nadó als equips assistencials.
- En cas de mort del nadó, permet fer un millor procés de dol.

#### B) Manifestacions d'alteracions del vincle

- En els nens:
  - Trastorns del creixement.
  - Ansietats de separació.
  - Problemes escolars.
  - Intel·ligència límit.
  - Dificultats en les relacions.
  - Delinqüència.
- En els pares:
  - Risc de negligència i maltractes.
  - Carència de contenció reguladora.
  - Inhibició de la competència intuïtiva parental.

## 4. Conclusions

### 4.1 Situacions en què cal una intervenció psicològica orientada a la mare/pare

- Separació inicial mare-nadó:
  - Nadons traslladats des d'altres hospitals restant allí la mare ingressada.
  - Vivència de ruptura.
- Tècniques de reproducció assistida.
- Nadó en retenció hospitalària i que se'n farà càrrec: centre d'acollida / família adoptiva / família acollidora / família biològica.
- Fortes dificultats per acostar-se al nadó.
- Reduccions, avortaments i fills morts prèviament.

### 4.2 Situacions en què cal un seguiment psicològic del nadó

- Nadons de risc biològic (definites segons el protocol).
- Nadons de risc psicològic (on el vincle mare-nadó pot estar pertorbat per diferents factors).
- Nadons en situació de risc social.

### 4.3 Situacions en què cal una intervenció psicològica a l'equip assistencial

- On les projeccions (ansietats persecutòries i querulants) dels pares o familiars cap a l'equip són molt importants.
- Elaboració del dol:
  - En la mort d'un nadó.
  - En el moment de l'alta.
- Altres funcions:
  - Respectar les decisions de l'equip
  - No és un treball "aïllat", ni "annexa". És una oferta que forma part del tractament des de neonatologia.
  - A recolzar en l'ajuda que donen als pares per afavorir una millor vinculació.
  - Ajudar a simbolitzar el dolor.

Per tant, veiem l'assistència neonatal com:

"Elaborar un projecte comú que permeti no només salvar la vida dels nadons sinó també salvar el seu desig de viure i la capacitat d'estimar dels pares".

(C. Mathelin, 1998).<sup>2</sup>

### NOTAS

1 Brazelton, T.B. y Cramer, B.C. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Paidós, Barcelona.

2 Mathelin, C. (1998), *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*, Nueva Vision, Buenos Aires.