

# CDIAP GRANOLLERS Y UNIDAD NEONATAL DEL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS: UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA<sup>1 2</sup>

*Los gestos médicos tienen su misión, pero la persona está esperando lo invisible, lo imponderable, aquello que podemos llamar un vínculo humano, que no sea un vínculo de oficio, de salario, técnico, de saber hacer. Simplemente, un vínculo.*

Christian Bobin<sup>3</sup>

– Liria Moran Zaurin –

Psicóloga. CDIAP Granollers

– Margarita Corbera Arjona –

Psicóloga. CDIAP Granollers

– Àngels Vázquez León –

Fisioterapeuta pediátrica y logopeda.  
CDIAP Granollers

Convencidos de que la presencia de los padres tiene un papel crucial en el cuidado de los pequeños, la Unidad de Neonatos del Hospital General de Granollers (HGG) abrió sus puertas a los padres hace muchos años. Abrir las puertas es invitar e invitar es pensar en dar un buen trato a los que vienen a casa, hacer lo posible para que se sientan bien. En este sentido, una enfermera dijo a los padres que el equipo de la unidad está



para llegar allá donde no lleguen ellos. La Unidad de Neonatos invitó al *Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç*<sup>4</sup> (CDIAP) a trabajar juntos en la ayuda a los niños y a sus padres, considerando que unos padres cuidados pueden cuidar mejor a su hijo y que su mirada es insubstituible.

Para todos nosotros, ha supuesto una larga trayectoria de colaboración que continua y que busca reparar y reestablecer una continuidad que se rompe cuando un bebé nace demasiado pronto o cuando alguna dificultad importante amenaza su desarrollo.

## PRESENTACIÓN DE LOS DOS EQUIPOS

El HGG es un hospital de ámbito comarcal, en el que la Unidad de Neonatos es

de nivel perinatal 2B, es decir, en la que ingresan bebés nacidos con más de 27 semanas de gestación y otros bebés que presentan dificultades en el período perinatal. El CDIAP Granollers tiene como objetivo favorecer el desarrollo y bienestar del bebé y de su familia en el marco de un modelo bio-psico-social en el que se trabaja la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Por tanto, la colaboración del CDIAP con la Unidad de Neonatos del HGG se enmarca en las funciones de prevención y detección del CDIAP.

Los ejes principales de la colaboración son el trabajo con los profesionales de primera línea y con los bebés y sus familias para prevenir y paliar los posibles trastornos en el desarrollo y facilitar los procesos de vinculación. Algunos de los casos atendidos en la Unidad de Neonatos serán derivados al CDIAP para un posterior seguimiento o tratamiento.

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

<sup>2</sup> Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. I. Anquela y al equipo de la Unidad de Neonatos del Hospital General de Granollers.

Especial reconocimiento a la Dra. A. Zuasnábar, neonatóloga del HGG, Dra. F. Rueda, neuropediatra y M. Camp, fisioterapeuta, profesionales del CDIAP Granollers, por su contribución al inicio de esta experiencia.

<sup>3</sup> Rodés (2015). Traducción de las autoras.

<sup>4</sup> Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

## RECORRIDO HISTÓRICO. LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

La colaboración del CDIAP con la Unidad de Neonatos del HGG tiene una larga trayectoria y nace de un interés mutuo; el CDIAP quería acercarse al inicio de la vida de los niños que llegaban al servicio por diferentes razones teniendo en común un relato de los padres doloroso y difícil en torno al nacimiento. Las profesionales del ámbito hospitalario (neonatóloga, neuropediatra) que atendían y derivaban a los niños al CDIAP estaban interesadas en el trabajo que hacíamos y valoraban la precocidad en la ayuda a los niños y a sus familias.

Se creó un espacio de reflexión y coordinación que permitió pensar conjuntamente cómo la situación del bebé al nacer podía interferir en las primeras relaciones y, en consecuencia, en el desarrollo posterior, tanto del bebé como de su familia. La revisión de un caso clínico, que presentamos más adelante, en el que las circunstancias del niño interfirieron en la construcción de los primeros vínculos, desarrollando un trastorno mental posteriormente, nos permitió reflexionar sobre la importancia de la atención a las familias durante su estancia en la Unidad de Neonatos.

La presencia en el Hospital nos permitió conocer el trabajo de los profesionales de la Unidad, observar a los bebés, conocer y entender la situación tan difícil que vivían las familias. Poco a poco y con la ayuda del equipo del CDIAP, del coordinador clínico Rafael Villanueva y de las profesionales externas que supervisaban nuestra intervención en la Unidad (Carme Amorós, Miriam Botbol), se fue organizando un marco estable de presencia semanal en la Unidad, inicialmente por parte de una psicóloga y, posteriormente, acompañada por una fisioterapeuta. Una trabajadora social del CDIAP puede intervenir en los casos que se considere necesario, coordinándose con el equipo social del HGG en los casos derivados.

El caso que presentamos a continuación llevó a la neonatóloga Amalia Zusanábar, a principio de los años noventa, a proponer al CDIAP el trabajo conjunto dentro de la Unidad de Neonatos.

*Marc es un niño que nació por cesárea urgente por sospecha de sufrimiento fetal y con un APGAR de 5/8. Sufrió convulsiones en el período neonatal y un trastorno de la deglución, a causa del cual requirió ser alimentado por sonda, teniendo que mantener una postura en sedestación que favoreciera la posición incorporada, con gran limitación de su movilidad y de la exploración a partir de su cuerpo.*

*Le derivan al CDIAP a los dos años y medio de vida por problemas de alimentación, lenguaje pobre, hipercinesia y actitud dispersa para la edad. Después, en el CDIAP se fueron observando problemas de relación con los padres muy ligados a la alimentación y al miedo de que si no comía se moriría. Se diagnosticó un trastorno de la relación con rasgos autistas vinculados con las circunstancias del inicio de la vida de Marc. Los padres quedaron invadidos por el temor a la muerte, por la dificultad de alimentación que presentaba Marc, focalizando la atención y el cuidado en este aspecto.*

Este caso clínico es un ejemplo de que cuando la maternidad ha de convivir con circunstancias angustiosas para los padres, como la prematuridad o alguna patología del hijo, la “vigilancia” por la salud y la supervivencia se instala, ocupando el lugar del cuidado y el placer que conlleva la crianza. La interpretación que hacen los padres de los estados y reacciones del bebé da lugar a desencuentros y malentendidos desorganizadores en la crianza (Salvador, 2009). A partir de aquí, pueden aparecer estados depresivos y sentimientos de culpa en los padres.

Acompañar a los padres en estos primeros momentos, dando espacio a la expresión de sus angustias, ayudarlos a detectar los momentos más favorables para entrar en relación con su hijo, así como valorar y poner de relieve sus gestos que contribuyen al bienestar del pequeño son factores de protección en el establecimiento de las primeras relaciones. Cuando atendemos a un niño con diagnóstico de autismo, nos encontramos a menudo con que los padres nos hablan de que era un bebé muy tranquilo, que no daba trabajo.

Por otro lado, hay casos de niños poco reactivos que pueden hacer sentir a los padres que no les necesitan, a menudo les describen como niños “autónomos”. En el otro extremo, se encuentran los bebés que lloran mucho y son difíciles de consolar, poniendo a prueba las capacidades de los padres para hacer su función. En el caso de los niños prematuros, por su inmadurez, tienen más dificultades para mantenerse en alerta, se fatigan en seguida y, a menudo, cuando empiezan a alimentarse por boca, lo hacen dormidos. Su capacidad de autorregularse es aún muy frágil, así como las capacidades de los padres para afrontar la crianza de su hijo. Como expone el Dr. Brazelton (1993), la madre ha de conocer y respetar la necesidad de regulación que tiene su hijo, en caso contrario, se sobrecargará el sistema psicofisiológico inmaduro del bebé y éste se protegerá apartándose de ella.

Hay que poner la mirada entonces en las características personales del bebé, en las capacidades de maternage de los padres y en las condiciones del entorno, en este caso la hospitalización que necesita el bebé para sobrevivir, sobre todo si la estancia es larga, como describe la Dra. Acquarone (2009).

## LA VULNERABILIDAD EN LAS PRIMERAS RELACIONES

En la Unidad de Neonatos, con frecuencia se atiende a padres que han vivido durante la gestación de su hijo alguna complicación médica como la amenaza de parto prematuro, la preeclampsia, pérdida de líquido amniótico, detección de alguna anomalía en el feto, retraso del crecimiento intrauterino, etc. Son complicaciones que hacen vulnerable el proceso de vinculación con el futuro hijo.

La gestación es un proceso biológico en el que el feto se desarrolla hasta llegar a ser un individuo. Pero, a la vez, es un proceso de desarrollo emocional en el que los padres se preparan para la futura paternidad. Ambos procesos están estrechamente imbricados. Es un período en el que se inicia una relación de los padres con el hijo imaginado tejiendo, poco a poco, los primeros vínculos emocionales entre ellos.

Durante el embarazo experimentan muchos sentimientos: ilusión, miedos universales compartidos con otros padres, mucha incertidumbre, deseo de que todo vaya bien, etc. Padre y madre irán construyendo juntos una idea de su hijo y de la relación con él.

Pero cuando durante la gestación aparecen las dificultades nombradas anteriormente, todo este proceso queda amenazado.

En los casos de amenaza de parto prematuro se requiere que la gestante haga reposo y quizás un ingreso hospitalario, a veces hasta el final de la gestación. El ritmo habitual de la mujer se detiene y el embarazo, que en principio seguía un proceso normal, de pronto necesita controles médicos frecuentes y medicación.

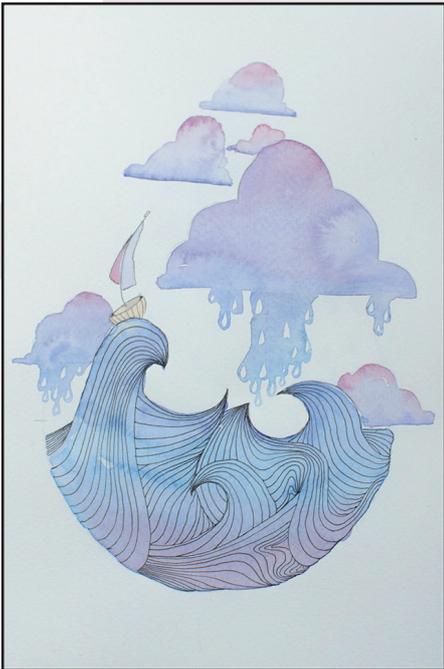


Ilustración de Joana Curbera Moran.

La mujer gestante queda invadida por ansiedades de muerte muy intensas. El miedo a perder a su hijo se hace patente y ello conlleva un sufrimiento muy importante. Aparecen sentimientos de culpa, se pregunta qué ha hecho para desencadenar el parto y con frecuencia no encuentra la respuesta. Ha quedado atrás la vida familiar, el trabajo, los preparativos para la llegada de su bebé. Sentimientos de añoranza de aquello que vivía y sentía hacia el embarazo y su hijo. Tal vez tiene

hijos pequeños a los que ahora no puede atender y eso le produce sufrimiento. Todo esto la puede llevar a un estado de tristeza y de ansiedad que puede llegar a ser importante cuando el ingreso se alarga mucho, como en el caso que se describe a continuación, una observación que reproduce el material que se utiliza para las supervisiones.

*El responsable de la Unidad de Neonatos del HGG pide la intervención del CDIAP en el caso de una gestante ingresada por amenaza de parto prematuro por presentar un estado emocional muy alterado.*

*Presenta un aspecto muy hinchado, ojos rojos, triste. Padre y madre están muy serios. Ella en seguida dice: "Llevo 69 días ingresada, ya no puedo más. Querría que me dijeran que la niña está bien, que pueden retirar la medicación, pero no te lo dicen, lo entendemos". Explica que sólo disfrutó de su embarazo dos meses. Tiene miedo a no estar bien cuando nazca la niña. "Si a todas las madres les pasa, a mí más". Eso la preocupa mucho. Dice que no ha llevado ropa de embarazada, no tiene fotos de embarazada. Nada de lo que se imaginó es como lo que le toca vivir. "No puedo más, necesito salir de aquí, que me dé el sol".*

En esta situación se ve muy claramente cómo se produce un primer momento de ruptura hacia el proceso de embarazo imaginado y deseado. Más tarde, cuando el niño prematuro nace finalmente, los padres se enfrentan a la imagen de un hijo que no reconocen como el hijo fantaseado. Un bebé tan frágil, pequeño, tan dependiente de los cuidados médicos. La imagen de vulnerabilidad de su hijo les puede hacer sentir como padres también vulnerables.

Este escenario emocional nos lleva a pensar que se dan factores de riesgo para que se desarrolle un trastorno en la vinculación que pueda derivar en un Trastorno del Espectro Autista, ya que ambos *partenaires* de la relación son frágiles, así como las condiciones en que se dan las primeras relaciones. En primer lugar, no sólo el niño es prematuro, sino que

los padres también lo son, con la carga de dolor y culpa que ello conlleva. Algunos padres pueden decir, y cuántos no se atreven a verbalizar, que la situación que están viviendo les sobrepasa y querrían alejarse, desaparecer, evitando así hacer más daño a su bebé del que sienten que ya le han hecho trayéndole a la vida en condiciones tan precarias. Los padres pueden sentir que los mejores cuidadores de su hijo son los médicos y enfermeras de la unidad y retirarse. Madre y padre pueden ocuparse de los cuidados básicos de su hijo como son la higiene y la alimentación, pero las dificultades en el período pre-peri-positivo de su hijo pueden interferir en el desarrollo de las funciones paternas. Ello puede dar lugar a un estilo de relación que comprometa el entramado de intercambios relacionales que son la base del posterior desarrollo emocional del bebé, tan dañado en los niños que desarrollan un Trastorno del Espectro Autista.

Por otro lado, el bebé que nace demasiado pronto cuenta con menos recursos para entrar en relación, dada su inmadurez y su fragilidad para integrar aquello que viene del entorno. A pesar de que las unidades neonatales son cada vez más conscientes de minimizar las manipulaciones y evitar el dolor en el cuidado de los bebés, no podemos dejar de pensar en la repercusión que éstas pueden tener si pensamos que aquello que necesitan a la edad gestacional en la que nacen es el ambiente uterino. Los padres a menudo se preguntan si su hijo tendrá recuerdos de esa etapa de su vida. No tenemos otra respuesta que poner en valor su presencia. Lo que sí sabemos, por la experiencia de atender a niños más grandes, es el peso del recuerdo en los padres que condiciona la imagen que tienen de su hijo y la relación que establecen con él.

Un factor de riesgo es la adecuada interpretación o no de las señales que provienen del bebé. Esto facilitará o dificultará sintonías y diálogo en la relación diádica del bebé con los padres. El recién nacido prematuro o con alguna dificultad en el período neonatal necesita más tiempo para ir alcanzando las diferentes etapas madurativas. Acompañar a los padres en el ritmo de cada bebé les permiti-

rá reconocer y adaptarse a sus diferentes estados. Cuando esto no se da, se producen malentendidos, sufrimiento entre ellos que produce desánimo y preocupación, ya que los padres necesitan recibir señales de progreso por parte del niño. El acompañamiento a los padres por parte de los profesionales de la unidad, juntamente con los profesionales del CDIAP, facilitará el ajuste a los ritmos del bebé y a sus características idiosincráticas.

Por otro lado, la mirada de los profesionales ayudará a diferenciar si las reacciones del bebé le permiten autorregularse para recuperar el bienestar o bien son conductas de protección cuando se sienten invadidos por estímulos provenientes del entorno que su sistema nervioso no puede integrar. Es importante discernir si estas reacciones son de protección o se trata de conductas de repliegue que han de considerarse como signos de alerta que pueden ser el origen de un Trastorno del Espectro Autista.

#### **OBSERVAR-APRENDER-ESCUCHAR- CONTENER-PENSAR**

Cuando los profesionales del CDIAP entran por primera vez en la Unidad de Neonatología experimentan emociones intensas. Ver niños tan pequeños que caben en una sola mano y el dolor de sus padres es impactante. Allá pasan muchas cosas a un ritmo rápido y con unos códigos y un lenguaje, en gran parte, nuevos para nosotros.

En este sentido, el método de Observación de Bebés de Esther Bick ha sido para nosotros una herramienta tanto de aprendizaje como de contención. El aprendizaje del *setting* de la observación también nos ha ayudado a construir un encuadre de trabajo en la Unidad de Neonatos. Compartir y supervisar nuestras observaciones con el equipo de profesionales del CDIAP y con la ayuda de profesionales externos ha sido fundamental para avanzar en el trabajo.

Nuestra mirada al bebé a través de la observación hace que los profesionales de la Unidad de Neonatos también se detengan a mirarlo movidos por una cierta curiosidad. Eso despierta comentarios y reflexiones de las enfermeras sobre cómo se debe de sentir el bebé.

También evocan sus propios sentimientos o experiencias personales en torno a la maternidad y/o experiencias dolorosas, identificándose con los padres. Pero, a la vez, para poder realizar su labor, las enfermeras han de poder distanciarse de esas identificaciones y hacer una disociación operativa necesaria.

Con el tiempo y mucha prudencia, hemos ido señalando aspectos de la situación observada al equipo de enfermería de la unidad. Sobre todo, nos centramos sobre actitudes y maniobras de buenas prácticas que contribuyen al bienestar de los pequeños. Ponemos palabras a los “gestos que curan” de las enfermeras y también a los momentos difíciles en su práctica y al sufrimiento que supone para ellas, conscientes de que el objetivo es conocer y comprender su trabajo y sumar pensamiento para mejorar el bienestar del bebé. El personal de la unidad ha de hacerse cargo del estado emocional de los padres y, a la vez, de las necesidades de los bebés, tanto a nivel de cuidados médicos como emocionales. La expresión de sus ansiedades permite a las enfermeras HACER (curas, alimentación, vigilancia...) y también ESTAR con el bebé y sus padres.

#### **EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS POR EL EQUIPO DE LA UNIDAD**

Los profesionales de la Unidad de Neonatos son los que se hacen cargo de esta nueva unidad familiar que genera un hijo, facilitando las primeras experiencias relacionales en situaciones no exentas de dificultades. Los profesionales reciben a unos padres asustados, preocupados, confundidos y, en el caso de las madres, se añade que pueden encontrarse en condiciones físicas muy frágiles después de ingresos prolongados o partos complicados.

En particular las enfermeras, con su presencia constante, acercan a los padres a las necesidades de su hijo, respetando el ritmo de cada familia. Han de establecer una distancia justa para permitir la intimidad y, a la vez, procurando la seguridad que aporta su presencia.

Acompañar a los padres durante la estancia en la unidad, cuidando las necesidades de relación diádica de los padres

con su hijo, es de crucial importancia ya que facilita el inicio de los primeros vínculos emocionales entre ellos. En este sentido, hablaremos del Método Canguro.

#### **EL MÉTODO CANGURO**

Es interesante recalcar que el Método Canguro, que tan buenos resultados dio y que fue implementado en los más modernos hospitales del mundo, nació de la precariedad de las unidades neonatales que no disponían de incubadoras suficientes.

El objetivo primero era dar calor al bebé que, por su inmadurez, no puede todavía regular su temperatura, pero los resultados nos hablan también del calor que dan los vínculos.

El Método Canguro consiste en que la enfermera coloca al bebé sobre el pecho de la madre, piel a piel. Sus movimientos cuidadosos y seguros muestran a la madre que su pequeño no es tan frágil y que su cuerpo puede ofrecerle un calor y bienestar como sólo ella le puede dar. Hay que decir que el padre también hace canguro o bien algún otro familiar en el caso de que los padres no puedan hacerlo.

Observar a una madre haciendo canguro nos evoca el embarazo, las manos de la madre acarician la espalda del pequeño a través de la ropa, lo van reconociendo y van aprendiendo a sostener un bebé tan frágil. El padre, en aquellos momentos, reencuentra su papel al lado de la madre. Estando en silencio al lado de esta unidad padre-madre-bebé, la madre evoca su embarazo que no se pudo completar, habla de sus miedos, de su añoranza.

A lo largo de las semanas, los cuerpos se van acoplando, el pequeño se acomoda en el cuerpo de la madre que le acoge. Poco a poco, la madre va conociendo las preferencias de su hijo, “siempre busca ponerse en esta postura, pone la manita así, se coge a mi ropa...”. Incluso reconocen posturas que habían visto en las ecografías, recuerdan sus movimientos incipientes cuando estaba en la barriga. Piontelli (2002) nos habla, en su estudio de la vida prenatal, de la continuidad en los patrones de movimiento: “No se puede considerar que ningún patrón neonatal se origine en el momento

del nacimiento, ya que el feto tiene ya el repertorio de movimientos que podrá observarse en el recién nacido. La única diferencia radica en la calidad del movimiento, muy probablemente debido a la influencia de la gravedad después del parto”.

Se acompasan los ritmos, algunas madres retoman canciones que habían cantado durante el embarazo. El pequeño reencuentra el ritmo del corazón, de la respiración de la madre, el olor, la voz...

modación continua y recíproca entre la madre y el bebé, dándose entre ellos una especial manera de comunicación que, progresivamente, se va haciendo intencional por parte del bebé y que el adulto interpreta y a la que le da respuesta”.

## FRAGILIDADES Y COMPETENCIAS

El bebé juega un papel importante en el momento del encuentro padres-bebé. A pesar de su inmadurez y fragilidad, dará pistas, facilitará el camino para ese en-

*Las enfermeras del turno de mañana ven poco a la madre. Había venido durante las primeras semanas por la mañana, pero en las últimas semanas viene poco y lo hace por la tarde. Quedamos en que la citarán la semana próxima para que la podamos ver. En esta observación, Jofre tiene un mes y dieciséis días de vida. La madre ofrece el pecho a Jofre por primera vez y el pequeño se coge con bastante habilidad. La madre se alegra, dice que cree que tiene leche, le digo que parece que a Jofre le gusta. Jofre abre un poco los ojos, le pongo la mano para protegerle de la luz, que no es intensa, pero parece molestarle. Jofre abre más los ojos y dirige la mirada a la madre, comento que él parece estar muy a gusto y que está mirando a la mamá. La madre dice: “¡Sí que me mira!”. Le digo que también está oyendo su voz, que le es conocida. “Es que yo hablo mucho”, dice la madre. Le mira un rato en silencio. Dice en voz baja que pensaba que no veía... Le digo que lo puede hacer porque ella le ayuda, está en sus brazos y le está dando el pecho... Jofre deja de mamar, descansa y luego vuelve a mamar.*



Nido.

A veces, este deseado y beneficioso reencuentro madre-bebé es un proceso difícil; a veces, las madres y padres necesitan alejarse de esta dolorosa realidad. Cuando las enfermeras captan estos comportamientos de la madre se inquietan y, juntamente con el CDIAP, se crean espacios para que se pueda hablar de lo que observan, aportando la comprensión que ayudará a acercarse al sentimiento de la madre, permitiendo este movimiento de acercamiento y alejamiento respecto al bebé.

Recordemos las palabras de De Ajuaguerra (1983): “El concepto de “diálogo tónico-postural” se corresponde con un proceso de asimilación y, sobre todo, de acomodación entre los cuerpos de la madre y el bebé. El pequeño es sostenido por la madre, puede cambiar de postura, moverse para encontrar sensaciones de bienestar, formas de regulación o diferentes maneras de expresión en una aco-

uentro. Mostrar las competencias del pequeño y dar significado emocional a sus reacciones facilita que los padres se puedan poner en el lugar del bebé y empiecen a poner palabras a lo que creen que está sintiendo. Por ejemplo, cuando la madre toca con el dedo la manita abierta de su hijo y éste la cierra, se coge, cuando abre los ojos al oír la voz de su madre o cuando detiene el movimiento al oír su nombre pronunciado por el padre.

*Jofre nació a las 28 semanas de gestación con un peso de 1190 gramos. La madre ingresa a las 26 semanas de gestación por amenaza de parto prematuro. Se le administran dos dosis de medicación para madurar los pulmones y dos semanas después se practica cesárea por sangrado y placenta previa. En la historia figura control irregular de la gestación, sociopatía, no consta padre y tiene otro hijo de dos años.*

El acompañamiento a la madre favorece su acercamiento a la individualidad de su hijo, a sus competencias, poniendo de relieve los momentos de encuentro. La contención que le ofrece la madre facilita al bebé la expresión de sus incipientes capacidades relacionales.

Según el Dr. Brazelton (1993), una de las competencias importantes del bebé es la capacidad del contacto visual que contribuye a vincular a la madre con su hijo, tal como hemos visto en el caso de Jofre que mira a la madre y ésta se siente mirada por su hijo. Este intercambio de miradas es un medio que favorece y refuerza el proceso de vinculación emocional.

## LA CONTENCIÓN EMOCIONAL A PARTIR DEL CUERPO DEL BEBÉ

Cuando el bebé está en el útero, está en un ambiente cálido, acogedor, en el que existen unos límites que ofrece la pared uterina y donde oye los ruidos fisiológicos de la madre. Se mueve cuando la

madre lo hace y también por sí mismo. Mientras tanto, su sistema neurológico se va formando, creando conexiones. Si el bebé nace prematuramente, este proceso se interrumpe y le resulta muy difícil enfrentarse y procesar toda la información que le llega, porque su inmadurez provoca que se desorganice con facilidad. A pesar de que el bebé intenta autorregularse fisiológicamente, con frecuencia presenta señales de estrés, que pueden agotar sus energías necesitando ayuda para organizarse.

La observación nos ha ayudado a conocer el lenguaje del bebé, a reconocer los signos y señales que presenta. Para poder ayudarlo en su autorregulación, es necesario observar su actividad espontánea, su postura y sus respuestas a los estímulos.

A lo largo del tiempo, junto a las enfermeras, se han ido implementando medidas protectoras como: tapar la incubadora para disminuir al máximo la luz, utilizar pequeños "nidos" o rodillos. Este nido es un pequeño rodillo de tela que rodea el cuerpo del niño.

Las enfermeras, con la información que les da el neonatólogo, preparan todo lo necesario para el ingreso del bebé en la

Unidad. El "nido A MEDIDA" forma parte de estos preparativos. Con la ayuda de la fisioterapeuta del CDIAP, se confeccionan en función del peso y la talla del bebé, buscando mantener correcciones posturales, evitar deformidades, favoreciendo la contención y el confort y, a su vez, permitiendo la libertad de movimientos.

El prematuro, especialmente si tiene menos de 30 semanas de edad gestacional, presenta hipotonía, con las consiguientes dificultades para vencer la gravedad. Sus movimientos son sobre todo espasmódicos, rápidos y bruscos y sus extremidades están en extensión. En un medio en el que no está rodeado de líquido amniótico que facilita sus movimientos, es importante poder colocar al bebé en diferentes posturas (decúbito supino, decúbito prono y decúbito lateral, siendo el prono y el lateral las más organizadoras) y evitar al máximo su desorganización y las posibles deformidades.

El uso de nidos favorece la contención física del bebé, a la vez que le ayuda a encontrar más fácilmente su estado de calma. La imagen del bebé contenido en los nidos retorna a los padres una visión de mayor bienestar y confort de su hijo.

## LOS NIÑOS QUE ESTÁN SOLOS

¿A quién le llora el bebé?

Con frecuencia, en la Unidad de Neonatos ingresan niños cuyos padres no les pueden cuidar durante su estancia en la unidad por diferentes razones (enfermedad de la madre, dificultades sociales, dificultades emocionales...).

La ausencia de los padres requiere una especial atención en la coordinación y comunicación entre los profesionales que están a cargo del bebé. Estas situaciones generan sentimientos intensos y, con frecuencia, contradictorios en los profesionales de la unidad. Cuando los padres están presentes, son ellos los que, en diálogo con los profesionales, dan una continuidad a través del progresivo conocimiento que tienen de su hijo.

Tomando nota de los comentarios y malestar de las enfermeras, dedicamos uno de los espacios de encuentro con el equipo de enfermería a reflexionar juntas sobre estas situaciones: pensar a partir del niño, a partir de los padres, a partir de ellas y a partir de la institución. Las enfermeras pueden sentir frustración cuando los padres no están en condiciones de recibir lo que ellas les ofrecen: ayuda, acompañamiento, información, en definitiva, facilitar y reparar un proceso interrumpido. Reflexionamos en relación a aquello que iban expresando las enfermeras, observando que, con frecuencia, los padres que menos piden son los que más necesitan. Las enfermeras tienen en mente a la madre en su ausencia y lo transmiten al pequeño, le hablan de ella. Es importante poner especial cuidado en la comunicación con los padres, interesarse por ellos, invitarlos a ir. A veces, se pueden reducir las distancias físicas y/o emocionales a través de conversaciones telefónicas, con la máxima benevolencia para no contribuir a su sentimiento de culpa.

Los casos de retirada del bebé por los equipos de protección a la infancia son especialmente dolorosos y complejos, sobre todo si la madre o ambos padres han estado presentes en la Unidad cuidando de su hijo, que les será retirado. La compleja intervención de los servicios de protección a la infancia con fre-



Haciendo canguro.

cuencia complica la deseada protección y prevención de la salud mental del bebé y de sus padres. Observamos que en estas situaciones se actúa con rapidez y, posiblemente, así debe ser, pero es deseable pensar con calma en todos los factores de protección y con todos los servicios implicados.

Fruto de los encuentros con el equipo de profesionales de la Unidad de Neonatos, estamos valorando la posibilidad de elaborar un pequeño relato que acompañe al informe médico del niño cuando se marche de la unidad. Podríamos llamarlo un "Informe Emocional-Relacional". Se trataría de un relato que contuviera descripciones cualitativas, observaciones de las enfermeras, competencias y fragilidades del pequeño... En definitiva, que refleje la mirada y cuidados que ha recibido, que refleje que ha estado mirado y, por tanto, que alguien lo ha tenido en su cabeza. Si la madre y/o el padre le han cuidado, será muy valioso que, en el futuro, el niño reencuentre aquello que han hecho por él y también lo será para la familia o institución que le acoga. Es deseable que, sean cuales sean las circunstancias de los padres, la unidad sea un espacio de mirada benevolente, sin juicios y que fije la mirada y acompañe las funciones y el estado maternal.

## ESPACIOS DE COORDINACIÓN ENTRE EL CDIAP Y EL EQUIPO DE LA UNIDAD DE NEONATOS

Los profesionales del CDIAP están presente en el momento en que el equipo de la unidad se reúne para hablar de la evolución de cada niño ingresado, para conocer cada caso en relación a la situación orgánica del bebé, evolución y preocupaciones. Nos interesamos por el comportamiento del bebé y por el estado de sus padres. Preguntamos con la intención de generar un espacio de diálogo sobre estos aspectos y atendemos la demanda para nuestra intervención; bebés excesivamente tranquilos o muy irritables, padres aparentemente no muy preocupados o con una angustia que se prolonga y que, a veces, no se corresponde con el estado del bebé... En el caso de que se valore conjuntamente que la ayuda del CDIAP será necesaria por riesgo

en el desarrollo, sospecha o diagnóstico de patología del niño, el neonatólogo nos presenta a los padres, iniciamos el acompañamiento a la familia durante su estancia en la unidad y, posteriormente, cuando el bebé es dado de alta.

## ESPACIOS DE REFLEXIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Poco a poco, se ha ido consolidando un espacio regular de encuentro con el equipo de enfermería de la unidad. Junto a la supervisora de enfermería fuimos organizando sesiones, con un carácter más formativo inicialmente, en diferentes horarios, facilitando que todos los turnos de enfermeras y auxiliares pudieran asistir. Estos encuentros se han ido transformando en espacios de reflexión conjunta sobre temas que reflejaban los intereses y preocupaciones de las enfermeras y que, a la vez, servían de punto de encuentro entre los diferentes turnos, permitiendo el diálogo tan necesario entre los profesionales que están en contacto con intensas ansiedades. En estos encuentros, hemos pensado conjuntamente en el confort postural del bebé, en las primeras relaciones y el vínculo, en la labor del CDIAP, en el lenguaje del bebé, en los padres que no pueden cuidar a su hijo, en el alta hospitalaria o en la entrada de abuelos y hermanos a la Unidad de Neonatos.

## LLEVARSE LA ENFERMERA A CASA

La mirada conjunta del mundo "médico" y del mundo "psicológico" que nos ha permitido esta experiencia pone de relieve el valor y la complejidad del trabajo en red entre los dos servicios, que contribuye a prevenir los trastornos del desarrollo. Para el CDIAP ha sido y es un privilegio estar presente en el inicio de la vida de los niños porque nos ha permitido entender con mayor profundidad el relato de las familias que han pasado por dificultades durante el nacimiento y primer tiempo de vida de sus hijos. El impacto que produce ver niños tan pequeños y frágiles nos acerca a comprender el dolor de los padres y sus reacciones y, a su vez, constatar el valor de la prevención y la intervención precoz.

Hemos sido testigos de la compleji-

dad del trabajo del equipo de profesionales de la Unidad de Neonatos, que debe enfrentarse a situaciones de gran dificultad con los pequeños y, al mismo tiempo, acompañar la angustia de los padres. Nuestra presencia continuada y la observación en un medio de tecnología y actuaciones rápidas permite detenerse, individualizar, conocer y poner palabras a los gestos cotidianos de las enfermeras de la unidad y dotarlos de una dimensión emocional de "gestos que curan" o, como hablábamos en el grupo de supervisión, de "la relación que cura y no cuesta dinero".

El momento de dejar la unidad es un momento deseado y, a la vez, temido por los padres. Algunos de ellos han comentado que querrían "llevarse la enfermera a casa". Nosotros pensamos que por supuesto se llevan el haberse sentido acompañados en la comprensión y cuidados de su hijo. La mirada benevolente de los profesionales que los han acompañado sin juzgarlos facilitará el punto de partida para la crianza de su hijo. ●

## BIBLIOGRAFÍA

**Acquarone, S.** (2009). *Upa Lala. Ayudando a los que ayudan*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.

**Ajuriaguerra, J. de.** (1983). De los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural y a las actividades expresivas. *Anuario de psicología*, 28, 7-18.

**Balza Lizarza, A. y Fernández Azpeitia, M.N.** (2011). *El bebé prematuro en la sección de neonatología del Hospital Universitario Donostia*. Edición: Unidad de Comunicación Hospital Universitario Donostia, España. Depósito Legal: SS-1496

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

**Charpak, N.** (2006). *Bebés canguro*. Barcelona, España: Gedisa.

**Fernández Rego, F.J. y Gómez Conesa, A.** (2012). *La fisioterapia en el presente y futuro de los niños que nacen demasiado*

pequeños, demasiado pronto. *Revista Fisioterapia*, 34 (1), 1-3.

**Klaus, M y Kennell, J.** (1978). *La relación madre-hijo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

**Macias Merlo, L. y Fagoaga Mata J.** (2002). *Fisioterapia en pediatría* (1ª ed.). Madrid, España: McGrawHill/Interamericana de España.

**Mathelin, C.** (2001). *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

**Piontelli, A.** (2002). *Del feto al niño*. Barcelona, España: Espaxs.

**Plaza Vera, M y De Gracia Miró, C.** (2008). Recién nacidos de alto riesgo neonatal. Factores de riesgo neurológico, intervención de fisioterapia y tipo de seguimiento. *Revista Fisioterapia*, 30 (1), 5-15.

**Rodés, C.** (2015). Entrevista a Christian Bobin. *Revista Dar Lugar*, 3, 12-19.

**Salvador, G.** (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona, España: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.



Fotografía de Joana Curbera Moran.