



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

INDICADORES PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DEL DESAPEGO
EMOCIONAL EN PADRES CON NEONATO PREMATURO CON MALFORMACIÓN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

RODRÍGUEZ LÓPEZ SARA ESTHER

DIRECTOR: DR. EN PSIC. SERGIO SANTAMARÍA SUÁREZ

DIRECTOR ADJUNTO: MTRA. VERÓNICA RODRÍGUEZ CONTRERAS

PACHUCA, HGO. 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Psicología

MTRA. ANTONIA Y. IGLESIAS HERMENEGILDO
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **Rodríguez López Sara Esther**, bajo la **modalidad de Tesis** cuyo título es: "INDICADORES PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DEL DESAPEGO EMOCIONAL EN PADRES CON NEONATO PREMATURO CON MALFORMACION" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del Jurado.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Mtra. Antonia Yugoelavía Iglesias Hermenegildo	Presidente	
Dr. Sergio Santamaría Suárez	Primer Vocal	
Mtra. Dayana Luna Reyes	Segundo Vocal	
Mtra. Verónica Rodríguez Contreras	Tercer Vocal	
Mtro. Gerardo Hurtado Arriaga	Secretario	
Lic. Jorge Alberto Barranco Bravo	Suplente	
Lic. Mónica Escamilla Sandoval	Suplente	

Pachuca de Soto, Hgo. 08 de mayo de 2012

c.c.p. Archivo

Ex. Hacienda la Concepción

Tilcuaatla, Hidalgo

Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104

Fax: 01 771 71 720-00 ext. 5111

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios por darme la vida y fortaleza para poder culminar con este trabajo.

A mi familia que ha estado conmigo apoyándome a lo largo de cada etapa de mi vida.

Agradecimientos

Le agradezco al Instituto de Ciencias de la Salud por darme la oportunidad de aprender y formarme como licenciada en psicología.

Le agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por invertir en la licenciatura de psicología.

Le agradezco al Hospital "Dr. Alfonso Mejía Schroeder del Instituto Mexicano del Seguro Social, clínica 1 de Pachuca, Hidalgo, México por darme la oportunidad de hacer mi estudio, gracias a la Dra. María del Socorro Lara Gutiérrez jefe del área de Neonatología en UCIN, por las facilidades para poder tener acceso a la población y dejarme trabajar con ella.

A mi asesor Sergio: Por su paciencia a lo largo de la tesis y desde antes, por enseñarme no solo lo teórico si no la práctica al compartir sus experiencias conmigo, por su comprensión y por su apoyo a lo largo de este proceso. Gracias por todo te quiero mucho maestro y amigo.

A mi asesora Vero: Gracias por todos los aprendizajes, por su paciencia al resolver mis dudas, por su cariño y comprensión, por su dedicación al explicarle, por el tiempo que me dio para resolver mis dudas, por su gran ejemplo del cual pude y sigo aprendiendo mucho. Gracias por su apoyo y amistad que me brindo a lo largo de la carrera y en este proyecto. La quiero mucho maestra y amiga.

Le agradezco a Dios la oportunidad de darme la vida, darme la fortaleza para permitirme culminar una carrera y poder realizar una tesis que era una meta personal, por darme una hermosa familia, amigos y estar rodeada de personas que día a día me enseñan.

A mi mami Cris por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por su amor, comprensión, por animarme, por creer en mí, por enseñarme a luchar en la vida y no dejarme vencer a pesar de las adversidades, por ser una madre y mujer ejemplar. Te amo

A mi familia por apoyarme y estar dispuestos a ayudarme, gracias por su comprensión, paciencia y por creer en mí. Por enseñarme que uno forja su destino y que uno es el resultado de sus decisiones. Gracias por enseñarme a perseverar hasta alcanzar la meta. Los amo muchísimo.

A mis amigos: Gracias por su apoyo, lealtad, por estar conmigo en los tiempos difíciles y felices, por animarme y escucharme. Por enseñarme que una verdadera amistad rebasa fronteras y distancias. Son una bendición de Dios en mi vida. Los quiero mucho.

A mis maestros que me ayudaron a lo largo de mi formación académica, gracias por brindarme sus experiencias y conocimientos.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	5
II. ABSTRAC.....	6
III. INTRODUCCIÓN.....	7
IV. JUSTIFICACIÓN.....	9
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
Pregunta de investigación.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	13
VI. MARCO TEÓRICO.....	15
Capítulo 1: Factores externos que influyen en el desarrollo del neonato	
1.1 Proceso de Gestación.....	15
1.2 Aspectos psicológicos de los padres.....	16
1.2.1 El deseo de tener un hijo.....	17
1.2.1.2 El hijo y su significado.....	19
1.3 Factores Biológicos o genéticos en el caso de las malformaciones.....	23
1.4 Entorno familiar.....	24
1.5 Factores Sociales.....	27
Capítulo 2: Malformaciones y síndromes en neonatos	
2.1 Clasificación del recién nacido.....	34
2.1.2 Valoración del recién nacido.....	35
2.2 Malformaciones.....	37

2.2.1 Malformaciones en extremidades.....	40
2.2.2 Malformaciones en pulmones.....	42
2.2.3 Malformaciones en la cabeza.....	44
2.3 Síndrome de muerte súbita del lactante.....	45
2.4 Síndrome de apnea del sueño.....	49
2.5 Isquemia Miocárdica transitoria del recién nacido.....	50
Capítulo 3: Proceso de hospitalización del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	
3.1 La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN.....	57
3.2 Antecedentes de la UCIN.....	60
3.3 Descripción de la UCIN.....	63
3.4 Hospitalización en la UCIN.....	66
3.5 Tipo de diagnóstico médico en la UCIN.....	67
3.6 Estado emocional de los padres durante el proceso de hospitalización de su neonato en la UCIN.....	69
Capítulo 4: Apego, desapego y duelo	
4.1 Apego emocional.....	74
4.1.1 Apego seguro.....	74
4.1.2 Apego inseguro-evitativo.....	75
4.1.3 Apego inseguro-ambivalente.....	75
4.2 Desapego emocional.....	76
4.3 Duelo.....	83

4.3.1 Duelo en los padres por tener un neonato con malformación en la UCIN.....	84
4.3.2 Duelo por la pérdida de un hijo sano.....	85
4.3.3 Duelo Normal.....	87
4.3.4 Duelo Patológico.....	87
4.4 Fases del duelo.....	88

Capítulo 5: Método

5.1 Tipo de investigación.....	91
5.2 Diseño de investigación.....	91
5.3 Hipótesis.....	91
5.4 Variables.....	91
5.5 Instrumento y fuente de información.....	92
5.6 Muestra.....	99
5.7 Procedimiento.....	99
5.8 Tratamiento de datos.....	100

VII. RESULTADOS

Caso 1.....	102
Caso 2.....	103
Caso 3.....	104
Caso 4.....	104
Caso 5.....	105
Caso 6.....	106

VIII. CONCLUSIONES.....	109
IX. REFERENCIAS.....	114
X. ANEXOS	
Anexo 1. Imágenes de neonatos con malformaciones.....	125
Anexo 2. Imágenes de procedimientos médicos durante la hospitalización..	126
Anexo 3. Reporte de trabajo.....	127
Anexo 4. Lista de contenidos sintéticos, como propuesta inicial para un manual de procedimientos dirigido a los psicólogos que trabajan en la UCIN.....	128
Anexo 5. Formato de guía de entrevista.....	130

RESUMEN

En este trabajo se estudian los indicadores para el diagnóstico psicológico del desapego emocional en padres con neonato prematuro con malformación.

Se destaca la importancia de los vínculos del apego y desapego, los tipos de duelo por los que atraviesan los padres, el abandono emocional que sufren los neonatos por parte de sus padres al tener una malformación. Se ejemplifica mediante la presentación de seis casos en donde se muestra el apego y abandono emocional en relación a la recuperación de cada uno de los casos.

El tipo de investigación es exploratoria – descriptiva de diseño no experimental; la hipótesis descriptiva es la malformación del prematuro provoca reacción de abandono emocional por parte de los padres. La variable principal es la condición de malformación en neonatos prematuros con base en diagnóstico médico y la variable asociada es el abandono emocional (valorado mediante observación clínica). Los sujetos de estudios fueron seis casos de neonatos prematuros. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista semiestructurada a padres, revisión de expediente clínico, reporte tipo viñeta de seis casos representativos y la observación clínica en el hábitat natural, teniendo una interacción directa con el sujeto de estudio durante el proceso salud enfermedad y durante el período de hospitalización, en el área de neonatología en el Hospital “Dr. Alfonso Mejía Schroeder” del Instituto Mexicano del Seguro Social, clínica 1 de Pachuca, Hidalgo, México.

La conclusión principal es que los indicadores psicológicos del desapego emocional de los padres con su neonato prematuro con malformación se ven reflejados en la conducta y esto tiene impacto en su estado de salud y afecta su proceso de desarrollo físico y emoción, es necesaria la intervención del psicólogo para trabajar con los padres en beneficio del neonato.

ABSTRACT

This research Project is about indicators for the psychological diagnosis of emotional detachment in parents with a premature baby with malformation.

The importance of attachment bonds, the types of mourning that parents go through and the emotional abandonment suffered by newborns are stressed. This paper presents six cases where attachment and abandonment in newborn babies with malformations are shown.

This is an exploratory, descriptive, non-experimental research. The descriptive hypothesis is that malformation in the baby causes a reaction of emotional abandonment in the parents. The principal variable is the malformation in newborn babies based on a medical diagnosis. The associated variable is the emotional abandonment (this is validated by clinical observation). The subjects of study were six premature newborn babies with malformation. The instruments used in this study were a sem-structured interview to the parents, a review of the clinical file, a report of six representative cases and clinical observation in natural habitat, having a direct interaction with the subject of study during the process of disease and the hospitalization period in the newborn area of the *Dr. Alfonso Mejía Schroeder* hospital of the *Instituto Mexicano del Seguro Social*, in the city of Pachuca, Hidalgo, Mexico.

The main conclusion of this paper is that the psychological indicators of emotional detachment in parents of premature newborn babies with malformation are reflected in the behavior, having this an impact in the general health of the baby, affecting their physical and emotional development. Because of this, the intervention of a psychologist working with the parents is necessary.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo trata sobre el tema del recién nacido que ha sido poco estudiado en padres que han tenido neonatos prematuros en estado de gravedad o con malformaciones. En la actualidad se han incrementado los casos, las estadísticas muestran que en países de Centro América, el Caribe y Sudamérica la tasa de mortalidad neonatal es 15 por 1,000 nacidos vivos (Fernández & Olivedo, 2005) esta situación ha generado que se realicen investigaciones acerca de cómo se deben cuidar a los neonatos para favorecer en el proceso de salud-enfermedad mediante la asesoría a los padres y equipo médico para contribuir en la recuperación.

Este trabajo es relevante si consideramos que en las áreas de neonatología de los hospitales de Pachuca Hidalgo no se han hecho estudios acerca de este tema y aumentan los casos de manera significativa. La atención psicológica a los neonatos carece de sistematización.

Con este estudio se busca mejorar la calidad y atención del neonato prematuro con malformaciones brindando orientación psicológica acerca de este tema, para beneficio de la población de los diferentes municipios del estado de Hidalgo en el cual se presentan los nacimientos de neonatos prematuros con malformaciones, sentando los antecedentes para el manejo psicológico.

En el capítulo 1 se presenta el proceso de gestación del neonato, en donde se explora la intervención de los factores psicológicos en el transcurso de la gestación, los factores que intervienen en el deseo de tener un hijo tanto de la madre como del padre, los factores biológicos, entorno familiar y factores sociales.

En el capítulo 2 se habla del nacimiento y evolución del neonato que comprende su valoración al momento de nacer, los trastornos y síndromes que puede llegar a presentar como son el síndrome de muerte súbita del lactante, el síndrome de apnea del sueño, isquemia miocárdica transitoria del recién nacido así como malformaciones en extremidades, en pulmones y en la cabeza.

En el capítulo 3 se incluye información acerca de los antecedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, el proceso de hospitalización del neonato, su diagnóstico y el estado emocional propio y el de los padres o tutores.

En el capítulo 4 se tocan temas como el desapego emocional según el autor Bowlby (1998) que son el apego seguro, apego inseguro - evitativo, apego inseguro-ambivalente, se abordan el tema del duelo y las etapas de duelo de los padres.

En el capítulo 5 se describe el método, formado por: tipo de investigación, diseño de investigación, hipótesis, variable, instrumento, la muestra, procedimiento y tratamiento de datos.

El apartado de los resultados se deriva de los seis casos en donde se observa el abandono emocional, mismo que va ligado al neonato prematuro con malformación, podría decirse que los padres pasan por diferentes pérdidas durante este proceso, la primera pérdida es el duelo del hijo idealizado (en el que habían puesto una serie de expectativas, ilusiones y sueños que no llegan), la segunda pérdida es el duelo por la malformación (puesto que es un hijo que no nació sano) y la tercera pérdida es el duelo (cuando el neonato fallece debido a su condición de prematuridad y diagnóstico médico). El neonato que percibe el rechazo de sus padres corre el riesgo de dejar de aferrarse a la vida, por el contrario en el caso del neonato con malformación que recibe el apoyo de sus padres, fortalece el vínculo de apego con ellos y con la vida, se ha observado que incluso se recupera de manera significativa como posible respuesta al apego emocional de sus padres, mismo que se encuentra ligado en el sentido común con el amor paterno.

Finalmente en el último apartado se muestran las conclusiones de todo el trabajo, propuesta de sugerencias para Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y el quehacer del psicólogo en el área de neonatología.

JUSTIFICACIÓN

Una de las poblaciones que requieren de mayores estudios es la neonatal debido a que es una población vulnerable, de acuerdo a estudios realizados por el consenso estratégico Interinstitucional de América Latina se calcula que la mortalidad neonatal es 15 por 1,000 nacidos vivos son prematuros y que las cifras incrementan de acuerdo a la zona en donde se encuentre teniendo en cuenta los factores culturales, geográficos, la edad de la madre que se embaraza oscila alrededor de los 14 y 16 años incrementando la tasa de muerte infantil (Fernández & Olivedo, 2005). En nuestro país aumentan los casos significativamente por ejemplo en Jalisco los prematuros constituyeron del 2% al 3% de los nacimientos, con mortalidad global 6/1000 NV y en Hidalgo 16.6%.

Por lo tanto es importante ayudar a la población para disminuir el índice de muerte neonatal, porque no solo se beneficia a nivel personal sino también a nivel social ya que se resolverá la problemática que esta afectando a un gran número de personas a nivel físico y emocional.

Este trabajo también contribuye a delimitar el quehacer del psicólogo en el área de neonatología específicamente al tratar el abandono emocional durante el proceso de asistencia del neonato así como los estados emocionales de los padres en dicho proceso, delimitando las necesidades de la población (neonatos), resolver las dudas de los padres acerca de los cuidados que le deben brindar a sus hijos en las visitas y recomendaciones para el cuidado en el hogar.

La falta de normas y criterios para la atención psicológica del neonato, nos han llevado a considerar la enunciación inicial de pautas útiles para la posterior elaboración de un manual. Ver Anexo 4: Lista de contenidos sintéticos, como propuesta inicial para un manual de procedimientos dirigido a los psicólogos que trabajan en la UCIN, pág. 128.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los esfuerzos realizados en todo el mundo, aún no se ha logrado disminuir en forma sustancial el número de nacimientos prematuros de menos de 32 semanas (Stoll, et.al., 2000). Este grupo de neonatos representa no más del 3% - 4% de Nacidos vivos (NV), pero contribuyen con 40% - 60% de las muertes por sepsis, malformaciones congénitas y complicaciones secundarias al manejo ventilatorio.

En el estudio realizado por el Consenso Estratégico Interinstitucional de América Latina, las estadísticas muestran que en países de Centro América, el Caribe y Sudamérica la tasa de mortalidad neonatal es 15 por 1,000 NV. La mortalidad neonatal representa alrededor del 60% de las defunciones de los menores de 1 año y 36% de la mortalidad entre niños menores de 5 años. Cada año nacen cerca de 12,000,000 niños y niñas, mueren 400,000 de ellos antes de los cinco años de edad, 270,000 antes de un año de edad y de estos últimos, 180,000 fallecen durante su primer mes de vida. Se determinan los resultados obstétricos de un estudio realizado en una población de Pakistán de 1,280 (94%) de las 1,369 mujeres participantes. La tasa de mortalidad neonatal a los 28 días fue de 473 por 1,000 nacidos vivos. Los nacimientos prematuros, las cesáreas y las complicaciones durante el parto se asociaron a mortalidad neonatal. El 88% de los recién nacidos que fallecieron habían recibido tratamiento y el 75% murieron en el hospital (Fernández & Olivedo, 2005).

Los reportes de investigaciones realizados en México (Martínez, 2000) señalan la frecuencia global de prematurez en 8.0%, en población con amparo de seguridad social (IMSS), con cifras que van desde 2.8% en Sinaloa.

En el hospital General de México (Marmolejo, 2003) se descubrió que de 57,431 NV, el 2.8% fueron prematuros e ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La mayoría (28.8%) se encontró en el grupo de 30 - 32 semanas. Se registraron 798 defunciones. Otro estudio realizado en el IMSS de Guadalajara, encontró como diagnóstico más frecuente, en el mismo tipo de

pacientes, sepsis neonatal, síndrome anémico, ictericia y enfermedades respiratorias (Rincón & Aranda 2006).

Un estudio realizado en el IMSS encontró que en Jalisco los prematuros constituyeron del 2% al 3% de los nacimientos, con mortalidad global 6/1000 NV. y 16.6% en Hidalgo; además la prematurez junto con el bajo peso al nacer constituyen del 12% al 15% de los nacidos vivos (NV) y contribuyen del 25% al 30% de la mortalidad neonatal (Martínez, 2000).

Se sabe que la prematurez es una problemática debido a que han aumentado la cifras de nacimientos de neonatos prematuros que en algunos casos traen como consecuencia la muerte infantil, ocasionando que la OMS junto con otras instituciones de Salud Pública realicen programas de prevención (salud para todos 2010, unidades móviles de salud, capacitación emergencias obstétricas Julio 2011, entre otros) con el fin de reducir estas cifras. En el caso de los padres que tienen neonatos prematuros con malformaciones, quedan expuestos a reaccionar con abandono emocional ante su hijo por lo que se debe orientar a los padres para que se encuentren preparados para afrontar la situación de su pequeño y cuenten con la información pertinente del estado de salud y puedan contar con atención psicológica para afrontar su duelo por la situación y poder así darle el soporte emocional a su neonato, ayudándolo en el proceso, teniendo las herramientas de afrontamiento necesarias para manejar sus emociones, separar su dolor personal para brindarle el holding a su hijo. Winnicott (1960 en Bleichmar y Leiberman, 1997) describe el holding como el sostenimiento emocional y físico que comprende metafóricamente sostener a la criatura en abrazos y constituye una forma de amar.

Cabe destacar la importancia de la información que se le debe brindar a los padres para permitir que comprendan la problemática del neonato prematuro con malformaciones, familiarizándose con las técnicas, los protocolos, el lenguaje utilizado por el personal de enfermería y médico, entender al equipo de salud y colaborar en la atención del bebé. Recibir información, comprender ¿qué está pasando?, estar informados durante la hospitalización ayuda a disminuir la angustia y a minimizar el impacto al que se enfrentan los padres cuando dejan a su bebé en

la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (División Neonatología, Hospital materno infantil R. Sardá, 2009). También ayuda a relacionarse con otras familias, conversar y compartir todos los sentimientos que los identifican con otros padres fortaleciendo las redes sociales o grupos de apoyo, mismas que harán que se sientan acompañados, además de brindar a los padres herramientas de afrontamiento para descubrir sus habilidades y fortalecerlas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) señala que en los neonatos con malformaciones, el proceso de hospitalización es difícil y este sufrimiento aumenta en relación al abandono emocional de los padres, aunado al hecho de que las unidades de cuidados intensivos neonatales no cuentan con un manual de procedimiento para la atención psicológica que oriente la intervención en los casos de niños prematuros con malformación en donde los padres presentan abandono emocional.

Una de las aportaciones derivadas de este trabajo es una propuesta de contenidos sintéticos útiles en la elaboración de un manual para la atención psicológica en áreas de neonatología, pero aclaramos que en este trabajo el planteamiento del problema son las reacciones asociadas al abandono emocional de los padres ante las malformaciones del neonato prematuro.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los indicadores para el diagnóstico psicológico del desapego emocional en padres con un neonato prematuro con malformación?

Objetivo General:

Explorar y describir los indicadores para un diagnóstico psicológico del desapego emocional en padres con un neonato prematuro con malformación y proponer contenidos sintéticos para un manual destinado a la atención psicológica en área de UCIN.

Objetivos Específicos

- 1 - Identificar las malformaciones típicas en neonatos prematuros
- 2 - Explorar y describir los indicadores de abandono emocional en los padres con neonatos prematuros con malformación
- 3 - Describir los procedimientos de atención psicológica a los padres con neonatos prematuros con malformación
- 4 - Proponer contenidos sintéticos para un manual destinado a los psicólogos que laboran en las áreas de la UCIN

Capítulo 1

Factores externos que influyen en el desarrollo del neonato

“El amor es la ocupación del espacio”

Poeta Michaux

**“Ocupar un espacio físico viniendo al mundo primeramente, pero sobre todo
ocupar un lugar en el deseo del Otro, sin el cual la vida, de entrada, pierde
toda posibilidad de sentido”**

Psicoanalista Ricardo Rodulfo

MARCO TEÓRICO

Este capítulo trata sobre los componentes que influyen en el desarrollo del neonato como los factores psicológicos de los padres, qué implica el deseo del hombre y de la mujer en tener un hijo, los factores biológicos que predisponen a que los neonatos nazcan con malformaciones, el entorno familiar en el que se encuentra el neonato, el factor social si se encuentra la madre en zona rural o urbana ya que esto puede incrementar o disminuir las posibilidades de un tratamiento oportuno para la madre y el neonato.

1.1 Proceso de gestación

Es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico como psicológico, el medio ambiente familiar y el entorno social que cumplen roles trascendentales para la salud del binomio madre-hijo. Los eventos biológicos, que van desde cambios en el aspecto físico de la mujer, como son el aumento de peso y de volumen, alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, hiperflexibilidad de las articulaciones, hasta cambios fisiológicos mayores como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación y órganos reproductivos (Papalia, 2010).

Según Papalia (2010), las etapas del desarrollo fetal se dividen en cuatro:

1ª etapa: Constituida por la fertilización del óvulo, la cual produce una célula con todo el potencial del ser humano. Empieza su crecimiento, se duplica, triplica, hasta que se realizan todos los cambios en el feto, en las primeras semanas.

2ª etapa: Hasta la 2ª semana no se produce la implantación en la pared del útero. Posee el conjunto llamado blastocito el cual contiene 23 cromosomas de la madre y otros 23 del padre.

3ª etapa: Denominada Fase embrión. Dura hasta el 3er mes. De esta forma se va a formar el cordón umbilical, el saco amniótico y la placenta. Durante esta fase se

desarrolla el cerebro, el sistema digestivo, riñones, corazón (que incluso comienza a latir), se inicia el crecimiento de los brazos, se inician algunos sistemas orgánicos (aparato digestivo, respiratorio, nervioso, circulatorio).

4ª etapa: Fase fetal. Dura 7 meses (hasta el final del embarazo). Durante esta fase el feto madura hasta el final del embarazo. En el 4 mes los genitales se diferencian, tiene los primeros movimientos. En los 3 meses últimos se acumula grasa, con lo que el niño aumenta de peso. Durante esta etapa también pasan inmunoglobulinas de la madre al feto, hierro (Fe), minerales y oligoelementos cobalto (Co), zinc (Zn), etc.) que son esenciales para el desarrollo del feto.

1.2 Aspectos Psicológicos de los padres

Se destacan diversos factores psicológicos de los padres cuando quieren tener un hijo, entre los que destacan el miedo a la soledad debido a que tienen la creencia que si no existe la presencia de un hijo no habrá familia y al no haber familia se quedaran solos, experimentando un sentimiento de vacío que buscan llenar como pareja al concebir un hijo.

El peso de su propia historia: la historia personal de los progenitores es de importancia ya que de ella se deriva la imagen que más tarde tendrá el niño de sus progenitores. El comportamiento del padre, haya sido adecuado o inadecuado, influye en el propio deseo de reproducción. La paternidad del adulto tiene una historia, tiene raíces infantiles (Lebovici y Stoleru, 1983). Por ejemplo, una persona que haya tenido un padre ausente e indiferente podrá actuar de dos maneras: no experimentará el deseo de tener un hijo o por el contrario, sentirá el deseo de tener descendencia con el fin de dar lo que él no recibió. En los dos casos el deseo esta condicionado por la experiencia vivida en la infancia.

Roles que asigna la sociedad históricamente a la mujer se le asocian binomios casi míticos: mujer es igual a madre, o mujer es igual a familia, ligados a determinantes biológicos e instintivos de querer ser madre. Se comienzan a definir los mitos femeninos como mujer-madre. El amor femenino entonces es concebido romántico y con pasividad erótica; sin embargo, en el hombre históricamente se le asocian

mitos diferentes, como considerar que el amor masculino es igual al sexo y placer, o que está matizado por la agresividad erótica, y en último lugar se sitúa la relación hombre-padre.

Al varón se le prepara para la convivencia social, se magnifica su virilidad, se sobreexige un determinado comportamiento sexual, se reduce la expresión de sentimientos, se estimula su libertad, se refuerza su entrenamiento en el sexo, pero nunca se piensa en qué piensa el hombre con la llegada de un hijo. Poco se prepara al hombre para las vivencias y responsabilidades de este evento vital, se pierde de vista la educación y preparación de la paternidad (Miqueo, Magallón y Barral, 2008).

1.2.1 El deseo de tener un hijo

El deseo de tener un hijo en el hombre: para algunos puede ser parte de su proyecto de vida. Este deseo a veces se manifiesta de forma precoz, desde la infancia, y no se atenúa con el transcurso del tiempo. Conciben la paternidad como un deber natural, una necesidad asociada a su masculinidad y una función que deben desempeñar lo mejor posible a lo largo de su existencia. En muchas culturas, la vida de un hombre o la de una mujer no pueden concebirse sin la existencia de uno o de varios hijos, por razones que pueden ser de tipo social o religioso.

Finalmente, hay hombres que ven la paternidad como un factor de desarrollo personal y, simplemente, no se imaginan a sí mismos sin hijos: desean verlos crecer, compartir con ellos toda una serie de experiencias, y por lo general sueñan con tener una gran familia. Cuando no pueden engendrar un hijo, lo adoptan. “Sin hijos, no habría tenido la sensación de vivir” (fragmento de entrevista padre caso 3, 20 de Mayo del 2011).

Deseo de dejar un legado o heredero: se trata de una necesidad de transmisión o de “prolongación” en otro ser, de dejar constancia de su existencia. Asegurar la continuidad genética, tener a quien heredar un legado personal.

Ser un progenitor: en el caso del hombre este vínculo tiene un fundamento más psicológico o emocional que biológico.

En el caso de la mujer: "Autorrealización" según Maslow (1943 en Frager y Fadiman, 2001) lo define como el momento en que el sí mismo (self) se actualiza al procrear vida de un nuevo ser dentro de su organismo. Elegir el crecimiento al tomar la decisión de formar una familia. Desarrollo de nuevas potencialidades y habilidades al asumir el rol de madre.

Maternidad: La mujer se visualiza como "gestadora y paridora", de forma natural se crea un vínculo de amor y una necesidad de cuidado y protección. En este sentido Winnicot (1960 en Bleichmar y Leiberman, 1997) señala la importancia de la "mirada" quien plantea que la madre juega un papel crucial en el desarrollo del bebé debido a que es la encargada de proporcionarle un holding adecuado entiéndase holding como un soporte emocional que necesita el bebé. Pero cuando a la madre se le priva de ese primer vínculo con el neonato y lo llevan a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por su situación de prematuridad y de malformaciones, lo que puede suceder es que la madre experimente un desapego emocional al no sentir en primer momento a su neonato como suyo, creando distanciamiento psicológico a semejanza de un desconocido que sólo lo puede ir a visitar a ciertas horas y que no puede tener un contacto directo, en ocasiones por el bienestar y salud de su bebé.

Otro factor que interviene es el concepto de idealización de la maternidad como un concepto central para la comprensión de los aspectos psicológicos en la mujer y su entorno. Debido a que pertenecemos a una cultura de origen judeocristiana en la que se trasmite de diferentes formas no sólo la valoración sino la idealización de la maternidad a través de diferentes mensajes culturales y de la educación diferenciada por género, se realiza un proceso de internalización de un "ideal maternal" en el que lo social intersubjetivo se transforma en intrasubjetivo en donde la madre es feliz por el hecho de ser madre (Vindela, 1990). El ideal maternal contiene el mito de la maternidad como atributo constitutivo de la supuesta

"naturaleza femenina" como un hecho inmutable y eterno (Lombardi & Grashinsky, 1978).

Como pareja tienen la perspectiva de visualizarlo en los siguientes aspectos:

- Desarrollo personal, algunos deciden ser padres porque consideran que su desarrollo personal ya exige dar ese paso.
- Otros piensan que luego de casarse la siguiente etapa es la paternidad.
- Otros tienen la sensación e instinto, materno-paterno en su interior.
- Transición de la vida a nueva etapa: Maduración y consolidación como pareja al adquirir un compromiso mayor al formar una familia asumiendo nuevos roles.
- Formar una familia: Complacer a la pareja o para retenerla. Tener un hijo para complacer al otro no sólo podría profundizar las diferencias en el seno de la pareja, sino que también afectaría la crianza y desarrollo del futuro hijo. Se trata de una solución cortoplacista para algo que justamente es lo inverso, una decisión que nos acompañará por el resto de nuestras vidas.

Las presiones sociales, del entorno, preconceptos sobre la supuesta edad ideal para tener hijos influyen de manera significativa para decidir dar este paso trascendental.

1.2.1.2 El hijo y su significado

La importancia de la formación del vínculo se inicia aún antes del embarazo, es creado en la mente de los padres y surge de un deseo de tenerlo.

Según Brazelton y Cramer (1990), lo llaman la prehistoria del vínculo. El vínculo con un recién nacido se construye ya desde el embarazo y forma parte de las relaciones previas con un hijo imaginario y con el feto en desarrollo que ha formado parte del mundo de los padres durante nueve meses.

Las fuerzas biológicas y ambientales que llevan a hombres y mujeres a desear tener hijos y las fantasías que estos deseos suscitan, pueden considerarse como la prehistoria del vínculo.

La tarea más inmediata de la mujer en el embarazo es aceptar este “cuerpo extraño” ahora implantado en ella. Así como su cuerpo va disminuyendo sus defensas contra este y pasa a aceptarlo y albergarlo, también la madre debe llegar a experimentar al futuro hijo como una parte benigna de ella misma.

En el quinto mes de embarazo, la madre tiene aprensiones de tener un niño que no sea perfecto y se preocupa por todos los problemas que pueda tener.

Por tanto, un bebé prematuro o con problemas significa no tanto una sorpresa para la madre como una decepción por su falta de éxito en todo el esfuerzo que ha realizado durante el embarazo.

La madre ya ha movilizado fuerzas que le obligan a luchar contra el problema, pero debe afrontar el dolor de perder al bebé perfecto con el que soñó como recompensa de su trabajo.

Al llegar el momento del parto, la madre debe estar lista para crear un nuevo vínculo y también dispuesta a ingresar en esa condición.

Se tienen que adaptar a un nuevo ser, que provoca sentimientos de extrañeza.

Llorar al hijo imaginario y adaptarse a las características del hijo real.

Luchar contra el temor de dañar al bebé indefenso.

Aprender a tolerar y disfrutar de las nuevas exigencias que le impone la total dependencia del bebé y gratificar sus apetencias orales, satisfaciéndolas con su propio cuerpo.

Todo esto representa un importante trastorno psicológico. Es como si la nueva madre sufriera una total conmoción, todo en ella está sujeto a cambios.

Como refiere Ricardo Rodulfo (1999): “Pero ¿Dónde nace el hijo? en el cuerpo de la madre o ha empezado a vivir en otro tipo de territorio, en otro espacio. ¿Qué representa este hijo para el deseo de los padres? ¿Para qué se desea?, para contestar estas preguntas se empezara explicando que es un significante”.

Según los criterios para que sea algo significativo son:

1. Tiene que repetirse, no reconoce la propiedad privada, cruza, circula atraviesa generaciones, traspasa lo individual y lo grupal; no es de pertenencia de algún miembro de la familia, en todo caso es el problema que interpela a cada uno.

Está implícita la sobredefinición es decir el peso significativo establecido de una frase, que es lo que hace el sujeto con ella.

2. Cuando un elemento adquiere gravitación significativa, en el momento de su introducción algo nuevo se traza. No vale porque designifique inequívocamente cierto significado, sino por las significaciones que se van generando.

3. El significativo tiene dirección (abismo o cumbre) todo depende del contexto del constructo del significativo.

La Prehistoria conlleva a la importancia del mito familiar es decir lo que rodea al niño a través de una serie de prácticas cotidianas que incluyen actos, dichos, ideologemas, normas educativas, regulaciones del cuerpo que forman un conjunto donde esta presente el mito familiar. Es donde el niño esta posicionado y cómo lo está. El mito familiar esta conformado por dos niveles:

a) Proceso: fantasía, mundo interno

b) Función: relaciones y funciones de los otros (materna, paterna, hermanos, abuelos y miembros de otras generaciones).

Para entender donde esta el niño, debemos saber dónde está implantado, dónde vive, en qué mito vive, qué mito respira y qué significa, en ese lugar ser madre y padre. Por ello se explica la teoría ecológica.

Por otro lado Bronfenbrenner (1987 en Frías 2006) propone la teoría ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia).

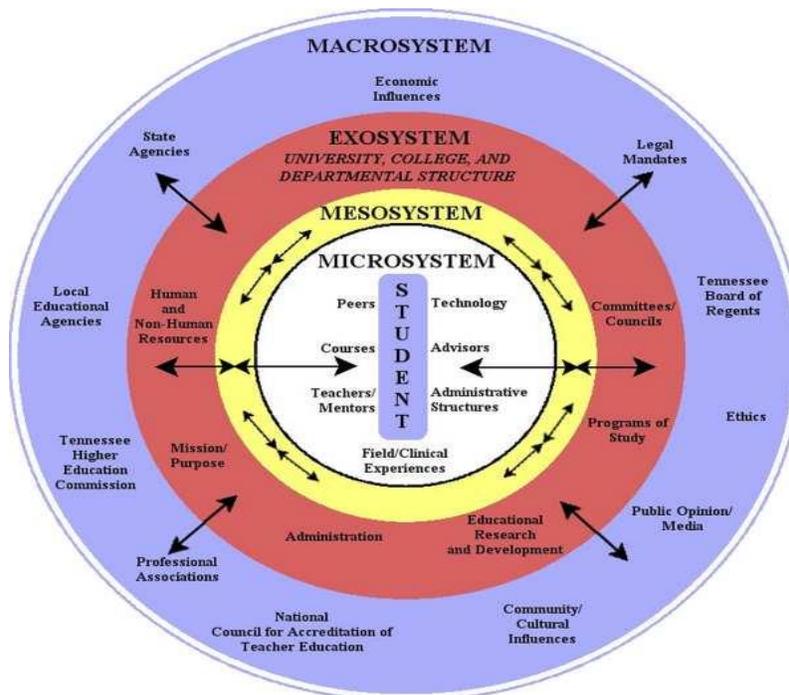
El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente.

El exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo.

Y finalmente, el macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros.

La tarea originaria de un bebé cuando nace es tratar de encontrar significantes que lo representen ante y dentro del discurso familiar, en el seno del mito familiar es decir en el campo deseante familiar. Esa tarea es de tipo extractivo porque debe arrancar los significantes que lo representan. Ya que conseguir un lugar para vivir depende de los significantes que uno encuentra.



1.3 Factores Biológicos o genéticos en el caso de las malformaciones

La interrelación entre los factores genéticos y ambientales se considera causante de las malformaciones en neonatos. Muchos de estos defectos pueden ser previstos genéticamente e incluso diagnosticados en el período intrauterino con vistas a la interrupción precoz del embarazo o al tratamiento oportuno para evitar la muerte del niño y las posibles secuelas que dañen severamente la calidad de vida.

El desarrollo genético de los últimos 30 años en Cuba ha conllevado una disminución en la presencia de las malformaciones congénitas mayores al nacer mediante el análisis del comportamiento de las malformaciones mayores (Dyce & Chikuy, 1999).

Algunos de los factores biológicos que intervienen para que la madre tenga neonatos prematuros con malformaciones son:

- 1) El intervalo entre embarazos: Hace una diferencia ya que las mujeres con un período de 6 meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento de probabilidad de partos prematuros (Yurac & Romero, 1990).
- 2) La obesidad: No conlleva directamente a un nacimiento pretérmino, pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial que son factores de riesgo por sí mismos (Al-Salili, Natale y Bocking, 1994).
- 3) Los embarazos múltiples: Mellizos, trillizos, etc; son factor asociado al nacimiento prematuro.
- 4) Malformaciones uterinas: Pierden la capacidad para mantener el embarazo lo cual conlleva a un trabajo de parto prematuro (Acien, 1993).
- 5) El estado mental: La ansiedad y la depresión se han relacionado con el parto pretérmino (Dole, et al., 2003).

1.4 Entorno familiar

El entorno familiar es fundamental para el desarrollo integral de una persona, la familia proporciona las condiciones materiales, psicológicas y sociales que favorecen redes de apoyo, desenvolvimiento social, escolar, laboral además de generar una adecuada autoestima que le permita al individuo mantener un equilibrio emocional.

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.

La familia se subdivide en sub-sistemas. Estos, a su vez, se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen entre sí.

Las relaciones que se establecen en la familia son:

- Simétricas: Aquellas en las que se actúa de manera igualitaria. Por ejemplo, el sub-sistema de los hermanos o el subsistema marido-mujer.
- Complementarias: Aquellas en las que hay asimetría en la relación. Por ejemplo, las relaciones madre-hijo.

Los conflictos y los cambios forman parte de la vida familiar. Cada familia se transforma con el correr del tiempo y debe adaptarse y reestructurarse para seguir desarrollándose.

Existen tipos de familia como son:

- i. Familia nuclear: Integrada por padre, madre e hijo.
- ii. Familia simple: Conformada por padre, madre sin hijos.
- iii. Familia monoparental: Conformada por uno de los padres por uno o más hijos.
- iv. Familia monoparental extendida. Integrada por un progenitor, hijos y personas de la familia.

Las familias nucleares durante el proceso de gestación cuentan con mayores recursos como son el apoyo de su pareja, un soporte económico, pero lo que implica un factor de riesgo es la edad de la madre.

A diferencia de la familia monoparental durante el proceso de gestación la madre se encuentra con menos recursos y puede estar presionada por lo económico y estar trabajando, no teniendo los cuidados necesarios y esto incrementa la posibilidad de que tenga un neonato prematuro.

Las familias tienen diferentes funciones como son:

- 1) Función de regulación sexual: Mediante la estructura familiar se organiza y regula la satisfacción de los deseos sexuales y comportamientos en función de sus valores culturales con diferentes grados de comprensión o tolerancia.
- 2) Función reproductora: Toda la sociedad depende de la familia en lo referente a la concepción y el nacimiento de nuevas personas.
- 3) Función de socialización: El individuo dentro de la familia es donde empieza a socializar para que posteriormente cuando sea adulto se integre a la sociedad.

- 4) Función afectiva: Es en la familia, donde el individuo recibe las primeras manifestaciones de afectividad, que luego se seguirá recibiendo a lo largo de su vida.
- 5) Función de definición de estatus: Al pertenecer a una familia se adquiere un estatus por edad, sexo, etc. Y a través de la familia se adquiere un nivel social, una religión, una clase, una posición en la sociedad etc.
- 6) Función de protección: La familia es la unidad que proporciona a sus miembros protección física, afectiva, económica y psicológica.
- 7) Función económica: La familia es una unidad económica básica, la cual satisface las necesidades de los miembros de la familia.

Algunos factores de riesgo para la familia son:

- a) Pobreza: Cuando no tienen los recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades humanas básicas.
 - Falta de oportunidades: Viene determinado por el origen de la persona (su nivel económico) ya que si ella no se decide a cambiar de estilo de vida y busca nuevas oportunidades, no va a poder cambiar su condición económica.
 - Falta de formación de habilidades y de motivaciones para intentar el cambio: Es difícil que este tipo de familias adquiera nuevas habilidades para cambiar que no sean las de supervivencia.
 - Condiciones de sexo: Esto se debe a que hay discriminación hacia la mujer, ya que ella en la mayoría de los casos depende del dinero de su marido, y por ello está bajo la influencia y poder de él.
 - Factores de feedback: Están relacionadas con enfermedades físicas y mentales.
- b) Desempleo: Es un elemento que unido con la pobreza desempeña un papel importante, cuyas características son:
 - El desempleo constituye por sí mismo una condición de vida insana. Contribuye a la depresión con los síntomas consecuentes: pérdida de

sueño, falta de motivación para buscar trabajo e incluso conductas autolisis.

- El desempleo de los diferentes miembros de la familia tiene distintas consecuencias para el sistema.

Algunos eventos y trastornos en la madre que pueden contribuir a un parto prematuro son:

- El bajo nivel socioeconómico.
- El nivel de educación.
- La condición de madre soltera.
- El estrés emocional o severo prolongado por parte de la madre (casi siempre por una vida matrimonial infeliz) a veces afecta a la salud del feto dando a luz a niños enfermizos, de lento desarrollo y prematuros (Sontag, 1964).
- Tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad.
- Ausencia de control prenatal.
- Si la madre fuma o consume narcóticos el niño puede ser prematuro, mostrar desarrollo insuficiente o malformaciones (Evans, Newcombe y Campbell, 1979).

1.5 Factores sociales

Los factores sociales influyen tanto como los factores biológicos del neonato y factores psicológicos de los padres, puesto que de ellos depende el cuidado, protección, amor para satisfacer las necesidades básicas del neonato.

La mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Esta se define como el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1,000 nacidos vivos. La OMS (2010) recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de

vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria. En los fallecidos se considera sólo a aquellos que pesan más de 500 gramos.

La ocurrencia de las malformaciones congénitas es variable según Estadísticas de Salud de las Américas (OPS, 2006). En los países más desarrollados la incidencia es menor. En las poblaciones más pobres la incidencia es mayor y se reportan cifras por 1,000 nacidos vivos de 106 hasta 167.

La mortalidad infantil y neonatal varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica. La mortalidad neonatal es de entre el 40% a 70% de muertes infantiles en periodo neonatal. En la medida que las tasas de mortalidad infantil descienden, las muertes neonatales son de un porcentaje mayor de las muertes totales del primer año de vida. En la década del 50, en Chile, en que la mortalidad infantil era de 120/00, la mortalidad neonatal era del 40 % de la muertes. En 1999 en que la mortalidad infantil ha bajado a 101/00, la muerte neonatal es del 60% de los fallecidos con menos de un año (Taucher & Jofré, 1997).

Un punto a considerar para el índice de mortalidad o morbilidad es la ubicación geográfica en la que se encuentren los padres, consideramos que la población en la que se encuentran puede ser primordial para recibir atención médica oportuna para la madre y su neonato, las condiciones de vida en las que se encuentra la madre durante el proceso de gestación. El número de habitantes que tiene una población determina si ésta es rural o urbana.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) una población se considera rural cuando tiene menos de 2,500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2,500 personas.

La zona rural: es una entidad de población de menor tamaño que la ciudad y dedicada principalmente a actividades económicas propias del sector primario, ligadas a las características físicas y los recursos naturales de su entorno próximo

(agrícola, ganadero, forestal, pesquero o a veces minero); aunque en la actualidad han aumentado mucho las actividades terciarias, y en algunos casos el turismo rural.

Se mencionan algunas de las características que tiene cada población empezaremos con la rural.

A. Acceso a los servicios de:

Salud: debido a la distancia geográfica no tienen acceso a hospitales que se encuentren cercanos a ellos, cuentan con centros de salud que les ofrecen los servicios básicos pero no tienen los recursos físicos (camas, ventiladores, oxígeno, incubadoras, etc.) ni el personal (médicos especialistas, enfermeras) para atender emergencias obstétricas o enfermedades que necesiten de hospitalización y operaciones, etc.

Vivienda: dependerá de acuerdo a la zona rural en la que se encuentren, en zonas marginadas es de techo de lamina, tabiques sobrepuestos, de asbesto o solo pequeñas chosas, rural de techos de laminas, o casas de concreto dependiendo la zona.

Agua potable, drenaje y luz: en las zonas marginadas no cuentan con estos servicios, en la rural de pobreza moderada si cuentan con los servicios.

Educación: en las zonas marginadas no cuentan con ella debido a que no hablan español si no su dialecto, en la rural si cuentan con educación (primaria, secundaria) y dependerá si pueden seguir estudiando de la economía y número de miembros de su familia.

Áreas de recreación: cuenta con centros comunitarios donde les enseñan a aprovechar los recursos con los que cuentan (artesanías, comida, etc.) para generar un ingreso económico extra.

B. Acceso a un trabajo asalariado

La minoría cuenta con un trabajo asalariado en el campo debido a la creciente mecanización de las tareas agrícolas.

Si son dueños de grandes extensiones de tierra estas las emplean para actividad agrícola o ganadera y son sus jefes inmediatos y contratan a gente para que les ayude (capataces, peones, etc.).

C. Ambiente libre de contaminantes

Contaminantes Químicos: las zonas más alejadas que se encuentran cerca de ríos son más vulnerables a que contaminen las aguas las empresas vertiendo sus químicos en ellas, o grandes cantidades de basura. Las radiaciones, las sustancias químicas y otros riesgos de la industria pueden poner en riesgo al feto (Blaasaas, Tynes y Lie, 2004). Entre los contaminantes peligrosos y residuos se encuentran el monóxido de carbono, el mercurio y el plomo.

Por otra parte hay que considerar dos factores que influyen de manera importante como contaminantes que son la Drogadicción y el Alcoholismo.

D. Redes de apoyo social: las redes de apoyo social son aquellas que van a ayudar a la población a tener mejores condiciones de vida, como son:
Programa OPORTUNIDADES que viene de parte del gobierno del estado en donde les brinda una ayuda económica a las familias para que sus hijos puedan seguir estudiando.

Programas de ayuda para el sector agropecuario por parte del gobierno.
Albergues para apoyarlos por si no tienen un lugar para vivir o han sido damnificados de algún desastre natural.

Sin embargo también existen zonas consideradas como rural donde las personas carecen de bienes que puedan proveer un trabajo, alimento e ingresos económicos

son comunidades marginadas, empobrecidas con una carencia de todos los servicios sociales que provee el estado.

La Zona Urbana: es una entidad de habitantes que residen en las ciudades y que se encuentra dedicada a actividades diversas, por lo general de orden secundario y terciario como las actividades industriales, comerciales y de servicios.

A. Acceso a los servicios de:

Salud: cuentan con hospitales públicos y privados, centros de salud.

Vivienda: dependerá de acuerdo a la zona urbana en la que se encuentren.

Agua potable, drenaje y luz: cuentan con todos estos servicios.

Educación: cuentan con escuelas a nivel básico, medio y superior.

Áreas de recreación: cuentan con parques, museos, teatros, cine, etc.

B. Acceso a un trabajo asalariado

Si cuentan con un acceso a un trabajo asalariado dependiendo de su nivel social (clase alta, media y baja).

C. Ambiente libre de contaminantes

Contaminantes Químicos: son más vulnerables a contaminantes químicos y tóxicos por la cercanía a las empresas que pueden ser inhalados, o tomados porque hayan sido vertidos en el agua.

La polución ambiental y los residuos tóxicos son fuente de peligro para el futuro niño (Guo, Lambert, Hsu y Hsu, 2004).

Contaminantes Ambientales: dentro de estas zonas se incrementa el pandillerismo (por moda, por pertenencia a un grupo, por los beneficios que les trae; etc.), el nivel

de delincuencia aumenta considerablemente, por lo que es más fácil que la población tenga acceso a la drogadicción y alcoholismo.

D. Redes de apoyo social con las que cuenta esta zona son:

Programa OPORTUNIDADES de parte del gobierno en el cual buscan ayudar a las familias con menos recursos económicos.

Cuentan con alberges por si la gente esta lejos de su lugar de origen por situación de que se encuentra hospitalizado algún familiar o porque no tengan donde vivir.

Sin embargo en las zonas consideradas como urbanas existen personas que carecen de bienes y servicios como es el caso de los cinturones de miseria que están alrededor de la ciudad pero son zonas empobrecidas donde no cuentan con los servicios básicos para subsistir.

Las zonas urbanas tienen mayores recursos económicos, de salud, educación que las zonas rurales por lo cual las mujeres de la población son más vulnerables a adquirir enfermedades maternas y las infecciones. La rubéola es una enfermedad maternal que puede causar defectos prenatales como malformaciones, ceguera, sordera y problemas cardiacos (Bar-Oz, Levincheck, Moretti, Mah, Andreou y Koren, 2004). Otro aspecto es la nutrición de la madre que esta implícito en su nivel económico las madres condiciones extremas de malnutrición son más propensos a sufrir malformaciones debido a que la ingesta de la madre no tiene los niveles apropiados de proteínas, vitaminas y minerales (Matthews, Youngman y Neil, 2004).

Capítulo 2

Malformaciones y síndromes en los neonatos

**“Ámame cuando menos lo merezca,
ya que es cuando más lo necesito”**

Proverbio chino.

Las malformaciones y síndromes en los neonatos son condiciones que dificultan el cuidado del neonato ya que necesita de cuidados minuciosos de acuerdo a su estado de salud y las demandas que presenta.

2.1 Clasificación del recién nacido

La vida del recién nacido se sostiene en la estructura física, en esta etapa inicial de desarrollo y para garantizar el óptimo transitar de la vida se debe de cuidar uno a uno los aspectos físicos, por lo que en este apartado se enuncian en un panorama general que nos permita tener una idea de las técnicas de valoración física que se utilizan al momento, entendiendo que conlleva la revisión y evaluación minuciosa de todos los aparatos y sistemas del cuerpo, desde el punto de vista somático.

En la Clasificación del Recién Nacido se utilizan los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido como son su madurez expresada en la cronología de la edad gestacional y el peso al momento del nacimiento. Considerando inicialmente estos dos parámetros, los recién nacidos se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Recién nacido de término (RTN): son aquellos nacidos con 38 semanas de gestación y más de 42 semanas de gestación.
- 2) Recién nacido pretérmino (RNPR): son aquellos nacidos con más de 38 semanas de gestación. Siguiendo el criterio de la Academia Americana de Pediatría, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera pretérmino a los recién nacidos con más de 37 semanas.
- 3) Recién nacido posttérmino (RNPT): son aquellos nacidos con 42 semanas de gestación, según su peso es adecuado o no para su edad gestacional, se clasifican en:
 - a) Adecuados para la edad gestacional (AEG): cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI).

- b) Pequeños para la edad gestacional (PEG): cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- c) Grandes para la edad gestacional (GEG): cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

2.1.2. Valoración del recién nacido

En la valoración del recién nacido como rutina se revisa la historia clínica y exploración física, se revisan antecedentes familiares maternos y perinatales y se realiza una exploración clínica sistemática del recién nacido, que es la primera exploración que revela anomalías.

Esta valoración se dividen en:

- a) Exploración general: en donde se observar si el neonato presenta anomalías congénitas, se constata si el recién nacido ha realizado una transición satisfactoria a la vida extrauterina, se averigua hasta qué punto el embarazo, el parto, el periodo expulsivo y analgésicos o anestésicos han afectado al neonato, por ejemplo con signos de infección o trastornos metabólicos.

b) Sistema cardiorrespiratorio

1. Color: en los recién nacidos es indicador de la función cardiorrespiratoria del neonato. Lo normal es un color rosado generalizado o a menudo una discreta cianosis de manos y pies. El color de las membranas mucosas también es un indicador fidedigno, en especial en los niños de piel oscura. La palidez en el recién nacido puede indicar una posible hemorragia aguda, aunque la hipoxia y la acidosis también puede manifestarse así.

2. Frecuencia respiratoria: en los recién nacidos es de 0 a 60 respiraciones/minuto. Todos los recién nacidos presentan una respiración periódica de a un ritmo regular durante 1 minuto, luego presenta un breve período de ausencia de respiración (5-10s).

3. Exploración del corazón:

- Se observa la cavidad precordial, frecuencia, ritmo, calidad de los tonos y la presencia o ausencia de soplos, también se averigua si el corazón está situado a la izquierda o derecha, por ocultación o palpitación.
- La frecuencia cardíaca normal es de 120 a 160 lat. /min. Se modifica con los cambios de actividad del recién nacido aumentando con la presencia del llanto, la actividad y la respiración rápida.
- El Soplo es menos significativo en el período neonatal que en cualquier otra época, un conducto arterioso que se esté cerrando puede originar un soplo que es transitorio.

Se emplea también el apunte de Apgar (1953) que es un método clínico que permite valorar al niño inmediatamente después del parto. Se realiza de rutina al 1 y 5 minuto de vida. Consiste en la valoración de cinco signos clínicos: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color.

Escala de Apgar

Puntuación	0	1	2
Ritmo cardíaco	Ausente.	Lento (por debajo de 100 pulsaciones por minuto).	Rápido (de 100 a 140 pulsaciones por minuto).
Ritmo respiratorio	Ausente.	Irregular y lento.	Bueno, el bebé llora.
Tono muscular	Flojo, flácido.	Débil, inactivo,	Fuerte,
		Pero con algo de flexión en las extremidades.	Movimientos activos.
Color corporal	Azul, pálido.	Cuerpo rosa pero extremidades azules.	Totalmente rosa.
Respuesta refleja	Sin respuesta.	Muecas.	Tos, llanto y estornudos.

Cada señal se califica en un intervalo de 0, 1, 2 y se promedia en términos de ausencia o presencia para obtener en su caso la máxima calificación de 10.

2.2 Malformaciones

Se puede decir que las malformaciones congénitas son la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en casi todo el mundo; constituyen un problema grave aún no resuelto. Su repercusión tanto social como familiar es inmensa y también lo es desde el punto de vista económico. En muchos países del mundo (Pakistán, Perú, Costa Rica, Argentina, México etc.) donde las malformaciones continúan ocupando el segundo lugar dentro de la mortalidad infantil. Muchos países se han agrupado para trabajar con vistas a disminuir la incidencia y la

mortalidad por estas afecciones, como ocurre en Suramérica (Sosa, Gómez, Pérez, Valdés y Rojo, 1978). La mayoría de estos defectos congénitos no llevan a la muerte del niño y algunos se resuelven absolutamente sin otra repercusión, pero lamentablemente otros mantienen alteraciones permanentes o producen un desenlace fatal en forma precoz o más tardíamente (Cañadell & Pablos, 1992).

La interrelación entre los factores genéticos y ambientales se considera causante de estas malformaciones. Estos defectos desde hace un tiempo son previstos genéticamente e incluso diagnosticados en el período intrauterino con vistas a la interrupción temprana del embarazo y/o el tratamiento oportuno para evitar las secuelas e incluso la muerte del niño.

Un estudio constituido por un total de 59,078 nacidos vivos en el Hospital “Iván Portuondo”, en San Antonio de los Baños, La Habana, Cuba, del año 2003 al 2005 se dividió en dos grupos: los nacidos entre enero de 1975 y diciembre de 1989; y el segundo grupo los nacidos entre enero de 1990 y diciembre de 2004. Cada grupo abarca un período de 15 años. El objetivo fue conocer la incidencia de las malformaciones en ambos grupos así como el perfeccionamiento de la aplicación de los programas de genética y determinar cuál fue la malformación con mayor incidencia por aparatos o sistemas. Solo se tomaron los casos de menos de 7 días y que tenían al nacimiento un diagnóstico clínico evidente de malformación mayor y los casos que se diagnosticaron por rayos X o ultrasonido (García, Fernández, Rodríguez, y Pérez, 2007).

Las malformaciones congénitas que se encontraron fueron las siguientes:

- Malformaciones del sistema nervioso central.
- Malformaciones del sistema circulatorio.
- Malformaciones de la cara.
- Malformaciones del aparato digestivo.
- Malformaciones de la pared anterior del cuerpo.
- Malformaciones del aparato urinario y genitales externos.

- Malformaciones del aparato respiratorio.
- Malformaciones óseas.
- Otros tipos de malformaciones.

El método estadístico utilizado fue el análisis de porcentajes, de donde se obtuvieron los siguientes resultados; nacieron 59,078 niños: 29,813 entre 1975 y 1989 y 29,265 niños entre 1990 y 2004. En estos grupos se detectaron, respectivamente, 132 y 100 recién nacidos vivos con malformaciones mayores evidentes clínicamente, radiológicamente o por ultrasonografía. La incidencia fue de 4.4 y 3.4 por 1,000 nacidos vivos. La mayor incidencia de malformados ocurrió en el primer grupo de estudio, con 56.9% del total y 4.4 por 1,000 nacidos vivos, tal como se muestra en la tabla 1 (García, Fernández, Rodríguez y Pérez, 2007).

Tabla 1. Principales malformaciones encontradas por grupos, sistemas o aparatos

Patología	Grupo de 1975 a 1989	% por aparatos o sistemas	Grupo de 1990 a 2004	% por aparatos o sistemas	% total por aparatos o sistemas
Mielo y meningocele	13	52,0	1	12,5	42,4
Cardiopatías no precisadas	12	44,4	15	55,6	100,0
Valva uretra posterior	2	50,0	1	20,0	33,3
Ano imperforado	6	25,0	8	42,1	32,6
Atresia esofágica	7	29,2	6	31,6	30,2
Ausencia de un hueso	4	50,0	1	25,0	8,3
Onfalocèle	4	50,0	2	40,0	46,1
Labio leporino	18	94,7	13	86,6	91,3
Síndrome de Down	8	26,7	9	31,1	28,8
Otras	22	73,3	20	68,9	71,2

2.2.1 Malformaciones en extremidades

La malformación es una diferencia notable en la forma del cuerpo o parte del cuerpo, u órgano del cuerpo (interno o externo) comparada con la forma promedio de la parte en cuestión. El 3% de los recién nacidos en el mundo nacen con una malformación desde muy leve hasta muy grave. Algunas de las malformaciones en extremidades son:

Amelia: Es una malformación congénita que se caracteriza por la falta de uno o más miembros, sean superiores o inferiores. Es originada generalmente en la cuarta semana de gestación embrionaria.

Focomelia: Es una enfermedad que se manifiesta por una malformación de origen teratogénico consistente en la ausencia de elementos óseos y musculares en el miembro superior o inferior, quedando reducido a un muñón o prominencia que se implanta a nivel del hombro o de la cintura y que asemeja las aletas de la foca. Puede afectar a un solo miembro o a varios (Jenna, Galloway, Delgado, Ros. y Clifford, 2009).

Polidactilia: Es un trastorno genético donde un humano o animal nace con más dedos en la mano o en el pie de los que le corresponde (por lo regular un dedo más). Puede ser causado por una aberración cromosómica, como el síndrome de Patau (trisomía del par 13), pero también puede presentarse naturalmente por un solo gen. Es recomendable realizar al menos un examen físico buscando otras alteraciones que hagan sospechar de algún trastorno genético (Figuera, 1994).

Sindactilia: Es la fusión congénita o accidental de dos o más dedos entre sí. Ocurre normalmente en algunos mamíferos como el siamang, siendo inusual en los humanos. Es la malformación congénita de los miembros más frecuente, con una incidencia de 1 entre 2000-3000 nacidos vivos. Puede ser clasificada como simple cuando sólo afecta a tejidos blandos, o compleja cuando envuelve a hueso o uñas de dedos adyacente (Guizar, Gildardo y Zafra, 2000).

Ectrodactilia: Conocida como síndrome de Karsch-Neugebauer, es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia de tipo autosómicodominante. Ocasiona una deformidad de las extremidades en la que hay ausencia de partes o de dedos completos y, con frecuencia, sindactilia. Consecuentemente, las manos o los pies asumen una forma que recuerda a las pinzas de una langosta (Karsch, 1936). Ver Anexo 1: Imágenes de algunos neonatos, pág. 125.

Acondroplasia: Trastorno genético que se presenta en 1 de cada 25.000 niños nacidos vivos(1950) Se trata de un trastorno del crecimiento óseo; de hecho, el nombre de la enfermedad proviene de 3 vocablos griegos (*a* = sin; *chondro* = cartílago; *plasia* = crecimiento o desarrollo), es decir, *sin crecimiento normal del cartílago*. Es el tipo más frecuente de enanismo que existe, caracterizado por un acortamiento de los huesos largos y mantenimiento de la longitud de la columna vertebral, lo que da un aspecto un tanto desarmónico: macrocefalia, piernas y brazos cortos y un tamaño normal del tronco, entre otras irregularidades fenotípicas (Guizar, Gildardo y Zafra, 2000).

2.2.2 Malformaciones en pulmones

La malformación adenomatoide quística del pulmón fue descrita por primera vez en 1949 y representa 25% de todas las malformaciones pulmonares congénitas. Su expresión clínica es variable, desde la muerte fetal o neonatal temprana por hipoplasia pulmonar o hidropesía no inmunitaria, hasta sobrevida por largos períodos asintomáticos seguidos de infecciones pulmonares recurrentes durante la niñez (Revillon, Planner y Sonigo, 1993).Ver anexo 1: Imágenes de algunos neonatos, pág. 125.

El defecto consiste en excesivo crecimiento de bronquiolos, proliferación de elementos mesenquimatosos y supresión de la diferenciación alveolar, lo que produce estructuras de aspecto adenomatoso recubiertas por epitelio cubico o cilíndrico ciliado.

Según el tamaño de los quistes y el aspecto microscópico, la malformación adenomatoide quística se ha clasificado en tres variedades:

- Tipo I: grandes quistes.
- Tipo II: múltiples quistes de tamaño inferior a 1 o 2 centímetros.
- Tipo III: masa homogénea y compacta con estructuras quísticas de tamaño inferior a 0,5 centímetros (Revillon, Planner y Sonigo, 1993).

La enfermedad puede asociarse a otras malformaciones como displasia o agenesia renal, hernia diafragmática, malformaciones cardíacas y anómalas cromosómicas (Taguchi, Shimiz, Osaki, Kubota y Aso, 1993).

El pronóstico y la sobrevida de los pacientes con esta afección es variable y depende del momento en que se hace el diagnóstico (antenatal o postnatal), la presencia o ausencia de hidrops o desviación de mediastino, la extensión (unilateral o bilateral), el tipo de quiste y el momento en que se decide la cirugía (antenatal *in utero* postnatal). Son de alta letalidad las lesiones de tipo III, las bilaterales, el diagnóstico tardío y el hidrops fetal (Taguchi, Shimiz, Osaki, Kubota y Aso, 1993).

La embriogénesis pulmonar es la formación del esbozo pulmonar a partir de la cuarta semana de gestación es producto de una evaginación del intestino anterior. Esta afección congénita pulmonar se debe a una alteración del componente epitelial de la yema bronquial, ocasionando sobre crecimiento de estructuras bronquiales y disminución de alvéolos. Es la malformación broncopulmonar congénita más frecuente: 95% de los casos. Ocurre en 1 de cada 5,000 a 20,000 recién nacidos vivos. La clasificación más reciente y aceptada hace hincapié sobre los hallazgos clínicos, criterios macroscópicos y microscópicos, así como la región anatómica donde se origina el defecto (Kravitz, 1994).

El tratamiento de las malformaciones congénitas de la vía aérea pulmonar debe ser interdisciplinario, con médicos a cargo del paciente que deben estar involucrados desde el inicio en la valoración preanestésica, la intubación bronquial selectiva; los cirujanos pediatras experimentados y el manejo postquirúrgico en una terapia

intensiva. La edad ideal para intervenir es entre los 6 y 18 meses de edad, por la menor morbilidad, de complicaciones como la insuficiencia respiratoria, el neumotórax postquirúrgico y el empiema pleural (Kravitz, 1994).

El diagnóstico prenatal y la intervención quirúrgica temprana son seguros y reduce notoriamente la morbilidad y mortalidad.

2.2.3 Malformaciones en la cabeza

Hidrocefalia: El término deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el cerebro. Cuando el volumen de LCR aumenta dentro de la cabeza y el cerebro, se produce aumento del tamaño de los ventrículos, esto produce un aumento de presión dentro de la cabeza, con sufrimiento para el cerebro (Moore, 1995). Ver Anexo 1: Imágenes de algunos neonatos, pág. 125.

Macrocefalia: Es una alteración en la que el perímetro cefálico es más grande que el promedio correspondiente a la edad y el sexo del bebé o del niño. Puede ser asociada a otros trastornos tales como el enanismo, la neurofibromatosis, la esclerosis tuberosa y puede ser hereditaria (Moore, 1995).

Microcefalia: Es un trastorno neurológico en el cual el perímetro cefálico es más pequeño que el promedio correspondiente a la edad y el sexo del niño. Puede ser congénita o puede ocurrir en los primeros años de vida (Moore, 1995).

Acefalia: Significa literalmente ausencia de la cabeza. Es una malformación poco común. El feto acéfalo (sin cabeza) es un gemelo parásito unido a otro feto completamente intacto. El feto acéfalo tiene un cuerpo pero carece de cabeza y de corazón; el cuello del feto está unido al del gemelo normal. La circulación de la sangre del feto acéfalo la proporciona el corazón del hermano. El feto acéfalo no puede existir independientemente del feto al cual está unido (Moore, 1995).

Anencefalia: Defecto del tubo neural que ocurre cuando el extremo encefálico (la cabeza) del tubo neural no logra cerrarse, generalmente entre el 23 y el 26 días del

embarazo, dando como resultado la ausencia de una parte importante del cerebro, el cráneo y del cuero cabelludo (Moore,1995).

Las anteriores malformaciones son las más comunes en el caso de la cabeza, pero a continuación se enuncian otras malformaciones reportadas como poco frecuentes:

- Exencefalia
- Microencefalia
- Hidranencefalia
- Esquizencefalia
- Oxicefalia
- Octocefalia
- Trigonocefaliamegaloencefalia
- Plagiocefalia
- Porencefalia
- Lisencefalia
- Iniencefalia
- Holoprosencefalia
- Escafocefali
- Colpocefalia,
- Braquiocefalia (Moore, 1995).

2.3 Síndrome de muerte súbita del lactante

Es una muerte inesperada de ahí que se le considere súbita en un lactante (menor de 1 año), aparentemente sano, que no tiene antecedentes patológicos que puedan explicar el fallecimiento y que tras una revisión detallada de su historia clínica, del escenario y de las circunstancias de la muerte, así como un estudio necrópsico completo no se encuentra ninguna alteración que la justifique (Willinger, James y Catz, 1991).

Por tanto las dos características fundamentales de esta son: Muerte inesperada e Inexplicable a pesar de realizarse la autopsia.

Aunque en teoría cualquier lactante puede ser presumiblemente candidato a presentar este síndrome los datos epidemiológicos comúnmente asociados con una Muerte Súbita Infantil son los siguientes:

1. Edad: son menos frecuente antes del 1 mes y después de los 6 meses. Su máxima incidencia se encuentra entre los 2 y 4 meses. Es esporádico desde los 6 a los 12 meses y excepcional después del primer año.

Es evidente el pico máximo entre los dos y tres meses, aunque se debe considerar que el riesgo de morir antes de los 3 meses es también frecuente. En los prematuros el periodo de alto riesgo se prolonga más tiempo (Brandy, Chir y Gould, 1983).

2. Sexo y raza: se presenta con mayor frecuencia en varones, estadísticamente se habla de 2 de cada 3 de ellos.

El predominio en varones es algo que también ocurre de igual forma en otras patologías de causa conocida, principalmente infecciosas.

En Estados Unidos los de raza negra, los indios y los nativos de Alaska tienen frecuencias superiores de SMSL que la población general, si bien se afirma que estas diferencias pueden reflejar más bien una deficiente situación socio-económica y cultural que un factor étnico. Aunque el papel étnico en el SMSL no puede ser descartado (Landover, 1987).

3. Enfermedades: que el niño presente una historia de alguna enfermedad respiratoria aunque sea leve o síntomas gastrointestinales.

Se ha demostrado que los niños que mueren presentan días antes síntomas inespecíficos previos que incluso pueden durar días, como aumento de la irritabilidad y el llanto, disminución de la alimentación, asociados a síntomas de enfermedades respiratorias o gastrointestinales moderados (Gilbert, Fleming y Azaz, 1990).

4. Población vulnerable: que tengan como antecedente la muerte de un hermano que haya fallecido por SMSL y 40 veces mayor si son gemelos.

De este modo si el índice de fondo del SMSL es de 2 por 1000 nacidos vivos, entonces en los hermanos siguientes tendrán un riesgo aproximado de 1 por 100 de morir de SMSL.

Los datos familiares no apoyan una herencia mendeliana, aunque no descartan alguna forma de herencia poligénica, son aspectos importantes porque las familias que han perdido a un hijo buscan frecuentemente un consejo genético, sin embargo aunque el tipo de herencia esté sin aclarar, la recurrencia familiar está comprobada (Peterson, 1980). Se podría concluir que hay una incidencia familiar aumentada de SMSL, sin evidencia de transmisión genética, que podría deberse a factores ambientales del desarrollo intra y extrauterino (Guntheroth, Lohmann y Spiers, 1990).

5. Tipo de lactancia: se presenta con mayor frecuencia si se le proporciona una lactancia artificial.

En varios estudios epidemiológicos se ha encontrado una asociación entre la lactancia materna y una disminución del riesgo de SMSL. Aunque no todos los estudios lo avalan, continua siendo uno de los factores sobre los cuales es posible intervenir, derivándose beneficios para los lactantes, en aspectos tanto biológicos como de conducta (Damus, Pakter y Krongrand, 1988).

6. Factores asociados al niño: se presenta con mayor frecuencia en:

- Neonatos pretérminos con bajo peso para la edad gestacional.
- Antecedentes de displasia broncopulmonar (DBP)
- Reflujo gastroesofágico o dificultades al tomar el alimento. Anemia.
- Neonatos con antecedentes de anoxia neonatal
- Menor respuesta a estímulos con escasa ganancia de peso y talla.
- Apgar bajo y reanimación neonatal con oxígeno y apoyo respiratorio.
- Frecuentes ingresos hospitalarios.
- Arritmias.

Hace años se señaló la relación inversa que existe entre el peso al nacer y la frecuencia de SMSL (Naeye, Ladis y Drage, 1976) comprobándose posteriormente que la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional aumentan el riesgo de padecer SMSL y que el riesgo relativo aumenta proporcionalmente con la disminución de la edad gestacional así como con el crecimiento intrauterino retardado.

De acuerdo a la Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics, 2005*), se recomiendan las siguientes pautas para prevenir la muerte súbita del lactante:

- I. Acostar siempre a los bebés a dormir boca arriba (incluso durante las siestas). No acostarlos a dormir boca abajo.
- II. Acostar a los bebés solamente en una cuna. Evitar que el bebé duerma en la cama con otros niños o adultos, tampoco lo acueste a dormir sobre superficies diferentes a las cunas, como un sofá.
- III. Evitar tendidos de cama blandos. Los bebés deben estar en colchones para cunas firmes, apretados, ajustados, y sin cobertores. Usar una frazada liviana para cubrir al bebé. No utilizar almohadas, cobertores ni edredones.
- IV. Verificar que la temperatura ambiente no esté muy alta. La temperatura ambiente debe ser confortable para un adulto con ropas ligeras. El bebé no debe estar caliente al tacto.
- V. Ofrecer al bebé un biberón al irse a dormir. Los biberones a la hora de la siesta y a la hora de ir a dormir pueden reducir el riesgo de SMSL.

Otras recomendaciones de los expertos en SMSL son:

- a) Mantener al bebé en un ambiente libre de humo.
- b) Amamantar al bebé si es posible: la lactancia disminuye la incidencia de algunas infecciones de las vías respiratorias altas que pueden influir en el desarrollo de SMSL.

- c) No darle miel a un bebé menor de 1 año, ya que ésta puede causar botulismo infantil en niños muy pequeños, enfermedad que puede estar asociada con el SMSL.

2.4 Síndrome de apnea del sueño

Es el cese de la respiración por 20 segundos o pausa respiratoria acompañada de bradicardia (menor 80 x min) con cianosis o palidez y/o desaturación menor 80%. La apnea puede ser central, obstructiva o mixta (Miller, Fanaroff y Martín, 1992).

Se presenta en el 80% de los recién nacidos (RN) menores de 1000 g, en el 50% de los menores de 1500 g y en el 25% de todos los menores de 34 semanas (Miller, Fanaroff y Martín, 1992).

Las causas se dividen en:

- A. Apnea primaria o del prematuro: Se presenta en el menor de 34 semanas, por inmadurez del centro respiratorio. Habitualmente ocurre durante los primeros 10 días de vida (Finer, 2006).
- B. Apnea secundaria: es debida a otra patología. Se presenta tanto en prematuros como en RN de término (Finer, 2006).

Por ejemplo:

- Sepsis bacteriana o viral, que es una de las principales causas.
- Alteración de la termorregulación.
- Obstrucción de vía aérea: secreciones, posición cuello, traqueomalasia.
- Estímulo vagal: estimulación nasal o de la glotis, reflujo gastroesofágico, alteración de la deglución.
- Aporte de oxígeno tisular disminuido: anemia o hipoxemia.
- Alteración metabólica: hipoglicemia, acidosis o hiponatremia.
- Neurológica: hemorragia intracraneana, convulsiones.
- Síndrome de dificultad respiratoria (SDR).
- Drogadicción materna.

Diagnóstico: ante un RN con crisis de apnea, se deben evaluar los siguientes aspectos:

- La historia: antecedentes de riesgo, uso de drogas maternas, tolerancia alimentaria.
- Examen físico: énfasis en condición neurológica y cardio - respiratoria.
- Laboratorio (según orientación clínica): Hemograma, hemocultivos, estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR), gases arteriales, glicemia, calcemia, electrolitos plasmáticos, ecografía encefálica, electrocardiograma, radiografía de tórax, abdomen, estudio metabólico, de reflujo y de deglución (Martín & Abu-Shaweesh, 2005).

Tratamiento: todo RN con riesgo de apnea debe vigilarse con monitor cardiorespiratorio y/o saturador de oxígeno. Siempre descartar que la apnea sea secundaria a otra etiología. La comprobación de episodios de apnea es indicación de tratamiento (Martín & Abu-Shaweesh, 2005).

Medidas generales:

- a) Vía aérea permeable, posición del cuello.
- b) Monitorización con saturador de oxígeno.
- c) Ambiente termoneutral.
- d) Existe evidencia que sugiere que las políticas de Humanización en el cuidado neonatal tipo técnicas canguro, disminuyen el riesgo de apnea y favorecen el ritmo sueño-vigilia normal (Finer, 2006).

2.5 Isquemia Miocárdica transitoria del recién nacido

La cardiopatía isquémica es una designación genérica para un conjunto de trastornos íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca. La isquemia es debida a una obstrucción del riego arterial al músculo cardíaco y causa, además de hipoxemia, un déficit de sustratos necesarios para la producción de ATP y un acúmulo anormal de productos de desecho del metabolismo celular.

Asfixia significa falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia va a menudo acompañada de isquemia, la cual agrava a su vez la hipoxia tisular y de acumulación de productos del catabolismo célula.

La gran mayoría de las causas de hipoxia perinatal son de origen intrauterino. Aproximadamente el 5% ocurre antes del inicio del trabajo de parto, 85% durante el parto y expulsivo y el 10% restante durante el período neonatal (Rowe & Hoffman, 1972).

La asfixia intrauterina se expresa clínicamente al nacer como una depresión cardiorrespiratoria, que si no es tratada oportunamente agravará esta patología.

Otras causas que pueden presentarse como una depresión cardiorrespiratoria, son: las malformaciones congénitas, la prematurez, las enfermedades neuromusculares y las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC) administradas a la madre durante el parto (Rowe & Hoffman, 1972).

Las causas obstétricas que más frecuentemente se asocian a la asfixia perinatal son:

Factores preparto	Factores intraparto
Hipertensión con toxemia gravídica	Distocia de presentación
Anemia o iso-inmunización	Actividad fetal disminuida
Hemorragia aguda	Frecuencia cardíaca fetal anormal
Infección materna	Meconio en líquido amniótico
Diabetes	Hipertonía uterina
Rotura Prematura de membranas	Prolapso de cordón
Gestación postérmino	Circulares irreductibles

La prevención incluye todas las medidas de cuidado prenatal y de atención del parto. Los antecedentes perinatales permiten identificar a la mayor parte de los niños que nacerán con asfixia y depresión cardiorrespiratoria, de manera de estar preparado para una reanimación y a un eventual traslado del niño a la Unidad de Cuidados Intensivos. En el manejo que sigue a la reanimación es útil clasificar las asfixias, en tres categorías, según el grado de compromiso clínico leve, moderado y grave (Cornette y Levene, 2001).

Leve en las siguientes condiciones:

1. Sufrimiento fetal agudo.
2. Apgar menor de 3 al minuto y mayor a 7 a los 5 minutos.
3. pH de arteria umbilical mayor 7.11.
4. Ausencia de síntomas.

La conducta en estos casos es control de signos vitales por 4-6 hrs y si se mantiene asintomático se envía con su madre.

Moderada en las siguientes condiciones: A las condiciones anteriores se agrega:

1. Apgar entre 3 y 5 a los 5 minutos.
2. pH de arteria umbilical menor 7.11 (en ausencia de síntomas).
3. Observar por al menos 12 a 24 horas.
4. Si hay compromiso del sensorio se debe hospitalizar.
5. Deben postergarse la alimentación hasta que se estabilice la parte cardiovascular, se restablezca el reflejo de succión y se ausculten ruidos intestinales.

Grave en las siguientes condiciones

1. El Apgar a los 5 minutos es menor a 3.
2. El pH menor a 7.0.
3. Aparecen manifestaciones clínicas de asfixia (aspiración de meconio encefalopatía hipóxica isquémica, etc.).
4. Tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos.
5. Control permanente de signos vitales.
6. Tratamientos específicos de acuerdo a los órganos afectados.

Algunos de ellos presentan convulsiones precozmente y requieren que precozmente se le administre una dosis inicial de fenobarbital de 20 mg/kg lento.

Como parte del tratamiento se sugieren exámenes complementarios:

Ecografía cerebral, la primera, dentro de las 72 hrs. de vida y luego semanal hasta la 3 semana.

Tomografía axial computarizada (TAC) a las 72 horas y 3 semanas de vida. Es una prueba de diagnóstico radiológica mediante la utilización de rayos X y procesamiento de las imágenes por ordenador. Mediante el ordenador se reconstruyen los planos atravesados por los rayos X. La imagen se construye midiendo la absorción de rayos X por el tejido atravesado. Al procesar las imágenes se pueden ver como cortes tridimensionales en un monitor de televisión o en una radiografía. Consigue imágenes muy precisa del interior del organismo y de sus diferentes órganos, permitiendo diagnósticos precisos (Ganz y Curtiss, 2007).

Electroencefalograma (EEG) es un examen que registra la actividad eléctrica del corazón (Ganz y Curtiss, 2007).

Examen neurológico (EN) precoz y en el momento del alta. Es la evaluación sistemática y ordenada de la integridad y de la función del sistema nervioso. Tiene dos objetivos principales, el primero es confirmar o descartar la presencia de una alteración neurológica, el segundo es localizar esta alteración en una región concreta del sistema nervioso (Ganz y Curtiss, 2007).

El Examen de isoenzimas de la creatina-fosfocinasamida diferentes formas de creatina-fosfocinasa (CPK, por sus siglas en inglés) en la sangre. La creatina-fosfocinasa es una enzima que se encuentra predominantemente en el corazón, el cerebro y el músculo esquelético.

Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman y Anderson, 1956): En neonatología la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:

1. Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
2. Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
3. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
4. Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

Capítulo 3

Proceso de hospitalización del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

“La vida no es sino una continua sucesión de oportunidades para sobrevivir”

Gabriel García Márquez

La UCIN es la unidad que se encarga de atender a los neonatos que nacen pretérmino, prematuros, que nacen bajos de peso, que por su condición de enfermedad necesitan cuidados especiales, presentan alguna malformación o síndrome por su condición de prematurez.

3.1 La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Los aspectos principales en una organización de Servicio de Neonatología, los componen, la atención del recién nacido sano: en nivel 1 implica cuidados para madres con embarazo normal y recién nacidos a término, incluye sectores de recepción y observación. El objetivo de la atención es promover el cuidado de la salud, brindarles a los familiares conceptos de prevención y detección de problemas (Ceriani, 1991).

Organización de la asistencia neonatal de mayor complejidad: la atención del RN con problemas o algunas patologías correspondientes a los niveles 2 y 3. En el nivel 2 se encuentran los neonatos de mediana complejidad en donde ven su evolución de desarrollo, en el 3 nivel están los neonatos que requieren cirugía cardíaca, neurocirugía, diálisis y estudios diagnósticos especiales. Ambos niveles deben contar con servicios de laboratorios diagnóstico con imágenes y médicos de guardia durante las 24 horas (Ceriani, 1991).

Según Ceriani, (1991) en la organización de cuidado intensivo neonatal se deben tener en cuenta cuatro aspectos.

1) Demanda de las necesidades: para la creación de una unidad es necesario conocer el número de nacimientos que se atienden. Aproximadamente debe calcularse 1 unidad de internalización (incubadora o servocuna) por cada 1,000 nacimientos. En el nivel de cuidados intermedios las necesidades son de 3 a 4 plazas por 1,000 recién nacidos.

2) Personal: sus integrantes deben de estar capacitados para el cuidado de mayor complejidad y el número suficiente de material y personal para brindar la mejor asistencia. El personal médico estará constituido por un jefe de unidad, médicos

becarios y residentes. Cumpliendo un horario no inferior a 40:00 semanales con guardias activas y pasivas según sea el caso.

3) Planta física: el área de cuidados intensivos debe de tener una circulación semirestringida. Contará con una pre-sala de ingreso donde los médicos, enfermeras, padres de los bebés, en cuya sala estará una pileta para el lavado de manos.

Una planta física amplia, cuadrada o rectangular que agrupe a todos los recién nacidos que necesiten cuidados intensivos, sin diferencia entre prematuros y de término, permitiendo que quepan mayor cantidad de incubadoras ocupando todo el espacio.

La unidad dispondrá de una temperatura ambiental constante de alrededor de 25°C, es conveniente que las ventanas tengan doble pared de vidrio a fin de evitar la pérdida de calor en las épocas de frío. La iluminación será de intensidad adecuada y se utilizaran tubos fluorescentes de luz de día.

Las paredes deben de ser de material fácilmente lavable así como sus pisos, se deben evitar huecos o elementos que impidan la limpieza. Los módulos de oxígeno y eléctricos pueden ser colocados sobre la pared.

4) Equipamiento: Incluye monitores de signos vitales, trascutáneo de oxígeno y anhídrido carbónico, oxímetro de pulso, bombas de infusión, respiradores, equipos de fototerapia, trasiluminador, bomba extractora de leche, un equipo portátil para efectuar electrocardiografía y encefalografía.

El consultorio externo de neonatológico surge de la necesidad de brindar atención y asesoramiento a la familia para el cuidado pertinente de la salud del neonato. Se hace una división en dos grupos de recién nacidos en función de su seguimiento ambulatorio. El RN sano se encuentra en condiciones de integrarse rápidamente a su hogar sin que haya necesidad de controles o procedimientos que interfieren en ese proceso. Son controlados por el servicio de neonatología hasta los 28 días de

vida, momento en el que se establece contacto con el consultorio externo de pediatría general para que se ocupe de su seguimiento y control de salud.

El RN patológico o de alto riesgo son los que requieren internalizaciones prolongadas, que padezcan enfermedades cuyas modalidades evolutivas obliguen a controles frecuentes, que estén en situación crítica de peligro de vida o de secuelas o que afronten patologías.

Esquema de atención ambulatoria para RN sanos en uso en el servicio de neonatología del Hospital Italiano (1945). Estos bebés se seguirán hasta los 28 días de vida durante las cuales se efectúan tres consultas (Ceriani, 1991).

Primera consulta: entre los 7 y 10 días. Se realiza examen físico en donde se hará énfasis en el cráneo (cefalohematoma, fontanelas, suturas, etc.), piel (ictericia, piodermatitis, erupciones), ojos, clavículas, caderas, pies, abdomen, chorro miccional, deposiciones y maduración. Puericultura: alimentación, higiene, vestimentas, etc.

Segunda consulta: entre los 14 a 17 días, se realiza examen físico en donde se revisan anomalías detectadas con anterioridad. Cráneo, caderas, auscultación cardíaca, pulsos, abdomen, zonas herniarias y testículos. Puericultura: adaptación recíproca RN-núcleo familiar. Alimentación, sueños, líquidos, medicaciones sintomáticas o caseras.

Tercera consulta: entre los 28 a 30 días se realiza examen físico completo y minucioso. Puericultura: alimentación, cumplimiento de indicaciones, impresión médica sobre la relación madre – hijo-familia. Indicadores: vacuna BCG, remarcar la importancia del cumplimiento del esquema de vacunaciones, anticipar la triple dosis de Sabin a los dos meses. Pase a pediatría dejando asentado su historia clínica para que le den seguimiento.

3.2 Antecedentes de la UCIN

Para Gordon (2001) los cuidados en pediatría han evolucionado, mejorando día a día gracias a los avances tecnológicos, que son básicos para los sistemas de prestación de servicios pediátricos.

El proceso tecnológico en el ámbito de los tratamientos intensivos neonatales redujo la tasa de mortalidad neonatal, modificando la frecuencia y el tipo de morbilidad.

La nueva disciplina médica, la neonatología brinda servicio de terapia intensiva en donde el neonato gravemente enfermo se encuentre en instalaciones con un equipo multidisciplinario.

Desde los albores de la neonatología las intervenciones eran la termorregulación y la alimentación sobre todo del prematuro, posteriormente se crearon los servicios de terapia intensiva neonatal donde había una cuna para el neonato, aparatos conectados algunos de ellos son cardiorrespiratorio, oximetría trascutánea, ecógrafos, bombas de perfusión, medidores de presión por citar los mas difundidos.

El momento terapéutico más importante en los centros de terapia intensiva neonatal, fue la asistencia respiratoria en las patologías pulmonares debidas a asfixias perinatales o inmadurez pulmonar.

Otras patologías que se tratan en centros de terapia intensiva neonatal son las que necesitan de intervención quirúrgica como consecuencia de malformaciones congénitas o patologías quirúrgicas adquiridas.

En el Instituto Nacional de Pediatría se asiste principalmente a neonatos pretérmino y, en menor medida a neonatos término, generalmente afectados por: condiciones de asfixia, problemas respiratorios, problemas metabólicos, malformaciones congénitas, hiperbilirrubinemia.

El período de hospitalización puede variar desde algunos días hasta meses.

El sistema de atención en la salud en México tiene tres niveles de atención hospitalaria (primer nivel, segundo nivel y tercer nivel) que están estrechamente relacionadas en mayor o menor grado en sí, con la muerte y los pacientes moribundos (Ceriani, 1991).

Nivel I: es el contacto entre la comunidad y los servicios de salud, tiene básicamente carácter promocional, educativo, protección específica y de atención a enfermos que necesitan o requieren de una medicina simplificada, esta atención se brinda en centros de salud, clínicas, domicilio del paciente, servicios de urgencia, consultorios privados y dispensarios médicos

Se incluye la atención primaria como son el control de enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, planificación familiar, control de embarazos, vigilancia epidemiológica y del ambiente. Esta integrada por médicos generales y familiares, enfermeras generales y auxiliares.

Nivel II: se atienden los problemas no resueltos en el primer nivel; cuentan con mayores recursos de diagnóstico y terapéutica para tratar padecimientos más complejos que requieran hospitalización. Se proporciona en hospitales generales, centros de salud con hospitalización y consulta externa especializada, en la que se encuentra pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, medicina interna.

Nivel III: la institución cuenta con centros de terapia intensiva que al mismo tiempo cuentan con personal calificado y especializado, por ejemplo el Instituto Nacional de Pediatría.

La Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal se encuentra formado por tres niveles: pre-alta, intermedios e intensivos. Las instancias intermedias e intensivas representan los dos niveles en los que se efectúan los cuidados especiales en una unidad.

La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Instituto de Pediatría se encuentra conformada por el siguiente personal:

El/la neonatólogo/a: un pediatra especializado en el campo de estudio de cuidados intensivos del recién nacido.

El/la residente: un médico que está recibiendo adiestramiento especializado que tiene la responsabilidad de supervisar y guiar a las enfermeras y a los padres de los niños hospitalizado.

El/La enfermera(o) de cabecera: la enfermera que va atender al bebé, es quien desarrolla el plan del cuidado y enseña a los padres como deben cuidar al bebé.

El/la trabajador/a social: la persona que ayuda con los asuntos no médicos, como en donde se pueden quedar los familiares (albergues), póliza del seguro, transportación, etc.

El psicólogo/a que apoya en los Cuidados Intensivos Neonatal, tendrá contacto con los padres durante la estancia del bebé, su función será de sostenimiento emocional. En ocasiones valorará el desarrollo de algunos bebés internados.

El/la terapeuta físico/a: persona especializada en diagnosticar y tratar los problemas tanto al movimiento como del tono de los músculos del bebé.

Los padres pueden ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, durante las horas de visitas, con pautas básicas de control de infecciones tales como lavado de manos, batas y gorro (Ceriani, 1991).

De acuerdo a la forma en la que esta dividida la Unidad, los padres que tienen a su hijo en la sala de cuidados intensivos (Anexo 2: Imágenes de procesos médicos durante la hospitalización, pág.126), sólo pueden interactuar con él, ya sea tocándolo, acariciándolo, cantándole, hablándole, no deben cargarlos y tampoco darles de comer, debido a que son bebés que se encuentran delicados y pueden estar entubados, canalizados, con oxígeno entre otros.

Los padres que tienen a un hijo en sala intermedia, son bebés que continúan un poco delicados, sin embargo van evolucionando y no requiere de tantos aparatos o cuidados, sus padres pueden interactuar más con ellos, los padres les dan de

comer, lo bañan, le realizan ejercicios en caso que los necesite de acuerdo a los cuidados del bebé, los pueden cargar e incluso la madre debe de llevar una blusa con botones enfrente para que pueda cargar a su bebé y tenerlo en su pecho para tener contacto piel a piel, a este procedimiento se le conoce en el medio como programa de *madre canguro* (Anexo 2: Imágenes de procesos médicos durante la hospitalización, pág.126) fue elegido este nombre porque el método es similar a la forma en que un canguro es transportado por su madre. Los investigadores han descubierto que el tener contacto físico con los padres puede ayudar a estabilizar el ritmo cardíaco, la temperatura y la respiración del bebé prematuro, además los neonatos que experimentaban el programa de madre canguro tenían períodos de sueño más largos, ganan más peso, disminuyen su llanto, tienen periodos de alerta más largos y salen antes del hospital (Chow, Anderson, Good, Dowling, Shaiau y Chu, 2002).

Este programa da énfasis a los vínculos de apego que tiene el neonato con sus padres ya que ellos son quienes le brindan el soporte emocional, consiste durante las visitas a UCIN donde la madre tiene contacto piel a piel con su bebé durante 60 minutos en los cuales ella actúa como termómetro humano regulando la temperatura que necesita él bebé además de hablarle y acariciarlo para promover vínculos afectivos, lactancia materna y reducir la estancia hospitalaria, algunos de los objetivos que se persiguen son: conocer el grado de seguridad de la madre canguro en relación a los parámetros clínicos básicos, su aceptación- tolerancia por parte de la madre y del prematuro y su relación con la lactancia materna haciendo saber al neonato (a nivel de sensaciones) que no se encuentra solo, se comprobó que los neonatos que estuvieron en este programa, su recuperación fue 50% más rápida que la de los otros neonatos (Maldonado & Castillo, 2002). Por eso es importante señalar que el proceso emocional de los padres es primordial si pretenden ayudar a su hijo, primero deben estar bien ellos.

3.3 Descripción de la UCIN

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales esta destinada a atender a todo recién nacido (0 a 28 días de vida) con cualquier proceso mórbido o enfermedad que ponga en peligro su vida (estado crítico), y que tiene la posibilidad de resolverse mediante la intervención de un equipo humano y tecnológico diseñado específicamente para este propósito.

El objetivo es proporcionar atención médica profesional, oportuna, inmediata y de alta calidad a todo enfermo recién nacido en estado crítico, ofreciendo al mismo tiempo calidez y buen trato.

El servicio de UCIN es el encargado de dar atención a todo paciente menor de 29 días con enfermedades que ponen en riesgo su vida, pero que además sea susceptible de recuperarse.

Con respecto al equipamiento de la UCIN (Anexo 2: Imágenes de procesos médicos durante la hospitalización, pág.126) cuenta con espacios con cunas, incubadoras equipadas con elementos de monitorización específicos de alta tecnología, así como equipo de ventilación mecánica incluyendo un ventilador especial de alta frecuencia que permite atender enfermos con alto grado de complejidad en su atención. Lámparas especiales para brindar la fototerapia.

Un área específica para preparación de medicamentos con una campana de flujo laminar que permite mejorar la esterilidad de estos procedimientos, disminuyendo las infecciones intrahospitalarias. Elementos para la administración de medicamentos, equipo de reanimación y dispositivos para la atención especializada de recién nacidos. Esta diversidad de equipos permite conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar el tratamiento, los cuales pueden ocasionar molestias en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía y la movilidad.

Diagnósticos de Egreso		
Diagnóstico	Cantidad	%
Síndrome de Dificultad Respiratoria	36	26%
Malformaciones diversas: gastrósquisis (7), malformación anorectal (3), atresia esofágica tipo i (2), atresia intestinal tipo iii (2), malformación intestinal (2), onfalocele roto (2), perforación intestinal múltiple (2), plastia esofágica (2), atresia duodenal (1), hernia diafragmática (1), hernia inguinoescrotalincarcerada (1), labio y paladar hendido (1), Mal rotación intestinal (1), oclusión intestinal por bridas (1)	28	20%
Sepsis neonatal (9), sepsis neonatal temprana (6)	15	12%
Asfixia perinatal	14	11%
Prematurez	14	11%
Varios: asociacionvacter (1), crisis convulsivas (1), choque cardiogénico (1), gastroenteritis infecciosa (1), neuroinfección (1), policitemia (1), plastia de pared (1), sindromecolestasico (1)	8	5%
Enterocolitis necrosante	6	4%
Hiperbilirrubinemia: multifactorial (3), por incompatibilidad (2) incompatibilidad a grupo (1)	6	4%
displasia broncopulmonar	4	3%
Cardiopatía congénita cianógena	3	2%
Hipertensión arterial pulmonar	3	2%
Malformaciones cardíacas: feramen oval permeable (1), persistencia del conducto arterioso (1)	2	1%
Deshidratación (1), deshidratación hipernatremica (1)	2	1%
Total	141	100 %

Existe una restricción en el ingreso de la familia, debido al estado de salud del neonato, se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado del personal especializado por lo que sólo pueden entrar en el horario de visita que se divide en hora de visita de la mañana 12:00 y en la tarde 17:00.

3.4 Hospitalización en la UCIN

Con respecto a la condición de salud del niño, es importante mencionar que al nacer éste con un problema de adaptación, sea prematuridad, síndrome de distrés respiratorio, problemas metabólicos u otra patología, los padres se ven en la necesidad de admitir que se le aplique medidas terapéuticas para estabilizar su condición física y evitar otras complicaciones; entre estas medidas se encuentran la colocación de sondas, catéteres endovenosos y tubos endotraqueales, entre otras, que representan un cambio de la imagen del niño deseado o imaginado durante el embarazo, más aún, cuando este neonato tiene características corporales de prematuridad, bajo peso al nacer o malformaciones. Ver Anexo 2: Imágenes de procesos médicos durante la hospitalización, pág.127.

Por otra parte, se tienen las características de ambiente físico de la UCIN lugar donde la enfermedad del niño emplea el uso de equipos médicos (incubadoras, monitores, saturómetros y otros equipos), los cuales emiten sonidos y luces que, inevitablemente, se convierten en elementos extraños para los progenitores. Asimismo, en este ambiente los padres se encuentran rodeados de personas extrañas, como personal del área y otros neonatos con sus respectivos padres, quienes representan una diferencia significativa al ambiente de bajo riesgo que esperaban ocupar al ingresar y, al del hogar, donde pensaban que estaría su hijo, junto a ellos y otros familiares (Herman, Martínez y Heath, 1996).

El otro factor es la separación de los padres de su recién nacido producto de la restricción del horario de visita y aislamiento protector que deben cumplir éstos y otros visitantes, lo cual contribuye a limitar el daño físico pero que probablemente aumenta el daño emocional, siendo este último poco atendido por la ausencia de

personal entrenado que establezca un enlace entre la unidad y los padres y cabe mención que también hace falta un psicólogo que de atención emocional a los padres.

Estos factores productores de estrés, (Miles y Brunssen, 2003) además de la relación con el personal que labora en la unidad, (Angarita, Nava, Rincón, Rivera, et.al., 2005) hacen difícil la adaptación de los familiares a la unidad durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor y de seguridad; es decir, disminuye la capacidad de los padres para ajustarse a la situación, quienes deben responder a un conjunto de factores estresantes que se encuentran en este ambiente.

La población que está expuesta a los factores causantes de estrés en UCIN es numerosa, en países de América Latina, como Ecuador y Argentina, el promedio de ingresos en estas unidades es de 76 en el primero y, entre 30 y 40 en el segundo, de recién nacidos diarios (Herman, Martínez y Heath, 1996). Estos valores son similares a los que se presentan en México (Mérida), Venezuela, ya que se estima que el promedio de ingreso a este espacio hospitalario oscila entre 21 y 29 neonatos por mes, según registro de área, por tanto el número de familias afectadas por esta problemática fluctúa entre 252 a 348 anualmente. De igual manera es importante mencionar que el promedio de estadía de estos neonatos se aproxima a doce días, tiempo en el cual los padres cambian sus actividades cotidianas: empleo, tipo y hora de comidas, atención del hogar, relaciones con sus familias y amigos, para acudir a visitar y brindar relación y cuidado a sus hijos.

3.5 Tipo de diagnóstico médico en la UCIN

El diagnóstico se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una, cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si ambas fueran un solo término; el significado es distinto del de ambas palabras por separado (Maldonado & Castillo, 2002).

Existen tres tipos de diagnósticos que son:

- 1) Diagnóstico real: estado que es validado por la presencia de signos y síntomas o manifestaciones (características definitorias).
- 2) Diagnóstico de riesgo: estado en el que existen factores de riesgo que pueden ocasionar un problema.
- 3) Diagnóstico de salud: estado en el que existe un buen nivel de salud pero se quiere y se puede alcanzar un mejor nivel (Maldonado & Castillo, 2002).

Los diagnósticos de egreso (DE) están formados por los siguientes componentes:

- Etiqueta o nombre: frase concisa que proporciona su denominación.
- Definición: da una explicación precisa del diagnóstico que permite diferenciarlo de los demás (Maldonado & Castillo, 2002).

1) En los diagnósticos reales: las características definitorias mayores y menores: evidencias clínicas, signos y síntomas, o manifestaciones de la persona que indican la presencia de un DE. Generalmente se utiliza la expresión “manifestado por” (M/P). Factores relacionados: aquellos que se consideran causales del DE. Generalmente se utiliza la expresión “relacionado con” (R/C) (Maldonado & Castillo, 2002).

2) En los diagnósticos de riesgo: factores de riesgo son aquellos que pueden aumentar la vulnerabilidad a la aparición de un problema.

La formulación de los diagnósticos son:

1) Diagnósticos reales: se aconseja el denominado “Formato P.E.S.”: Problema + Factor relacionado (Etiología) + Características definitorias (Signos y Síntomas).

2) Diagnóstico de riesgo: se recoge el Problema + Factor de riesgo anteponiendo “Riesgo de “.

3) Diagnósticos de salud: aunque en la taxonomía se recogen algunos, una fórmula para identificarlos consiste en anteponer “Potencial de aumento de...” o “Potencial de mejora de...”.

Los Patrones o Dominios: Constituyen una estructura organizada para agrupar los diferentes DE que recibe el nombre de “Patrones de Respuesta Humana” (PRH).

Otro factor que influye en el diagnóstico es el tiempo se define como la duración de un período o intervalo. Los valores de este eje son agudos, crónicos, intermitentes y continuos.

- Agudo: menos de 6 meses.
- Crónico: más de 6 meses. Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- Continuo: ininterrumpido, sin parar, se realizo en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. Hospital Torre Cárdenas. Almería. España 2000 (Maldonado & Castillo, 2002).

3.6 Estado emocional de los padres en el proceso de hospitalización de su neonato

El nacimiento de un hijo para los padres es una fuente de incertidumbre acerca de su propia capacidad para ser padres, las reacciones normales o anormales del niño, el ritmo de crecimiento, aprendizaje y el desarrollo que el niño debe seguir. Los padres de un recién nacido, aún sin ser el primer hijo, tienen dudas acerca de todo lo que respecta al normal desarrollo de su hijo. Si a estas condiciones previas, le añadimos que se trate de un niño considerado como “de alto riesgo neurosensorial”, cuyo pronóstico es incierto, las dudas y miedos de los padres aumentan, lo que provoca la aparición de ansiedad y preocupación que pueden producir una interferencia en la relación padres-hijo (Berkeley, 1993).

Esta interferencia tiene como consecuencia un incremento del riesgo de alteración del desarrollo, debido a la necesidad de hospitalizar al niño en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) desde el primer día de vida. En estas unidades, el número de procedimientos asistenciales y de diagnóstico es elevado y en la mayoría de los casos invasivos, lo que hace parecer al niño como un ser indefenso y débil, rodeado de tubos, aparatos y alarmas que actúan de barrera

entre el niño y los padres, dificultando el establecimiento de un vínculo padres-hijo adecuado (Tracey, 2000).

Los padres de estos niños experimentan como se mencionaba anteriormente altos niveles de estrés y emociones negativas, tales como ansiedad, depresión, culpa y desesperanza, dado que las circunstancias a las que están sometidos los padres son intensas y se prolongan en el tiempo, esta ansiedad y preocupación pueden llegar a derivar en patologías al no contar con el apoyo pertinente (Layne, Cruz, Ruiz y Jaspez, 1995).

Se realizó un estudio en Norteamérica con un grupo de padres que tenían hospitalizados a sus neonatos en la UCIN la muestra fue de 32 padres (American Academy of Pediatrics, 2005) en donde se realizaron modificaciones durante la hospitalización del neonato.

Algunos de los beneficios que los padres recibieron en la UCIN fue disponer de horas de visitas abiertas, participación en la asistencia, presencia de los padres durante procedimientos invasivos e implicación en la toma de decisiones (críticas), y algunas unidades incluso permitieron la presencia parental durante las reuniones médicas. El objetivo fue alcanzar un compañerismo entre los profesionales de la UCIN y los padres. Los actuales cambios multiculturales en las sociedades requieren que los profesionales de la salud sean conscientes de la diversidad cultural de las familias (Schor, 2003).

A pesar del acuerdo general sobre las dimensiones de la atención centrada en la familia, la evidencia sugiere que las enfermeras pueden encontrar difícil el establecer una relación con los padres y cubrir sus necesidades.

Al igual los médicos necesitan invertir tiempo en proporcionar apoyo a los padres, la evaluación de los resultados de la intervención sobre los miembros de la familia determinaría la extensión con la que la atención centrada en ella cumple las expectativas de ésta.

El estudio realizó una escala de estrés parental en la UCIN donde se muestra como redujo el nivel de estrés, ansiedad depresión etc. en los padres al involucrarse en el proceso de salud-enfermedad del neonato.

Cuadro1. Dimensiones de la Escala de Estrés Parental: UCIN pediátrica aspecto del niño

Acciones realizadas	Número de cuestiones
Descripciones sobre el aspecto del niño.	Tres cuestiones.
Vistas y sonidos. Alarmas de los equipos y del entorno próximo al niño.	Tres cuestiones.
Procedimientos y pruebas que pueden haberse realizado.	Seis cuestiones.
Comportamiento del personal, comportamiento de los médicos y las enfermeras según lo experimentan los padres.	Cuatro cuestiones.
Alteraciones en el rol parental, percepción de los padres de ser incapaces de cuidar del niño.	Seis cuestiones.
Comunicación con el personal cómo se comunican los médicos y las enfermeras con los padres.	Cinco cuestiones.
Comportamiento y emociones del niño, respuestas de comportamiento y emocionales del niño.	Diez cuestiones.

Dando como resultado una satisfacción parental, que ayudo a los padres a sentirse seguros y útiles en el proceso de hospitalización.

Cabe destacar que es importante el papel del psicólogo al entrenar a los padres mediante orientación psicológica acerca del proceso que se encuentra cursando su

neonato, ya que esta información les ayudará a comprenderlo que conlleva el proceso de hospitalización que implica al mismo tiempo el proceso salud – enfermedad, reduciendo la incertidumbre, brindando apoyo físico y emocional para que los padres adquieran las habilidades de afrontamiento para apoyar al neonato.

Capítulo 4

Apego, desapego y duelo

“Lo que una vez disfrutamos, nunca lo perdemos. Todo lo que amamos profundamente se convierte en parte de nosotros mismos”

Helen Keller

En este capítulo se abordarán el apego y cómo se da el desapego, además se abordan los tipos de duelos por los que pasan los padres así como las etapas en las que se encuentra ante la pérdida.

4.1 Apego emocional

Se entiende como Apego a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un componente fundamental de la naturaleza humana.

John Bowlby en 1998 propuso la llamada teoría del apego, según la cual la de los vínculos entre el bebé y la madre es la expresión del apego generalizado y ello protege al niño.

En esta teoría del apego destaca Bowlby:

1. El estatuto primario de los vínculos importantes en el plano afectivo entre los individuos.
2. La poderosa influencia en el desarrollo de un de la manera en la que sea tratado por los padres y especialmente por la figura materna.

Bowlby propone tres esquemas de apego:

1. Seguro.
2. Inseguro evitativo.
3. Inseguro ambivalente.

4.1.1 Apego seguro

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la situación experimental los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados (Bowlby, 1998). Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Al mismo tiempo en observaciones naturalistas llevadas a cabo en el hogar de estas familias

se encontró que las madres se habían comportado en la casa como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

4.1.2 Apego inseguro - evitativo

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos.

La interpretación global de Ainsworth en este caso era que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella (Oliva, s/a).

4.1.3 Apego inseguro - ambivalente

Los niños en esta condición se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la Situación del Extraño. La pasaban mal cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las

conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen (Oliva, s/a).

4.2 Desapego emocional

Según Bringiotti y Comín (2002) el desapego emocional se define como la falta persistente de respuestas a las señales (como llanto y/o sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el neonato y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

Algunos de los indicadores del abandono emocional son:

1. Ignorar al neonato de diferentes maneras según su estadio evolutivo.
2. No responder o iniciar conductas de apego, afecto o apoyo.
3. No responder a las conductas sociales espontáneas del neonato.
4. No participar en las actividades diarias del neonato (visitas, alimentación, etc.).
5. No apoyarlo o defenderlo frente a los problemas sociales del neonato.
6. Renuncia por parte de los padres a asumir las responsabilidades parentales en todos sus aspectos.

Glaser (1993), menciona cinco categorías de negligencia y abuso emocional:

1. No disponibilidad emocional, falta de respuesta, y negligencia: Incluye la insensibilidad parental en los cuidadores primarios están usualmente preocupados con sus propias dificultades, como puede ser el caso de una enfermedad de la salud mental (incluyendo depresión postnatal) y abuso de sustancias, o con obligaciones laborales que los sobrepasan. No pueden o no están disponibles para responder a las necesidades emocionales del niño hay una alternativa adecuada.

2. Atribuciones negativas y erróneas al niño. Hostilidad, denigración y rechazo hacia un niño que es percibido por su malformación como si lo mereciera.

Algunos niños crecen creyéndolas y actúan las atribuciones negativas que se les han adjudicado.

3. Interacciones inconsistentes o inapropiadas con el niño, desde el punto de vista de su desarrollo.

- a) Expectativas respecto del niño que están más allá de sus propias capacidades evolutivas.
- b) Sobreprotección y limitación de la exploración y el aprendizaje.
- c) Exposición a hechos e interacciones confusas o traumáticas.
- d) Esta categoría incluye una cantidad de interacciones diversas como la exposición a la violencia y el suicidio parental. Hay en los padres carencia de un conocimiento adecuado de los cuidados propios de la edad, las prácticas disciplinarias y el desarrollo del niño, a menudo derivado de sus propias experiencias infantiles. Las interacciones con sus niños, si bien dañosas, son irreflexivas y erróneas más que intencionalmente dañinas.

4. El fracaso en el reconocimiento o la toma de conciencia de la individualidad del niño y las fronteras psicológicas.

Usar al niño para el logro de las necesidades psicológicas de los padres; falta de habilidad para distinguir entre la realidad del niño y las creencias y los deseos de los adultos.

5. La falla en la promoción de la adaptación social del niño.

Promover la desadaptación.

Promover negligencia psicológica que es el fracaso en la provisión de una estimulación cognitiva adecuada y las oportunidades para el aprendizaje experimenta (Glaser & Prior, 1997).

Bowlby (1998), en su teoría del desapego emocional plantea que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado, cuando el niño visualiza posteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad lo cual llamó, La Teoría del “apego frustrado” en donde se establece que la ansiedad es una respuesta primaria debida simplemente a la ruptura del apego que une al niño con la madre.

Según Bowlby (1998), en las separaciones prolongadas los niños atraviesan tres fases:

- 1) Fase de Protesta: trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles. Se asusta, grita y llora (conductas innatas), lucha por restablecer la proximidad.
- 2) Fase de Separación: desespera la posibilidad de recuperarla pero, sigue preocupado y vigila su retorno. Es un fenómeno de indefensión aprendida. Pérdida de interés por el medio.
- 3) Fase de Desapego emocional: abandona las conductas de búsqueda. Parece olvidarse de preocuparse y vigilar el retorno, presenta indiferencia afectiva.

Siempre que el período de separación no sea prolongado, el desapego no se prolongará indefinidamente. Más tarde, el reencuentro con la madre, causa el resurgimiento del apego. De ahí en adelante, durante días o semanas, el pequeño insiste en permanecer con ella. Siempre da muestras de ansiedad cuando intuye su posible partida.

Además desarrollan características psicológicas observadas en los niños que permiten sospechar que puede haber abandono emocional estas son:

- De 0 a 6 meses: retraso psicomotor; retraso a la respuesta social, (sonrisa, vocalización).
- De 6 a 12 meses: falta de discriminación afectiva; apatía; falta de actividad ante los objetos y las personas; observación fría; retardo en el lenguaje;

ausencia de contacto social; hipotonía (coordinación motora pobre) (Bowlby, 1998).

Para Rey & Martínez (1981) la respuesta infantil es diferente dependiendo de quién inicia la separación. El niño no muestra signos de miedo cuando se aleja porque alguna cosa atrae su curiosidad o para jugar. Si la separación se realiza contra su voluntad manifiesta señales de intenso temor, aunque el adulto cuidador permanezca en su campo de visión, y busca ansiosamente el contacto con él. Así, durante la infancia, se producen las separaciones forzadas por diversas circunstancias, como:

- a. Escolarización
- b. Hospitalización
- c. Divorcio
- d. Muerte

En el caso de los neonatos no está implicado el divorcio ni la escolarización, pero si implican la hospitalización dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y en algunos casos la muerte.

La hospitalización puede causar reacciones inmediatas en el mismo momento de la separación (gritos, llantos, negación a quedarse) o bien después de la experiencia en conductas tales como regresión, actitudes de rechazo a los padres, alteraciones del sueño o alimenticias, etc. Tales comportamientos dependen de una serie de factores como el conocimiento previo de lo que es un hospital, la personalidad del niño, el tipo de relaciones que establece con sus padres y la propia experiencia (Rey & Martínez, 1981).

Spitz (1946) realizó una investigación en una guardería con 123 niños de 12 a 18 meses donde observó:

- 1) El Síndrome de carencia afectiva parcial o depresión anaclítica: separación que se presenta entre los 6 – 7 meses.

2) El Síndrome Clínico:

- Durante el primer mes: mediante llanto frecuente, tendencia a pegarse al observador.
- Durante el segundo mes: mediante gemidos, pérdida de peso, detección del CI.
- A partir de 3 meses: mediante rechazo del contacto, problemas con el sueño, problemas psicosomáticos y enfermedades en general, rigidez facial y retraso psicomotor.

Si dura más de tres meses puede llegar a producirse el “Hospitalismo o Síndrome de carencia afectiva total”.

A lo largo del primer año de vida para Spitz (1946) existen tres etapas clave en el desarrollo afectivo y que denominó como organizadores del psiquismo:

- I. Primer organizador: la sonrisa que se presenta de los 2 a los 7 meses el niño reacciona, no ante el rostro total de la madre, sino ante una “gestalt” (relación pre - objetal) que le resulta “agradable”, le llama la atención las figuras, contornos que resaltan del rostro, como lo es la nariz, boca, ojos, etc. Ahora la sonrisa es la primera manifestación activa, dirigida e intencional, y esta desde ahora tiene un papel muy importante en la vida del niño.
- II. El segundo organizador: la angustia y miedo al extraño se presenta de los 8 a los 12 meses. El bebé, empieza a darse cuenta que esa persona que lo cuida y lo protege, se ausenta por períodos, y provoca que el niño se angustie y cree el niño que esa angustia que sintió la madre la percibe como una agresión que le causó daño. En este segundo organizador, el niño no solo percibe y reconoce personas sino que también objetos inanimados.
- III. El tercer organizador psíquico: identificación de las prohibiciones de la madre se presenta de los 12 a los 15 meses, se traduce con la aparición del NO. Con el fin de proteger al niño, la madre debe de acceder a poner límites hacia el niño, y diciendo verbalmente un no el niño debe de obedecer, aunque en un principio le sea sumamente difícil. Esta negación viene

significando la capacidad de juicio. Logra la aceptación de este NO, cuando aprende la imitación.

Ansiedad de Separación: considerada por Bowlby como un trastorno de la vinculación, con cuatro tipos de situaciones clínicas:

1. El niño es fuente de seguridad para la figura de apego. Sería una inversión de roles. Se trata de una identificación proyectiva.
2. El niño tiene miedo a que pueda suceder algo a la figura de apego durante su ausencia. Suele presentarse más habitualmente en hijos de padres depresivos.
3. El niño teme por su propia seguridad en la ausencia de la figura de apego. Puede ser normal. El niño es incapaz de representarse a la figura de apego ausente como una persona dotada de permanencia, ni de anticipar su retorno.
4. La figura de apego teme por la seguridad del niño. A veces, es la consecuencia de experiencias traumáticas en la figura de apego.

Para Bowlby las ausencias darán lugar a dos fenómenos psicológicos: “la exclusión defensiva” y “la autonomía compulsiva” que actuarían como procesos adaptativos ante el trauma de la separación en 1946 trabaja sobre la separación con James Robertson describiendo tres fases:

- I. Fase de protesta: se asusta, grita y llora (conductas-señales innatas).
Lucha por el restablecimiento de la proximidad.
- II. Fase de Desesperación: es un fenómeno de indefensión aprendida.
Pérdida de interés por el medio, problemas psicósomáticos y anorexia.
- III. Fase de Desapego: abandona las conductas de búsqueda. Parece olvidarse de vigilar el retorno de la madre, muestra indiferencia afectiva.

Las consecuencias de una separación muy prolongada o que se repite durante los tres primeros años de vida ocasiona experimentar el desapego que puede prolongarse de manera indefinida. Si son separaciones breves desaparece esa conducta de desapego, por lo común tras un periodo de horas o días. Sucede una

fase durante la cual el niño muestra una notoria ambivalencia hacia sus padres. Exige su presencia y llora amargamente si lo dejan solo; por otra parte puede dar señales de rechazo hacia ellos o mostrarse hostil o desafiante. Entre los factores determinantes de la duración de esa ambivalencia, uno de los más importantes suele ser el modo en que responde la madre (Bowlby, 1998).

Cuando el hijo regresa al hogar tras un período de separación, su conducta plantea grandes problemas a sus padres, y en especial a la madre. El modo en que esta responde depende de muchos factores (tipo de relación que haya tenido con el pequeño antes de la separación, y el hecho de considerar que conviene más tratar a un niño exigente y perturbado dándole muestras de seguridad y procurando calmarlo o recurriendo a medidas disciplinarias). Westheimer (1970) centra su atención en el modo en el que los sentimientos de la madre hacia el hijo pueden modificarse en el curso de una prolongada separación durante la cual no lo ve. Los sentimientos anteriormente cálidos tienden a enfriarse y la vida en familia se organiza de acuerdo con esquemas tales que no dan lugar a que el niño pueda adaptarse a ella a su retorno (Bowlby, 1998).

Cuando el hijo ha permanecido lejos de su hogar en un lugar extraño y al cuidado de personas desconocidas, siempre sigue albergando temor de que lo alejen nuevamente del ambiente familiar. En un estudio realizado por Robertson, descubrió que los pequeños que habían estado internados en un hospital tendían a experimentar pánico ante la visión de cualquier persona con chaqueta blanca o delantal de enfermera y dieron claras muestras de temer un posible reingreso al hospital. Los niños que no parecen mostrar perturbación, son aquellos que nunca contaron con una figura específica en la cual centrar su afecto, o que han experimentado separaciones repetidas y prolongadas, por lo cual desarrollaron un desapego más o menos permanente (Bowlby, 1998).

4.3 Duelo

Del latín (*tardío, dolous, dolor*). Dolor, lástima, aflicción, sentimiento.

El duelo no es un trastorno mental aunque el Manual *diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, el CIE-10, (1992) lo clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas, etc. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento (Kaplan y Sadock, 1999). Las personas que viven un proceso de duelo normal pocas veces solicitan asistencia psiquiátrica, por lo tanto el médico de atención primaria no debe recomendar de manera rutinaria que la persona en duelo consulte con un psiquiatra; sin embargo, debe estar preparado para ayudar a las personas en duelo que soliciten su ayuda y sobre todo para reconocer cuándo la evolución de un duelo no es la normal, y requiera una intervención más cuidadosa. Es importante tener en cuenta la relación entre procesos de duelo y psicopatología. Los duelos insuficientemente elaborados pueden dar lugar a la aparición de psicopatología, así como un trastorno mental establecido puede suponer dificultades en la elaboración de un trabajo del duelo (Tizón-García, 1988 en Vázquez, 2007).

4.3.1 Duelo en los padres por tener a su neonato en la UCIN

Duelo de los padres por tener a su neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: esta Unidad es el centro para el cuidado intensivo y para la intervención de alta tecnología, es un ambiente en donde hay incubadoras, ventiladores, uniformes quirúrgicos, tubos y alto ruido de los aparatos.

Algunos problemas más comunes que el bebé puede padecer, si le faltan más de 4 a 6 semanas, se incluye la ictericia, la apnea y la inhabilidad para comer. Un problema grave es el síndrome del trastorno respiratorio o Respiratory Distress Syndrome (ARDS) en inglés.

Otras patologías que se tratan dentro del servicio de neonatología son las que necesitan intervención quirúrgica como consecuencia de malformaciones congénitas o patologías quirúrgicas adquiridas.

Al ingresar el bebé en a la UCIN los padres experimentan la pérdida del hijo esperado y deseado, existiendo con ello una gran probabilidad de una muerte real. La pérdida puede manifestarse como una crisis nerviosa mayor para los padres si el bebé esta previamente sano. El duelo también puede existir en presencia de un recién nacido vivo pero enfermo o con malformación.

La existencia de un gemelo sobreviviente puede opacar los aspectos del duelo. Los sentimientos encontrados puede manifestase en un padre que se halla entre la felicidad del bebé sobreviviente y el dolor al bebé perdido, el temor al bebé vivo pueda estar en peligro y ante una agobiante coerción por quienes lo rodean para negar la existencia del bebé muerto.

Los padres cuyos bebés sobrevivientes y se desempeñan bien, todavía pueden experimentar una reacción de duelo en relación al bebé sano que esperaban. Porque tuvieron la pérdida de ese ese hijo idealizado que no llegó.

4.3.2 Duelo por la pérdida de un hijo sano

De manera general los padres esperan tener un hijo sano, que cumpla con las expectativas que han formado en torno a él, que pueda ser una persona independiente, capaz y auto suficiente, además de cumplir con sueños y proyectos que los padres quizás no cumplieron (Olmeda, 1998).

Así tenemos que cuando un neonato nace de manera prematura y además con alguna malformación, los padres se enfrentan ante la caída de sus ideales. Experimentan emociones y sentimientos de desesperación, enojo, tristeza, frustración, dolor, etc. porque el niño perfecto que se esperaba no llegó.

Se produce una ruptura de fantasías y se generan otras y todo ello conlleva al inicio de un proceso de duelo por la pérdida del hijo deseado. Los padres al enterarse del diagnóstico, que su condición de salud es grave y de que su hijo tiene que ser internado, manifiestan sentimientos ambivalentes de protección y rechazo.

Los padres pasan por diferentes fases del duelo al no tener a su hijo esperado, como se muestra en el siguiente cuadro.

FASE	CONDUCTA PADRES	ROL DEL PSICÓLOGO
SHOCK INICIAL	Manifestaciones impulsivas. Confusión.	Sostén emocional y asesoramiento.
NEGACIÓN	No quieren saber Dificultad para comprender la información.	Intervención con padres: gravedad del recién nacido.
ENOJO	Conflicto con el personal del hospital. Conductas agresivas.	Brindar asistencia individual a los padres.
TRISTEZA	Síntomas depresivos. Culpa, dolor y cansancio físico.	Facilitar la elaboración del duelo por el "hijo ideal". Entrevistas individuales. Expresión de emociones. Favorecer la sintonía madre-hijo.
ACEPTACIÓN	Preocupaciones	Trabajo interdisciplinario psicólogo y pediatra.

4.3.3 Duelo normal

Se caracteriza por el dolor y por la realización de un trabajo conducente a la reorganización del nuevo estado del individuo, que es el trabajo de duelo. Las fases del duelo, la primera es “Fase del embotamiento de la sensibilidad” (shock y negación), se da al recibir la noticia del fallecimiento de un ser querido, donde el doliente no parece manifestar ninguna reacción emocional. Actúa con estallidos de cólera e intensa aflicción, ataques de pánico y euforia. La persona intenta vivir como si el ser querido estuviese presente.

La segunda fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida: el doliente puede comenzar a reconocer la pérdida en la que se producen estallidos de cólera. La ira puede ser dirigida a terceros de responsabilizarlos de la pérdida. Si la cólera persiste más de una semana existe el riesgo de desarrollar una patología.

La tercera fase es la desorganización y la desesperanza (etapa de la tristeza: El doliente ya reconoce que la pérdida es definitiva y examina su situación presente para descubrir los roles que ya no puede seguir desempeñando provocando llantos frecuentes y de aflicción.

La fase cuatro es la etapa de reorganización: El doliente tiene que aprender otros roles o modificar los presentes con la adquisición de habilidades desconocidas. La aceptación implica una verdadera concientización de la muerte con serenidad y relajación.

4.3.4 Duelo Patológico

Se considera duelo patológico cuando un individuo se ve desbordado por la pena de tener a su hijo hospitalizado y no recibir ayuda psicológica para la resolución de ese duelo por la pérdida del hijo esperado.

Bowlby (1993, en Olmeda, 1997) clasifica los duelos patológicos en duelo inhibido, duelo aplazado y duelo crónico.

1) Duelo inhibido o ausencia prolongada de aflicción consciente: es cuando la persona no expresa sus sentimientos ni emociones puesto que hace gala de un inusual autocontrol. Son padres rígidos que no se dan permiso así mismos para expresar sus sentimientos por la pérdida de su hijo deseado manifestándolo con dolores de cabeza, indigestión crónica, úlceras taquicardias, pesadillas insomnio. Se presentan estallidos repentinos de lágrimas o depresión.

2) Duelo aplazado: es cuando en el momento de la pérdida no se exterioriza el dolor, conforme transcurre el tiempo los padres afrontan su pena dejando fluir sus sentimientos. El mecanismo al principio del dolor consiste en la elaboración de sentimientos o pensamientos relativos al hijo real.

3) Duelo crónico: es la que caracteriza a los individuos que tienen una reacción excesivamente intensa de duelo, como es el caso de la depresión manteniéndola en un tiempo superior a lo que se considera normal. Las personas se hacen reproches, tanto a sí mismo como a su pareja. Se producen por una constante frustración al no conseguir que su bebé esté con ellos en su casa, negando que el estado de salud de su bebé sea grave.

4.4 Fases del duelo

Los padres reaccionan ante la muerte de un hijo o ante el nacimiento de un hijo con malformación siguiendo unas fases similares a las que describió Kübler-Ross, (1969) en los enfermos terminales: “shock”, negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. Los sentimientos parentales de culpa y de desolación pueden ser insoportables; los padres creen que de alguna manera no supieron proteger a su hijo. Una causa adicional del dolor es la destrucción de las esperanzas, deseo y expectativas que se habían puesto en el hijo.

Se describen las fases:

1) *Negación y aislamiento*: la negación permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria y será sustituida por una aceptación parcial.

2) *Ira*: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

3) *Pacto*: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

4) *Depresión*: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal. Una de las cosas que causan mayor consternación en los padres es la desconformidad entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

5) *Aceptación*: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno.

Capítulo 5

Método

“Resulta una gran verdad que el destino es una ley cuyo significado se nos escapa, porque nos faltan una inmensidad de datos”

Ferdinand Galiani

Observación en hábitat natural de seis casos en donde se reportan las reacciones de los padres con neonatos en la UCIN.

5.1. Tipo de investigación: Es exploratoria – descriptiva, debido a que se conoce poco sobre el tema de la atención psicológica en relación al despegue emocional, con el fin de que esta investigación pueda brindar una visión general de tipo aproximativo respecto al tema. Se explora el fenómeno del apego emocional de los padres con neonatos prematuros con malformaciones, describiendo la normalidad y las variaciones derivadas de la atención de seis casos específicos.

Definición de estudio exploratorio se realizan cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Definición investigación descriptiva: busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describa tendencias de un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

5.2 Diseño de investigación: no experimental de diseño transversal ya que la medición se efectuó en un solo momento de tiempo, fue de atención clínica de neonatos en hábitat natural – hospitalización en el servicio de neonatología, específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, del Hospital “Dr. Alfonso Mejía Schroeder del Instituto Mexicano del Seguro Social, Clínica 1, Pachuca, Hidalgo, México.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) diseño de investigación es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiera en una investigación.

5.3 Hipótesis descriptiva: La malformación del prematuro provoca reacción de abandono emocional por parte de los padres.

5.4 Variables:

Variable Principal: Condición de malformación en neonatos prematuros con base en diagnóstico médico.

Variable Asociada: Abandono emocional (valorado mediante observación clínica).

Fuente de información: expediente clínico, entrevista semi-estructurada a padres (Anexo 5: Formato de guía de entrevista, pág. 130) y observación directa del neonato durante hospitalización.

5.5 Instrumento y fuente de información

Observación clínica en escenario natural, se refiere a observar el fenómeno al natural respetando los procesos y observando todas las variables de el.

Revisión de expediente clínico, para conocer el diagnóstico médico del neonato, antecedentes familiares de enfermedades, tratamientos que ha recibido, ver su historial clínico.

Reporte tipo viñeta de seis casos representativos

Pre-alta

- Datos generales: masculino de 35 semanas.
- Dx médico: Anemia
- Síntomas y signos: presenta adecuada evolución al incrementar las onzas de su alimento, le ayuda las visitas de sus padres, presenta conductas de apego al buscar la mirada de la madre y el sostenimiento emocional al ser abrazada.
- Tratamiento médico: se tendrá en UCIN en terapia de prematuros hasta que suba de peso. Cuidados generales de enfermería: bañarla, alimentarla, checar signos vitales.
- Pronóstico médico: favorable – una semana y media en hospitalización. Posterior a esta es dado de alta de UCIN y se le dan recomendaciones a los padres acerca de los cuidados que deben darle, se le agenda su cita en 1 mes para observar su evolución.
- Datos generales de los padres:
 - Edad del padre: 34
 - Edad de la madre: 30
 - Estado civil: unión libre (5 años)
 - Nivel socioeconómico: medio
 - Ocupación del padre: trabajo de oficina
 - Ocupación de la madre: ama de casa

Terapia intermedia

- Datos Generales: femenino de 35 semanas.
- Dx médico: probable isquemia miocardia, no se han desarrollado los órganos, va respondiendo satisfactoriamente al tratamiento.
- Signos y síntomas: presenta llanto ante la ausencia de los padres, cuando se van, su frecuencia cardíaca disminuye significativamente, pero al escuchar la voz de los padres se estabilizaban sus signos vitales, comía bien siempre y cuando su madre la alimentaba ya sea por sonda o pecho según indicaciones médicas.
- Tratamiento médico: Aplicar la escala Apgar para ver en que nivel se encuentra. Cuidados generales de enfermería: el Apgar a los 5 minutos es menor a 3, el pH menor a 7.0, vigilar que manifestaciones clínicas presencia de asfixia (aspiración de meconio encefalopatía hipóxica isquémica, etc.) tratamiento en Unidad de Cuidados Intensivos, control permanente de signos vitales, tratamientos específicos de acuerdo a los órganos afectados.
- Pronóstico médico: Es favorable ya que responde al tratamiento. Su estancia fue de 20 días, posterior a este lapso de tiempo y término de tratamiento, es dado de alta de UCIN, se dan indicaciones a los padres de los cuidados y signos de alarma, se agenda su cita en 15 días en consulta externa.
- Datos generales de los padres:
Edad del padre: 27 Edad de la madre: 30
Estado civil: casados (4 años)
Nivel socioeconómico: medio

Ocupación del padre: profesor

Ocupación de la madre: profesora

Terapia intensiva

- Datos generales: masculino de 34 semanas de gestación.
- Dx médico: Sepsis neonatal
- Síntomas y signos: El tratamiento que recibe el neonato es invasivo y debido a su estado de enfermedad tiene poco contacto con los padres, pero responde favorablemente cuando le acompañan y hablan.
- Tratamiento médico: tratamiento farmacológico y mecánico Vigilancia 24 por 24. Cuidados generales: medidas generales (monitorización constantes de signos vitales y controles analíticos frecuentes para prevenir y/o detectar precozmente la presencia de complicaciones, aspiraciones gástricas) tratamiento antibiótico (se inicia al obtener las muestras para bacteriológicos) y terapia intensiva de soporte (ventilación mecánica cuando la respiración es ineficaz).
- Pronóstico: Reservado, su estancia fue de 1 mes y medio debido a que no respondió como se esperaba y hubo complicaciones. Es dado alta, a los 15 días reingresa.
- Datos generales de los padres:
Edad del padre: 25
Edad de la madre: 23
Estado civil: Unión libre (2 años)
Nivel socioeconómico: bajo

Ocupación del padre: chofer

Ocupación de la madre: ama de casa

Terapia intermedia

- Datos generales: masculino de 32 semanas, producto de embarazo gemelar.
- Dx médico: hidrocefalia, debido a la edad adolescente de la madre incrementó la probabilidad de prematurez.
- Síntomas y signos: se observa en el neonato indicador psicológico de miedo al abandono ya que cuando lo dejaban comenzaba a llorar, síntoma inequívoco de temor.
- Tratamiento médico: es farmacológico, y quirúrgico. Se le realiza tomografía para ubicar la zona a operar. Para poner la válvula. Cuidados generales de enfermería: Control de signos vitales, ventilación mecánica e intervención quirúrgica temprana.
- Pronóstico: reservado, dura hospitalizado 2 meses, es dado de alta de UCIN, sus revisiones con el especialista son programadas cada 15 días
- Datos generales de los padres:
 - Edad del padre: 19
 - Edad de la madre: 16
 - Estado civil: Unión libre (3 años)
 - Nivel socioeconómico: bajo
 - Ocupación del padre: comerciante
 - Ocupación de la madre: ama de casa

Terapia Intensiva

- Datos Generales: neonato prematuro femenino de 34 semanas
- Dx médico: Malformación pulmonar, colocación de válvula en cabeza, presenta daño neurológico.
- Síntomas y signos: Debido al estado de enfermedad del neonato y a la ausencia de contacto piel a piel con la madre y el proceso invasivo y aislamiento, presenta desapego emocional.
- Tratamiento médico: farmacológico y quirúrgico. Cuidados generales de enfermería: se encuentra en UCIN en terapia intensiva, se encuentra conectado al monitor para revisar signos vitales, conectado a oxígeno.
- Pronóstico: desfavorable para la vida – su estancia fue de 20 días en UCIN, posteriormente fallece.
- Datos generales de los padres:
 - Edad del padre: 22
 - Edad de la madre: 19
 - Estado civil: Unión libre (1 año)
 - Nivel socioeconómico: bajo
 - Ocupación del padre: albañil
 - Ocupación de la madre: ama de casa

Terapia Intensiva

- Datos generales: Neonato masculino prematuro de 35 semanas.
- Dx médico: Muerte súbita del lactante Ausencia de respiración por lapsos de 5 minutos que incrementaban.
- Síntomas y signos: Se muestra aparente mejoría en el transcurso de las visitas, responde al escuchar a la voz de sus padres intentando sujetar su dedo para evitar la separación. Procura comer cuando la alimenta su madre, busca tener contacto con sus padres, llora cuando no escucha o se retiran sus padres
- Tratamiento médico: Vigilancia de monitorización 24 por 24. Cuidados generales de enfermería: monitorización de signos vitales, oxígeno.
- Pronóstico: Desfavorable, su estancia fue de 15 días en UCIN, fallecimiento.
- Datos generales de los padres:
Edad del padre: 22
Edad de la madre: 20
Estado civil: Unión libre (1año y medio)
Nivel socioeconómico: medio
Ocupación del padre: trabajo de oficina
Ocupación de la madre: ama de casa

5.6 Muestra. La población son los neonatos prematuros hospitalizados en la UCIN, la muestra son aquellos que presentan malformación, se estudian seis casos clínicos.

Criterios de inclusión:

- Que sea nacido vivo en hospital
- Que su dx médico incluya prematuridad
- Se encuentre en área de UCIN
- Con malformación diagnosticada por servicio médico
- Con ambos padres asistan a atención psicológica
- Que se tenga atención psicológica - observación al neonato
- En general se seleccionaron a neonatos que presentan una de las malformaciones más comunes o típicas.

Criterios de exclusión:

- Que su diagnóstico médico no incluya prematuridad
- Que no presente ninguna malformación
- Que no se encuentre internado en UCIN

5.7 Procedimiento:

Este trabajo se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social Clínica 1, Hospital "Dr. Alfonso Mejía Schroeder", Área de Pediatría - Neonatología, específicamente en el 2º piso que corresponde a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Anexo 3: Reporte de trabajo, pág. 127).

Se seleccionaron a los sujetos en base a criterios de inclusión (sea prematuro, que presenten malformación de tipo común, que se cuente con la entrevista y participación de los padres, que se tenga acceso a expediente clínico, que se atienda en clínica uno).

Se reviso expediente médico.

Se intercambio impresiones con el servicio médico durante visita.

Se atendió a los padres durante la estancia del neonato en UCIN.

Se integró reporte tipo viñeta como material primario para análisis.

Se integro síntesis de atención psicológica.

Se elaboro reporte de atención enfatizando la variable.

5.8 Tratamiento de datos:

Emplearemos la observación directa en hábitat natural para recopilar datos, se elaborará reporte clínico tipo viñeta como material primario de análisis para dar cuenta del apego o desapego emocional de los padres y describir a nivel de observación los efectos en el diagnóstico médico del neonato, así como también la atención psicológica.

RESULTADOS

Hay mucho que saber, y es poco el vivir, y no se vive si no se sabe.

Escritor Baltasar Gracián

Mediante la observación clínica en hábitat natural en UCIN se reporta los siguientes casos pero ahora incluimos el diagnóstico psicológico a manera de ejemplificación del abandono emocional por parte de los padres ante su neonato con malformación, se enfatiza la aportación del psicólogo.

Caso 1.

Dx Psicológico: vínculos primarios fortalecidos, muestra apego que se observa en la recuperación favorable del proceso salud-enfermedad.

Tx. Neonato: hablarle (se sugiere: describirle el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo) acompañamiento en su estancia de hospitalización, seguimiento de su tratamiento y evolución, visitarlo diariamente.

Tx: Padres: orientación psicológica: acerca del proceso que cursa su neonato para disminuir la inseguridad de los padres, brindarle las herramientas de afrontamiento para que pudieran apoyar a su neonato brindándole el holding (sostenimiento emocional) para transmitirle esa seguridad, explicarles la importancia de los vínculos primarios del apego mediante el contacto piel a piel (derivado del programa de madre canguro), el hablarle (se recomienda a los padres hablarle describiéndole el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo, mediante la libre expresión derivada del repertorio de los padres: por ejemplo, tu puedes, vamos, adelante, se explica a los padres que a pesar del que niño no puede comprender a nivel cognitivo la explicación como tal es decir como un ejercicio de razonamiento derivado del proceso mental lo hace al nivel de sensación y por definición las sensaciones no tienen palabras es decir el recién nacido experimenta la presencia de sus padres y lo registra a través de emociones que ellos emiten) como acariciarlo (para no lastimarlo). La importancia de que asistieran a las visitas, brindarles soporte emocional y trabajar con sus emociones para que pudieran ayudar al neonato primero tenía que estar estable emocionalmente. Acompañamiento en todo el proceso.

Pronóstico: favorable, su recuperación ocurrió en menor tiempo al esperado debido al apoyo y constancia de sus padres (vínculos de apego - seguro). Se fortaleció su relación como pareja y sus redes sociales para beneficio propio y del neonato.

Caso 2

Dx psicológico: presenta apego seguro ya que cuando esta con su madre se refuerzan sus conductas para recuperarse.

Tx. Neonato: hablarle (se sugiere: describirle el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo) acompañamiento en su estancia de hospitalización, seguimiento de su tratamiento y evolución, visitarlo diariamente.

Tx a padres: orientación psicológica acerca del proceso que cursa su neonato para disminuir la inseguridad de los padres, brindarle las herramientas de afrontamiento para que pudieran apoyar a su neonato brindándole el holding (sostenimiento emocional) para transmitirle seguridad, explicarles que por el tratamiento que recibe su neonato no puede en la primera fase de su tratamiento tener un contacto físico cercano, pero debe aprovechar el uso de las caricias y el hablarle (se recomienda a los padres hablarle describiéndole el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo, mediante la libre expresión derivada del repertorio de los padres: por ejemplo, tu puedes, vamos, adelante, se explica a los padres que a pesar del que niño no puede comprender a nivel cognitivo la explicación como tal es decir como un ejercicio de razonamiento derivado del proceso mental lo hace al nivel de sensación y por definición las sensaciones no tienen palabras es decir el recién nacido experimenta la presencia de sus padres y lo registra a través de emociones que ellos emiten) para que su neonato se sintiera apoyado en el proceso salud - enfermedad, al ir evolucionado su neonato pudieron tener gradualmente, contacto físico mas cercano, trabajar el proceso de duelo de los padres ante el hecho de tener a su neonato en UCIN para resolverlo y ayudar a su neonato.

Pronóstico: favorable para ambos padres – neonato, ya que contaron los padres con las herramientas necesarias y la disposición para ayudar a su neonato, el neonato respondió de manera favorable ante el apego de los padres siendo su recuperación gradual pero estable hasta llegar a ser dado de alta de UCIN.

Caso 3

Dx Psicológico: se encuentra en la separación o miedo al abandono en la fase de protesta: se asusta, grita y llora (conductas - señales innatas) ante el desprendimiento (desapego). Lucha por el restablecimiento de la proximidad.

Tx. Neonato: visitarlo diariamente, acompañamiento y seguimiento en su proceso de salud - enfermedad. Hablarle (se sugiere: describirle el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo) y ponerle música para relajarlo y estimular su recuperación.

Tx. Padres: orientación psicológica acerca del proceso que cursa su neonato para disminuir la inseguridad de los padres, brindarle las herramientas de afrontamiento para que pudieran apoyar a su neonato brindándole el holding (sostenimiento emocional) para transmitirle esa seguridad. Fortalecimiento con sus padres de los vínculos de apego. Acompañamiento en el proceso salud - enfermedad, contención emocional. Al reingresar a UCIN su neonato intervención en crisis ante la noticia.

Pronóstico: reservado al reingresar a UCIN.

Caso 4

Dx. Psicológico: apego seguro ya que cuando esta cerca de su madre y padre se siente seguro ya que le brindan el holding adecuado.

Tx. Neonato: visitarlo diariamente, acompañamiento y seguimiento en su proceso de salud -enfermedad. Hablarle (se sugiere: describirle el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo), proporcionar sostenimiento emocional. Duelo del neonato ante la malformación que presenta y la hospitalización.

Tx. Padres: orientación psicológica acerca del proceso que cursa su neonato para disminuir la inseguridad de los padres, brindarle las herramientas de afrontamiento (saber qué hacer, identificar su emoción, trabajarla), para que pudieran apoyar a su neonato brindándole el holding (sostenimiento emocional), hablarle (se recomienda a los padres que le digan palabras como tu puedes, vamos adelante, a pesar del que niño no puede comprender a nivel cognitivo la explicación como tal es decir como un ejercicio de razonamiento derivado del proceso mental lo hace al nivel de sensación y por definición las sensaciones no tienen palabras es decir el recién nacido experimenta la presencia de sus padres y lo registra a través de emociones que ellos emiten), problemáticas de duelo de los padres ante la idealización del hijo, duelo ante la estancia en la UCIN de su neonato. Contención emocional e intervención en crisis entre otras técnicas utilizadas.

Acompañamiento en el proceso salud - enfermedad.

Pronóstico: reservado, ya que se recupera el neonato pero se canaliza a sus padres a una institución para recibir ayuda psicológica para que se encuentren preparados para las siguientes fases de desarrollo del neonato, se les recomienda que lleven a su neonato a rehabilitación.

Caso 5

Dx. Psicológico: desapego emocional que se presenta ante la figura de los progenitores.

Tx. Neonato: visitarlo diariamente, acompañamiento y seguimiento en su proceso de salud - enfermedad, hablarle (se sugiere: describirle el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo) trabajar con los padres ante la malformación que presenta el neonato y brindar sostenimiento emocional.

Tx. Padres: orientación psicológica acerca del proceso que cursa el neonato para disminuir la inseguridad de los padres, brindarle las herramientas de afrontamiento (saber qué hace, conocer sus habilidades, identificar su emoción, trabajarla-

estabilizarla) para que pudieran apoyar a su neonato brindándole el holding (sostenimiento emocional para transmitirle esa seguridad, se trabajó con los padres ante la idealización del hijo sano, fortalecer vínculos de apego (los padres presentaban reacciones de rechazo por ejemplo cuando podían cargar al neonato evitaban hacerlo evadiendo la situación, justificando su conducta al decir “ya acabado la hora de visita”, “es frágil y lo puedo lastimar”, el hecho de que el neonato tuviera malformación les causaba a los padres impacto y rechazo emocional debido al estigma social de su familia y amigos (es algo grotesco, va a sufrir, pobre niño, lo hubieran abortado, también tiene retraso), fortalecimiento de redes sociales para sentirse apoyarlos. Ante la pérdida. Contención emocional.

Pronóstico: desfavorable, ante el fallecimiento de su neonato. Se canalizan al servicio de psicología para trabajarlo quedan afectados y con sentimiento de culpa por no haber “ayudado” a su neonato.

Caso 6

Dx. Psicológico: se encuentran según Bowlby entre el anhelo de la persona perdida, el reproche contra la persona perdida y combinado con autorreproches.

Tx. Neonato: hablarle (se sugiere: describirle el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo), visitarlo diariamente, acompañamiento en proceso salud - enfermedad, seguimiento de tratamiento y evolución.

Tx. Padres: orientación psicológica acerca del proceso que cursa su neonato para disminuir la inseguridad de los padres, brindarle las herramientas de afrontamiento para que pudieran apoyar a su neonato brindándole el holding (sostenimiento emocional) para transmitirle esa seguridad, explicarles la importancia de visitarlo (acariciarlo) hablarle (se recomienda a los padres hablarle describiéndole el proceso médico que atraviesa, decirle palabras de cariño con calidez, animarlo y reconocerlo, mediante la libre expresión derivada del repertorio de los padres: p/e tu puedes, vamos, adelante, se explica a los padres que a pesar del que niño no puede comprender a nivel cognitivo la explicación como tal es decir como un

ejercicio de razonamiento derivado del proceso mental lo hace al nivel de sensación y por definición las sensaciones no tienen palabras es decir el recién nacido experimenta la presencia de sus padres y lo registra a través de emociones que ellos emiten), trabajar proceso de duelo de los padres ante el ingreso de su neonato al UCIN y posteriormente ante su fallecimiento, sostenimiento emocional e intervención en crisis ante la noticia de la muerte del producto.

Pronóstico: reservado, era su único hijo debido a que la edad de la madre, no puede volver a quedar embarazada, la pareja a la muerte del neonato comienzan a discutir constantemente haciéndose reproches de manera verbal como “si hubieras”, “no me apoyaste”, “te desesperaste”, etc. Canalicé a una institución para que tuvieran seguimiento de la problemática.

CONCLUSIONES

“Enseñar no es una función vital, porque no tienen el fin en sí misma; la función vital es aprender”

Filosofo Aristóteles

Como conclusiones podemos expresar que al hablar de un neonato prematuro con malformación, hablamos de un ser que nace con limitantes físicas y biológicas, que ponen en riesgo su vida, pero al igual que éstas limitantes la cuestión psicológica y emocional de sus padres lo hacen vulnerable, podemos decir que el neonato ya puede percibir sensaciones y emociones de sus padres que influye en su estado de salud.

Consideramos entonces importante el estudio e intervención psicológica en los padres de dichos neonatos para que tengan una adecuada elaboración de sus emociones como enojo, miedo, culpa, coraje, etc., y exista una aceptación de su hijo y por lo tanto un adecuado apego emocional y físico entre ellos.

Una de las características que se pudo observar durante el estudio fue que las personas que vienen de poblaciones rurales en general cuentan con el apoyo de su pareja y permiten que se trabaje con ellos para el beneficio de su neonato, y el fortalecimiento de vínculos de apego. Por otro lado se pudo observar que precisamente la condición de procedencia rural permitió la aceptación de espacios como albergues que ofrece el IMSS, y ampliar sus redes de apoyo social.

En el caso de las parejas que tenían un nivel socio económico medio, se observó que en su mayoría el estigma social afectaba su comportamiento con su hijo, generaban mayor resistencia al trabajo psicológico y limitaban su visión de una buena calidad de vida para con él.

En general el desarrollo del neonato depende de componentes psicológicos de los padres, de los biológicos de la madre y de cuestiones ambientales como el entorno familiar y social. Con relación al componente psicológico de los padres podemos decir que son ellos los que proporcionan el soporte emocional y los primeros vínculos afectivos que se traducen en seguridad, fortaleza, sensaciones de protección, amor, cuidados y en general una capacidad de estabilidad emocional y física. En cuanto al componente biológico de la madre, ésta puede cursar con complicaciones después del parto que impidan su acercamiento a su hijo, cambios bioquímicos que pueden ser traducidos en depresión, angustia, ansiedad o estrés.

Se considera que el entorno familiar y social intervienen de manera activa como son las redes de apoyo a los padres que minimizan sus preocupaciones y tareas, por lo que los padres pueden mantener su atención y vínculo con su hijo de manera más permanente y constante, también apoyan en los gastos económicos generados por la hospitalización y cuidados de salud.

La valoración del recién nacido es fundamental para que se tenga un diagnóstico oportuno y certero acerca de su estado de salud y se pueda actuar a tiempo para un tratamiento pertinente involucrando a los padres.

De igual importancia que los cuidados físicos y psicológicos lo tiene un hospital, puesto que brinda la infraestructura para solventar las necesidades que requiera el neonato. Específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Ciudad de Pachuca, Hgo. México, se pudo observar que aunque es una área especializada no sólo con los aparatos necesarios sino con el personal que está capacitado para atender las demandas a nivel médico, no cuenta con un personal de psicología, que brinde al neonato y a sus padres el servicio integral que favorezca su estado de salud.

Con respecto al abandono emocional de los padres para con su hijo, podemos decir que el dolor emocional de los padres en la UCIN existe en presencia de su neonato vivo con malformación ya que experimentan la falta del hijo idealizado que no llegó, al mismo tiempo que aumenta la probabilidad de una muerte real del neonato derivado del estado de enfermedad.

Los primeros acercamientos de vínculos se presentan al momento del nacimiento cuando son sostenidos por su madre por minutos, posteriormente de acuerdo al diagnóstico se generaban las primeras reacciones de separación de la madre, por su parte el neonato experimenta a través de sensaciones la hostilidad del cambio del entorno seguro (vientre) y entrar a un entorno desconocido (hospitalización) con aparatos, sonidos y procedimientos invasivos.

Con respecto al desapego emocional de los padres, se observó que se presenta mediante la falta de respuestas a las señales del neonato con malformación (llanto, sonrisas), de sus expresiones emocionales, por lo que en los padres las conductas procuradoras de de proximidad e interacción son disminuidas o nulas, provocando distancia emocional entre ellos. Esto ocasiona que el neonato presente mínimo apego a la vida por la privación del contacto físico (caricias) y emocional (cariño).

Otro factor que provoca el desapego emocional por parte de los padres es el prolongado tiempo de internamiento de su neonato en la UCIN.

Los indicadores psicológicos del desapego emocional de los padres con su neonato prematuro con malformación se ven proyectados en conductas como la inasistencia a la visita, la evitación del contacto físico y emocional, descuidos, rechazos, evitación de la mirada y saber de ellos.

El impacto que se genera del desapego emocional en el neonato se observa a través de una hospitalización prolongada por recuperación deficiente o tardía, aumento de su angustia y ansiedad ante el temor a ser abandonado, una expresión de llanto constante y en general afecta su proceso de desarrollo tanto físico como emocional. James Robertson refiere una serie de fases que se presentan durante la hospitalización: fase de protesta, fase de desesperación y fase de desapego.

Finalmente haremos mención del trabajo de atención y orientación psicológica que se brindó en ésta investigación, así como de la importancia de la inclusión del trabajo del psicólogo en los ambientes hospitalarios, específicamente en la UCIN, así como

Para dar atención emocional el psicólogo en el área de neonatología debe conocer las áreas del UCIN y el proceso de hospitalización que incluye el ingreso y egreso del neonato y de la madre.

Además debe conocer los diferentes tipos de malformaciones más comunes para poder realizar una orientación psicológica y apoyo pertinente a los padres y neonatos, según cada caso; conocer las necesidades de padres y neonatos que se

van generando durante la hospitalización; renovar el plan de trabajo para resolver dichas necesidades según sea el proceso que cursa.

Considerando que los padres se encuentran en un proceso de impacto emocional por el nacimiento de un hijo prematuro y con malformación, el psicólogo brinda un panorama general de los procesos y procedimientos de atención que disminuya su nivel de angustia, ansiedad, estrés, depresión, etc.

El psicólogo debe tener claridad de los conceptos de desapego emocional, ansiedad a la separación, apego seguro, evitativo, ambivalente y procesos de dolor emocional para dar contención de las emociones de los padres.

Es indispensable que se trabaje de manera interdisciplinaria médico, enfermeras, nutrióloga, trabajadora social y psicólogo para el bienestar del neonato y los padres, para esto el psicólogo debe poner en práctica su habilidad de trabajo en grupo.

Se sugiere que exista un psicólogo en área de UCIN las 24:00 hrs. para atender las demandas psicológicas de los neonatos prematuros y la de los padres durante el proceso de hospitalización, con la finalidad de reducir el lapso de la estancia hospitalaria, además de brindar un servicio multidisciplinario y de mejor calidad del servicio para beneficio de los usuarios.

Para realizar dicha tarea se propone una lista de contenidos sintéticos, como propuesta inicial para un manual de procedimientos dirigido a los psicólogos que trabajan en la UCIN.

REFERENCIAS

“Actuar es fácil, pensar es difícil; actuar según se piensa es aún más difícil”

Dramaturgo Johann Wolfgang Von Goethe

- Acien, P. (1993). *Reproductive performance of women with uterine malformations. Human reproduction, 122-126.*
- Al-Salili, M., Natale, R. & Bocking, A. D. (1994). *The multidisciplinary fetal developmental clinic: a multidisciplinary approach to the management of pregnancies associated with fetal anomalies, 16(9), 2093-9.*
- American Academy of Pediatrics. (2005). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics, 112(3), 691-7.*
- Angarita, S., Nava, D., Rincón, B., Rivera, D. y Parra, F. (2005). *Opinión sobre los estresores de la UCIN del cuidador familiar.* UARN, IAHULA. Trabajo de investigación no publicado, Universidad de Los Andes, Mérida.
- Apgar, V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *JAMA, 165, 2155.*
- Bar-Oz, B., Levincheck, Z., Moretti, M., Mah, C., Andreou, S. y Koren, G. (2004). Pregnancy outcome following rubella vaccination: A prospective study. *American Journal of Medical Genetics, 130, 52-54.*
- Berkeley, H. (1993). Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. *Pediatrics, 36(1), 50-52.*
- Blaasaas, K., Tynes, T. y Lie, R.T. (2004). Risk of selected birth defects by maternal residence closet to power lines during pregnancy. *Occupational and Environmental Medicine, 61, 174-176.*
- Bleichmar, N. y Leiberman, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud.* (1ª ed.). México: PAIDÓS.

- Bloom, B. L. (1988). *Health Psychology: A psychosocial perspective*. (2ªed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2: La separación*. Barcelona: PAIDÓS.
- Brandy, P.J., Chir, B. y Gould, J.B. (1983). Sudden Infant Death Syndrome: *The Physician's dilemma*. *ADV. Pediatrics*, 30, 635-672.
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1990). *La relación más temprana*. (2ª ed.). Barcelona: PAIDÓS.
- Bringiotti, M. y Comín, I. (2002). *Manual de Intervención en Maltrato Infantil*. (1ª ed.). Barcelona: PAIDÓS.
- Cañadell, J. & Pablos, J. (1992). Correction of angular deformities by physal distraction. *Clin Orthop*, 283, 98-105.
- Ceriani, C.J. (1991). *Neonatología Pediátrica*. (2ª ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Chow, M., Anderson, G., Good, M., Dowling, D., Shaiau, S. y Chu, D. (2002). A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants; Effects on temperature, weight, behavior and acuity. *Journal of Nursing Research*, 1, 129-142.
- CIE-10. Clasificación internacional de enfermedades. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (4ed). Madrid: Forma.
- Cornette, L. y Levene, M.L. (2001). Post -Resuscitative management of the asphyxiated term and preterm infant. *Seminars Neonatol*, 6, 271-28.

Damus, K., Pakter, J. y Krongrand, E. (1988). Postnatal medical and epidemiological risk factor for the sudden infant death syndrome. In Harper RM, Hoffman KH (eds.), *Sudden Infant Death Syndrome: Risk factors and classic mechanism*. (pp. 187). New York, PMA Publishing.

División Neonatología (2009). *Hospital materno infantil R. Sardá, Guía para padres de prematuros*, Fundación neonatológica, Bs As. Recuperado el 13 de Febrero del 2011 en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf.

Dole, N., Savitz, D.A., Hertz, I., Siega, A.M., McMahon, M.J. y Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *Am. J. Epidemiol*, 157(1), 14–24.

DSM.IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed.). Masson: Barcelona.

Dyce, E. & Chikuy, M. (1999). Registro, Incidencia y diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas mayores más severas. *Rev Cubana MED Gen Integral*, 15(4), 403-8.

Evans, D.R., Newcombe, R. G. y Campbell, H. (1979). Maternal smoking habits and congenital malformations. *A population study. British Medical Journal*, 2(1), 171-173.

Fernández, A. & Olivedo, E. (2005). *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y desafíos*. Recuperado el 10 de marzo del 2011 en: www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/di-salud-electronica-LAC.pdf.

Fernández, M; Martínez, M & Pérez, J. (2002). Vinculación afectiva e interacción social en la infancia. *Revista española de motivación y emoción*, 4, 31-15.

Figuera, E. (1994). *Alteraciones cromosómicas de los autosomas en Genética clínica diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias*. (3ª ed.). México: Manual Moderno.

Finer, S. (2006). Summary proceedings from Apnea of prematurity group. *Pediatrics*, 117(3), S47-S51.

Frager, R. y Fadiman, J. (2001). *Teorías de la personalidad*. (2ª ed.). México: Alfaomega.

Frías, M. (2006). *Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico*. Brasil: Red Estudios de Psicología.

Ganz, L. y Curtiss, E. (2007). *Electrocardiography*. In: Goldman L, Ausiello D. (Eds.), *Cecil Medicine*. (pp. 52) Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier.

García, Y., Fernández, R., Rodríguez, M. y Pérez, E. (2007). Incidencia de la retinopatía de la prematuridad. *Revista Cubana de Pediatría*, 34(3310), 33-35. Recuperado el 23 de abril del 2011 de: <http://www.scielo.sld.culscielo.php>.

Gilbert, R.E., Fleming, P.J. y Azaz, J. (1990). Signs of illness preceding sudden and unexpected death in infant. *Br Med J*, 300, 1237.

Guizar, J., Gildardo, F. y Zafra, R. (2000). *Atlas Diagnostico de síndromes genéticos*. México: Manual Moderno.

Guo, Y., Lambert, G., Hsu, C. y Hsu, M. (2004). Yucheng: Health effects of prenatal exposure to polychlorinated biphenyls and dibenzofurans. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77, 153-158.

Glaser, D. (1993). Emotional abuse. *Bailliere's Clinical Pediatrics*, 251-267.

Glaser, D. & Prior, V. (1997). Is the term child protection applicable to Emotional Abuse. *Abuso de Revisión*, 6(5), 315-329.

Martínez, R. (2000). *La Salud del niño y adolescente*. (4ª ed.). México, D.F.: Manual Moderno.

Gordon, B. (2001). *Neonatología, Fisiología y Manejo del Recién Nacido*. (2ª ed.). México, D.F.: Panamericana.

Guntheroth, W.G., Lohmann, R. y Spiers, P. S. (1990). Risk of sudden infant death syndrome in subsequent siblings. *J. Pediatrics*, 522, 520-3.

Herman, V., Martínez, A. y Heath, A. (1996). La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. *Revista Sard*. Recuperado el 23 de abril del 2011 de: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/96c/107-112.pdf>.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). México: The McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2010. Recuperado el 26 de Marzo del 2011 de <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>

Jenna, L., Galloway, S., Delgado, I., Ros, M. y Clifford, J. (2009). *A reevaluation of X-irradiation-induced phocomelia and proximodistal limb patterning*. Nature Publishing Group a division of Macmillan Publishers Limited.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. *Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica*. (8ª ed.). Madrid: Medical Panamericana.

Karsch, J. (1936). Erbliche Augenmissbildung in Verbindung mit Spalthand und -fuss. *Z. Augenheilk*, 89, 274-279.

Kravitz, R. M. (1994). Congenital malformation of the lung. *Pediatr Clin North Am*; 41, 453-472.

Kübler-Ross. G. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. (2ªed.). Barcelona: Grijalvo.

La División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* APA (1980).

Landover, J. (1987). The National Sudden Infant Death Syndrome. *The Leaflet*. USA: Founfation.

Layne, C., Cruz, F., Ruiz, C. y Jaspez, C. (1995). *Prematuridad, relaciones familiares y hospitalización*. En: II Jornadas de Orientación y Terapia Familiar: Familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Madrid: MAPFRE, Universidad Pontificia de Comillas, 191-199.

Lebovici, S. y Stoleru, S. (1983). *Le nourrison, la mère et le psychanalyste*. París: Le Centurion.

Lombardi, A. & Grashinsky, J. (1978). *El ideal maternal*. Montevideo: Roca Viva

Maldonado, F. & Castillo, I. (2002). Ingresos en la UCIN. *Rev Cubana. Pediatría*, 3, 1.

Marmolejo, C. y Del Olmo, M. (2003). *Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital Infantil de México*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 66(1), 22-28.

Martín, R. J. & Abu-Shaweesh, J.M. (2005). Control of Breathing and Neonatal Apnea. *Biol Neonate*, 87, 288-295.

Matthews, F., Youngman, L. y Neil, A. (2004). Maternal circulating nutrient concentrations in pregnancy: Implications for birth and placental weights of term infants. *American Journal of clinical Nutrition*, 79, 103-110.

Miller, M., Fanaroff, A. y Martín, R. (1992). *Respiratory control and apnea of prematurity. Neonatal-Perinatal Medicine*. Mosby, 848.

Miles, M. y Brunse, S. (2003). Parental stressor scale: *Neonatal Intensive Care Unit. Nursing Research*, 42(10), 148-152.

Miqueo, C., Barral, M.J. y Magallón, C. (2008). *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 894. ISBN: 84-7733-971-7.

Minuchin, S. y Fishman, C. (1985). *Técnicas de Terapia Familiar*. (1ª ed.). Barcelona: PAIDÓS.

Moore, K. (1995). *Embriología Clínica*. (5ª ed.). Interamericana: Mc Graw- Hill.

Naeye, R. I., Ladis, B. y Drage, J.S. (1976). Sudden Infant Death Syndrome: a prospective study. *Am. J. Dis. Child*, 130, 1270-1210.

Oliva, A. (s/a). *Estado actual de la teoría del apego*. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla, 41005.

Olmeda, M. (1997). *Evolución del duelo*. (1ª ed.). Madrid: Master Line.

Olmeda, M. (1998). *El duelo y el pensamiento mágico*. (1ª ed.). Madrid: Master Line.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). *Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales*. Actas OMS. 28:17,1950, 160:11 y anexo 18,1967, 233:18.

Estadísticas de Salud de las Américas, OPS. (2006). *Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 17 de Mayo de 2011 en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/HSA2006_TOC.pdf.

Papalia, E. D. (2010). *Desarrollo Humano*. (11ª ed.). México: McGraw Hill.

Revillon, Y., Planner, J. y Sonigo, P. (1993). Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung; prenatal management and prognosis. *J Pediatr Surg*, 28, 1009-1011.

Rey, E. & Martínez H. (1981). Manejo racional del niño prematuro. *Proceedings of the Conference I Curso de Medicina Fetal y Neonatal*, Bogotá, Colombia, 137-51.

Rincón, R., & Aranda, C. (2006). Morbilidad del recién nacidos prematuros en el servicio de neonatología. *Revista Mexicana de Pediatría*, 3(5), 215-219.

Rodulfo, R. (1999). *El niño y el significativo*. (5ª ed.). Buenos Aires: PAIDÓS.

Rowe, R.D. & Hoffman, T. (1972). Transient myocardial Ischaemia of the newborn infant. A form of severe cardiorespiratory distress in full term infants. *Journal of pediatrics*, 81, 243-250.

Schor, E.L. (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111(6-2), 1541-71.

Silverman W. y Andersen, D. (1956). A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate, and necropsy findings among premature infants, *Pediatrics*, 17, 1-10.

- Sosa, D., Gómez, R., Pérez, J.M., Valdés, A. y Rojo, I. (1978). Malformaciones congénitas. Ocurrencia y mortalidad. *Rev Cubana Pediatr*, 50(4), 277-295.
- Sontag, L. (1964). Implications of fetal behavior and environment for adult personalities. *Annals of the New York Academy of Science*, 134, 782-786.
- Spitz, R.A. (1946). Hospitalism; A follow-up report on investigation described in volume I. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Stoll, C., Alembi, Y., Dott, B. y Roth, M. (2000). Impact of prenatal diagnosis on live birth prevalence of children with congenital anomalies. *Ann Genet*, 45(3), 115.
- Taguchi, M., Shimiz, K., Osaki, Y., Kubota, T. y Aso, T. (1993). Prenatal diagnostic of congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. *Fetal Diagn Ther*, 114-118.
- Taucher, E. & Jofré, I. (1997). Mortalidad Infantil en Chile: El gran descenso. *Rev Med Chile*, 125, 1225-1235.
- Tracey, N. (2000). Parents of premature infants. *Their emotional world*. London: Whurr Publishers.
- Videla, M. (1990). La maternidad como imposición social. (1ª ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vázquez, J. (2007). *Psiquiatría en Atención Primaria*. (2ª ed.). Madrid: Grupo Aula Médica, S. A.
- Westheimer, F. (1970). Who Developed Model Valuable in Biochemistry, Dies. *New York Times*.

Willinger, M., James, L. S. y Catz, C. (1991). Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): *Deliberations of an expert panel convened by the National Institute of child and Human Development. Pediatr*, 11, 677-84.

Winnicott, D. (1965). *La teoría de la relación padre-hijo en los procesos de maduración y el medio ambiente*. Londres: Karnac.

Yurac, C., & Romer, G. (1990) Diagnóstico ultrasonido gráfico de anomalías estructurales del feto. *Análisis de diez años. Rev Chil Obstet Ginecol*, 55(3), 164-170.

ANEXOS

“Al amor lo pintan ciego y con alas. Ciego para no ver los obstáculos y con alas para salvarlos”

Dramaturgo Jacinto Benavente

Anexo 1: Imágenes de algunos neonatos.



Se pidió la autorización verbal de los padres para tomar las fotos por la gravedad de la situación y contemplando el factor ético, la confidencialidad e integridad de las personas, las imágenes que se muestran son para ejemplificar las malformaciones fueron bajadas de internet.

Anexo 2: Imágenes de procedimientos médicos durante hospitalización



Se pidió autorización a los padres para tomar las fotos por la gravedad de la situación y contemplando el factor ético, la confidencialidad e integridad de las personas, las imágenes que se muestran son para ejemplificar los cuidados en UCIN fueron bajadas de internet.

Anexo 3: Reporte de trabajo

Institución Receptora: Instituto Mexicano del Seguro Social Clínica 1 "Dr. Adolfo Mejía Schroeder".

Tiempo de estancia: Agosto - Noviembre 2010 y Febrero - Mayo 2011.

Jefe inmediato: Dra. Mará del Socorro Lara Gutiérrez.

Servicio o Área: Pediatría – Neonatología – UCIN.

Actividades realizadas:

- Pase de visita médica
- Revisión de expediente
- Ubicación de diagnóstico médico
- Observación de procedimientos médicos en hospitalización
- Atención psicológica (soporte emocional a padres, acompañamiento, orientación psicológica, intervención en crisis y procesos de duelo, talleres a padres con hijos neonatos en UCIN)
- Observación de la evolución de los neonatos.

Anexo 4: Lista de contenidos sintéticos, como propuesta inicial para un manual de procedimientos dirigido a los psicólogos que trabajan en la UCIN

Pautas de limpieza e higiene

- Lavado de manos de manera quirúrgica (lavado de las manos hasta los codos con cepillo quirúrgico y jabón) esto es para evitar infecciones en UCIN, por protección e higiene para los neonatos.
- En el caso de las mujeres, se recomienda no usar aretes largos ni ostentosos, usar aretes discretos, de preferencia no llevarlos, pulseras y anillos por seguridad del neonato (aparatos).
- En el caso de las mujeres ir con cabello recogido, por higiene.
- No entrar con alimentos ni cosas que se puedan derramar.(protección de los neonatos y aparatos)
- Dirigirse al área de batas limpias quirúrgicas
- Ponerse bata quirúrgica para ingresar al UCIN.
- Lavado de manos cada vez que se pase de un neonato a otro neonato para evitar contagios.
- Llevar uñas cortas.

Pautas de seguridad

- No salir con bata quirúrgica del UCIN y volver a ingresar con ella, porque ya esta infectada, por seguridad del neonato y para evitar infecciones.
- No tocar a los neonatos, por seguridad de ellos.
- No tocar ningún aparato dentro del UCIN.
- Quitarse la bata quirúrgica al salir de UCIN y depositarla en recipiente de batas sucias.
- Pedir permiso al responsable del área de UCIN para uso de expedientes.

Pautas de Sugerencias

- Pedir permiso al responsable del área de UCIN para uso de expedientes

- Revisar el expediente para conocer el diagnóstico médico del neonato y conocer el estado de salud en el que se encuentra.
- Si existe alguna duda del proceso de tratamiento, pedirle al médico o enfermera una breve explicación, si es necesario. Buscar información de manera externa.
- Llevar una libreta y un bolígrafo para hacer anotaciones pertinentes durante la observación y de preferencia a todas partes.
- Recabar datos para ir integrando casos clínicos y posibles tratamientos.
- Pedir permiso para observar los procesos quirúrgicos y de tratamiento, por integridad hacia el neonato y respeto al personal.

Anexo 5: Formato de guía de entrevista

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Lugar de domicilio _____

Ocupación _____

Nivel escolar: _____

Número de hijos _____

Años con su pareja _____

¿Cómo se siente ante el diagnóstico de su hijo?: _____

¿Conoce acerca de la enfermedad que tiene su hijo? _____

¿Dónde se informó? _____

¿Viene a la visita de la mañana y tarde? _____

¿Cuenta con el apoyo de su pareja? _____

Recibe apoyo de sus familiares _____

¿Ha contado con el servicio del albergue por parte del hospital? _____

¿Se a quedado en el albergue? _____

¿Viaja diario para venir a visitar a su hijo? _____

¿Fecha de ingreso y cuánto tiempo lleva internado su neonato en UCIN? _____

¿Lo han trasladado? _____

¿Le han realizado alguna operación a su hijo? _____ ¿Cuál? _____