

NEONATOLOGÍA CENTRADA EN LA FAMILIA.

Mercedes Valle Trapero

Psicóloga. Servicio de Neonatología.

Hospital Clínico S. Carlos de Madrid.

I.- Introducción.

La familia ha sido considerada a lo largo de la historia de formas muy diferentes, dependiendo de la concepción que se ha tenido del hombre y de la filosofía dominante en cada época.

También ha sido objeto de análisis desde distintas perspectivas: antropológica, psicoeducativa y social. Este interés por el grupo familiar como matriz de socialización o núcleo originario para el ser humano, (que siempre se ha mantenido a lo largo de las distintas civilizaciones, aunque con formas de organización muy diferentes) radica en que su estudio y comprensión es imprescindible para conocer el funcionamiento psíquico de un individuo. Haley (1989) uno de los pioneros de la teoría sistémica junto con el antropólogo Bateson, en el estudio del grupo familiar, mantienen que todo comportamiento tiene su significado en el contexto en que se da.

Cada familia, siguiendo esta teoría, desarrolla a lo largo de su ciclo vital (desde la unión de la pareja hasta el

abandono del hogar por los hijos, hecho que ahora es muy tardío) una serie de modalidades de relación muy específicas que se convierten en el patrón o modelo de aprendizaje para el niño, en su relación con los demás. Es decir que este contexto de aprendizaje es el más significativo en los primeros años.

Este aprendizaje es mútuo, entre todos los miembros, pues depende también de las características específicas de cada individuo, como es el caso de nuestro estudio, "el niño de riesgo separado desde el nacimiento".

Desde el punto de vista social, la familia tradicional, concebida en torno al padre, actualmente en proceso de cambio, no solo es donde el ser humano se constituye como individuo sino también como ser social, ya que es el primer espacio donde se produce la primera interpretación de la realidad.

El desarrollo humano, como se puede deducir, no es un proceso lineal independiente de todo contexto, sino que se inicia desde el momento que el neonato empieza a establecer el vínculo afectivo-interactivo con el adulto.

Un avance importante en el ámbito sanitario materno-infantil, es contemplar e incluir a la familia en los servicios que ingresan niños desde su nacimiento (Neonatología, Lactantes y Pediatría). Esta atención debería ampliarse a la etapa prenatal, ayudando a la madre, desde una perspectiva bio-psico-social, para que pueda cuidar bien a su hijo en esta etapa, tan decisiva según muestran las

investigaciones actuales.

II.- REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA DEL NACIMIENTO DE UN NIÑO DE RIESGO BIOLÓGICO.

Cuando nace un niño, los padres inician una serie de comportamientos maternos como son miradas, sonrisas, caricias, diálogo tónico etc, que nos demuestra cómo es la calidad del vínculo afectivo que se está iniciando, o continuando porque existe ya el vínculo prenatal, asociado al deseo, expectativas, fantasías y necesidades de los padres. Además esta estimulación "multisensorial" es básica e imprescindible para el desarrollo del niño.

Cuando un niño es separado de los padres, ingresa, y además se emite sobre él un diagnóstico de "posible deficiencia", los padres y sobre todo la madre, sufren tal alteración emocional que se bloquean y no pueden emitir estos comportamientos naturales; con mucha frecuencia el estado del niño tampoco lo permite.

El diagnóstico rompe el vínculo prenatal, ya no es el niño esperado, y los padres deben hacer un reajuste emocional, para poder iniciar un nuevo vínculo con este niño, identificarse con él, sus características, y volver a sentir satisfacción mutua. Esto es costoso en tiempo y energía psíquica y necesitan, con frecuencia, ayuda psicológica.

Hay una serie de factores en cada familia, propios del grupo familiar en sí, que pueden facilitar ó dificultar este proceso y sobre ellos radicará la intervención

psicológica. Estos son:

- _ Ciclo vital de esta familia.

- _ Características personales de los padres, como son sus estrategias cognitivas, capacidad de afrontar el estrés, éxito profesional, bienestar familiar etc.

- _ Situación sociofamiliar.

- _ Factores de Riesgo Psico-social.

Otros factores están asociados directamente con el niño

- _ Deseo del hijo.

- _ Diagnóstico prenatal.

- _ Amenaza de aborto (abortos previos)

- _ Tratamientos durante el embarazo o previos.

- _ Hospitalización prenatal de la madre.

Existen también otros factores que "facilitan" la vinculación padres-hijo, que deben ser considerados en el contexto sanitario materno-infantil, como son:

- _ Favorecer el "apego", con el contacto inmediato padres-hijo.

- _ Resaltar los aspectos positivos que tiene todo niño, no solo la patología.

- _ Dar el diagnóstico adaptado a las capacidades de los padres, a los dos juntos y en un espacio de contención, sentados, relajados, para que puedan expresar su angustia y preguntar.

- _ Dejar regularse a los padres en los cuidados del

niño.

_ Enseñar a los padres los diferentes estados o conductas que el niño muestra; esto les llevará a un mejor conocimiento de él, podrán adaptar sus respuestas y estimulación a estos estados y se sentirán más capaces y confiados en sus cuidados.

III.- INTERVENCION FAMILIAR.

La intervención que propongamos con cada familia dependerá de la evaluación INTERDISCIPLINAR que hayamos realizado. Deberá hacerse lo más próxima al ingreso del niño.

Además del conocimiento de los factores arriba señalados, es fundamental la información del médico neonatólogo sobre la historia clínica, diagnóstico y pronóstico, reacciones de los padres a estas informaciones etc.

Es importante a su vez la información que aportan las enfermeras sobre el comportamiento de los padres en la Unidad y la relación que establecen con su hijo, su capacidad de aprendizaje, motivación, conductas de riesgo social; así como las visitas de ellos y otros familiares. Dadas las situaciones de tensión emocional que con frecuencia se producen, ante determinados comportamientos de los padres, es conveniente la elaboración de un Protocolo de observación Familiar, que permita la observación atenta y el registro de estos datos y reduzca así la tensión emocional que supone para las enfermeras responder directamente a estas situaciones, sino se tiene un conocimiento objetivo de estos hechos,

realizado por los diferentes turnos de enfermería, y comunicado a otros profesionales (médicos, psicólogo y trabajador social).

Desde el punto de vista psicológico, las entrevistas familiares tienen diferentes fases, que se irán adaptando a las fases por las que pasan los padres cuando hay un diagnóstico de "posibles deficiencias", estas varían en cada familia, pero suelen pasar por cuatro etapas:

- _ Confusión y choque emocional intenso.
- _ Rechazo- negación.
- _ Búsqueda de soluciones.
- _ Reorganización familiar con reparto de funciones, de forma funcional si participan todos los miembros o disfuncional si solo recaen estas nuevas tareas en alguno, que suele ser la madre.

1.- Apoyo psicológico a los padres.

Las PRIMERAS entrevistas tienen un gran valor porque es donde se define el "contexto terapéutico": se establece una relación de complementariedad con los padres, no de protagonismos y se concede un gran valor a su ayuda en los cuidados del niño así como a la información que nos aporten.

Los miembros familiares que pueden asistir los delimitan los padres, en principio, ya que suelen tener un gran valor emocional para ellos.

Las sesiones familiares siguientes serán solo con

los padres, para tratar algunos temas significativos en esta etapa:

_El equilibrio relacional de la pareja.

_Las expectativas y deseo del hijo; su hipótesis sobre porqué ha ocurrido esto, sentimientos de culpa etc.

2.-Fase de ESTABILIZACIÓN del niño-familia.

Se pueden trabajar ya una serie de factores importantes para el desarrollo del niño, como son:

_ La reorganización familiar con este nuevo miembro, ver si es funcional o disfuncional (interferirá en la evolución).

_ Los patrones de interacción padres-hijo: como le perciben, las modalidades de relación y calidad de la estimulación.

_ Se pueden ampliar las técnicas de Atención Temprana, según la maduración del niño.

_ Se inicia la preparación del Alta hospitalaria y los contactos con los recursos de la zona donde viven para DERIVACION, siguiendo también un criterio interdisciplinar.

Estos datos son recogidos en la FICHA DE OBSERVACIÓN FAMILIAR, que sirve de base para la evaluación del seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

AJURRIAGUERRA, J., CASSATI, L. (1985). Ontogéneses des comportements de tendresse. Rev de Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVIII. Tomo

2.325-401

BRONFENBRENNER, B.(1987). La ecología del desarrollo humano. Paidós

BUTCHER, P.R., KALVERBOER, A.F. y otros, (1993). Rigidity, sensitivity and quality of attachment: the role of maternal rigidity in the early socio-emotional development of premature infants.Acta Psychiatrica Scandinavica.Supplementum No. 375.Vol.88, 1-38

DRUON, C. (1991). L'aide au bébé et à ses parents en réanimation néonatale.Devenir.Rev.Européenne du Développement de l'enfant.Octubre.47-63

GURALNIK, M.,BENNETT, F. (1989).Eficacia de una Intervención Precoz en niños minusválidos y en situaciones de riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid

HALEY, J. (1989). El ciclo vital de la familia. En HALEY: Terapia no convencional-.C.2. Amorrotu.

JEANNET,M.(1985).Fout-être normal pour avoir d'enfants normaux?. Psiquiatrie de l'enfant. Tomo I,5-55

KLAUS, M.H, KENNEL, J.H. (1976). Maternal-infant bonding. St. Louis: Mosby.

LEWIS, M., BENDERSKY, M. y otros (1991). Visitation to a Neonatal Intensive Care Unit. Pediatrics Vol.88 No.4,795-800

NUGENT, J.K.,y BRAZELTON, T.B.(1989).Preventive Intervention with Infants and Families:The NBAS Model Infant Mental Health Journal.Vol. 10,No. 2, 84-97

PASTRANA,C.,COLLADO,C.,y AVELLANOSA,I.(1993).La relation précoce mère-enfant.Devenir,Vol.5,N.4,51-63

PLUNKETT, J.W.,y MEISELS, S.J.(1989). Socioemotional Adaptation of Preterm Infants at Three Years Infant Mental Health Journal,Vol. 10,No.2, 117-131

STORERU,S.,y MORALS,M.(1985). De l'enfant fantasmatique de la Grossesse à l'interaction mere-nourrison. Psiquiatrie de l'enfant.Vol 2, 441-484

SORRENTINO, C. (1998). Familia y Handicap. E. Nueva Visión.

VALLE,M.(1987).Atención al niño de riesgo hospitalizado.Informe II.Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalía.Documentos 17/87, 217-221

TRONICK,E.,y SCANLON,K Y OTROS (1992).Apatía

protectora:hipótesis acerca de la organización conductual y su relación con el estado clínico y fisiológico del niño pretérmino durante el periodo neonatal.Clínicas perinatológicas, 125-157.