

NEONATOLOGIA CENTRADA EN LA FAMILIA

M.C. Arrabal Terán. Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de San Carlos .MADRID

PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO HOSPITALIZADO

La atención que se da al niño hospitalizado, se basa en los cuidados médicos y de enfermería que el niño requiere por su patología; nuestra preocupación hoy, no es únicamente que el niño viva, sino que tenga una "buena calidad de vida", para lo cual intentamos darle ayuda científica, recurriendo si fuera menester, a otros especialistas y suministrándole los medios que necesite por muy sofisticados, que éstos sean.

El atender sólo esta vertiente nos convertiría en "tratantes" de enfermedades; sin embargo, manejamos niños en pleno desarrollo, necesitados de otra serie de apoyos, fuera de ventiladores, dopaminas o diálisis.

Al pensar en el niño como persona, lo ubicaremos, insertado en una familia y ésta en una sociedad, con todas las imbricaciones positivas y negativas, que este aserto conlleva.

El comportamiento de los progenitores ante el nuevo ser, ha variado al unísono de los cambios realizados en la sociedad.

Con la entrada de la mujer en el mercado del trabajo y la independencia mental de los jóvenes de sus mayores, la educación difiere bastante de la que tuvieron nuestros abuelos. Conscientes de esta problemática, hay muchos grupos de trabajo dedicados a enseñar a los padres a encauzar adecuadamente el desarrollo de sus hijos.(1, 2)

El convertirse en auténticos padres, está matizado por un gran número de factores, tan diversos como: las condiciones genéticas, culturales, económicas, psicológicas, tanto de la pareja, como de sus familiares, el número de embarazos anteriores, si el resultado fue satisfactorio o por el contrario fue peyorativo, así como las relaciones de la propia pareja y de ambos con sus padres y hermanos.(3)

Estos condicionantes deberán hacer reflexionar a la pareja ante la idea de una posible maternidad; el fruto de un embarazo, que se lleva a cabo después de esa reflexión, será un niño que tendrá muchas probabilidades de ser un hijo auténticamente "deseado". (4,5)

La maternidad, se debe fundamentar en el compromiso de los padres con el hijo, compromiso, que debe tener las mismas cualidades que las atribuidas a la palabra "AMOR", es decir "cuidado, responsabilidad y conocimiento" (3)

Durante todo el embarazo, se han ido creando lazos materno-filiales, que culminarán el día que puedan tener el hijo en sus brazos. En un parto normal, la auténtica vinculación comienza, inmediatamente después del nacimiento; la primera hora postnatal es de suma importancia para lograr esa vinculación "ideal" con el "hijo-niño", dejando atrás la que se tenía, con el "hijo-feto". Es el periodo de la hipersensibilidad, la capacidad del recién nacido en el paritorio de ver y oír, parece ser tan importante como el acto de llevarlo al pecho, que ha sido mucho más estudiado; en esa primera hora, llamada "hora sensible materna", (4) comienza la interacción madre-hijo, el neonato abre los ojos mira a su madre, la mirada también, (5,6) es lo que busca la madre en el hijo.

Por el contrario, se ha demostrado que un número considerable de madres, sobre todo primíparas o las que tuvieron un parto laborioso o doloroso pueden pasar horas o días para que se sientan atraídas por su hijo, sin que ello quiera decir, que posteriormente no lleguen a ser buenas madres.

Nosotros estamos convencidos del papel fundamental de esa primera hora, demostrado incluso, por estudios etológicos. La crítica de algunos autores en contra, está basada fundamentalmente en la inestabilidad posterior de la pareja o del propio niño.(7)

Todo lo anterior, es lo que ocurre en la mayoría de los embarazos y partos; pero desgraciadamente no siempre ese es el caso, ya que cuando el niño nace antes de tiempo, o lo hace de un modo patológico, bien con malformaciones, enfermedades graves infecciosas, metabólicas, alteraciones neurológicas... los padres se enfrentan a un problema, que aunque hubiera pasado por sus pensamientos, no se habían concienciado, que verdaderamente, aquello les podría suceder.

Tanto si los padres supieran antes del parto la patología del niño, como si se enteraran después del nacimiento, van a sufrir un gran golpe psicológico. En general esta crisis, que se considera como una primera fase del conocimiento de la enfermedad, no sólo afecta a los padres si no también a la familia (8), lo que hace que ésta, no se encuentre en condiciones de dar todo el apoyo, que los padres necesitarían en ese momento.

El niño ingresará directamente en una "Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal" (UCIN) o al menos en una unidad de patológicos, sin que pueda realizarse el contacto madre-hijo en la "hora sensible materna"; esta ausencia se paliará, mostrando su hijo a todas las madres, aunque sea unos segundos antes que se traslade a la UCIN, máxime si se encontrara fuera de su hospital.

El ingreso del niño en una UCIN supone un shock para los padres y la familia, por tanto en esos primeros momentos además de estabilizar al niño biológicamente, hay que apoyar a los padres que tienen que luchar con los sentimientos de pesar y sobre todo de culpa que les embargan; esta culpa suele ser más honda en la madre que en el padre, el cual, en general esconde sus sentimientos, aunque en muchos casos lo que se afecta en él, es su masculinidad, sobre todo si el hijo es varón.(8)

El equipo neonatológico, deberá intentar tanto erradicar ese sentido de culpa del pensamiento de los progenitores, como que los padres y toda la familia sufran el menor estrés ante la situación del neonato, adaptándose de la mejor manera posible, al pensar que están padeciendo.

Hay que hablar a los padres inmediatamente para decirles la causa del ingreso del hijo, lo ideal, es hablar a la pareja. Si por la anestesia de la madre no pudiera realizarse esa primera entrevista en común, se haría lo más pronto posible. Aunque el problema sea muy grave, el médico debe hablar transmitiendo tranquilidad, comportarse con rigor, con gran paciencia, deberá explicar el estado real del niño, usando palabras y frases comprensibles para cualquier oyente, teniendo en cuenta, que no es bueno abusar de una explicación muy prolija, ya que en general los padres no están en condiciones de saber demasiadas cosas en una primera entrevista, poco a poco se les irá instruyendo en la enfermedad o afectación de su hijo. Cuando la patología les sobrepase, harán la misma pregunta una y otra vez, insistiendo que nadie les ha dicho nada.

El tener libros con iconografía clara es muy interesante cuando la comprensión resulte difícil. (3)

La segunda fase es de negación a aceptar el hecho. La estadística no les calma en absoluto, los padres necesitan conocer hechos concretos de sus hijos, no les interesa lo que sucedió a otros niños. Hay veces que ambos padres o uno de ellos siente rechazo hacia su hijo; también hay que ser comprensible con esta actitud, que con ayuda puede ir desapareciendo, para dar paso a otros sentimientos.

Papel de la familia: Hay parejas, que solicitan la presencia de los abuelos en la entrevista, se debe estar muy seguro, que sea la "pareja", la que lo solicita; particularmente nosotros somos un tanto reacios, a que el primer contacto se haga con los abuelos, no olvidemos que son también "suegros"; sin embargo si insistieran, conociendo nosotros ya el núcleo familiar, se podría aceptar, ya que el saberse protegidos por sus propios padres, es un sentimiento ancestral; cuando la madre carece de su propia madre, se ha llegado a culpar el posible desarraigo materno hacia su hijo, por esa ausencia.(9)

Si se pensara que en un futuro, los abuelos tuvieran que compartir el cuidado del niño, la demanda sería respondida inmediatamente.

En nuestro Servicio, seguimos un "Programa de atención temprana intrahospitalaria" por la preocupación que se tiene tanto por los padres como por el niño hospitalizado; en este sentido, nos

interesa la comunicación de todo el servicio con los padres, que estén cómodos, que se traten sus inquietudes, que se resuelvan o se pongan en vías de solución sus problemas tanto los puramente materiales, como los familiares, psicológicos o de cualquier índole que les acontezcan.(3,10,11)

Como hemos apuntado anteriormente se les da la información requerida, sin ser catastrofistas, incluso somos más bien optimistas; aunque les advertimos de la inestabilidad de esos niños, de tal forma que en horas o días puede cambiar su estado, haciendo a los padres plenamente conscientes de este hecho; la información es día a día; el pronóstico suele ser difícil, será el niño el que lo vaya dando a lo largo de su evolución; la información en la UCIN, siempre la damos los "Senior", creemos que el recibir el informe de un médico joven, aunque tenga una formación teórica óptima, no transmite a los padres la experiencia, que piden a los mayores, muchas veces su pregunta es "¿cuántos niños ha visto Vd como el nuestro?"; si el problema es delicado y pudiera llevar en su día a conflictos éticos o legales, la o las entrevistas se harían con un testigo, en general el residente que directamente esté con el niño.

Las enfermeras anotan no sólo las visitas de los padres cuantificándolas en tiempo, sino incidiendo en la calidad de las mismas, así como el estado anímico y físico paternos, jugando un gran papel en su contacto con los padres y familiares, informándoles de los pequeños progresos del niño. Ante cualquier requerimiento, sugerencia o anomalía, lo comunican al médico, en situaciones aceptadas a la psicóloga y si fuera necesario a la trabajadora social

En los casos de estancias largas en el hospital, se podrían dar algunas charlas a los abuelos, que se encargarán o que tendrán mayor contacto con el nieto, o a los que estén apoyando a los padres durante su hospitalización. Esta conducta hay que hacerla con sumo tacto.

Si el niño enfermo, tuviera hermanos, hay también que preocuparse de ellos; el hermano en general nota la ausencia de su madre o sus padres durante el tiempo de la hospitalización del bebé; el padre a veces, no sabe cuidar de ese niño, ya que se siente responsable de su propio trabajo, de la madre y del neonato; en ese caso lo mejor sería que el hijo o los hijos mayores permanezcan en su casa con un familiar; si esto no fuera posible podrían llevarlo a casa de otro familiar; como tercera opción, que sigan en casa con una cuidadora o en el peor de los casos, que vivan en casa de los cuidadores.

Si la estancia va a ser prolongada, habría que programar visitas de los hermanos, siempre de acuerdo con el equipo, para que sea en un momento adecuado; hay que enseñarle al hermanito explicándole el por qué "come" por sonda, por qué no tiene cuna y en cambio está en una incubadora; muchas veces el hermano es incapaz de hablar o preguntar; en cambio a través de dibujos, se puede conocer la repercusión anímica, que le ha hecho la visita. (12)

Impacto de la Unidad: Se invita a los padres a que entren en la Unidad lo más pronto posible, aunque previamente se les habrá advertido del estado en que van a encontrar a su hijo; de esta forma no es que el choque vaya a ser anulado; pero sí conseguiremos que sea aminorado; si rechazan esta oferta, se les dejará el tiempo suficiente, para que sin necesidad de forzar, sean ellos, los que acaben pidiéndola.

La entrada en la UCIN en general es un espectáculo que sobresalta a los padres. Las señales luminosas, las acústicas, los cables, las bombas de perfusión, los ventiladores, quedan gravados en su mente como algo francamente terrorífico.

Conscientes de esta desagradable sensación intentamos hacer las unidades confortables, en cierto modo hasta un poco "hogareñas".

Para ello las luces de la unidad son individualizadas, es decir una por cada puesto de incubadora, para que si un niño tiene necesidad de iluminación mayor, no perjudique a su vecino; las incubadoras están cubiertas por sábanas de colores, con dibujos alegóricos, que sirven para hacer, lo que se dice en el argot de la Unidad, dormitorio y salón, es decir mientras duermen están puestas(dormitorio), retirándolas (salón), para bañarles o darles la toma, los niños estarán con patucos y gorritos manuales,

en cuanto se pueda se les pondrán camisetas. Las alarmas se restringirán para que se enciendan o suenen únicamente cuando el niño empeore; se evitarán los ruidos.(13)

El manejo del niño se programa; al hacerle maniobras dolorosas, como extracciones de sangre, inyecciones, siempre se les hablará y acariciará; esta conducta la llevan con todo rigor las enfermeras.

Estímulo de la Vinculación: Todo niño por muy pequeño que sea o por muy grave que sea su estado, tiene derecho a recibir atención y cariño; muy distinto sería que afirmáramos que necesite estimulación o que el cariño tuviera que ser expresado en forma de abrazos, caricias intempestivas o gritos de dolor o de ánimo. Desde el ingreso del niño, debe comenzar el estímulo para la vinculación con sus padres.

Hay tres tiempos distintos para iniciar este estímulo.

El niño crítico, el gran pretérmino ya estabilizado y el niño de más de 32 semanas estabilizado.

Cuando el niño esté inestable, lo que predomina es el tratamiento biológico; sin embargo, para que comience la interacción entre los padres y el niño, éstos necesitan sentirse en parte protagonistas de la vida de su hijo, por eso permanecerán con el niño, acariciándole muy levemente con la yema de los dedos, procurando no estimularle.

Una vez estabilizado el niño, hay que conocer su conducta, ya que siempre tenemos que concienciarnos, que es el propio niño el que debe marcar nuestra manera de actuar con él.

Tanto los padres, como las enfermeras y médicos aconsejados por la psicóloga de la Unidad, tendremos que valorar la conducta del neonato; el pretérmino se comporta de forma distinta según su edad gestacional, que también difiere de la del neonato a término, exteriorizada sobre todo en el sueño. (14)

Los pretérminos extremos, suelen permanecer en sueño REM, por su inmadurez neurofisiológica, por lo que no responderán a los estímulos externos. En este estado son frecuentes los movimientos de sobresalto, de chupeteo o de parpadeo, aunque estén dormidos.

El sueño profundo del que carece el pretérmino, es un mecanismo de defensa del recién nacido, sirve para aislarle de estímulos externos; el niño estará tranquilo, sin moverse en absoluto. Va apareciendo hacia las 32-34 semanas postconcepcionales.

Basándonos en esa conducta, a los menores de 32 semanas se les evita toda estimulación, que según la mayoría de autores, sería incluso contraproducente, se les dará una atención sumamente delicada, podríamos etiquetarla de primorosa, la voz muy suave, el contacto de la superficie de la piel con la yema de los dedos, evitándole ruidos, focos de luz, golpes en la incubadora, apertura brusca de sus ventanas, se les mantendrá con camiseta, en el "útero artificial" que en el argot de la Unidad se denomina "Currucu"。(4, 5, 14,15,16,17,18)

La estabilización de ese niño la aprovechamos, para aumentar la vinculación de los padres con el niño; se les ofrecerá que ayuden en pequeñas tareas, no sólo que les tomen en sus brazos, sino en el aseo personal, baño, toma de alimento, aunque sea por sonda, esto hace que los padres no se sientan como invitados de sus propios hijos, con esta actitud el protagonismo será mayor, psicológicamente se encontrarán mejor al mismo tiempo que como el niño irá madurando, poco a poco irá percibiendo esos pequeños estímulos, que le proporcionarán una vinculación.

El que la madre suministre el alimento a su hijo, aunque sea por sonda, aumenta en muchos casos, su lactancia, ya que ve compensado el esfuerzo y el dolor que le reporta el sacaleches, con la gratificación de "sustituir" a la enfermera, que tanto cuida a su bebé y de la que en algunas ocasiones, en cierto modo se siente algo celosa; algunas madres llegan a pensar, que no son necesarias para su hijo. (19) Para obviar esta sensación, a los grandes pretérminos, en la Unidad, las madre los coge en brazos, bien "arropaditos", flexionados, como en el útero, que es una variante del método de "canguro", preconizado por numerosas escuelas.(20)

Enseñamos a los estudiantes y residentes, que en estos niños es más importante una buena inspección, que una exploración gratuita, hecha sin ser requerida por no presentar signo alguno de alerta, que por consiguiente no le comportaría ningún cambio de actitud terapéutica; estamos acostumbrados tanto los médicos como las enfermeras a respetar el sueño y la tranquilidad de estos chiquitines, lo que favorece su maduración neurológica y les mantiene su estabilidad que puede derrumbarse ante cualquier agresión, por mínima que nos parezca.

Si el niño hubiera cumplido las 32 semanas postconcepcionales, y hubiera dormido profundamente, su despertar sería en fase de alerta, capaz de percibir estímulos, que se aprovechará para relajarles afectivamente, provocándoles una sensación placentera, que irán asociando con la comida. En esos momentos los padres no dudarán de su protagonismo, deberían cantarles "nanas", hablarles quedamente de su casa, de sus hermanos, de sus abuelos, del porvenir y sobre todo del amor, que despiertan; en esta fase están aptos para recibir mensajes e incluso responder a ellos. La vinculación es cuando se hace efectiva.

Como el llanto es débil o ausente en el pretérmino, estaremos muy pendientes de sus gestos para conocer su estado de placer o de disconformidad.

El estímulo visual, se hace además de mantener su mirada, con una especie de baberos a rayas, que se ponen a las mamás o cuidadoras a partir de las 34 semanas postconcepcionales.

La estimulación vestibular, se lleva a cabo con el balanceo y el acunamiento.

El estado motor, expresa signos de sobrecarga, hay que acercarse al niño lentamente e intentar contenerlo con las manos en posturas de flexión. Las manipulaciones que se hagan al niño, se agruparán para molestarle lo menos posible.

Insistimos, que todas estas actuaciones serán compartidas por los padres, lo que aumenta su confianza y competencia en el cuidado y conocimiento de su hijo, no nos cansaremos de decirles, que ellos son los protagonistas en la atención y cariño de su hijo.

En la evaluación de nuestro programa de Atención Temprana Intrahospitalaria pretendemos abarcar los siguientes aspectos:

Conocer si los padres han aprendido tanto a valorar las capacidades y dificultades de su hijo, como a estimularlas.

Saber cual es la percepción y valoración del niño por parte de los padres: calidad de la vinculación.

El significado que tiene el niño en su entorno familiar, para poder colegir el apoyo emocional con el que pueden contar los padres.

La intervención efectuada en estos aspectos nos ayudará a deducir tanto la adaptación al hogar, como las dificultades de acomodación habidas, entre las expectativas de los padres y las capacidades desarrolladas por el niño. En este sentido tenemos un programa de riesgo social, en el que están incluidos, no solamente los niños hospitalizados en las áreas de patología, sino todos los nacidos en el hospital, aunque el niño, como ser biológico, cumpla los criterios de normalidad, pero socialmente presente algún dato, que nos haga temer por su futuro. En el mundo hay programas muy prolijos, que también se dedican a este tema.(21)

En ese programa se trata de detectar posibles anomalías sociales, de uno de los cónyuges, de la pareja como tal, de su ambiente familiar, higiénico o económico; si hubiera cualquier riesgo auténtico o sospecha del mismo, se actuaría para defensa del niño, a veces en contra del parecer de los padres, aunque afortunadamente este hecho, sólo acaece en casos muy especiales.

El alta, derivación y coordinación: El alta es un proceso dinámico, que se inicia desde el momento del ingreso del niño en el Servicio. La actuación del equipo neonatológico, está encaminada a que el niño

se vaya en buen estado físico, con la máxima capacidad de desarrollo, con una óptima vinculación con sus padres, e integrado en su familia y en su ambiente.

En la decisión del alta se evalúan tanto los aspectos médicos, como los de enfermería, de psicología y de los servicios sociales, ya que todos los niños entran dentro del PARDE, Programa de detección, control y atención a niños de alto riesgo de deficiencias.(22)

Aceptada el alta y consideradas las necesidades de control y atención del niño y de su familia se efectúan los contactos con los recursos de la zona donde habita la familia, si fuera necesario se coordinaría la atención con el centro asistencial.

Todos estos niños, entran en un programa de seguimiento, para detectar precozmente, cualquier deficiencia, que se tratará adecuadamente.

Nosotros pensamos, que los niños deben permanecer en su entorno; volverán únicamente al hospital cuando sea verdaderamente imprescindible.

Estamos convencidos de la utilidad de estos programas; si la estimulación se hiciera sin la integración de los padres, los resultados podrían ser negativos; los programas no son de estimulación, sino de atención tanto al niño como a la familia, la valoración de la conducta del recién nacido sobre todo del pretérmino es la base de los mismos.(20)

La nueva concepción de la participación del cuidado del niño centrado en la familia, que ha sido nuestra guía desde hace ya varios años, coincide en parte con la concepción de Harrison (23)

Palabras clave: Vinculación neonatal

UCIN(Unidad de cuidados intensivos neonatales)

Riesgo social neonatal

Cuidados psicológicos neonato hospitalizado

Neonato hospitalizado y Familia

RESUMEN:

Damos una idea de nuestra experiencia en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, desde la vertiente del neonato como un individuo centrado en su familia; por lo que la unidad además de preocuparse de los aspectos puramente biológicos del neonato, tiene un interés muy especial en conocer los problemas de la familia y su entorno, para que ese niño al alta, no sea un desconocido y pueda integrarse en esa "minisociedad" que es la familia y posteriormente en la sociedad en que le toque vivir.

Para ello contamos con las enfermeras y puericultoras ejecutoras de los programas de observación del niño y sus familiares, con un equipo psicológico, formado por psicólogas y PIR (Psicólogos-Internos-Residentes), con trabajadoras sociales, médicos neurólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Palacios J, Hidalgo V.- Apoyo a las familias durante la transición a la paternidad. Evaluación de un programa de educación de padres.- *Cultura y Educación* 1996; 4:71-81
- 2.-Hidalgo V.- Mujeres y hombres ante la tarea de ser padres. Algunas de sus necesidades y de apoyo.-*Infancia y Sociedad*. 1996,34/35, 168-184
- 3.- Siegel R, Gardner SL, Merenstein GB.- Families in crisis: theoretical and practical considerations. In Merenstein GB, GardnerSL.- *Handbook of Neonatal Intensive Care*.-Third ed. Mosby Year Book. 1993 Cap 25. pag 505-529
- 4.- Brazelton TB, Cramer BG.- La relación más temprana.- Ediciones PAIDOS.- Barcelona,Buenos Aires, Mexico.-1993
- 5.- Klaus MH, Kennell JH.- Care of the Mother, Father and Infant. In Fanaroff AA, Martín RJ, *Neonatal-Perinatal Medicine Sixth Ed*. 1997 Mosby St Louis. Cap 31. pag 548-561
- 6.- Pastrana C, Collado A, Avellanosa I.- La relation précoce mère-enfant. *Devenir* 1993; 5:51-63
- 7.- Lamb ME. Early Perinatal Hospital Discharge, Issues and Concerns.-*Clinics Perinatol* 1998; 25: 507-515
- 8.- Spitzer AR.- Intensive Care of the Fetus and Neonate.- The care of the Family.- Mosby Year Book. St. Louis. 1996, Cap 105. pag 1207-1211.
- 9.- Martínez JC. El bebé prematuro y sus padres. *Medicina y amor*.- Ed. Lidium.- Buenos Aires. 1993
- 10.- Berman StA.- Caring for Parents of Infants in Intensive Care.- In Avery's Diseases of the Newborn.- Taeusch HW, Ballard RA.-ed, WB. Saunders Comp.London. 1998 chp 36
- 11.- Affeck G, Tennen H.- The effect of newborn intensive care on parents psychological well-being. *Children's Health Care*. 1991, 20:6-14
- 12.- Doll-Speck L, Miller B, Rohrs K.- Sibling education: implimenting a program for the NICU.- *Neonatal Netw*.-1993;12:49-52

- 13.- Arrabal Terán M C.- Apoyo de la Unión Padres- Hijos.- V jornada de estudios perinatológicos de la Comunidad de Madrid.- Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid marzo1997
- 14.- Valle Trapero M.- Intervención en recién nacidos de alto riesgo biológico.- Tesis Doctoral.- Facultad de pedagogía. Universidad Complutense. Madrid.- Marzo 1991.
- 15.- Lester BM, Hoffman J, Brazelton TB.- The Rhythmic Structure of Mother-Infant interaction in Term and Preterm Infants.-Child Development 1985,56 , 15-27
- 16.- Field TM.- Assessment of Parent-Child Interactions.- 1994 Chapter 15 pag 401-415
- 17.- Shellabarger SG, Thompson TL.-The critical times: meeting parental communication needs throughout the NICU experience.- Neonatal Netw.1993; 12:39-48
- 18.- Harrison L.- Research utilization: Handling preterm infants in the NICU. Neonat Network 1997; 16:65-69
- 19.- Sluckin A "My baby doesn't need me": Understanding bonding failure. Health Visit 1993; 66:409-14
- 20.- Feldman R, Eidelman AI.- Programas de intervención en prematuros. ¿En qué forma influyen en su desarrollo?.- Clínicas de Perinatología.- 1998: 25:667-681
- 21.- Haglund BA, Britton JR.- Valoración Perinatal del Riesgo Psicosocial. Clin. Perinat 25:459-495
- 22.-PARDE.- Programa de detección, control y atención a niños de alto riesgo de deficiencias.- Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de San Carlos. 1996.
- 23.-Harrison B.- Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. Pediatrics. (Ed Esp)1993;36:59-66.