

ESTRÉS EN RECIÉN NACIDOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIN): PROPUESTAS PARA MINIMIZAR SUS EFECTOS

Dras. Iris T. Schapira* y Norma Aspres**

Resumen

Se presenta un trabajo de actualización y revisión bibliográfica sobre el tema de estrés en los recién nacidos internados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Se define este estrés y se lo diferencia del distrés o estrés crónico, explicando sus componentes fisis-psicopatológicos y sus etapas. Se clasifican sus desencadenantes o estresores. Se caracteriza el estrés en los RN y sus padres, y cuáles son sus indicadores. Se plantea las propuestas y recursos desde el equipo de salud y cómo lo enfrentan y superan el RN y su familia. ¿Qué es “resiliencia”? Se hace una revisión de las resoluciones según diferentes autores y se relata la modalidad de trabajo y la experiencia en la UCIN en el Hospital “Ramón Sardá”.

Palabras clave: Recién nacidos, estrés, unidad de cuidados intensivos neonatal, propuestas para su resolución, resiliencia.

Introducción

¿Qué es el Estrés o Síndrome de Alarma?

Aunque se lo considera uno de los males “modernos”, el *estrés* se padece desde que los seres vivientes habitan la tierra. Es un proceso biológico y psicológico que se origina ante exigencias y requerimientos internos o externos al organismo, frente a los cuales no tiene información para una respuesta acorde, e impulsa un mecanismo de ajuste ante la emergencia.

Es en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla rápida y eficientemente y responder en forma adecuada a la demanda.¹

Este concepto fue acuñado por Hans Selye como *Síndrome General de Adaptación*, “*la medida del desgaste vital*” o *eustrés*, que es de origen adaptativo, pone en funcionamiento los mecanismos de alarma

necesarios para la supervivencia, y relaciona todos los órganos de la economía en un síndrome en tres etapas: alarma-resistencia-agotamiento.²

Desarrollo

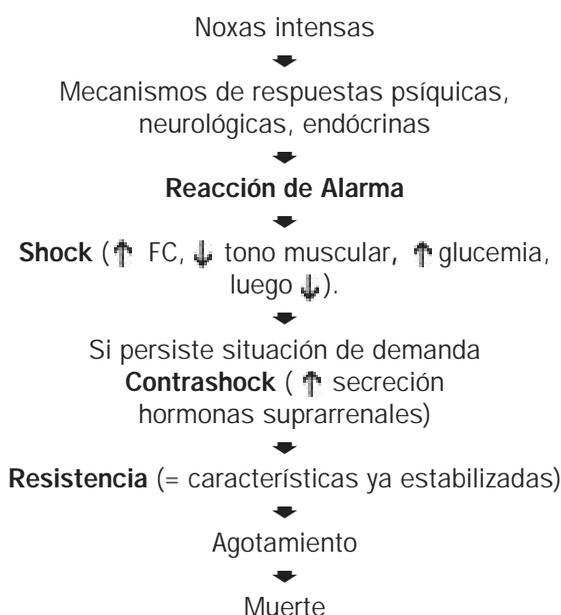
Características y Manifestaciones (Tabla 1)

Frente a estímulos nocivos de diversa índole e intensidad suficiente, se desencadenan mecanismos en el plano psíquico, neurológico y endócrino.

Se origina una **reacción de alarma** con una primera **fase de shock** (taquicardia, hipotonía muscular, hipocloridria, hiperglucemia seguida de hipoglucemia, etc.).

Sigue la **fase de contrashock** (aumento de secreción de hormonas suprarrenales, aumentándose las defensas orgánicas).

Tabla 1. Estrés o Síndrome de Adaptación.



* Médica pediatra neonatóloga. Terapeuta de Neurodesarrollo. Coordinadora Consultorio Neurodesarrollo e Intervención Temprana. HMI “Ramón Sardá”.

** Consultorio de Neurodesarrollo e Intervención Temprana. HMI “Ramón Sardá”.

Si los estímulos nocivos no son eliminados aparece la **fase de resistencia**, con características semejantes pero estabilizadas.

Si persiste la noxa, hay una **etapa de agotamiento** que puede conducir a la muerte por un cuadro similar al de alarma.

Se han estudiado las hormonas intervinientes características de este síndrome (catecolaminas, corticosteroides, hormona de crecimiento y glucagon), estimulantes de una cascada de cambios metabólicos que culminan en la movilización de sustratos y degradación de reservas de grasas, proteínas y carbohidratos. Pueden provocar alteraciones del medio metabólico que incrementan la morbimortalidad.

A lo largo de los años la definición clásica de estrés fue enriquecida con la incorporación de aspectos subjetivos y componentes cognitivo-emocionales.³ Se lo define entonces como **una relación amenazadora o anticipatoria de recursos entre la persona y el ambiente y que pone en peligro su bienestar**.³

El procesamiento psicológico del estrés implica a cada sujeto¹:

- reacción afectiva de preparación para responder a condiciones ambientales;
- una serie de valoraciones sobre demandas de la situación;
- posibilidades del individuo para enfrentarlas;
- conjunto de esfuerzos para afrontar una situación planteada o futura.

¿Qué es el distrés?

El estrés o eustrés desaparece, como proceso adaptativo, al cesar la amenaza. Pero si se mantiene en el tiempo, se supera la capacidad de control, se rompe el equilibrio físico y/o emocional entre demanda y resistencia, y se generan consecuencias negativas. Aparece un cuadro anormal, en general de carácter crónico, denominado **distrés**.⁴

Clasificación de los desencadenantes de estrés o estresores

Los desencadenantes del estrés o **estresores** son psicológicos y/o biogénicos; actúan sobre núcleos neurológicos produciendo las respuestas en los planos psíquico, neurológico y endócrino.⁵

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III- R) tiene una escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial en adultos, pero no lo evalúa en niños ni en recién nacidos (RN). Como ejemplo de estrés moderado, sitúa al embarazo y como estrés grave, el nacimiento de un bebé.^{5,6}

Los estresores se pueden clasificar por^{1,5}:

- **Intensidad.**

- **Cambios que producen:**

1) **Estresor múltiple:** por cambios significativos, de trascendencia vital, fuera del control del individuo y de diversos orígenes.

2) **Estresor biogénico:** mecanismos físicos y químicos disparan directamente la respuesta del estrés, sin mediación de los procesos psicológicos ni la valoración cognitiva.

3) **Estresor cotidiano:** remite a problemas prácticos, fortuitos o sociales; se plasman en alteraciones de condiciones biológicas del organismo por efecto de drogas, responsabilidades domésticas, aspectos relacionados a la economía, trabajo, mantenimiento del hogar, la salud, la vida familiar, personal y social.

Desarrollo del tema

Estrés en RN internados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) (Tabla 2)

Los recién nacidos (RN), y en particular los prematuros (RNPre), son susceptibles a los efectos nocivos de una respuesta intensa al estrés por sus características: no están preparados para la vida extrauterina y su respuesta a los estímulos frecuentemente es inmadura, desorganizada e inefectiva, más que adaptativa.

En los RN es más difícil conservar la estabilidad metabólica por:

- mayor superficie corporal relativa;
- más requerimiento de generación calórica;

Tabla 2: Estrés en RN.

-
- Superficie relativamente >, > generación calórica;
 - > relación cerebro/ peso corporal, > necesidades de glucosa;
 - necesidad de conservar crecimiento somático;
 - adaptación al medio extrauterino;
 - maduración rápida de sistemas metabólicos enzimáticos y homeostáticos;
 - susceptibles a efectos nocivos de intensa respuesta al stress;
 - sin preparación para vida extrauterina;
 - respuesta inmadura, desorganizada e ineficaz, más que adaptativa ante estímulos;
 - UCIN medio estresante:
 - Δ iluminación, ruidos, movimientos y toques;
 - ▽ o Δ estimulación táctil.
-

- mayor necesidad de glucosa;
- relación cerebro/ peso corporal;
- necesidad de conservar el crecimiento somático;
- adaptación a un medio extrauterino;
- maduración rápida de sistemas metabólicos enzimáticos y homeostáticos.

Los RN expuestos a estrés intraútero (retardo de crecimiento intrauterino por hipoxemia prenatal) presentan menor respuesta al estrés, lo cual aumenta su susceptibilidad a posteriores factores estresantes o estresores.

En las UCIN los bebés están sumergidos en un medio altamente estresante (iluminación, ruidos, movimientos y toques impredecibles) y pobre o excesiva estimulación táctil (muy diferentes a los que está preparado: útero y/o cuidados maternos).^{7,8}

Los padres también sufren los efectos de este vendaval de inadaptaciones.

Indicadores de estrés en RN

Se consideran indicadores de estrés algunas medidas fisiológicas tales como:

- T_{cpaO₂}: muy sensible, se correlaciona significativamente con la tensión arterial de O₂;
- Variabilidades de frecuencia cardíaca (FC).
- Cambios en coloración de piel.
- Mudanzas de expresión.
- Alteración de estados de conducta.
- Comportamientos de retracción:
 - Muecas; retracción de labios.
 - Dedos separados en abanico.
 - Arqueamiento de tronco.
 - Abducción de uno o ambos brazos (en alas de avión).
 - Extensión de uno o ambos brazos (saludos).
 - Suspiros; tos; bostezos.
 - Regurgitación; náuseas; vómitos.
- Trastornos en el desarrollo: se pueden observar varios componentes⁷⁻¹²:
 - *tono postural alterado*: provoca fijaciones y/o bloqueos que causan compensaciones; secundariamente llevan a hábitos y/o posturas viciosas. Como consecuencia, se producen contracturas y se observan patrones anormales de desarrollo.
 - *Alteraciones del tono muscular*: el tono muscular es el estado de tensión permanente de los músculos que tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general regidos por el Sistema Nervioso Central (SNC). Tiene tres componentes: *tono pasivo* (resistencia a la movilización); *extensibilidad* (mide la

elongación que sufren músculos, tendones y ligamentos al alejarlos pasivamente de su punto de inserción), y *consistencia de masas musculares* (se aprecia por palpación a mano llena de la masa muscular, se compara cada miembro por separado, es uniforme en los 4 miembros). Los RN pretérmino y en general los RN internados en UCIN presentan *aumento de consistencia de masas musculares* como manifestación de estrés, independientemente de su Edad Gestacional (EG). Luego de toques o masajes sistemáticos, se observa marcada disminución de la misma.

- *Desorganización de la actividad motora*: actividad motora excesiva, descontrolada, los movimientos de las extremidades son de amplio rango, lejos del cuerpo del bebé; con hiperextensión de tronco y nuca; pobres comportamientos de auto-organización; llanto incontrolable; dificultad para dormir; puede incrementar la inestabilidad fisiológica, con dificultad en la relación respiración-succión-deglución.
- *Llanto*: indica un elevado nivel de excitación si es prolongado o frecuente:
 - aumenta hasta 200% demanda energética;
 - eleva el metabolismo basal;
 - disminuye retorno venoso de vena cava inferior;
 - reestablece circulación fetal;
 - reduce la oxigenación.

Estrés materno/paterno

Sobre este tema nos referiremos en forma breve. Debido a la estrecha relación que existe entre el RN y sus padres, y cómo se realimentan mutuamente durante los momentos de crisis, no puede dejarse de lado.

En el Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá" (HMIRS) hay mucha experiencia y trabajos realizados al respecto.¹³⁻¹⁵

Numerosas fuentes de estrés y noxas se asocian a embarazos de riesgo, partos prematuros y nacimiento de RN prematuros o con patología, planteándoles a los padres un desafío y la demanda de gran energía.

El estrés está asociado a riesgos y problemas de índole física, emocional, ética y moral implicados en las gestaciones de alto riesgo:

- *Embarazo*: reiteradas hospitalizaciones, largos períodos en reposo, controles continuos, riesgo aumentado de patologías, medicación para la madre y el feto, etc.

- *Parto y nacimiento de RN prematuro*: posibles secuelas; angustia y dudas por probables necesidades especiales y/o discapacidad del RN; etc.
- *Post-parto y días subsiguientes*: internación de la diada en UCIN; posibilidad o no de amamantamiento; patología del RN; dificultad para la recuperación física y emocional mínima de la madre, etc.
- *Papás*: sometidos a intenso estrés que retroalimenta la situación de la diada madre-bebé.
- *Cambios de vida habitual*: carga financiera; pérdida salario materno; merma de contacto cotidiano familiar, con los otros hijos, red social y gran aislamiento.

Cómo resolver o minimizar los efectos del estrés

Luego de plantear el problema surge cómo resolverlo¹⁶⁻¹⁹:

- a) Propuestas y recursos desde el equipo de salud.
- b) Cómo lo enfrentan y superan el RN y su familia.

a) Propuestas y recursos para reducir el estrés desde el equipo de salud:

1. Medidas en las UCIN sobre el ambiente físico:
 - Reducción de luces, ruidos, etc.
 - Localización de la incubadora.
 - Humanización del ambiente.
 - Diferenciación entre día y noche: disminución de luz y ruido ambiente.
 - Organización del ciclo sueño-vigilia.
 - Control de FC y/o niveles de saturación de O₂.
2. Con respecto al RN:
 - Procedimientos acordes a los estados de conducta del RN.
 - Disminución de manipulaciones.
 - Reducción de maniobras dolorosas.
 - Favorecer y mejorar su confort,
 - Posturas adecuadas en flexión, facilitadoras de línea media.
 - Intervenciones sensoriales (visual, auditiva, táctil propioceptiva, oral), motoras, para alimentación, etc.
 - Contacto madre-bebé temprano y prolongado.
 - Estimulación social con participación activa de padres.¹¹

Metodologías propuestas

Tienen los siguientes propósitos y resultados en común:²⁰

- Intervenir durante estado de alerta activo del RN.
- Respetar parámetros fisiológicos: T_{cpaO₂}; T°; cambios de color; FC y FR.
- Cuidados posturales.
- Favorecer auto-regulación (uso intermedarios y/o chupete).
- Disminuir efectos del estrés (Disminución secreción de hormonas relacionadas con estrés, aumento secreción de endorfinas).
- Fomentar aumento más rápido de peso.
- Menor número de interurrencias durante la internación.
- Disminuir días de internación.

Respecto a los planes de intervención y estimulación en los RN internados en UCIN se han planteado varias líneas de trabajo.

Se emplean distintas palabras como sinónimos que no lo son y no producen acciones ni reacciones similares en los bebés.^{21,22}

- Masaje o fricción.
- Sostén (*Holding*).
- Contención (*Handling*).

*Adamson y Macedo*²⁰ usan los estímulos con mucho cuidado a través de un método sistemático y unimodal de estimulación diseñado especialmente para RNPre en las UCIN: Terapia TAC-TIC (Touching and Caressing - Tender in Caring). Es el primer método sistemático, unimodal y táctil de intervención no invasiva, con toques suaves con los dedos y/o palmas, a cargo de la familia y del equipo de salud, no significa un "bombardeo de estímulos". Logran objetivos comunes a todas las propuestas analizadas; además, un incremento más rápido de competencia inmunitaria, y mejor desarrollo de los niños a los 7 años.

*Field y Scafidi*⁷ emplean un método polimodal de intervención táctil, a través de masajes o toques suaves y lentos con las manos, a cargo del terapeuta, en distintas partes del cuerpo, por períodos de 1 minuto (12 toques en 5 segundos) sobre cada región con el RN en prono, manteniendo una secuencia:

- 1) desde la cabeza y la cara hacia el cuello;
- 2) desde el cuello sobre los hombros;
- 3) desde la espalda hacia el tórax;
- 4) desde el muslo hacia los pies en ambas piernas;
- 5) desde el hombro hacia la mano en ambos brazos.

El masaje se combina con otros estímulos kinestésicos (movimientos de extensión/flexión pa-

sivas en piernas y brazos, hablarle y/o contacto visual).²¹

*Acolet*²² determina hormonas relacionadas con estrés (adrenalina, noradrenalina y cortisol) 45' antes del tratamiento, y 1 hora posterior. Encuentra disminución de cortisol; incremento en producción de endorfinas y de eficiencia metabólica; sin cambios en la oxigenación ni en requerimientos de O₂, con pequeña disminución de temperatura corporal.

Rey Martínez plantea la *técnica de "Madre Canguro"*²³ como alternativa al cuidado convencional de RN con peso menor de 2.500 grs. en países con limitación en la asistencia de salud. Consiste en contacto piel a piel entre madre-niño las 24 horas del día, en posición vertical entre los senos de la madre y por debajo de la ropa. El RN puede ser alimentado en cualquier momento y otro familiar puede compartir dicho papel cargándolo en esa posición. Para dormir, la mamá debe hacerlo en posición semisentada. El alta hospitalaria precoz es independiente del peso o de la edad gestacional, y se mantiene hasta las 37 semanas (s), con controles diarios. Se continúa un seguimiento estricto hasta los 18 meses de edad corregida (E.Co.). Hay dos formas de aplicación según las circunstancias locales:

- 1) *Técnica Canguro alternativa al "engorde"*: en países con recursos humanos y técnicos suficientes, exclusivamente intra-hospitalaria, a fin de facilitar lactancia y promover acercamiento madre-hijo, brindando a la madre un rol más próximo y directo en el cuidado de su RN una vez que éste haya superado los problemas de adaptación a la vida extrauterina, siempre bajo supervisión y cuidados del equipo médico.²⁴
- 2) *Técnica Canguro*: donde no existen otras alternativas, la madre es la "incubadora" y fuente de alimentación para ayudar a salvar la vida de algunos RN.

*Als H.*⁸ propone contención del RN sin estímulos kinéticos ni táctiles; cambios en medio ambiente; observación y evaluación según estados RN, a fin de favorecer la estabilidad y la organización del desarrollo y la conducta (Teoría Sinactiva del Desarrollo de la Conducta).

P. Grynwas-Meyerhoff^{16,17} describe un programa basado en la contención del RN; una intervención acorde a estados del RN a cargo del terapeuta y los padres siguiendo el Método Bobath de Neurodesa-

rollo;²⁵ cambios en medio ambiente, para mantener el equilibrio y la estabilidad neuroconductual y fisiológicos.

- El *Programa de intervención en HMIRS* para el cuidado del RN en la UCIN cuenta con *técnicas eclécticas*. Sus objetivos son:^{9,18,19}

- Preservar la estabilidad neuroconductual.
- Humanizar las UCIN.
- Favorecer el acercamiento madre-hijo,
- Reducir el estrés en la madre y en el RN.
- Estimular la auto-regulación del RN.
- Colaborar en la organización emocional materna y familiar.

En el *HMIRS* se favorece el "contacto piel a piel" bajo indicación médica, con el niño en posición simétrica y en flexión sobre el tórax, apoyado en el antebrazo de su madre, durante dos horas como máximo, vestido sólo con pañal y/ o gorro. El alta y la alimentación a pecho son indicadas cuando corresponde.²⁶

Se actúa sobre el medio ambiente, el RN y su familia a fin de preservar la estabilidad neuroconductual y fisiológica del bebé, a través de (*Tabla 3*):

- La comodidad: ropa cómoda y amplia (no emplear enteritos justos); vigilancia de la integridad de la piel y características de colchones (dureza, uso de corderitos, etc.).
- Supresión del dolor.
- Otorgamiento de contención y protección afectiva.
- Disminución de los estímulos nocivos y/o excesivos.
- Facilitamiento de patrones normales del desarrollo.
- Favorecimiento de experiencias sensorio-motoras apropiadas a nivel de desarrollo del RN.
- La prevención de la aparición de patrones del movimiento y posturas anormales.
- La participación activa de padres y familiares en UTIN: aprender a reconocer cuándo relacionarse con RN.
- Verificación de respuestas del bebé ante cada propuesta.
- Supresión de los procedimientos ante signos de estrés o de alejamiento.

Las técnicas empleadas incluyen:

- Disminución de la estimulación ambiental en internación y se continúa luego del alta, en el hogar (no uso de TV, jugar un solo adulto por vez, etc.).
- Estimulación sensorial unimodal (un solo estímulo por vez).

Tabla 3: Reglas de oro sobre qué hacer y qué no con RN internados en UCIN.

Hacer	Evitar
Reacciones Fisiológicas	
<p>Modular el medio ambiente: ∇ ruido y luz excesivos; evitar conversaciones cerca del RN; ∇ manipulaciones; posicionarlo de lado o en prono durante la vigilia;</p> <p>Facilitar actividad mano-boca; Ofrecer sus propios dedos o un chupete para succionar;</p> <p>Flexionar sus extremidades; Permitir tomar los dedos del cuidador; Envolver o cubrirlo con una mantilla o una sábana.</p>	<p>Girarlo rápidamente de supino a prono.</p> <p>Mantenerlo en supino un tiempo prolongado.</p> <p>Reforzar patrones en extensión (tronco arqueado). Tocar o moverlo innecesariamente. Hablarle alto si está irritable o desorganizado. Escuchar música a volumen elevado. Mantener sonando las alarmas de monitores.</p>
Reacciones Motoras	
<p>Sostener extremidades flexionadas. Envolverlo con una mantilla o sábana. Nido facilitador de flexión. Posiciones más adecuadas durante vigilia: prono o laterales. Mantener el dedo del cuidador en palma del RN. Sostén y manipulaciones suaves.</p>	<p>Actividad motora desorganizada prolongada. Posturas en extensión completa. Moverlo vigorosamente.</p>
Estados de Conducta y Conciencia	
<p>Agrupar actividades médicas y de enfermería. Pesar en prono y bajo fuente de calor. Favorecer el sueño entre la alimentación. Balancearlo y facilitar succión para promover sueño. Despertar espontáneo. Si es necesario despertarlo, apaciblemente: -Hablarle, tocarlo y desvestirlo suavemente. -Sacarlo de la incubadora otorgando sostén postural. -Ofrecer estimulación vestibular en posición vertical. Al bañarlo, en prono y bajo fuente de calor. Anticipar verbalmente acciones a realizar.</p>	<p>Despertarlo entre la alimentación. Técnicas bruscas para despertarlo: - Hablarle en voz alta. - Golpear la incubadora - Menearlo. - Lavar la cara con agua fría. - Desnudarlos bruscamente. - Sacarlo de la incubadora intempestivamente.</p>
Reacciones de Atención/Interacción	
<p>Frente a signos de estrés, suspender intervención. Un estímulo sensorial por vez. Luz tenue. Mantenerlo cubierto, envuelto o vestido. Estímulo visual a 30-40 cm. de la vista. Eliminar estímulos innecesarios. Facilitar actividad mano-boca o chupete. Postura en flexión. Dar sostén y estabilidad. Intervención RN en alerta.</p>	<p>Mantener intervención ante signos de estrés. Interacción en condiciones inadecuadas. Más de 1 estímulo sensorial simultáneo.</p>

- Estimulación táctil propioceptiva otorgando *inputs* facilitadores de autoorganización: posturas en flexión de extremidades, llevando a la línea media, con manos cerca de boca; masajes.²⁷
- Cambios posturales de decúbito: facilitar el prono durante la vigilia bajo atento cuidado materno.
- Estimulación kinética-vestibular (hamacas paraguayas, balanceo del bebé sobre falda materna, etc.).
- Arropamiento anatómico y/o intermediarios (rollos, “nidos”, etc.).
- Estimulación de succión nutritiva y no nutritiva.
- Humanización de la unidad (incubadora con elementos personales, recuerdos familiares, etc.).
- Ubicación de fuentes lumínicas y/u otros estímulos (recordar que la cabeza sigue la mirada).

Los “nidos” facilitan la contención física, la promoción del estado de sueño, posición antirreflujo si es necesaria, protegen de pérdida calórica, y son dúctiles en su uso.

Los masajes o “mimos” los realiza la madre estando el bebé en estado de alerta, a ritmo lento y uniforme, con las extremidades superiores en la línea media y permitiendo el contacto manos-boca.

Se favorece la succión nutritiva durante la alimentación por sonda nasogástrica y la no nutritiva, a través de la puesta al pecho materno y/o uso de chupete o su propia mano que facilitan la autoorganización (*Foto 2*). Se dan sugerencias sobre tetinas y chupetes más adecuados para cada niño.^{8,9,19}

b) El RN y su familia: capacidad para enfrentar y superar el estrés

Los individuos poseen en distintos grados, una

característica individual denominada **resiliencia** donde intervienen factores de protección, que incluyen características individuales y del medio.

Es un proceso dinámico que se sustenta en la interacción entre la persona y el entorno, implica la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella; es lo opuesto a la vulnerabilidad.

Varía en el tiempo y se ve afectada por factores genéticos y ambientales, cualidades protectoras o factores de protección, predisposición a la salud mental, etc., dando afortunadas combinaciones entre los atributos de los niños y adultos con su ambiente familiar, social y cultural.

Se la caracteriza como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio “insano”.

Es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. Es la resistencia frente a la destrucción que distingue dos componentes:

- Capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión.
- Capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles.^{28,29}

Sería una respuesta global en la que se ponen en juego mecanismos de protección, es decir, la dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad en cada situación específica y respetando las características personales.^{30,31}

Investigaciones sobre este tema han cambiado la forma de percibir al ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad, a un modelo de prevención y promoción sustentado en las potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

El mantenimiento de las condiciones estresoras o la frecuente activación del proceso, lleva a las fases de resistencia y agotamiento, que depende de la

Foto 1



Foto 2



capacidad psicológica de tolerancia al estrés, más que del propio tiempo de presencia del propio estresor.¹

Hay individuos más resilientes que otros: al estar insertos en una situación de adversidad, expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, son capaces de utilizar factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.^{32,33}

Factores de protección en familias con RN internados en UCIN

Los factores protectores son hechos o situaciones propias de individuos o del entorno que elevan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuyen la posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales aún ante la presencia de factores de riesgo.³⁴

Existen peculiaridades reconocibles como factores de protección en niños:³⁵

- a nivel biológico, psicológico y socioafectivo;
- de los padres;
- del medio familiar;
- del medio sociocultural;
- interacciones paterno-filiales.

En los padres se han descrito diferentes tipos de variables identificables como factores de protección, que también actuarían indirectamente sobre el niño.³⁶⁻³⁸

1. Estrategias de afrontamiento: procesos concretos utilizados en cada contexto y altamente cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes.
2. Contacto bebé-madre-padre precoz, prolongado y continuo (*Foto 3*).
3. Contacto piel a piel.
4. Favorecer alimentación a pecho.
5. Visitas de hermanos y abuelos a los RN internados en las UCIN.
6. Calidad de paternaje.
7. Organización y límites indispensables para la vida cotidiana.
8. Ayuda del entorno: abuelos, amigos, vecinos.
9. Red de apoyo de familias que han pasado por su situación y/o grupos de autoayuda de padres, organizaciones nacionales e internacionales.
10. Sostén del equipo de salud.

Las dificultades que atraviesan las familias con RN internados en UCIN son muchas, algunas transitorias y otras permanentes. Actualmente, se está

viendo el gran esfuerzo que los padres y los niños deben realizar para vivir bien a corto y largo plazo. Los padres han enfrentado condiciones de vida por momentos difíciles, se han desenvuelto con recursos limitados y en un medio que no siempre sirve de apoyo; y los RN han sobrevivido a su prematuridad, enfermedades y/o secuelas graves.³⁹⁻⁴²

Comentario y Conclusiones:

- Las intervenciones con RN de Alto Riesgo no son normas ni recetas.
- Son individualizadas y específicas para cada niño y en cada momento.
- Se debe observar siempre la respuesta del bebé frente a los cambios o propuestas.
- Se preserva la estabilidad neuroconductual y fisiológica.
- Se promueve la participación activa de la familia.
- Influyen en la calidad de vida presente y posterior del niño y su familia.
- Se debe considerar la capacidad de afrontar las crisis de cada familia en particular.
- La actividad del equipo de salud es importante en este resultado.
- Estudios longitudinales y a largo plazo serán los que echen luz sobre el bienestar o no de estos RN y sus familias frente a situaciones de estrés, frente a la adversidad.

Agradecimientos

A todos los que colaboran y colaboraron desinteresadamente, en una tarea interdisciplinaria, para organizar y sostener a través del tiempo el Consultorio de Neurodesarrollo e Intervención Temprana: Fta. L. Muzaber; Dres. E. Roy, A. Ferrari, A. Zacarías; Kgas. A. Fiorentino, S. Spiasi, M. Bengoa, I. La Fuente; Prof. A. B. Álvarez Gardiol (E.T.); T.O.

Foto 3



C. Noales, N. Salas, D. Breide; Psicopedagogas R. Bedacarratz, S. Vivas, L. Collavini; Téc. Ortopedista Lic. C. Romero.

Bibliografía

1. Fernández Abascal EG. Psicología General: Motivación y Emoción. 1997, Madrid. Ctro. Estudios Ramón Areces.
2. Selye H. Síndrome general de adaptación. En: E y H, et al.: Tratado de Psiquiatría. 3ª ed. Toray Masson, Barcelona, 1971; 219-222/832-833.
3. Lazarus RS, et al. Stress appraisal and coping. New York. 1984, Springer ed.
4. Informe Soc Arg Estrés: www.sames.org.ar.
5. López Rosetti D. Estrés y variables multirrelacionadas. Modelo multidimensional. Estrés y Salud. Newsletter Soc Arg Med Estrés 2000:1, 3.
6. American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995, Barcel, Toray-Masson SA.
7. Field T, et al. Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. Ped, 1986; 77:654-658.
8. Als H: A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Theoretical Framework. The High - Risk Neonatal: Developmental Therapy Perspectives. Phys Occ Ther Ped 1986; 6:3-11.
9. Muzaber L, et al. Parálisis cerebral y el concepto Bobath de neurodesarrollo. Rev Hosp R Sardá 1998; 17(2): 84-90.
10. Schapira I, et al. En: Normatización de la Atención Neonatal en Cuidados Intensivos e Intermedios, Largaía A M et al. Ed Fund Neonatal Bs As, 1994.
11. Feldman R, et al. Intervention programs for premature infants. Cl Perin 1998; 25(3): 613-623.
12. Zuluaga Gómez JA. Neurodesarrollo y estimulación. Ed. Panamericana, Colombia, 2001.
13. Gunter LM. Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. Am J Obst Gynecol 86: 333, 1963.
14. González MA, Benítez A, Dinerstein NA, et al. Problemática de padres de recién nacidos internados en unidades de cuidados intensivos neonatales. 31º Congr Arg Ped, Mendoza, 1997.
15. Helman V, et al. La importancia de tomar en cuenta a los hermanos en una UCIN. Rev Hosp R Sardá 2001; 20(4):163-167.
16. Grywac Meyerhof P. O neonato de risco. Proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. En: Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria, Kudo A M, et al. Monografias médicas, série Pediatria. Ed. Sarvier, Sao Paulo, 1990; XXXII: 246-276.
17. Grywac Meyerhof P. Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidades de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo. Synopse de Pediatria. 1998; 2:33-37.
18. Schapira I. Seguimiento de recién nacido de alto riesgo. En: Pediatría, Meneghello J, et al. Ed. Panamericana; Sto. Chile, 5ª ed., 1997.
19. Schapira I, et al. Revisión bibliográfica: Propuesta de intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. Rev Hosp R Sardá, 1994;13(3): 101-109.
20. Adamson-Macedo E, et al. TAC-TIC therapy with high-risk, distressed, ventilated preterms. J Reproductive and Infant Psychology 1994; 12:249-252.
21. Lewkowicz DJ. Developmental changes in infants bisensory response to synchronous durations. Infant Behaviour and Dev. 9, 1986: 335-353.
22. Acolet D. Changes in plasma cortisol and catecholamine concentrations in response to message in preterm infants. Arch Dis Child 1993; 68(1): 29-31.
23. Charpak N. Vida piel a piel. Saludarte 2002; 5:30-33.
24. Martínez J. El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor. Bs As, Ed Lidiun, 1993.
25. Bobath K, et al. Trastornos cerebromotores en el niño. Bs As., Panamericana, 2000.
26. Brundi M, et al. Evaluación de efectos a corto y largo plazo de intervenciones tempranas no invasivas en las UCIN. Comunicación personal, 2003.
27. Leboyer F. Shantala. Bs. As. Hachette, 1978.
28. Vanistendael S, et al. American Association on Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports Wash., Workbook (10th ed.), 2002.
29. Hack M. Long Term Developmental Outcome of Low Birth Weight Infants. The Future of Children, 1995; 5(1).
30. Sameroff AJ, et al. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En: Horowitz FD, et al: Review of child development research. Chicago, Univ Chic Press, 1975: 187-244.
31. Vanistendael S, et al. Recopilaciones sobre la Resiliencia. INNFA N° 2, Quito, enero 1998.
32. Asoc. A.: <http://notas.nezit.com.ar/resiliencia.htm>, Abril, 2002.
33. Schalock RL. Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. España, Revista Siglo Cero, marzo-abril 2001, 32, (194): 17-27.
34. Bronfenbrenner U. La Ecología del Desarrollo Humano. Paidós, Barcelona, 1987.
35. Boccaccio C, et al. Aspectos relacionados con el psiquismo y el desarrollo de los recién nacidos. Rev Htal R Sardá 1997; XII: N° 3.
36. Moen EL, et al. Examining lives in context. Perspectives on the Ecology of Human Development. Am Psyc Assoc, Wash, 1996.
37. Bowlby J. Cuidado maternal y amor. México, Fdo Cult Económica, 1985.
38. Klaus M, Kennell J. La relación madre-hijo. Bs As, Panamericana, 1978.
39. Lester B, et al. Estimulación del niño pretérmino: límites de la plasticidad. Clín Perinat 1990; 1: 57-88.
40. Mahler M. El nacimiento psicológico del infante humano. Bs As, Marimar, 1977.
41. Hoffman L et al. Psicología del Desarrollo Hoy. Mc Graw-Hill, Madrid, 1995.
42. Finnie N. Handling the young cerebral palsied child at home. New York, 2ª ed. E P Dutton, 1974.