



Atención temprana al recién nacido de riesgo

Puntos clave

El recién nacido (RN) prematuro por su sistema nervioso inmaduro requiere protección frente a estímulos que pueden parecer normales.

Pone sus mecanismos instintivos al servicio de la supervivencia más básica. Posee capacidades y respuestas poco diferenciados, que maduran mejor con el programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Un protocolo de detección de riesgo para el desarrollo que incluya niveles de riesgo psicológico, familiar y social permite a los profesionales sanitarios detectar e intervenir precozmente en aspectos que pueden comprometer el desarrollo.

Existen factores de protección para el desarrollo:

- Apoyo psicológico a padres para favorecer sentimientos de eficacia y satisfacción parental.
- Fomento de sincronía afectiva niño-madre a través de una guía de interacciones tempranas.
- Apoyo y orientación durante la transición de los cuidados al hogar y al núcleo familiar.
- La derivación a Unidad de Psicología y Atención Temprana debe realizarse lo antes posible para posibilitar un desarrollo óptimo.

MERCEDES VALLE TRAPERO^a, PURIFICACIÓN SIERRA GARCÍA^b, IDOIA PALACIOS AGÚNDEZ^c, REBECA GARCÍA ORMAZÁBAL^d Y MANUEL MORO SERRANO^e

^aUnidad de Psicología y Atención Temprana. Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

^bDepartamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología (UNED). Madrid. España.

^cPrograma de Atención Psicológica a Neonatos de Alto Riesgo y sus Familias. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

^dUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

^eServicio de Neonatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

mvalle.hcsc@salud.madrid.org; psierra@psi.uned.es; idoiapalaciosagundez@gmail.com; larisarebeca@hotmail.com; mmoro@ucm.es

Introducción

El nacimiento de un niño prematuro supone una constelación de factores de riesgo a diferentes niveles: la neuroinmadurez del recién nacido (RN), las características del ecosistema temprano que es una Unidad de Cuidados Intensivos y la desorganización emocional que envuelve a los padres.

El concepto de atención temprana (AT) adquiere así una nueva dimensión, ya que supone la detección e intervención en el RN de riesgo y su familia desde el inicio de la vida extrauterina. Los cuidados centrados en el desarrollo^{1,2} (CCD) se fundamentan en promover la vinculación afectiva temprana y la neuroprotección del RN prematuro o enfermo.

La eficacia de un modelo de intervención en AT se basa principalmente en contener y ayudar a los padres en la toma de conciencia de su propio proceso emocional y en el reconocimiento de las características de su hijo.

El objetivo es establecer puentes afectivos saludables y ayudar en la transición de los cuidados al hogar.

El recién nacido prematuro u hospitalizado

El RN humano es un ser vulnerable y dependiente, pero cuando nace sano y a término viene equipado con unos mecanismos de adaptación a la vida extrauterina que se encuentran al servicio de la interacción y la construcción de puentes afectivos y efectivos para el aprendizaje y el progreso en la capacidad de comprender y actuar en el mundo.

El RN prematuro o enfermo debe poner al servicio de la supervivencia tales mecanismos y adaptarse a un entorno que no es el natural. Necesita gran protección ambiental, debido a unos estados de conciencia muy poco diferenciados (de sueño, alerta y autorregulación) propios de un sistema nervioso inmaduro, poco protector; de ahí su gran vulnerabilidad a desequilibrarse con estímulos que, pareciendo normales, para él resultan invasivos, porque el RN prematuro está perfectamente organizado y capacitado para sobrevivir en su entorno natural, el útero materno³. Los 3 nichos naturales del desarrollo temprano son el vientre materno, el pecho de la madre y la familia⁴. Estos nichos de desarrollo temprano suponen el ecosistema promotor del desarrollo mediante un proceso en el que el RN y los adultos se convierten en padres e hijos, estableciendo una vinculación afectiva particular y específica.

El proceso de parentalidad en los padres de niños de riesgo o con afecciones supone un acontecimiento traumático que genera estrés^{4,5} y puede dificultar las tareas de cuidado y protección del RN. El proceso de parto inesperado y en muchos casos complejo, la vulnerabilidad infantil, su hospitalización en un entorno altamente medicalizado y la separación del niño y la madre generan una «desorganización emocional» que necesita ser entendida y contenida.

Factores de riesgo para el desarrollo

Partiendo de la perspectiva ecológica^{6,7} y neurorelacional^{8,9}, la atención al RN se basa en una visión del niño como parte integrante e

Lectura rápida



La atención temprana (AT) neonatal de un recién nacido prematuro o de larga hospitalización debe basarse en el programa de cuidados centrados en el desarrollo.

La AT neonatal debe centrarse en 4 aspectos: incorporar a los padres en el cuidado de sus hijos; dar apoyo psicológico para atender sus propias necesidades emocionales; procurar al máximo la protección ambiental; enseñar a los padres a reconocer las características y estados de conciencia de su hijo o hija (el sexo sí importa en la interacción padres-hijo).

La detección precoz de otros factores posibles de riesgo, no biológicos, que pueden alterar la relación y la acomodación de los padres a las necesidades de su hijo o hija debe hacerse lo antes posible para ayudar a la familia durante el proceso de hospitalización.

Preparar el alta neonatal en un niño de riesgo y facilitar la acomodación al hogar es una parte fundamental de la AT centrada en la familia.

La AT neonatal debe enseñar a los padres a reconocer los estados de conciencia de su hijo.



integrada en un ecosistema diádico/triádico que debe proporcionarle oportunidades de desarrollo.

El concepto de factor de riesgo para el desarrollo se refiere a todos aquellos agentes y variables que pueden desviar o alterar el curso del desarrollo óptimo, no solo factores biológicos sino también psicológicos y sociales acontecidos en la etapa perinatal.

Los datos recogidos por la Unidad de Psicología y Atención Temprana del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) durante los años 2011-2013 muestran la existencia de factores de riesgo para el desarrollo, tales como el aislamiento social de las familias (40%) y la privación económica (25%) (fig. 1).

Para la evaluación de estos factores, se elaboró, con la Unidad de Trabajo Social, un Protocolo de Detección Inicial de Riesgo para el Desarrollo (PDIRD), basado conceptualmente en la teoría ecológica de desarrollo^{6,7}, la organización diagnóstica en atención temprana¹⁰ y la Clasificación diagnóstica 0-3¹¹.

Incluye 4 ejes diagnósticos (anexo 1):

- Características de los padres: como historia de privación afectiva.
- Características del niño: como «especial», hospitalizado, etc.
- Núcleo familiar: características familiares que dificultan una eficacia parental o interacciones tempranas no funcionales.
- Entorno: características socioeconómicas y psicosociales que inciden negativamente en el desarrollo del sistema familiar.

Su objetivo es realizar un cribado precoz de características y dinámicas que pudieran comprometer el desarrollo del sistema niño-padres, así como priorizar y orientar las in-

tervenciones que se deben realizar en las Unidades de Psicología y Trabajo Social.

Factores de protección para el desarrollo

Un factor protector y promotor del desarrollo, durante la hospitalización de larga duración de todo RN, será el apoyo psicológico a los padres, siendo el objetivo general la creación de un contexto terapéutico y desculpabilizador donde puedan expresar sus necesidades y vayan conociendo las características de su hijo.

Durante el proceso de ajuste tiene especial importancia el conocimiento de los padres de los comportamientos y las necesidades emocionales del niño, el reconocimiento de signos de estrés y los estados de conciencia del RN con el objetivo de guiar las interacciones tempranas en las que se gestan la sincronía afectiva entre padres-niño.

El proceso de armonización padres-niño continúa cuando este recibe el alta. El apoyo y la orientación sobre patrones de crianza durante la transición de los cuidados al hogar y al núcleo familiar conforman un tercer factor promotor del desarrollo¹².

Derivación a Unidad de Psicología y Atención Temprana

La derivación se produce siempre en el contexto de un trabajo y una coordinación interdisciplinar, que requiere protocolos de actua-

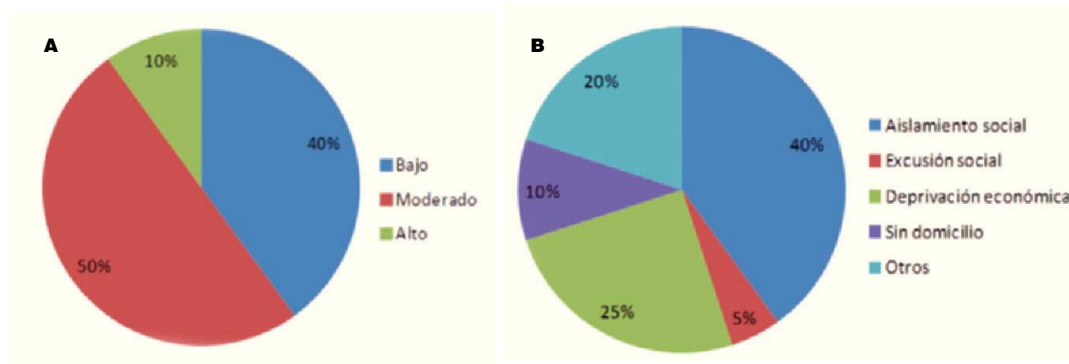


Figura 1. Distribución de los casos de riesgo social por: a) grado de riesgo social, y b) tipo de riesgo social.

ción concretos y bien conocidos por todos los profesionales que intervienen en el proceso de derivación.

La evaluación por los profesionales sanitarios de 3 o más factores de riesgo según el PDIRD debe considerarse riesgo suficiente para derivación a Psicología, especialmente si son de niveles diferentes (padres, niño, entorno).

1. Derivación interna a la Unidad de Atención Temprana (UAT), adscrita al propio Servicio de Neonatología, en caso de que se cumplan las siguientes condiciones (fig. 2):

– Criterios de alarma III, definidos como de alto riesgo biológico por la Sociedad Española de Neonatología (SEN). Todos los niños que cumplan estos criterios deben ser derivados a la UAT.

– Los RN que cumplen criterios de alarma I y II solo son derivados en caso de que su médico responsable lo considere necesario de acuerdo con el PDIRD.

– Cualquier RN con sospecha de riesgo psicosocial, valorado por el personal de enfermería en la hoja de observación familiar.

2. Derivación al alta del Servicio de Neonatología, como parte del programa de seguimiento, junto a las revisiones de Neuropediatría y Neonatología.

3. Derivación a centro específico de AT (CAT), en caso de niños que cumplen criterios de alarma III y siguen presentando muy alto riesgo biológico para continuar con los tratamientos iniciados durante la hospitalización.

4. Derivación a demanda de especialistas y pediatras de zona al detectar una desviación o trastorno del desarrollo en la etapa 0-3 años, para evaluación psicológica y/o programa de AT requerido.

Los RN que inician programa de AT neonatal y no son derivados a CAT continúan con él en el domicilio, siendo la familia la responsable de su ejecución, con una periodicidad que depende de la evolución, dinámica familiar y tratamientos clínicos requeridos.

Conclusiones

La teoría del apego ha proporcionado un marco privilegiado desde el que interpretar la trascendencia de las relaciones afectivas para el desarrollo, así como las investigaciones sobre neurodesarrollo informan de cómo las interacciones tempranas moldean la arquitectura cerebral; es decir, sus procesos de funcionamiento y adaptación¹³.

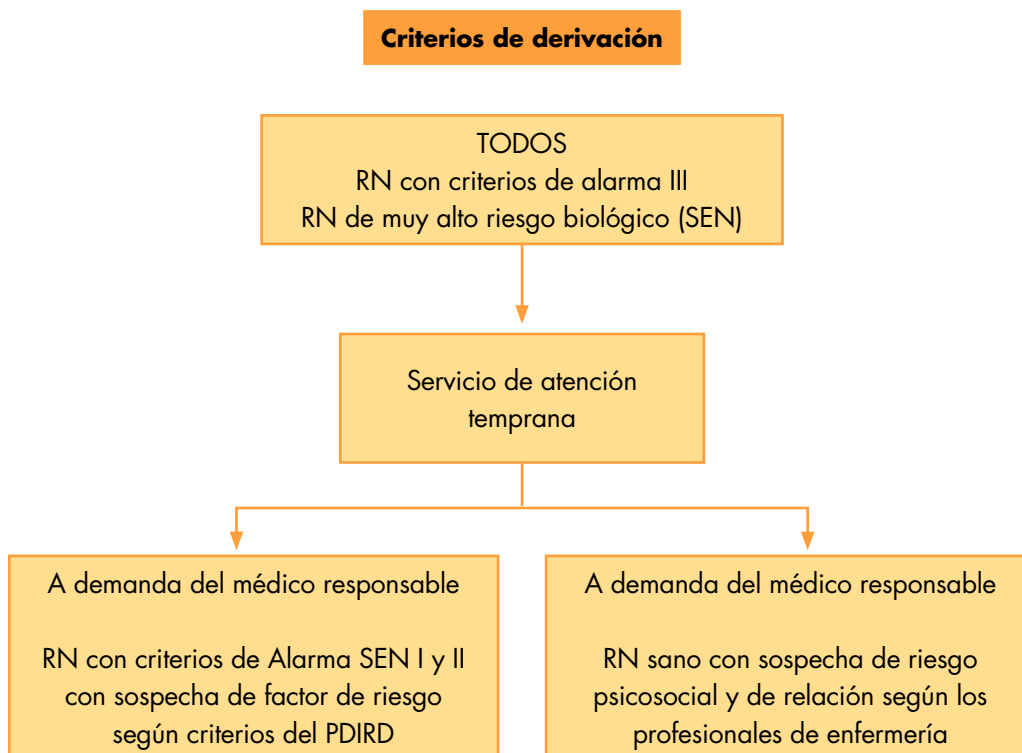


Figura 2. Criterios de derivación a la Unidad de Atención Temprana. RN: recién nacido; SEN: Sociedad Española de Neonatología; PDIRD: Protocolo de Detección Inicial de Riesgo para el Desarrollo.

Lectura rápida



Al alta neonatal de un niño de riesgo, lo prioritario es organizar bien los estados de vigilia, sueño, favorecer la autorregulación y estimular la atención y comunicación.

La estimulación más adecuada de los padres siempre será protectora, ayudando al RN a organizar progresivamente sus estados de alerta y sueño.

Existe evidencia acerca de cómo las interacciones tempranas moldean la arquitectura cerebral.

Un RN con signos de estrés (irritable, hipersensible, rígido o flácido y sueño y vigilia poco organizados) quiere decir poco protegido, con la estimulación ambiental excesiva para su nivel de maduración, desbordado o muy manipulado.

Los cambios posturales en horizontal en fase de alerta son necesarios debido a las posturas inadecuadas durante la hospitalización.

Existe una inmadurez postural y visoperceptiva en el niño prematuro.

Hay que favorecer el desarrollo armónico sin hiperestimular ningún área en detrimento de otras.



Bibliografía recomendada

Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Silló MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo en España. *An Pediatr (Barcelona)*. 2006;64:132-9.

Se presenta un estudio de los hospitales de España que han introducido, en sus servicios de Neonatología el programa de cuidados centrados en el desarrollo (CCD-NIDCAP). A pesar de sus claros beneficios, solo un 10% lo ha incorporado.

Als H. Program guide-Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP); An education and training program for health care professional. Boston: Children's Hospital; 2002. Disponible en: <http://www.nidcap.org/file.aspx?fileid=pg>

Basado en su teoría sobre el «desarrollo sináptico y neurointegrativo de la conducta humana», presenta un programa de formación para los profesionales de la salud, centrado en la protección al recién nacido y protagonismo de la familia. Los resultados apuntan hacia una mejor evaluación neuroconductual y de regulación en los niños.

Los resultados sobre el programa de CCD reflejan que los RN que han estado con este programa consiguen una mejor maduración, diferenciación y organización progresiva de su comportamiento.

En este trabajo, exponemos que en el periodo comprendido entre los años 2011-2013 fueron derivados y evaluados en la UAT el 4,06% de todos los RN nacidos en el hospital y el 15,48% de los RN ingresados en el Servicio de Neonatología, por presentar indicadores de riesgo o algún trastorno del desarrollo. Estos indicadores se situaron en las características del propio niño, características familiares y condiciones anómalas en el contexto de crianza.

Los datos reflejan un número importante de RN y lactantes con problemas en su desarrollo o alto riesgo, al nacimiento o en los 2 primeros años de vida.

La detección precoz y la prontitud en la derivación desde diferentes especialidades a nivel hospitalario y extrahospitalario reflejan la necesidad de Unidades de Valoración y de AT hospitalaria para los RN de riesgo y sus familias; implementando protocolos y estrategias sistemáticas de derivación en las que se encuentren implicados todos los profesionales del área materno-infantil.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Indicadores de riesgo psicosocial

A) Referentes a los padres

Su historia personal

A.1 Historia de desatención severa (maltrato, abandono, institucionalización en su infancia)

A.2 Historia de ruptura familiar

A.3 *Historia de violencia en la relación de pareja*

Características personales

A.4 Padres muy jóvenes (menor o menores de edad)

A.5 Padre/madre con historia de enfermedad mental

Enfermedad orgánica crónica

Adicción a tóxicos-drogas

A.6 Depresión posparto

A.7 Padres con bajo CI. Entorno no estimulante

B) Referentes al embarazo de este menor

B.1 *Embarazo sin seguimiento médico o escaso control*

B.2 Embarazo ocultado. No deseado

B.3 Embarazo de alto riesgo

B.4 *Embarazo múltiple (gemelos, trillizos)*

B.5 Tratamientos de reproducción asistida. FIV

C) Referentes a las características del niño

C.1 Factores biológicos de la Sociedad Española de Neonatología

C.2 RN con síndrome de abstinencia

C.3 Separación neonatal con larga hospitalización

C.4 En institución, hogar protegido o acogimiento familiar

D) Referentes al núcleo familiar

D.1 Enfermedad grave. Defunción

D.2 Familia monoparental sin apoyos

D.3 Separación traumatizante

D.4 Familia con otros hijos con medidas de protección

D.5 Convivencia conflictiva en el núcleo familiar

D.6 Ausencia de roles parentales

D.7 Ausencia continuada de los padres del hogar

D.8 Familia que no cumple los controles de salud repetidamente

D.9 Disfunción en la interacción cuidador-niño

D.10 Presencia en los padres de una carga emocional intensa y conflictiva con respecto a este niño

D.11 Estilos de crianza inadecuados

E) Referentes al entorno

E.1 Acusada deprivación económica

E.2 Exclusión social: larga historia de desempleo. Inmigración. Prostitución/delinuencia/encarcelamiento de los padres

E.3 Aislamiento social: deficiente o nulo apoyo familiar

E.4 Problemas de vivienda: hacinamiento, sin domicilio

La asociación de 3 o más factores debe considerarse riesgo suficiente, sobre todo si son de niveles diferentes y existe *una ausencia de factores de protección o compensación o carencia de estilos de interacción positiva.*

Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos: Mercedes Valle (psicóloga clínica), Purificación Sierra (Facultad de Psicología. UNED) Francisca Jiménez (trabajadora social) y Teresa Brun (psicóloga y trabajadora social).

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo en España. *An Pediatr* (Barcelona). 2006;64:132-9.
2. ●● Als H. Program guide-Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP); An education and training program for health care professional. Boston: Children's Hospital; 2002. Disponible en: <http://www.nidcap.org/file.aspx?fileid=pg>
3. ●● Als H. Modelos de conducta infantil: ¿análogos de ulteriores dificultades de organización? 1988. Capítulo 5. En: Duffy FH, Geschwind N, editores. *Dislexia. Aspectos psicológicos y neurológicos*. Barcelona: Ed. Labor; 1998
4. Howland L. Preterm birth: Implications for family stress and coping. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007;7:14-9.
5. Boss P. Family stress management: a contextual approach. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
6. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
7. Bronfenbrenner U. Making human beings human. Thousand Oaks: Sage; 2005.
8. Siegel DJ. The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who you are. New York: Guildford Press; 2012.
9. Lillas C, Turnbull J. Infant/child mental health, early intervention, and relationship-based therapies. Londres: W.W. Norton & Co. Inc.; 2009.
10. Organización diagnóstica en atención temprana (ODAT). Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2004.
11. ●● Clasificación diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes del desarrollo de la infancia y la niñez temprana. Barcelona: Paidós; Revised (DC: 0-3R). Zero to three 2005. Ítem N° 335-OLB.
12. ●● Valle M. Prevención de trastornos del desarrollo y pedagogía hospitalaria. En: Millá MG, Mulas F, editores. *Atención temprana (desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención)*. Valencia: Promolibro; 2005.
13. Fox S, Levitt P, Nelson C. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*. 2010;81:28-40.

Bibliografía recomendada

Valle M. Prevención de trastornos del desarrollo y pedagogía hospitalaria. En: Millá MG, Mulas F, editores. Atención temprana (desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención). Valencia: Promolibro; 2005.

Manual de atención temprana (AT) en el que se exponen los fundamentos y las bases del neurodesarrollo infantil: desde la embriogénesis humana y las bases genéticas de los trastornos hasta la historia de la AT, diagnósticos y tipos de intervención según discapacidades, así como los proyectos europeos de AT.

Howland L. Preterm birth: Implications for family stress and coping. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007;7:14-9.

Se resalta la naturaleza traumática del nacimiento de un hijo prematuro. Así mismo, la necesidad de conocer y comprender los factores implicados en este estado emocional de manera que puedan ofrecerse, por parte del personal de las Unidades de Niños prematuros, estrategias para gestionar de manera adecuada dicho estrés. El artículo presenta también evidencias científicas clínicas que sustentan la adopción de diversas medidas para reducir el estrés de los padres en las unidades neonatales y en el ámbito familiar. Estas estrategias tienen como objetivo convertirse en promotoras de desarrollo.