

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2018-2019

TRABAJO FIN DE GRADO

**Influencia del Método Madre Canguro en la
prevención de la depresión posparto aplicado
a madres y padres de bebés prematuros
ingresados en la UCI neonatal**

Andrea Iglesias Comesaña

Director/a: Carmen Grandío Ferreiro

Junio 2019

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

INDICE

1. RESUMEN/ RESUMO/ ABSTRACT	2
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1- Prematuridad y amenaza parto pretérmino (APP)	
2.2- Depresión posparto (DPP)	
2.3- Cuidados centrados en el desarrollo (CCD) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)	
3. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	15
3.1- Objetivo general	
3.2- Objetivos específicos	
4. DESARROLLO	16
4.1- Localización y selección de estudios	
4.2- Revisión y análisis de los estudios seleccionados	
5. RESULTADOS	19
5.1- Método Madre Canguro (MMC)	
5.2- Depresión posparto (DPP)	
5.3- Percepciones por parte de enfermería	
5.4- Prevención en la depresión posparto (DPP)	
6. CONCLUSIONES	32
7. AGRADECIMIENTOS	35
8. BIBLIOGRAFÍA	36
9. ANEXOS	42

1. RESUMEN/RESUMO/ABSTRACT

1.1- RESUMEN

Introducción: El parto pretérmino es el principal contribuyente a la morbimortalidad perinatal. En España, en un 10-15% de los casos el padre y/o la madre sufren depresión posparto (DPP). Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) pretenden mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, uno de los que más beneficios aporta es el “Método Madre Canguro” (MMC).

Objetivo: Examinar la literatura relativa a la contribución del MMC en la prevención o tratamiento de la depresión posparto de una madre o padre con un bebé prematuro ingresado en la UCIN.

Desarrollo: Se consultaron las principales bases de datos bibliográficas (Pubmed Medline, Dialnet, Cochrane, Lilacs, Epistemonikos y Medes), así como páginas web de organismos y sociedades profesionales relacionados con la prematuridad y la depresión posparto. Se encontraron 106 artículos, seleccionando 22 para su revisión, utilizando un rango máximo de diez años.

Discusión: La revisión bibliográfica se centra en el efecto que tiene el MMC en aquellos padres y madres que sufren depresión posparto tras tener un hijo de forma prematura; y que además se encuentra hospitalizado en la UCIN.

Conclusiones: El MMC es el método más efectivo, eficaz y eficiente tanto para la madre como para el neonato ya que aporta beneficios para la salud física y psicológica de ambos.

El parto prematuro es un factor de riesgo para el desarrollo de la DPP. El MMC reduce la sintomatología de la DPP y afianza un vínculo emocional entre la madre/padre y el RN. En definitiva, el MMC puede disminuir la depresión materna.

La detección precoz, el cribado, la prevención y el tratamiento de la DPP son cruciales para mejorar los resultados tanto en la madre como en el bebé, disminuyendo la mortalidad y morbilidad.

Palabras clave: Prematuro, pretérmino, piel con piel, método madre canguro, depresión posparto, Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, UCIN.

1.2- RESUMO

Introdución: O parto pretérmino é o principal contribuínte á morbimortalidade perinatal. En España, no 10-15% dos casos o pai e/ou a nai sofren depresión posparto (DPP). Os coidados centrados no desenvolvemento (CCD) teñen como obxectivo mellorar o desenvolvemento do neno a través de intervencións que favorecen ao recién nacido e a súa familia; un dos que aporta maiores beneficios é o “Método Mai Canguro” (MMC).

Obxectivo: Examinar a literatura relativa á contribución do MMC na prevención ou tratamento da depresión posparto dunha nai ou pai con un bebé prematuro ingresado na UCIN.

Desenvolvemento: Consultáronse as principais bases de datos bibliográficas (Pubmed Medline, Dialnet, Cochrane, Lilacs, Epistemonikos e Medes), así como páxinas web de organismos e sociedades profesionais relacionadas coa prematuridade e a depresión posparto. Encontráronse 106 artigos, seleccionando 22 para a súa revisión, empregando un rango máximo de dez anos.

Discusión: A revisión bibliográfica céntrase no efecto que ten o MMC naqueles país e nais que sofren depresión posparto cun fillo prematuro; e que ademais encóntrase hospitalizado na UCIN.

Conclusións: O MMC é o método máis efectivo, eficaz e eficiente tanto para a nai como para o neonato xa que aporta beneficios para a saúde física e psicolóxica de ambos.

O parto prematuro é un factor de risco para o desenvolvemento da DPP. O MMC reduce a sintomatoloxía da DPP e afianza un vínculo emocional entre nai/pai e RN. En definitiva, o MMC pode disminuír a depresión materna.

A detección precoz, o cribado, a prevención e o tratamento da DPP son cruciais para mellorar os resultados, tanto na nai como no bebé, disminuíndo a mortalidade e morbilidade.

Palabras clave: Prematuro, pretérmino, pel con pel, Método Nai Canguro, depresión postarto, Unidade de Coidados Intensivos Neonatais, UCIN.

1.3- ABSTRACT

Introduction: Preterm birth is the main contributor to perinatal morbimortality. In Spain, in 10-15% of cases, the father and/or the mother may suffer postpartum depression (PPD). Cared centered on development (CCD) aims to improve the development of the child through interventions that advantage the newborn and its family. One of the care that most benefits is the "Mother Method Kangaroo "(MMK).

Objectives: To examine the literature regarding the contribution of the MMK in the prevention or treatment of postpartum depression of parents with a premature baby admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

Development: The main bibliographic databases (Pubmed Medline, Dialnet, Cochrane, Lilacs, Epistemonikos and Medes) were consulted, as well as web pages of organizations and professional societies related to prematurity and postpartum depression. 106 articles were found, selecting 22 for review, using a maximum range of ten years.

Discussion: The literature review focuses on the effect of the MMK on those parents who suffer postpartum depression after having a child prematurely and who is also hospitalized in the NICU.

Conclusions: The KMM is the most effective and efficient method for both the mother and the newborn as it provides benefits for the physical and psychological health.

Preterm birth is a risk factor for the development of PPD. The KMM reduces the symptomatology of PPD and strengthens an emotional bond between the mother/father and the newborn. In conclusion, KMM may reduce maternal depression.

The early detection, screening, prevention and treatment of PPD are crucial to improve outcomes in both the mother and the baby, decreasing mortality and morbidity.

Key words: Premature, preterm, skin to skin, kangaroo mother method, postpartum depression, Neonatal Intensive Care Unit, NICU.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. PREMATURIDAD Y AMENAZA PARTO PRETÉRMINO (APP)

“Prematuridad” es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. ⁽¹⁾ El término pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro. ⁽²⁾

La población de prematuros se subdivide en ⁽¹⁾:

- Extremadamente prematuros <28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1%-5,3%)
- Muy prematuros 28-31 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3%-10,5%)
- Moderadamente prematuros 32-36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1%-84,5%). Entre estos moderadamente prematuros, se ha clasificado a un subgrupo denominado, "prematuros tardíos" (34-36 semanas).

Se define la amenaza de parto pretérmino (APP) como aquella situación en la que el inicio del trabajo de parto y las modificaciones cervicales suponen un riesgo elevado de que el nacimiento tenga lugar entre la 22 y 36 semanas completas de gestación. ⁽³⁾

El tipo de parto es una cuestión aun no resuelta, pero la cesárea es utilizada con un pico máximo (60-70%) a las 28 semanas, descendiendo conforme avanza la edad gestacional (EG) a tasas del 30% en los pretérminos que superan las 34 semanas. ⁽²⁾

2.1.1. JUSTIFICACIÓN

La prematuridad se asocia con alrededor de un tercio de todas las muertes infantiles, y representa aproximadamente el 45% de los RN con parálisis

cerebral infantil (PCI), el 35% de los RN con discapacidad visual, y el 25% de los RN con discapacidad cognitiva o auditiva.⁽⁴⁾

Las complicaciones de la prematuridad son las razones subyacentes de la mayor tasa de mortalidad infantil y la morbilidad en los RN prematuros en comparación con los RN nacidos a término. El riesgo de complicaciones aumenta a menor edad gestacional. Por lo tanto, los RN que son extremadamente prematuros, nacidos en o antes de las 26 semanas de gestación, tienen la tasa de mortalidad más alta (mayor al 50%) y, si sobreviven, están en mayor riesgo de deterioro grave. El RN prematuro tardío (34 a 36 semanas 6 días) no es tan saludable como se pensaba anteriormente; su mortalidad es más alta en comparación a los RN a término y tiene un mayor riesgo de presentar varias complicaciones, como la taquipnea transitoria del RN (TTR), síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hipertensión pulmonar persistente (HPP), insuficiencia respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).⁽⁵⁾

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros. El parto prematuro (PP) es actualmente una de las principales causas de gasto sanitario y genera un gran consumo de recursos económicos, familiares y sociales en la atención de estos neonatos.⁽⁶⁾

2.1.2- TRABAJO DE PARTO PREMATURO (TPP): ETIOPATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO.

El trabajo de parto prematuro (TPP) es una de las principales complicaciones gestacionales e importante causa de morbimortalidad neonatal, caracterizándose por la aparición del trabajo de parto espontáneo

anterior a 37 semanas completas de gestación evidenciado por la presencia de contracciones uterinas eficaces y persistentes, evanescencia cervical igual o superior a 80% y dilatación cervical igual o superior a un centímetro. En un 20-50% de los casos su etiología no es precisa. ⁽⁷⁾

El parto pretérmino puede ser consecuencia de cuatro vías patógenas: ⁽⁵⁾

- Inflamación corioamniótica, fetal o decidual producida por infección ascendente o sistémica.
- Insuficiencia, anormalidad o lesión de la unidad útero-placentaria.
- Sobredistensión uterina
- Estrés materno o fetal.

Además de estas vías, se han identificado múltiples factores de riesgo: ⁽⁵⁾

- Relacionados con la historia obstétrica y salud reproductiva: Parto pretérmino, abortos previos o un periodo intergenésico menor de un año
- Relacionados con las características sociodemográficas: Raza negra, inmigración, soltería, bajo estatus económico, violencia y abusos en el ámbito social y familiar.
- Relacionados con el estilo de vida: Estado nutricional deficiente (IMC bajo (<19), obesidad, malnutrición), hábitos tóxicos (tabaco, drogas de abuso), estrés, ansiedad y depresión materna.

2.1.3- SITUACIÓN ACTUAL

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10% según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). ⁽⁵⁾

Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional; se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Los 5 países con mayor número de nacimientos prematuros son los siguientes ⁽¹⁰⁾:

- India: 3.519.100
- China: 1.172.300
- Nigeria: 773.600
- Pakistán: 748.100
- Indonesia: 675.700

Figura 1: Nacimientos ocurridos en España durante el año 2017. ⁽¹¹⁾

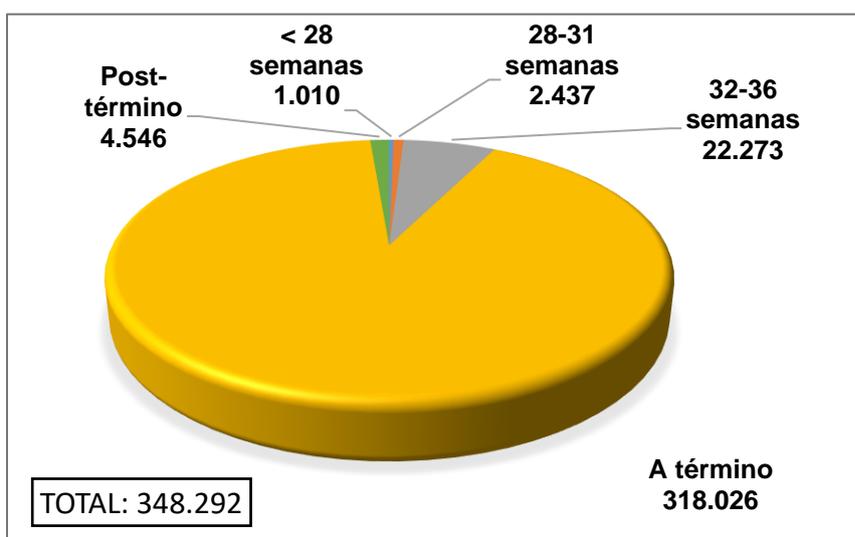


Figura 1. Fuente: INE. Elaboración propia.

En la figura se observa que de todos los nacimientos ocurridos en España durante el año 2017 y para los cuales constan semanas (N: 348.292). El total de nacimientos prematuros se sitúa en 7,4%.

- Extremadamente prematuros (<28 semanas): 0,3%
- Muy prematuros (28-31 semanas): 0,7%
- Moderadamente prematuros y prematuros tardíos (32-36 semanas): 6,4%

2.2- DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

2.2.1- CONCEPTO Y CONSIDERACIONES

La definición de “episodio depresivo mayor” según la 5ª edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) consiste en un período de al menos dos semanas en que una persona experimente un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer en las actividades diarias y síntomas específicos; como problemas relacionados con el sueño, la alimentación, la energía, la concentración o la autoestima. (12)

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. Generalmente ocurre entre una semana y un mes después del parto, siendo la patología más común durante el puerperio y requiere tratamiento. (12) (13)

La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. (13)

2.2.2- FACTORES DE RIESGO

Algunas mujeres están expuestas a un mayor riesgo de padecer de depresión posparto porque tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: (13)

- Complicaciones médicas durante el parto, como el parto prematuro o que el bebé nazca con problemas médicos.
- Sentimientos encontrados sobre el embarazo, así haya sido planificado o no.
- Una situación estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz.
- Síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior.

- Antecedentes de depresión o trastorno bipolar en otra etapa de su vida.
- Un miembro de su familia que padeció depresión u otras enfermedades mentales.
- Falta de apoyo emocional de su esposo, pareja, familia o amigos.
- Problemas de abuso de alcohol o drogas.

La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, origen étnico o situación económica.

(13)

2.2.3- SITUACIÓN ACTUAL

A nivel mundial:

- Según la OMS, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. ⁽¹⁴⁾
- Se estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. ⁽¹⁴⁾
- La depresión durante el embarazo ocurre entre el 2-21% de los partos ⁽¹⁵⁾.
- La depresión posparto ocurre entre el 10-20% de los partos ⁽¹⁵⁾.

En España:

- Según varios estudios la epidemiología de depresión posparto es del 10-15% ⁽⁷⁾.

Dos de cada diez mujeres presentan algún problema de salud mental durante el embarazo y el primer año luego de dar a luz. Más del 75% no son diagnosticadas ni reciben el apoyo y tratamiento adecuados, con las consiguientes repercusiones en la salud no sólo materna sino también infantil. ⁽¹⁶⁾

2.3- CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO (CCD) EN LA UCIN

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) constituyen un sistema de cuidados para el recién nacido prematuro y/o enfermo que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad. Los CCD comprenden intervenciones dirigidas a mejorar tanto el ambiente de luces, ruidos... como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor...). Además, se actúa con la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño. La correcta implantación de CCD requiere, por tanto, la apertura de puertas durante las 24 horas del día de las Unidades Neonatales, como así recomienda la OMS. ⁽¹⁷⁾

Los objetivos de los CCD son: ⁽¹⁷⁾

1. Proporcionar terapia médica y no médica apropiada para prevenir que el cerebro sea dañado por estímulos inapropiados y dolorosos.
2. Minimizar y reducir el gasto energético y el estrés.
3. Proveer experiencias que ayuden al RN a desarrollarse normalmente en las 5 áreas (subsistemas) que son la base de su desarrollo motor, mental y social.
4. Proporcionar un cuidado personalizado del niño centrado en la familia en su concepto de pertenencia.

2.3.1- MÉTODO MADRE CANGURO (MMC) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN)

El método canguro se define como el contacto piel con piel entre la madre o padre y el niño prematuro de la forma más precoz, continua y prolongada posible con lactancia materna. ⁽¹⁸⁾

Los primeros en presentar este método fueron los doctores Rey y Martínez en Bogotá (Colombia) en 1979, donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora, inadecuados e insuficientes, dispensados a recién

nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer. Este método es efectivo para el control de la temperatura, favorece la lactancia materna y permite y fortalece la vinculación madre/padre-hijo. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Se disponen hoy en día de numerosos estudios que abordan el cuidado canguro desde múltiples perspectivas y que nos permiten evidenciar: ⁽¹⁷⁾

- Mejora la termorregulación.
- Acelera la adaptación metabólica.
- Reduce los episodios de apnea.
- Permite y favorece la lactancia materna.
- Menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales).
- Mayor ganancia de peso.
- Aumento de la confianza de las madres en el cuidado de los hijos.
- Padres: se sienten protagonistas del cuidado de sus hijos.
- Reduce la estancia hospitalaria.

En un estudio realizado sobre las percepciones de los padres en niños prematuros ingresados en las unidades neonatales españolas, se recogieron las impresiones de los que habían practicado el método canguro. En primer lugar, los padres dan gran importancia a la posibilidad de tener contacto físico con su hijo. La posibilidad de practicar el método canguro produce gran satisfacción en los padres, les hace sentirse más competentes en el cuidado de sus hijos, y en esos momentos disminuyen la ansiedad y la angustia que conlleva tener a sus hijos ingresados en la UCI neonatal. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

2.3.2- LOS PADRES COMO PRINCIPALES CUIDADORES

El recién nacido, prematuro o no, nace con la imperiosa necesidad de encontrarse con su madre, ya que ella es el entorno más seguro para él. La Organización Mundial de la Salud, (OMS), recomienda no separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud

física, emocional y mental del bebé y la madre. La cercanía con la madre favorece un mejor desarrollo psicomotriz, una mayor estimulación y un aumento de sensación de seguridad al bebé. El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucemia y el sistema inmunitario del bebé. La participación de los padres en el cuidado de sus hijos es uno de los ejes básicos de atención en neonatología. Pocos aspectos de la medicina neonatal son tan importantes, y a menudo tan ignorados, como la atención a la familia de un niño críticamente enfermo o un gran inmaduro. Los padres son el pilar fundamental en el desarrollo del niño, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado del recién nacido mejora su pronóstico. Las interacciones con los padres le dan al niño confianza y seguridad y le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego. ⁽¹⁷⁾

Conseguir una plena participación de los padres implica cambios en la estructura de las unidades, en los horarios y, sobre todo, en las actitudes de los cuidadores, que deben tomar conciencia de que están atendiendo a familias, y no sólo al recién nacido. Incrementar la interacción madre-hijo favorece que la madre obtenga mayor seguridad y confianza en sí misma. La separación provoca que el recién nacido se sienta desamparado y sufra estrés. Actualmente se realizan enormes esfuerzos en demostrar que es bueno que los padres estén con sus hijos cuando nunca antes se había podido demostrar lo contrario. ⁽¹⁷⁾

Para los padres, el nacimiento de un hijo prematuro o enfermo, supone una situación traumática, y deben pasar por una serie de fases para llegar a asimilar esta situación de duelo: Negación -> Rabia -> Regateo -> Depresión -> Aceptación. Los padres se encuentran rodeados de miedos y dudas, y se sienten en parte culpables por todo lo que le ha ocurrido a su hijo.

El nacimiento de un hijo prematuro es un acontecimiento vital inesperado, para el que los padres no están física ni psíquicamente preparados y que

provoca una crisis en la familia, cuyas respuestas en cada individuo vienen determinadas por factores de personalidad preexistente, variable social y cultural. Supone una profunda herida en la autoestima de los padres, sobre todo de la madre, que acarrea sentimientos de fracaso, fallo y culpabilidad.

Debemos dar una adecuada información a los padres sobre todo lo que le ocurre a su hijo, transmitiéndole la verdad, pero con cierta actitud de “optimismo realista”. Debemos ofrecerles dedicación, tiempo, privacidad y comprensión y siempre dar la información adaptándonos a su nivel de conocimientos. ⁽¹⁷⁾

3. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica relativa a la contribución del Método Madre Canguro (MMC) en la prevención o tratamiento de la depresión posparto de una madre o padre con un bebé prematuro ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aportar evidencia científica sobre los beneficios del MMC en relación con la DPP.
- Conocer las experiencias y percepciones de los padres y madres como protagonistas de la DPP.
- Conocer las percepciones por parte del personal de enfermería relacionado con la DPP y el MMC, así como las barreras que dificultan su aplicación.
- Identificar las intervenciones de prevención destinadas a reducir su influencia negativa.

4. DESARROLLO

4.1- LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

El tipo de estudio es una revisión bibliográfica sobre la práctica del Método Madre Canguro. Responderemos en qué medida ayuda su aplicación en la prevención o tratamiento de la depresión posparto tanto en la madre como en el padre, incluyendo que el bebé sea pretérmino y permanezca ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Para la búsqueda de artículos cuya información se ha empleado en la revisión hemos accedido a las bases de datos PUBMED MEDLINE, COCHRANE LIBRARY PLUS, LILACS, EPISTEMONIKOS y MEDES.

Otros recursos electrónicos utilizados fueron el buscador Google Scholar, la biblioteca SciELO (Scientific Electronic Library Online) y el portal científico Dialnet de la Universidad de la Rioja.

Como fuentes primarias hemos consultado uptodate y documentos de consenso de asociaciones de organismos nacionales e internacionales relacionados con el cuidado perinatal como SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología), AEP (Asociación Española de Pediatría), INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social), INE (Instituto Nacional de Estadística), SPAO (Sociedad Pediátrica Andalucía Oriental), OMS (Organización Mundial de la Salud), ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) y ADAA (Anxiety and Depression Association of America).

Las estrategias de búsqueda incluyeron términos MeSH (Medical Subject Heading), DeCs (Descriptor en Ciencias de la Salud), sus subencabezamientos, calificadores de campo, así como otras palabras clave. Los términos MeSH y palabras clave utilizados fueron: Premature birth, preterm birth, postpartum depression, postnatal depression, Kangaroo-Mother Care Method, skin-to-skin, Neonatal Intensive Care Units, Neonatal ICU, newborn ICU, además de sus correspondientes en

castellano y sus variaciones léxicas y semánticas. La conexión entre ellos se expresó con los operadores booleanos AND y OR.

En un primer momento establecimos un periodo de búsqueda de 5 años. Inicialmente encontramos gran cantidad de artículos relacionados con el tema a estudio pero sin relación entre sí. Finalmente ampliamos a 10 años ya que al relacionar los cuatro descriptores principales (prematureo, MMC, depresión posparto y UCIN) la bibliografía científica se reducía, con el objetivo de ajustarse al tema de estudio y por lo tanto, los resultados deseados.

Completamos la búsqueda de forma manual a partir de las listas de citación y referencia de los documentos seleccionados, limitándola a las publicaciones de mayor impacto y relevancia en obstetricia.

Los criterios utilizados en la selección de estudios ha sido la siguiente:

Criterios de inclusión:

- Artículos que traten sobre la aplicación del MMC en relación a la depresión posparto en los padres y madres de niños prematuros ingresados en la UCIN o aquellos que aporten información de forma individual y sean útiles para la elaboración de la presente revisión bibliográfica; todos ellos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos que ilustren prevalencia, importancia y situación de la prematuridad, publicados en los últimos 5 años.
- Artículos que ilustren prevalencia, importancia y situación de la depresión posparto, publicados en los últimos 5 años.
- Publicaciones en español, inglés y portugués con acceso gratuito al texto completo.

Criterios de exclusión:

- Artículos cuyo objeto de estudio, fecha de publicación e idioma no se correspondan con los citados anteriormente.
- Artículos sin acceso gratuito al texto completo.

La selección inicial se realizó a partir de títulos y resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda bibliográfica anteriormente descrita. Si el título responde al tema de la revisión se recupera el resumen para su lectura, accediendo posteriormente al texto completo de los considerados relevantes. Se obtuvieron un total de 106 artículos. Tras su lectura completa, seleccionamos 22 artículos para su revisión que cumplen todos los criterios metodológicos y de resultado.

La tabla I resume las estrategias de búsqueda, los artículos encontrados y definitivamente seleccionados en cada base de datos. También mostramos el “Término de búsqueda” que en ocasiones se utilizó con los descriptores en conjunto y otras veces por separado, para ampliar la búsqueda bibliográfica.

Término de búsqueda	(((("Neonatal ICU" [tiab] OR "Neonatal ICUs" [tiab] OR "Neonatal Intensive Care Units" [tiab] OR "Newborn Intensive Care Units" [tiab] OR NICU [tiab] OR "Newborn ICU" [tiab] OR "Newborn ICUS" [tiab])) AND/OR (((("Kangaroo Mother Care" [tiab] OR "Kangaroo-Mother Care" [tiab] OR "Kangaroo Mother Care Method" [tiab] OR "Kangaroo-Mother Care Method" [tiab] OR "skin to skin" [tiab] OR "skin-to-skin" [tiab])) AND/OR (Premat* [tiab] OR neonat* [tiab] OR preterm* [tiab] OR "preterm birth" [tiab] OR "preterm births" [tiab])) AND/OR ("Postnatal Depression" [tiab] OR "Post-natal Depression" [tiab] OR "Post natal Depression" [tiab] OR "Postpartum Depression" [tiab] OR "Post-partum Depression" [tiab] OR "Post partum Depression" [tiab])
----------------------------	--

Tabla I. Estrategias de búsqueda y artículos encontrados.

Bases de datos	Encontrados	Tras título y resumen	Definitivos
PUBMED	56	21	12
DIALNET	21	11	4
COCHRANE	16	6	2
LILACS	8	5	3
MEDES	9	1	1
EPISTEMONIKOS	4	1	0
Total	106	48	22

Tabla I. Fuente: Elaboración propia.

4.2- REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

Los artículos seleccionados fueron analizados en profundidad con especial atención a contenido, diseño, metodología y resultados.

Para facilitar la revisión del tema se han organizado en dos grupos según su contenido:

- Artículos que ilustran concepto, medidas de prevención, factores de riesgo, prevalencia, importancia y situación actual de la depresión posparto y la prematuridad.
- Artículos que se centran en la influencia y beneficios del MMC en aplicación a bebés prematuros ingresados en la UCIN y que por lo tanto, repercuten positivamente en la salud mental de los padres y madres, previniendo o tratando la depresión posparto.

5. RESULTADOS

5.1- MÉTODO MADRE CANGURO (MMC)

Perapoch et al. señalan que el Método Madre Canguro es uno de los instrumentos más valiosos disponibles para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el RN inmaduro y que por lo tanto, mejora su desarrollo. Además, favorece el vínculo entre madres, padres e hijos así como el reconocimiento mutuo, e incrementa la confianza y el grado de competencia de la madre y el padre. La facilidad de su aplicación y la ausencia de efectos no deseados apoyarían su implementación en todas las UCIN españolas. ⁽¹⁹⁾

El Método Madre Canguro debe comenzar tan pronto como sea posible después del nacimiento, debe aplicarse como un contacto continuo de piel con piel y mantenerse durante el tiempo que sea apropiado. ⁽²⁰⁾

Salir de la incubadora para realizar cuidados canguro supone cierto estrés para el recién nacido, por lo que se aconseja que permanezca en cuidado

canguro entre 90 y 120 minutos como mínimo, ya que menos tiempo de contacto piel con piel no parecer ofrecer ventajas. Hoy en día, el cuidado canguro está considerado como una parte esencial de los Cuidados Centrados en el desarrollo (CCD) y del método “Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program” (NIDCAP). ⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾

El modelo basado en los CCD no presenta riesgos, es recibido con entusiasmo por las familias, valorado positivamente por los profesionales implicados en el cuidado de prematuros (Mosqueda et al 2013) y representa un enfoque ético a los cuidados realizados en la UCIN. ⁽²²⁾

5.1.1- TÉCNICA MMC

Actualmente existen al menos dos formas diferentes de aplicar el cuidado tipo canguro; intermitente y continuo. ⁽²¹⁾

En la mayoría de las unidades neonatales españolas en las que está implantado este cuidado se hace de forma intermitente. El niño sale con la madre o con el padre durante un tiempo más o menos prolongado y simplemente se le coloca sobre la piel entre los pechos y se cubre con la propia ropa de los padres o con un cobertor. La cabeza del niño debe volverse hacia un lado y es aconsejable mantenerla en una posición levemente extendida para que la vía respiratoria quede libre y se permita el contacto visual entre la madre y el niño. La posición en la que queda el niño es similar a la de una rana. La respiración de la madre ayudará a estimular la respiración del niño. El bebé debe estar desnudo con pañal y gorrito, con buena parte de su cuerpo en contacto piel con piel con su madre/padre. ⁽²¹⁾

El objetivo del cuidado canguro continuo es que el niño permanezca ingresado en el hospital en contacto piel con piel las 24h del día, preferiblemente con su madre, ya que lo alimenta, pero ayudada por el padre y por otros familiares. ⁽²¹⁾

5.1.1.1- Posicionamiento vertical VS con soporte en flexión diagonal (SDF)

El posicionamiento con soporte en flexión diagonal frente al posicionamiento vertical (ANEXO I) condujo a menos gestos desorganizados y menos vocalizaciones negativas, a favor de un sueño más reparador y profundo. También condujo a un mayor contacto visual madre-hijo, así como vocalizaciones maternas, sonrisas y caricias.

La puntuación para el riesgo de depresión posnatal disminuyó significativamente entre la primera y la última sesión en el grupo SDF, mientras que no cambió en el grupo de posicionamiento vertical. ⁽²³⁾

5.1.2- BENEFICIOS MMC

La evidencia actual permite las siguientes afirmaciones generales sobre el MMC: ⁽²⁰⁾

- Mejora el vínculo y el apego
- Reduce los síntomas de la depresión posparto
- Aumenta la estabilidad fisiológica del bebé y reduce el dolor
- Aumenta la sensibilidad de los padres a las señales del bebé
- Contribuye al establecimiento y a la duración más prolongada de la lactancia materna
- Tiene efectos positivos en el desarrollo del bebé y en la interacción bebé/madre/padre.

Además, el contacto piel con piel promueve la participación de la madre y del padre en el cuidado del bebé, fortalece el papel de la familia en los cuidados de un bebé “frágil” y disminuye los sentimientos de impotencia. Las madres reportan menos estrés y más satisfacción con los cuidados realizados en la UCIN. ⁽²⁴⁾

5.2- DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

5.2.1- CONSIDERACIONES

El embarazo es un momento de ajuste tanto físico como psicológico para los padres y madres, incluido el desarrollo y la intensificación del apego a su nuevo bebé. Este es un proceso gradual, de modo que al final de los nueve meses de embarazo, los padres y madres desarrollan un sentido de preparación para el nacimiento y la crianza de sus hijos. Para los padres y madres de un bebé prematuro, este proceso se acorta abruptamente, a menudo dejándolos con sentimientos de pérdida, dolor y ansiedad junto con el deseo de proteger y cuidar a su bebé. Los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de cuidar al bebé, al padre y a la madre como una unidad familiar, y de involucrar activamente a los padres y madres en la toma de decisiones y el cuidado de su hijo para ayudar a mitigar los sentimientos de impotencia y evitación que podrían interferir con el compromiso de ambos, las visitas a las UCIN y el vínculo seguro entre madre/padre/bebé. ⁽²⁵⁾

Para optimizar la participación de padres y madres en el cuidado de sus bebés es muy importante el apego y una buena atención domiciliaria/de seguimiento. Se recomienda que madres y padres que participen en el cuidado de sus bebés, conozcan las respuestas de sus hijos y que estén completamente informados sobre las necesidades clínicas. ⁽²⁵⁾

Este estudio destaca la necesidad de una mayor investigación de seguimiento para monitorizar el impacto del estrés materno en la UCIN. ⁽²⁵⁾

5.2.2- MMC Y DPP

Estudios recientes han demostrado que el parto prematuro es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión posparto, que no solo perjudica las interacciones materno-infantiles, lo que ocasiona un retraso en el desarrollo infantil y dificultades de interacción social en los niños afectados, sino que también aumenta el riesgo de depresión en la madre. ⁽²⁶⁾

La evidencia basada en los tratamientos en la depresión posparto incluye antidepresivos, terapia cognitivo-conductual, terapia psicodinámica y asesoramiento profesional en el domicilio. Después de participar en una sesión de MMC, las madres reportaron sentirse más calmadas, fuertes, coordinadas, contentas, tranquilas, relajadas, competentes, felices, motivadas, seguras y aliviadas. Estos efectos podrían minimizar el riesgo de depresión posparto. ⁽²⁷⁾

La interacción temprana con los padres/madres redujo el riesgo de depresión posparto tardía. Estos estudios proporcionan una base sólida para las intervenciones que apoyan a los padres/madres a realizar interacciones apropiadas para el correcto desarrollo de sus bebés prematuros. Estas intervenciones tienen el potencial de disminuir el impacto adverso del parto prematuro en los bebés y las madres. Además, los beneficios positivos relacionados con la reducción del estrés pueden mejorar los resultados de salud mental de los padres/madres y, en última instancia, pueden mejorar aún más las relaciones con sus hijos. ⁽²⁶⁾

Dos de los estudios revisados relacionan los efectos del método canguro con la interacción madre-hijo. Uno de ellos señala que las madres que realizaban el contacto piel con piel mostraron una mayor afectividad, adaptación a las señales de sus hijos, menor depresión posparto y menor percepción de anormalidad en sus bebés prematuros. ⁽²⁸⁾

Los estudios muestran que el tratamiento de la depresión materna no implica necesariamente mejoras en la relación entre la madre y su bebé, sin embargo, intervenir en el vínculo madre-bebé si se asocia a mejoras significativas en ánimo. ⁽²⁹⁾

Los padres/madres que cuidan a sus hijos bajo el Método Madre Canguro durante el ingreso en las UCIN muestran menores niveles de ansiedad, y posteriormente desarrollan mayor confianza en el cuidado de sus hijos y una mayor atención a sus necesidades. ⁽¹⁹⁾

En conclusión, el MMC puede disminuir la depresión materna. Se pueden requerir estudios adicionales para aclarar estos hallazgos preliminares. ⁽²⁰⁾

5.2.3- LOS PADRES Y MADRES COMO PROTAGONISTAS DE LA DPP

Dado que el primer contacto entre una madre y su hijo tiene lugar dentro de la UCIN, es muy importante proporcionar a las madres asistencia psicológica desde el nacimiento para asegurar su bienestar y prevenir problemas futuros. ⁽³⁰⁾

Encontraron niveles significativamente más altos de síntomas depresivos entre los padres/madres de bebés prematuros que en los padres/madres de los recién nacidos a término ⁽³¹⁾. Específicamente, en comparación con las madres de bebés moderadamente prematuros, las madres de bebés muy prematuros mostraron experiencias y percepciones más negativas relacionadas con sus bebés y su relación con ellos. De hecho, estas madres se caracterizaron por un mayor "miedo a la pérdida del bebé" (una dimensión relacionada con el área de la percepción materna de la condición de la enfermedad del niño) y la negativa "sentimentalmente hacia el bebé". ⁽³⁰⁾

Los niveles de ansiedad de las madres fueron más altos que los de los padres; esto se debe al hecho de que la mujer en relación con su pareja, pasa más tiempo con el niño (especialmente durante la hospitalización), siente una mayor responsabilidad con respecto a su papel y no puede estar directamente implicada en los cuidados de su hijo. ⁽³¹⁾

Las madres caracterizadas por niveles bajos educativos, eventos estresantes en el último año y aumento de los síntomas de la depresión posparto temprana tuvieron un mayor riesgo de niveles altos de estrés relacionado con la UCIN. Otros estudios también han relacionado los bajos ingresos, las clases sociales bajas y la maternidad temprana con el aumento del estrés. ⁽²⁵⁾

Las madres experimentan diversos grados de estrés relacionados con la hospitalización de sus bebés en la UCIN y que algunas madres parecen ser más vulnerables que otras. Es importante destacar que la pérdida del rol de los padres/madres se percibió como el aspecto más estresante de la hospitalización de su bebé en la UCIN. ⁽²⁵⁾

Creemos que los padres y las madres de bebés prematuros también necesitan ayuda inmediatamente después del parto y la posterior hospitalización, ya que las intervenciones tempranas centradas en los padres/madres pueden prevenir futuras dificultades en su relación con el bebé y en el desarrollo del niño. ⁽³¹⁾

5.2.4- PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS VIVIDAS POR LOS PADRES Y MADRES

En un estudio realizado por neonatólogos del Hospital 12 de Octubre de Madrid sobre las percepciones de los padres/madres de niños prematuros ingresados en las unidades neonatales españolas, se recogieron sus impresiones de cómo habían vivido la experiencia canguro y concluyeron que: ⁽³⁰⁾

- El contacto físico estrecho facilita el reconocimiento del niño como hijo propio.
- Aumenta el sentimiento de competencia en el cuidado
- Disminuye la ansiedad y la angustia.
- “Devolvemos al prematuro a sus padres”.

El aspecto más estresante de la experiencia de la UCIN fue la percepción de la pérdida de función de los padres y, en particular, la separación de su bebé y el hecho de sentirse impotentes e incapaces de proteger a su bebé de los procedimientos dolorosos. ⁽²⁵⁾

La mujer se ve en constante y progresiva desconexión consigo misma, aprisionada y acorralada por la depresión. Se nota descuidada en su

aparición, lo que se revela en el abandono de los cuidados de estética corporal que mantenía anteriormente, en la rutina de cuidados higiénicos de su cuerpo y también con los cuidados relativos a una nutrición adecuada. Sin embargo, no solamente los cambios físicos derivados de la DPP la incomodan. La sensación de que está entrando en un estado de postración, apatía y que está desligándose de sí misma y del ambiente en que vive se hace presente y en ese proceso, la mujer se siente desanimada y sin voluntad para ejecutar cualquier actividad, incluyendo los cuidados con el hijo. ⁽³²⁾

Ella no está sola en su propia percepción, la pareja también ve su apatía, mediante la observación de la relación materna con su hijo, donde constata poca interacción con el mismo, específicamente en relación a contacto físico. ⁽³²⁾

5.2.5- IMPLICACIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR EN LA DPP

Los datos de nuestro estudio señalan la necesidad de considerar las implicaciones de la DPP para toda la familia, incluyendo especialmente a las parejas, además de a los hijos, que son por la mayor proximidad de la mujer, los más afectados por la depresión posparto. Marginado por los servicios de salud perinatal que tienen como foco a la mujer y al bebé, la pareja, tras el parto tiene que dar soporte a eventos relacionados con la mujer para los que no está preparado. Considerando que la depresión moviliza y afecta a todos los que conviven con la mujer, es necesario que toda la familia sea considerada como objeto del cuidado a ser ofrecido, además de ser preguntada sobre el comportamiento de la madre, así como de todo el contexto familiar sobrevenido tras el nacimiento del niño. ⁽³²⁾

Este estudio muestra que la DPP acarrea sufrimientos a la mujer, a la familia, y también desgastes en las relaciones conyugales, existiendo la necesidad de los profesionales que atienden el embarazo y puerperio de proporcionar información a la familia para identificar y manejar la situación con seguridad. ⁽³²⁾

Profesionales del área de la salud suelen enfocar elementos positivos acerca del embarazo y puerperio. Pero también se mezclan elementos desagradables como los trastornos emocionales, entre ellos la depresión posparto. El posparto puede ser un periodo de beneficios, de felicidad, de plenitud, pero también puede transformarse en un periodo con experiencias completamente opuestas a esas y la posibilidad de que esto ocurra debe ser revelado a la familia. ⁽³²⁾

5.3- PERCEPCIONES POR PARTE DE ENFERMERÍA

Las enfermeras consideraron que la cercanía física podría facilitar la proximidad emocional y viceversa. Sin embargo, también se encuentran situaciones en que los padres/madres podrían estar físicamente cerca pero emocionalmente separados, o físicamente distantes pero emocionalmente conectados. ⁽³³⁾

De Rouck y Leys argumentan que debería haber un "intercambio de información" entre los padres/madres y el personal de la UCIN: el personal proporciona información técnica, mientras que los padres/madres proporcionan información personal (es decir, sus propias preferencias y las de sus hijos) para que las familias perciban mejoras en la atención a sus bebés y sus preferencias sean tenidas en cuenta para el beneficio de ambos. ⁽³³⁾

5.3.1- CONSIDERACIONES

En la aplicación del Método Madre Canguro, la práctica de las enfermeras está influenciada por la cultura, la organización, el modelo de atención y la compleja interacción de creencias, normas y evidencias. Por lo tanto, existe una ambivalencia en las actitudes de las enfermeras hacia el contacto piel con piel entre los padres/madres y el bebé prematuro en la UCIN. ⁽³⁴⁾

El personal de la UCIN debe proporcionar el apoyo y los recursos que los padres/madres pueden necesitar para mejorar el manejo de los

sentimientos y percepciones que se puedan dar para que así puedan estar cerca física y emocionalmente de su bebé. ⁽³³⁾

5.3.2- BARRERAS PERCIBIDAS

En el presente estudio, las enfermeras creían que las barreras más importantes en la aplicación del MMC eran: ⁽³⁵⁾

- La asistencia no continuada de las madres en la sala. Esta se considera la más importante.
- La necesidad de obtener el consentimiento médico.
- El miedo de las madres a tocar a su bebé prematuro.
- La sobrecarga de tareas en la UCIN.

Los estudios también identifican las condiciones ambientales como uno de los principales factores desfavorables para la promoción de la atención de la madre canguro. ⁽³⁴⁾

Por lo tanto, para promover y mejorar el programa de cuidado infantil, especialmente los bebés prematuros, se deben tomar medidas para modificar dichas barreras y aumentar la duración del MMC. ⁽³⁵⁾

Las enfermeras también informaron dificultades en la aplicación total de la propuesta del MMC en la UCIN, lo que denota un alejamiento de los objetivos del programa nacional. La razón principal fue el declive o abandono de las prácticas por parte de los profesionales, lo que refleja la baja adherencia al modelo. ⁽³⁴⁾

5.4- PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

5.4.1- JUSTIFICACIÓN

La literatura nos proporciona una lista de factores de riesgo que se pueden usar para identificar a las madres que requieren atención especial y servicios relacionados con la salud mental. Al implementar exámenes de detección regulares para la DPP podemos dirigirnos a las madres que

necesitan una intervención temprana y reducir sus posibilidades de desarrollar la sintomatología. La participación proactiva del personal de la UCIN y los profesionales de la salud, es otra estrategia para la prevención e identificación de madres en riesgo de desarrollar DPP. ⁽³⁶⁾

Es importante constatar que esta enfermedad también puede afectar a los hombres y que hay un 10% de los padres que puede desarrollar la DPP durante el primer año después del nacimiento de su hijo. ⁽³⁷⁾

5.4.2- DETECCIÓN DPP DE FORMA PRECOZ

Goodman et al. (2014) confirman que la detección de la DPP de forma precoz es importante. Su aparición suele producirse durante las primeras seis semanas después del parto y si esta depresión continúa después de los seis meses posparto hay un aumento significativo de efectos negativos tanto para la mujer como para el bebé. ⁽³⁷⁾

Es necesario un diagnóstico precoz de la DPP y un tratamiento específico ya que el no hacerlo puede tener consecuencias tanto para la madre como para el hijo. ⁽³⁸⁾

Neiman et al. (2010), Yawn et al. (2012) y Goodman et al. (2014) afirman que la detección precoz, el cribado, la prevención y el tratamiento de la DPP son cruciales para mejorar los resultados tanto en la madre como en el bebé, disminuyendo la mortalidad y morbilidad. ⁽³⁷⁾

Según Slattengren et al. (2013), es esencial incorporar el cribado de la DPP en una visita rutinaria de la mujer en el periodo posparto, ya que un buen cribado y un seguimiento adecuado conducen a mejores resultados. ⁽³⁷⁾

Además, Yawn et al. (2012) muestran la eficacia de un nuevo programa (TRIPPD) en el ámbito de atención primaria que aplica un cribado universal a las mujeres en el periodo posparto, facilitando el diagnóstico de la DPP y, además, mejorando los resultados de las mujeres diagnosticadas con depresión a los 12 meses. ⁽³⁷⁾

Los profesionales de Atención Primaria son los que mejor pueden diagnosticar este trastorno ya que las mujeres son atendidas a lo largo de su embarazo en sucesivas consultas abarcando hasta el periodo posparto. (38)

Para poder detectar los casos de depresión posparto es necesario valorar a las puérperas. La matrona en la visita puerperal además de aspectos físicos valora también aspectos psicológicos y ofrece información sobre temas como los cuidados del recién nacido, cuidados puerperales y lactancia materna. Valora aspectos psíquicos de la mujer para poder detectar posibles casos de depresión posparto y derivar al médico de atención primaria o equipo pluridisciplinar que pueda abordar la patología, para así poder recibir el tratamiento adecuado lo antes posible. (38)

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es útil como método de cribado del riesgo de depresión posparto en Atención Primaria. (38)

5.4.2.1- EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Según la mayoría de artículos, la herramienta más utilizada y eficaz para identificar una mujer con riesgo de desarrollar una DPP es la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) y el diagnóstico definitivo de la enfermedad se obtiene a través del DSM-IV (SCID). El-Hachem et al. (2014) demuestran que la EPDS se puede considerar una herramienta de detección fiable a partir de los dos días después del parto, aunque Laviña (2013) comenta que esta escala es realmente fiable a las 6-8 semanas posparto. (37)

Para evaluar la depresión se ha utilizado la escala EPDS Edinburgh. Mörelius et al. evalúan los efectos del contacto piel con piel y la depresión de los padres, y encuentran diferencias significativas entre los grupos control e intervención ($p < 0,05$). (39)

5.4.3- PARENTAL STRESSOR SCALE

En el análisis de las intervenciones que tienen como objetivo la reducción del estrés postraumático relacionado con el parto prematuro, encontramos que la escala más empleada es la Parental Stressor Scale. Abdeyazdan et al., mediante la utilización de esta escala y una intervención de apoyo familiar entre los padres de RN prematuros en las UCIN, lograron una disminución del estrés en el grupo de intervención significativa ($p < 0,01$).

(39)

5.4.4- ACTUACIÓN ENFERMERA

Más allá de la experiencia científica-técnica y del cuidado físico, nuestro hacer también se extiende a las necesidades espirituales y emocionales (como ser holístico), contribuyendo al desarrollo emocional de la familia, humanizando la atención y verificando la ejecución de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia. (19)

En la depresión posparto, es necesario un enfoque multidisciplinar y se sugiere realizar un abordaje integral de la mujer durante embarazo, parto y posparto. El rol de matronas y enfermeras para prevenir, detectar y tratar la depresión posparto es esencial e imprescindible. La base para una buena actuación enfermera es valorar la mujer, el bebé y la familia en conjunto y fomentar la interacción positiva entre ellos. (37)

En cuanto a la prevención, las enfermeras deben conocer los factores de riesgo de la depresión posparto que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, proporcionar el apoyo necesario durante embarazo y posparto y fomentar el apoyo por parte de familiares y amigos. Además, una detección precoz de la depresión posparto es importante para poder abordar la enfermedad a tiempo y prevenir complicaciones. Las enfermeras y matronas deben realizar el cribado en las visitas de consulta rutinarias y la herramienta más eficaz para ello es la EPDS, aunque también se pueden utilizar otras escalas. (37)

Los programas que facilitan y promueven el contacto y la participación de las madres en la atención al prematuro también mejoran su bienestar psicológico. El modelo de «cuidados centrados en la familia», que recomienda el Ministerio de Sanidad, debería implementarse en todas las Unidades Neonatales como criterio de calidad de la atención que reciben estos niños y sus madres. ⁽³⁹⁾

6. CONCLUSIONES

El Método Madre Canguro es un método al cual tienen acceso todo tipo de personas sin importar su condición socio-económica. Esto lo convierte en un método más efectivo y eficaz ya que al poder implementar este método en toda la población hay una mayor probabilidad que las tasas de mortalidad neonatal disminuyan.

Para recibir todos los beneficios del MMC, el neonato y la madre o padre tienen que permanecer en contacto piel con piel entre 90 y 120 minutos como mínimo y de forma ininterrumpida, ya que las prácticas rutinarias de la atención al recién nacido, como el baño y la antropometría, pueden afectar negativamente el contacto entre la madre/padre y su bebé.

A parte de los beneficios para neonatos, madres y padres, también existen ventajas para el sistema de salud en término de reducción de costes, de carga de trabajo para la enfermería y de la reducción de las estancias hospitalarias.

Las barreras percibidas por el personal de enfermería a la hora de instaurar el MMC fueron la asistencia no continuada de las madres en la UCIN, su temor a tocar a su bebé prematuro y la necesidad del personal sanitario de obtener el consentimiento médico. Por lo tanto, para promover y mejorar el programa de cuidado infantil, especialmente los bebés prematuros, se deben tomar medidas para modificar dichas barreras y aumentar la duración del MMC.

Las madres experimentan diversos grados de estrés relacionados con la hospitalización de sus bebés en la UCIN ya que algunas madres parecen ser más vulnerables que otras. Es muy importante proporcionar a las madres asistencia psicológica desde el nacimiento para asegurar su bienestar y prevenir problemas futuros.

El parto prematuro es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión posparto.

Se encontraron niveles significativamente más altos de síntomas depresivos entre los padres/madres de bebés prematuros que en los padres/madres de los recién nacidos a término. Los niveles de ansiedad de los padres fueron más bajos que los de las madres.

El MMC se considera un procedimiento de soporte y ayuda para las madres que padecen DPP reduciendo la sintomatología que la caracteriza (nivel de ansiedad, disforia, sentimiento de culpa, dificultad de concentración e ideación suicida), y del mismo modo, ayudando a afianzar un vínculo emocional entre la madre y el RN.

La interacción temprana del prematuro con los padres/madres redujo el riesgo de depresión posparto tardía. Las madres que realizaban el contacto piel con piel mostraron una mayor afectividad y menor depresión posparto.

El MMC puede disminuir la depresión materna. Se pueden requerir estudios adicionales para aclarar estos hallazgos preliminares.

El aspecto más estresante de la experiencia de los padres y madres en la UCIN fue la percepción de la pérdida de función del rol como padres y, en particular, la separación de su bebé y el hecho de sentirse impotentes e incapaces de protegerle de los procedimientos dolorosos.

Este estudio muestra que la DPP no solo acarrea sufrimientos al padre y a la madre sino también a la familia. El personal de la UCIN debe proporcionar el apoyo y los recursos que los padres/madres y familia pueden necesitar.

En cuanto a la prevención de la DPP, las enfermeras deben conocer los factores de riesgo de la depresión posparto que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, proporcionar el apoyo necesario durante embarazo y posparto y fomentar el apoyo por parte de familiares y amigos.

Además, una detección precoz de la depresión posparto es importante para poder abordar la enfermedad a tiempo y prevenir complicaciones. Los profesionales de Atención Primaria son los que mejor pueden diagnosticar este trastorno ya que desde el embarazo son atendidas y en sucesivas revisiones en el posparto. La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es útil como método de cribado del riesgo de depresión posparto.

En la depresión posparto, es necesario un enfoque multidisciplinar y se sugiere realizar un abordaje integral de la mujer durante embarazo, parto y posparto. Es muy importante en este punto, mantener un contacto y transmitir la información entre el equipo de Atención Primaria y el equipo de la UCIN, de forma que exista un feedback acerca de los cuidados del bebé y del estado físico-emocional de la madre. En el caso de detectar una DPP sería interesante que los profesionales de la UCIN estuvieran informados para poder anticiparse al tratamiento y al buen control de la situación, y así ofrecer los cuidados óptimos para madre, bebé y familia y viceversa.

El rol de matronas y enfermeras para prevenir, detectar y tratar la depresión posparto es esencial e imprescindible. La base para una buena actuación enfermera es valorar la mujer, el bebé y la familia en conjunto y fomentar la interacción positiva entre ellos.

7. AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a mi familia, amigos y compañeros. Me gustaría hacer especial mención a mi madre Carmen; sus consejos, su experiencia, su paciencia y sus palabras de ánimo han sido definitivos para terminar este trabajo; y a mi padre Juan, quien no va a poder ver este logro pero se lo dedico con todo mi cariño. A mis hermanas Sandra, Ivana y Paola, por facilitarme la vida y apoyarme en cada decisión. A mis amigas incondicionales Cristina, Claudia e Iria... que por muy lejos que estén hacen que las sienta siempre cerca. Gracias.

Quiero agradecer también a mi tutora Carmen Grandío Ferreiro por su ayuda, flexibilidad y apoyo durante el transcurso del trabajo.

Y por último, quiero agradecer a la Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña el haberme permitido realizar este trabajo y sobre todo, el haberme formado en esta bellísima profesión que es ser Enfermera.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso L, Tascón M, Isabel D, Benítez C, et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016; 81(4):330–42. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n4/art12.pdf>
2. Rellán Rodríguez S, García de Ribera C y Paz Aragón C. El recién nacido prematuro. En: Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP: neonatología [internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008. P.68-77. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
3. Picot Castro M. Amenaza de parto pretérmino. Artículo de la revista matronas profesión. 2018; vol. 5 (17):30-36 Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n17pag30-36.pdf>
4. Blencowe, Hannah et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. The Lancet.; 2008; 379(9832): 2162-2172. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
5. Guia de práctica clínica. Recién Nacido Prematuro. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
6. Rizo Baeza FJ. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Alicante. Universidad de Alicante; 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63615>
7. Fleury Skaf I, Anneliese Domingues W, da Cunha Belo MC, et al. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: Revisión integradora de la literatura. Murcia. Enferm. Global. 2016; 15(44):416-427. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400017

8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneve. Switerland: OMS; 2010. Nacimientos prematuros [nota de prensa]; 2018 Feb 19 [Citado 05 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
9. Torchin H, Ancel PY. Epidemiology and risk factors of preterm birth. 2016; 45(10):1213-1230. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.igyn.2016.09.013>
10. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJK, et al. National Vital Statistics Reports Births: Final Data for 2014. 2015;64(12):2007–14. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/36961>
11. INE [Internet], Instituto Nacional de Estadística. 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/nacim/a2017/l0/&file=01011.px&L=0>
12. NIH [Internet], National Institute of Mental Health. Major Depression. U.S. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
13. NIH [Internet], National Institute of Mental Health. Depresión posparto. U.S. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>
14. Jadresic ME. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. 2014; 25(6): 864-1049. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
15. Navarrete L, Sal MC, Nieto L, Psic D, et al. Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. 2019; 61(1):27–34. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9083/11704>
16. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. La importancia de la prevención en Salud Mental en la atención al embarazo, parto y puerperio. 2018. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/la-importancia-de-la-prevencion-en-salud-mental-en-la-atencion-al-embarazo-parto-y-puerperio/>

17. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo, Servicio de Pediatría de Andalucía Oriental. Vol 7, Nº2, 2013. Disponible en: <https://www.spao.es/images/publicaciones/boletinesSPA0/pdf/boletin2-2013.pdf>
18. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. GPC MMC. 2004. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf;jsessionid=572F4B5CDDA2F1F3E7556C551E21BD51?sequence=1>
19. Acevedo DH, Ignacio J, Becerra R. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. 2017; 577–89. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00577.pdf>
20. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. 2010; 820-826. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01787.x>
21. Torres EV. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. 2012. Disponible en: http://www.desenvolupa.net/content/download/1321/9201/file/metodo_canguro_isabel_amat_v0.pdf.
22. Ribera RP, Cogul EC. Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres. 2014; 53–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678967>
23. A. Buil, I. Carchon, G. Apter, F.X. Laborne, M. Garnier, E. Devouche. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: New insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants. 2016; 913-920. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.04.023>

24. Baley J, Fetus C. Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU. 2015; 136(3). Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/3/596.full.pdf>
25. Lianne J. Woodward, Samudragupta Bora, Caron A. C. Clark. Very preterm birth: maternal experiences of the neonatal intensive care environment. 2014; 34(7): 555–561. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154363/pdf/nihms-623546.pdf>
26. Xie J, Zhu L, Zhu T, Jian Y, Ding Y, Zhou M, Feng X. Parental Engagement and Early Interactions With Preterm Infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression. 2019; 207(5):360-364. Disponible en: [10.1097/NMD.0000000000000971](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000971)
27. Martins Arraes de Alencar AE, Cláudio Arraes L, et al. Effect of Kangaroo Mother Care on Postpartum Depression. 2009; 55(1):36-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmn083>
28. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm. 2012; 21 (4):209-213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>.
29. Olhaberry M, Martínez V. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. 2013; 31:249–61. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v31n2/art11.pdf>
30. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, et al. Mothers depression, anxiety and mental representations after preterm birth : a study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. 2018; 6 (December): 1–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293875/pdf/fpubh-06-00359.pdf>

31. Babore A. The experience of premature birth for parents : the application of the Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants to an Italian sample. 2015; 6 (September): 1–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586417/pdf/fpsyg-06-01444.pdf>
32. Aparecida M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. 2016: 232–55. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/docencia4.pdf>
33. Feeley N, Genest C, Niela-vilén H, Charbonneau L, et al. Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation : a qualitative study of NICU nurses perceptions. 2016;1–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0663-1>
34. Johanson L, Luzia J, Privado T, Rodolfo Í, et al. Management challenges for best practices of the Kangaroo Method in the Neonatal ICU. 2018; 71 (6): 2783–91. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/0034-7167-reben-71-s6-2783.pdf>
35. Namnabati M, Talakoub S, Mohammadizadeh M, Mousaviasl F. The implementation of kangaroo mother care and nurses perspective of barriers in Iranian NICUs. 2016; 8–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776565/>
36. Cherry AS, Mccaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. 2014; 975–87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247145/pdf/ijwh-6-975.pdf>
37. Camps MM. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. 2016; 2:57-85. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368>
38. Moreno M, Bonilla AM. Villar V. Depresión postparto. 2015; 7(3). Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2007_3_10.pdf

39. Calsina SP, Gutiérrez N, Calle S, Besa ME et al. Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. 2018; 19(1):21–7. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/126505/1/682985.pdf>
40. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. 2014. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

9. ANEXOS

ANEXO I: A) Técnica MMC de posicionamiento vertical. B) Técnica MMC de soporte con flexión diagonal. ⁽²³⁾

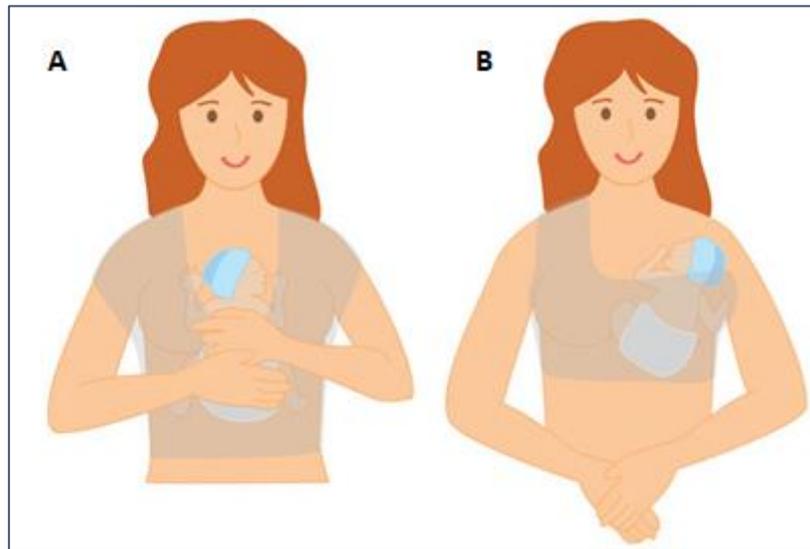


Figura 2. Técnicas MMC

ANEXO II: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Modificada de Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003). ⁽⁴⁰⁾

Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, **SUBRAYE** la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - A) Igual que siempre
 - B) Ahora, no tanto como siempre
 - C) Ahora, mucho menos
 - D) No, nada en absoluto

2. He mirado las cosas con ilusión
 - A) Igual que siempre
 - B) Algo menos de lo que es habitual en mí
 - C) Bastante menos de lo que es habitual en mí
 - D) Mucho menos que antes

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
 - A) Sí, la mayor parte del tiempo
 - B) Sí, a veces
 - C) No muy a menudo
 - D) No, en ningún momento

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
 - A) No, en ningún momento
 - B) Casi nunca
 - C) Sí, algunas veces
 - D) Sí con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
 - A) Si, bastante
 - B) Si, a veces
 - C) No, no mucho
 - D) Sí con mucha frecuencia

6. Las cosas me han agobiado
 - A) Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
 - B) Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
 - C) No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
 - D) No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
- A) Si, la mayor parte del tiempo
 - B) Si, a veces
 - C) No muy a menudo
 - D) No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
- A) Si, la mayor parte del tiempo
 - B) Si, bastante a menudo
 - C) No con mucha frecuencia
 - D) No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
- A) Si, la mayor parte del tiempo
 - B) Si, bastante a menudo
 - C) Sólo en alguna ocasión
 - D) No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
- A) Si, bastante a menudo
 - B) A veces
 - C) Casi nunca
 - D) En ningún momento