

## **EL TREBALL AMB PARES DES D'UNA UNITAT DE CURES INTENSIVES NEONATALS**

Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç, 2n Semestre, Desembre de 2005, nº 25-26. pg. 21-34.

AUTORS: **R. Tarragó i M. Cortada**

PARAULES CLAU: **Prematuritat, nadó de risc, tècniques de reproducció assistida, reduccions embrionàries, grup de pares, Unitat de Cures Intensives Neonatals, vincle, intervenció precoç.**

### **RESUM**

Entenem que tot el que es va succeint en una UCIN des d'abans de l'ingrés d'un nen prematur té un valor extraordinari per la seva evolució, no vista únicament des de l'àmbit biològic sinó també des de la seva evolució personal i relacional. El treball d'afavorir el vincle en els primers moments de la vida del nen passa per la comprensió de la història de la família, l'embaràs i el moment del néixer. La possibilitat d'apropar-se als pares i al nen dependrà de la capacitat d'informar, escoltar i contenir les ansietats que tinguin els professionals.

### **INTRODUCCIÓ**

L'oportunitat d'incloure professionals de la salut mental en el treball assistencial que es realitza des d'una Unitat de Cures Intensives Neonatals (UCIN), no només ha permès constatar la vulnerabilitat de la situació per als nadons i les seves famílies, sinó també poder desenvolupar eines psicoterapèutiques que permetin un treball focal mentre dura l'ingrés d'aquests.

En aquest article ens centrarem amb uns factors de risc per al desenvolupament físic i emocional d'aquest nadons, que vindrà determinat per com s'ha desenvolupat la seva arribada al món, a la vegada que incidirem en una eina de treball molt valuosa pel seu valor preventiu. Així doncs, els temes que desenvoluparem són::

- 1) Les Tècniques de reproducció assistida i les Reduccions embrionàries
- 3) La prematuritat i el vincle
- 2) Grup de pares en la UCIN

#### **1) Les Tècniques de reproducció assistida i les Reduccions embrionàries**

A l'hora d'atendre a un infant i els seus pares, sabem de la importància que te tot el desig i procés de búqueda d'un fill, així com el desenvolupament del la gestació i el moment del part per al procés de la vinculació. Aquestes situacions es fan molt mes intenses quan el desenllaç final suposa l'ingrés del nadó a la UCIN, afectant les vivències del moment, en l'acostament al seu fill, i en l'adquisició de les funcions parentals.

Destaquem especialment les tècniques de reproducció assistida (TRA), en tant que en l'hospital de Sant Pau es un dels pioners en aquestes tècniques i això ha fet que de la totalitat de nens de la UCIN, aquests pares representen gairebé una quarta part del total. No podem oblidar que cal tenir una cura especial a l'assistir aquests pares, doncs significa que el final d'un procés difícil i dolorós ha esdevingut amb l'ingrés del seu nadó o nadons a la UCIN.

Aquest fet comporta que una part dels nadons prematurs als que assistirem son fruit d'un difícil procés on la tècnica aporta novetats psicològiques en la parentalitat que haurem d'atendre i comprendre. Ens trobarem davant un procés de dol complexe que es manifesta en les diferents reaccions de les parelles davant el diagnòstic d'infertilitat. La infertilitat, com ens descriu la psicòloga Nuria Camps, és un "dol de dols", que contempla un múltiple procés d'elaboració de la pèrdua, que es pot centrar en tres nuclis:

- Pèrdua de l'equilibri vida/mort que trenca el sentiment profund de vida.
- Pèrdua del fill desitjat, entenent-lo com un objecte intern teixit des de la infància i que simbolitza la fecunditat. Es el fracàs de les identificacions edípiques amb els pares fèrtils i la impossibilitat del compliment de l'ideal del Jo. Aquest es un dol que s'elabora en la intimitat de la parella.
- El tercer es refereix a l'assimetria existent en la parella, ja que el mes freqüent es que sigui nomes un membre de la parella biològicament infèril, fet que pot provocar acusacions explicites o silenciades.

A més d'aquest marc emocional, sovint molt fràgil, del que parteixen aquests pares, hi ha tot el seguit d'experiències vitals per les que segurament hauran de passar: sotmetre's a proves, estimulacions ovàriques les mares, implantacions d'embrions, potser pèrdues repetides d'aquests, potser algun legrat..., i tornar a començar; i així mesos o anys. Tot un desgast físic i emocional, acumulat, que un cop assolit l'objectiu es pot veure novament sacsejat, perquè després potser han de passar per una reducció embrionària, i/o un òbit fetal, el possible ingrés d'elles per amenaça de part prematur i/o posteriorment un part quan encara no tocava, requerint els nadons un ingrés que es pot prolongar durant setmanes. Es a dir, molt patiment per a uns pares que ja venien d'altres situacions de dols ja descrits.

En aquest context de tantes pèrdues i tant dolor, no hem de perdre de vista la importància del paper dels professionals. Som conscients del repte que suposa pel treball terapèutic aquestes noves experiències de “ser pares”, ja sia de nens prematurs, de fills fruit de fecundacions *in vitro* (FIV) o qualsevol de les tècniques de reproducció assistida, ser pares primerencs a edats avançades, o els parts múltiples que suposen una paternitat de dos, o tres o quatre fills, i en el major nombre de casos, amb dificultats des de l’inici. Son temes que ocupen en l’actualitat a molts professionals: obstetres, neonatòlegs, pediatres, psiquiatres i psicòlegs. En la nostra tasca hem anat constatant que hi ha temes i ansietats que només apareixen després de bastant temps de treball amb la família; son dols de la parella davant la infertilitat, i/o els ressentiments amb el mon mèdic –on la falta de cura l’expressen en forma de falta d’informació i de demandes de presa de decisions importants en moments en els que l’emoció que els envaeix des del començament de la gestació no els permet pensar. No els serà possible verbalitzar els seus sentiments fins el moment en que poden iniciar un procés d’elaboració del tot el que els ha passat, algunes vegades un procés molt dolorós de dols i pèrdues.

Una vegada emmarcat aquest context de les TRA, ens centrarem amb les reduccions, en tant que genera més qüestionaments, des de la tècnica a la ètica.

Que s’entén per reducció, des de la practica medica? La reducció fetal en embarassos múltiples (RFEM) és un procediment clínic desenvolupat a mitjans dels anys 80, quant un petit numero de centres dels Estats Units i Europa intentaren millorar els resultats habitualment adversos dels embarasso múltiples mitjançant la finalització selectiva o reducció del numero de fetus fins a xifres més manejables. En aquest moment hi ha indicis que la legislació marqui un màxim de dos “embrions”, però fins al moment portem molts anys on se n’han implantat tres o quatre. A la vegada la implantació de dos embrions no treu que algun d’ells es pugui duplicar, tenint aleshores una gestació de trigèmins, que també serà intervinguda des d’aquest punt de vista.

Al consultar el terme *Reducción* en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*, trobem una definició que s’ajusta al sentiment que produeix l’escolta dels pares angoixats quan poden parlar de la seva experiència, que normalment es després d’un o dos anys després del naixement.

*Reducción: La operación que consiste en eliminar de una vivencia y de su objeto toda toma de posición acerca de su realidad, así como de la existencia del sujeto.*

Que s'hagi donat aquest nom a aquest acte mèdic, segur que no deu ser fruit de valorar-ho com un acte escindit, però sí que és cert que s'elimina de tal manera que acaba essent una informació que no existeix ni en la major part de les històries dels obstetres ni, per suposat, en la dels neonatòlegs. Sembla que aquesta és una dada que queda en la història del centre on es realitza la TRA, molt probablement perquè tampoc sigui una informació que es sol·liciti als pares, afavorint la negació.

No existeix molta informació sobre les conseqüències psicològiques en la mare que pateix aquesta intervenció, ni de com viu el pare aquesta situació tant allunyada del seu cos però tant propera als seus sentiments. També ens plantejem: quines són les conseqüències que poden patir els nens nascuts en el sí d'una gestació en que hi haguéssin una reducció? O com es manega la culpa? Tots aquests interrogants ens han d'ajudar a pensar en la necessitat d'un suport psicològic per aquestes parelles en moments tant difícils, on se'ls pugui ajudar a pensar i elaborar les decisions. Pel contrari ens trobem davant una situació on certament "s'elimina tota presa de posició respecte a la seva realitat, així com de l'existència dels subjectes", tal com ens diu la definició abans citada.

Totes aquestes observacions ens han dut al replantejament de la terminologia que dins l'historial obstètric valora la paritat de la dona; s'utilitzen unes inicials per a identificar el nombre d'embarassos i com ha estat la finalització d'aquests: el TPAL. Aquestes sigles signifiquen:

- T: Número de nens nascuts a Terme.
- P: Número de nens nascuts Preterme.
- A: Número d'Avortaments.
- L: Número de nens vius (*Live*).

Amb això, en el nostre treball diari, dins els protocols de recollida de dades, hem introduït una modificació que ens permetés plasmar tot allò que a nivell clínic sembla que no hi sigui, però que constatem que quedarà com una gran nafra en "l'historial" vital i emocional dels pares. El registre de la paritat que utilitzem ve definit per les sigles T-P-A-L-R-E. Seria un afegit de dues sigles referents a la última gestació, i on la R identificaria les Reduccions embrionàries, enteses com a pèrdues actives i voluntàries; i la E per a identificar les pèrdues naturals, òbits o nadons morts, els Èxits.

Es un intent de fer un espai a la pèrdua, i cal que això pugui començar pels equips, per així poder ajudar als pares a prendre les decisions i amb el procés del dol.

Degut a totes les vivències que produeix el fet d'una reducció, ens poden trobar des de mares en que el fetus mort ("reduit") es pot convertir en un objecte persecutori, i la mare es pot posar de part abans d'hora per expulsar-lo; o bé ser el nen ideal o idealitzat en contraposició al nadó que ha nascut i necessita de cures inicials en la UCIN. També s'observa una forta culpa racionalitzada, que pot ser projectada al metge: "ho vàrem fer perquè el metge ens va dir que era el millor". Tot plegat indicador de les grans dificultats per elaborar un fet que es fa molt difícil d'integrar i digerir emocionalment.

Tots aquests elements exposats els intentarem il·lustrar a través d'una entrevista feta a una mare, 18 mesos després del naixement del seu fill.

### Cas clínic:

La Mònica es una nena que neix a les 27 setmanes de gestació i amb un pes de 1.300 gr. Es el primer fill d'una parella de 39 anys, tractats amb TRA, concretament amb una FIV. En la historia obstètrica consta un avortament terapèutic per una alteració cromosòmica del germà bessó trobada en l'estudi del diagnòstic prenatal. La Mònica roman dins les dificultats pròpies d'un gran prematur durant unes 48 hores; posteriorment fa una hemorràgia pulmonar, i al quart dia es detecta una hemorràgia cerebral grau IV. Durant el seu ingrés a la UCIN, que va durar 4 mesos, se la va operar per a posar-li una vàlvula de derivació al cap. Una vegada donada d'alta necessita de moltes cures, essent necessaris varis ingressos i intervencions quirúrgiques cerebrals mes per a resoldre problemes existents en la seva vàlvula, i havent de ser necessària la col·locació d'una nova derivació.

Durant aquest dolorós procés varem anar observant a la Mònica i entrevistant als pares, i intercanviant amb l'equip de metges i infermeres formes d'acompanyar i contenir les ansietats que mostraven aquests pares, manifestades, primerament, en una queixa constant de tot el que es feia amb la seva filla, qüestionant constantment els diagnòstics i cures que rebia. Això despertava un comportament hostil de les infermeres vers aquests pares, que encara es sentien pitjor tractats i amb mes temors del tracte cap al nadó.

Es va poder parlar en una de les reunions d'equip de la situació i del rebuig que despertaven aquests pares, buscant formes d'apropament al seu dolor i sentiment de culpa.

En les diverses entrevistes que varem realitzar durant l'ingrés del nen els pares varen anar verbalitzant la seva necessitat de fer ells quelcom mes per la seva filla: varen gravar en cintes la veu dels pares, que s'introduïa en la incubadora a estones,

quan per l'observació que realitzàvem ens semblava que podia ser més gratificant per a la nena.

Al donar-la d'alta la mare, especialment, es sentia ben acollida i ho va poder expressar. Es va realitzar el seguiment que fem amb els nens de la Unitat, als 6, 9, 12, 18 i 24 mesos d'edat corregida. Després del primer reingrés se'ls deriva a un CDIAP per a tractar les seqüeles motores i atendre globalment a la nena en la seva evolució. Novament va ser difícil aquesta derivació ja que la mare expressa novament que no es sentia suficientment atesa, recurrent sovint a l'Hospital per a posar-nos al corrent de les dificultats i progressos de la Mònica. Aquesta evolució ha estat així fins als dos anys de la nena, que correspon al moment en el que la derivació ja es quasi imprescindible per qüestions de les nostres possibilitats d'atenció. Es en aquesta entrevista de derivació cap a una companya, que s'ocupa del seguiment dels nens més grans, quan la mare relata el seu sentiment de trobar-se navegant per un riu amb una barqueta i que de repent es troba en una cataracta, adonant-se de que no estava ben preparada per a fer front a la precipitació que suposava donar aquell salt immens al buit. Diu: *“Quan varem decidir provar amb tècniques de reproducció jo no ho tenia molt clar, però hi vaig accedir perquè veia lo important que era per a la meua parella; va ser molt dur, fracassarem en dos intents i, ja en l'últim, vaig quedar embarassada. Durant les primeres setmanes hem varen comunicaren que era un embaràs de trigèmins; quan ja me n'havia fet a la idea m'aconsellaren que per la meua edat no era convenient seguir amb els tres i que havia de plantejar-me una reducció. M'ho van haver d'explicar varies vegades perquè no entenia el que hem deien. La meua parella hem va dir que havia de decidir jo, i que ell recolzaria la meua decisió; no podia esperar molts dies, i tampoc sabia quines preguntes podia fer per a saber que no m'equivocava. Imagini's com hem vaig equivocar! Al final vaig veure als metges tant convençuts que vaig decidir sense saber per que. A les poques setmanes després d'això m'explicaren que, dels dos nadons que duia, un estava afectat d'una cromosomopatia i que estava en el meu dret de fer un avortament terapèutic; aquí sento que la meua parella si que va opinar, tot i que l'embarassada seguia essent jo. Varen fer l'avortament i vaig seguir amb la gestació; semblava que ja no podien succeir mes coses, intentava oblidar i ocupar-me del meu embaràs tot i que hem sentia molt malament i no podia expressar-ho perquè ningú ho entenia, i després... be, el que segueix ja ho coneix. Algunes vegades hem pregunto: Com varem fer l'elecció? Teníem dret a fer-ho? Com hauria estat si no m'haguessin reduït? Tindria ara un fill*

*sa? Aquestes preguntes sense resposta m'atormenten i algunes vegades hem fan pensar que no vull a la meva filla i hem sento molt culpable perquè semblaria que la vull substituir i no es això. O pensa que si? Be, ja veu que estic molt confosa, però: Poden succeir mes coses en el transcurs de 27 setmanes? Crec que es molt difícil arribar a assimilar tant de dolor.”*

Per tant, veuríem que aquest seguit d'actuacions mèdiques, comporten els seus riscos per a la salut mental de les parelles que se sotmeten a determinades tècniques obstètriques. La repercussió emocional l'observem en:

- Aparició de psicopatologia, durant la gestació i/o en el postpart, degut a la dificultat per integrar aquests impactes emocionals descrits, apareixent: estats depressius, trastorns dissociatius, d'ansietat, o per estrès posttraumàtic.
- Dificultat per afrontar la maternitat o paternitat, i més si el nadó requereix de l'ingrés a la UCIN. Son pares que els hi costa entrar a la Unitat, que toquin el seu nadó, que les mares se'l posin al pit, no accepten o neguen qualsevol complicació física que pugui aparèixer, etc.
- Dificultat en la vinculació amb el nadó/nadons nascut/s.

A la vegada, doncs, faríem els següents suggeriments als equips assistencials:

- Que els ecografistes no mostressin als pares el batec del cor del fetus que “reduiran”, ja que és constatar encara més que és un ésser viu i que el mataran. Escoltar el batec del cor del fetus és quelcom que accentua el lligam amb aquell ser.
- Espai físic: separar el lloc d'ingrés de la dona gestant que se li realitza la reducció, del lloc on hi ha ingressades les dones que acaben de donar a llum i tenen els seus nadons a les habitacions.
- Recolzament psicològic abans i després de la reducció, essent també aconsellable alguna entrevista de valoració posterior al part.
- No implantar els embrions donant per suposat que si tots son viables ja se'n traurà/reduirà algun.
- L'equip de les TRA ha d'intentar integrar aquestes pèrdues, en tant que això ajudarà a la parella a integrar la pèrdua. A la vegada, pensem que tampoc es bo per a l'equip mèdic que “reduïxi” del seu cap aquesta actuació i les emocions que apareixen en la seva praxis.

## 2) PREMATURITAT I VINCLE<sup>1</sup>

Havent fet esment a la maternitat i paternitat fruit de les tècniques de reproducció assistida, hem intentat fer una aproximació al que valorem com a paradigmàtic de la necessitat de plantejar-nos la vinculació des de la gestació. En el present apartat, ens centrarem en el nadó prematur per poder valorar, no només el que es mobilitza en els pares que tenen un fill que requereix d'un ingrés inicial, sinó també per tot el pes del que representa la gestació i el vincle.

Entenem la gestació com un camí sembrat d'esperances i temors, on conjuntament amb el desig inicial de tenir un fill, s'aniran configurant un seguit de fantasies que les considerarem com la protohistòria del vincle. Això permetrà que la parella es vagi estructurant i organitzant per a deixar espai a aquest nou ser, essent el preludi del sistema de relacions mare-pare-fill. Així doncs, les quaranta setmanes de gestació són necessàries per a que el nadó es formi en la panxa de la mare i en el cap dels pares. Serà especialment en els últims mesos quan les mares comencen a pensar en el bebè com un ser diferenciat i personificat: li busquen nom, es munta l'habitació, es compra la robeta, etc. A la vegada que el nadó en gestació emet senyals de presència a través dels seus moviments, que adoptaran patrons d'activitat que la mare de mica en mica anirà identificant i anticipant.

Per tant, en la prematuritat, aquesta interacció precoç entre el fetus i la mare serà dramàticament interrompuda pel naixement abans de terme. Això provoca en els pares un cop catastròfic provocat pel canvi, per allò inesperat. En les mares de nadons prematurs, la interrupció de la gestació -amb la seva depressió reactiva que sol aparèixer en els moments de descompensació del bebè- interfereix en les funcions maternes i en les capacitats de reconèixer les necessitats del bebè.

En la Unitat de Neonats ens trobem constantment amb les mares que senten que no han pogut aguantar més al seu bebè, que li han donat una vida massa fràgil, se senten culpables i poden sentir al fill com un perseguidor. A més, quan el món mèdic no pot tranquil·litzar a la mare, perquè poden haver-hi dificultats, la realitat confirma la fantasia: el seu fill està realment en perill. Aleshores apareix el trauma.

---

<sup>1</sup> Part del text està estret de: R. Tarragó (2004). Prematuritat i vincle. Intervencions psicoterapèutiques en una unitat de cures intensives neonatals (UCIN). A Aloma. Num. 7, pp. 61-65.



Si observem al nen prematur veurem un bebè amb característiques ben diferents, tant per l'aparença física com en els patrons de conducta.

Si aquestes característiques són impactants, no son menys importants les dificultats que presenten en la manifestació de dos de les conductes innates de lligam, la succió i el somriure. També són bebès que tenen menys capacitat d'alerta i resposta davant dels estímuls; quan existeix resposta, aquesta és dèbil i difícil de ser interpretada per els pares. Entenem, doncs la dificultat en la que es troben els pares per establir un vincle.

Els pares es troben en un entorn hospitalari d'una UCIN, espai poc afavoridor per al desenvolupament i altament estressant. Sovint l'estada a l'hospital és llarga i es crea un estat d'angoixa i de buidor quan es marxa a casa sense el fill/fills. Per tant, és cabdal afavorir al màxim l'apropament, per anar apaivagant aquesta angoixa, a través de mètodes com el pell a pell, que la mare deixi dins la incubadora un mocadoret impregnat de la seva olor, indicar als pares que parlin i toquin al seu fill, valorar la lactància, etc. Seran grans afavoridors del vincle en un moment on tot és fragilitat, pors i fantasies de mort. Però res de tot això té sentit si es converteix únicament en una tècnica; és imprescindible escoltar i sostenir als pares, respectant els temps de cada un d'ells així com mantenint una actitud d'escolta que els permeti expressar les seves ansietats i angoixes.

L'esforç dels professionals (neonatòlegs, infermeres i auxiliars) el veiem constantment en aquesta dansa d'acostar i separar, de reforçar i protegir, d'apropar-se i quedar-se al marge amb una vigilància expectant, des de l'observació més acurada que permet als pares l'apropament al seu fill amb la confiança de que no son els únics responsables del bebè .

Es en aquestes situacions on afavorir i recolzar les respostes del nen front els estímuls, mostrar les competències i les seves preferències, poden estimular les funcions maternes i paternes, intensificant així la vinculació.

El vincle serà l'eix fonamental per a que, quan el nadó sigui donat d'alta i tenint recursos suficients, els pares no es sentin excessivament envaïts per la por i dubtin de la seva capacitat de criança front aquell fill que els ha fet viure el sentiment de fracàs. Sinó, sovint fan reingressos, van a urgències per petites coses que els omplen d'angoixes, i necessiten compartir-les amb l'equip de professionals que han lluitat per fer viure al seu fill . A la vegada sabem de les repercussions que apareixen en el desenvolupament físic i emocional dels nens quan hi ha alteracions del vincle.

### **3) ESPAI DE PARES**

En aquest marc de treball dins la UCIN, on ja hem descrit el munt d'intenses emocions, ansietats, ambivalències, confusions i patiment pel que passen els pares, varem creure imprescindible que calia posar en marxa les màximes eines psicoterapèutiques per a poder sostenir-los i acompanyar-los.

L'estada dels petitors a la UCIN pot variar, des d'hores, a dies o mesos. A la vegada, pels pares es va tornant un marc de referència on durant aquest temps pivotarà la seva "vida" i atenció. Un marc amb una estructura força fixa: un espai, uns horaris, una manera de fer de l'equip, els diferents torns d'infermeria, el passi de visita de les neonatòlogues, etc. Aquest es el punt de trobada de diversos pares que tenen en comú el mateix: hi tenen ingressat el seu fill/filla/fills. A la vegada son experts observadors i participants d'aquest espai on hi passen tantes coses, a ells i als altres; coses boniques, d'altres inquietants, d'altres molt angoixants i greus.

Es en aquest marc que es va creure imprescindible de poder oferir als pares un espai on poder compartir entre ells les seves diferents i a la vegada convergents experiències, així com un lloc on poder parlar de tot allò que estava passant dins la UCIN.

El grup de pares, o mes ben dit, l'Espai de pares, es un espai que s'ofereix a tots aquells pares mentre tenen el seu nadó ingressat, un cop a la setmana, d'una hora de durada, i el realitzem dins una sala de la UCIN. La metodologia evidentment es molt diferent a d'altres grups. Al ser un grup obert, ens trobem amb uns pares que constantment varien dins el grup, i la variabilitat d'un dia a l'altre es important. No obstant entenem que els objectius no varien, encara que l'espai i el temps sigui tan diferent al que estem acostumats quan parlem de grups.

Així, veiem com a objectius comuns a d'altres tipus de grups de pares, que:

- Es un espai fer afavorir el pensament
- Promou la recuperació del rol de pares
- Crea un espai de comprensió
- Modifica aspectes de la relació

En veiem la necessitat o la indicació, en tant que:

- Ja hem descrit que son pares amb una forta necessitat de suport emocional.
- Tenen una gran necessitat de ser escoltats.
- En aquest marc que hi ha uns professionals que tenen cura del seu fràgil nadó, necessiten que se'ls doni suport en la seva capacitat de ser pares.

- Cal un recolzament per a poder pensar en les modificacions de les seves relacions (des de les pròpies de la maternitat i paternitat, a les que venen condicionades per aquesta nova situació).

Per tant valorem aquest moment de trobada entre els pares, donat que:

- Podem observar les diferents dinàmiques parentals i familiars que es donen, amb possibilitat de poder-les modificar, ja sigui per la nostra intervenció o per la resta del grup.
- Es un espai de comunicació, en que es comparteixen els sentiments i les dificultats que experimenten, doncs son uns pares que encara no tenen el seu recent nascut a casa perquè li passa quelcom.
- El grup ofereix la possibilitat de trobar-hi l'ajuda necessària per a elaborar les diferents situacions dels dols.
- Per les vicissituds de la situació, es un espai de sanejament, en tant que es poden parlar de les diferents situacions que es donen dins la UCIN, i poder diferenciar cada nen i situació. Aquesta trobada pren encara mes rellevància quan hi ha la mort d'algun nadó, o be quan algun ha fet una aturada cardiorespiratori o alguna convulsió mentre tots els pares estaven dins, essent desafortunats espectadors del drama d'uns pares i d'un petitó, així com de les actuacions de l'equip mèdic.