

# Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Lucía Martín García

Grado en Enfermería  
Escuela de Enfermería de la Cruz Roja (UAM)

Fecha de recepción: 25/02/2019. Fecha de aceptación: 20/03/2019. Fecha de publicación: 29/04/2019

Cómo citar este artículo: Martín García, L., Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Conocimiento Enfermero 4 (2019): 05-27.

## RESUMEN

**Introducción.** El nacimiento de un recién nacido (RN) que requiere ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) será una experiencia inesperada para los padres y madres, provocándoles estrés y ansiedad. El estado emocional y las preocupaciones dificultan el proceso de apego incidiendo negativamente en el desarrollo infantil. Por ello, se ha puesto de manifiesto la necesidad de atender las necesidades psicosociales de los progenitores para ofrecerles apoyo y promover el vínculo.

**Objetivo.** Conocer si las intervenciones enfermeras responden a las necesidades psicoemocionales.

**Metodología.** Se llevó a cabo una revisión en los recursos consultados como Cuiden, IBECs, Medes, Biblioteca Cochrane Plus, Psycinfo, PubMed, Dialnet y BioMed Central.

**Resultados.** Las intervenciones mostraron ser beneficiosas disminuyendo el nivel de estrés y ansiedad en los progenitores.

**Conclusiones.** Enfermería desempeña un papel fundamental ayudándoles a comprender mejor esta experiencia.

**Palabras clave:** bebés prematuros; recién nacido; padres; experiencias de vida; estrés psicológico; rol; vínculos emocionales; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

## Psychosocial care to parents in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

## ABSTRACT

**Introduction.** The birth of a newborn who requires admission to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is an unexpected experience for parents and mothers, causing stress and anxiety. Emotional state and worries make difficult to establish the attachment process impacting the child's development. Therefore, interventions are proposed to provide support and promote bonding.

**Objective.** To know if the nursing interventions respond to the psycho-emotional needs.

**Methodology.** The search of scientific evidence was made from consulted resources such as Cuiden, IBEC, Medes, Cochrane Plus Library, Psycinfo, PubMed, Dialnet and BioMed Central.

**Results.** The interventions showed to be beneficial reducing the level of stress and anxiety in progenitors.

**Conclusions.** Nursing has a fundamental role in helping them to better understand this experience.

**Keywords:** infant premature; newborn; parents; life change events; psychological stress; role; objetc attachment; Intensive Care Units Neonatal.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/65>

## Introducción

### 1. Nacimientos prematuros

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define prematuro o pre término al “bebé nacido vivo antes de la semana 37 de gestación” y, nacido a término “cuando el parto se produce entre las semanas 37 y 42” [1]. Los bebés prematuros se dividen en tres categorías en función de la edad gestacional: los “prematuros extremos” son aquellos nacidos antes de las 28 semanas, los “muy prematuros” son aquellos nacidos entre las 28-32 semanas, y los “prematuros moderados a tardíos” (PMT) son aquellos nacidos entre las 32-37 semanas; representan el 84% del total de nacimientos prematuros. También, se pueden clasificar según la relación edad gestacional–peso en: “peso elevado”, “peso adecuado” o “bajo peso”; un recién nacido (RN) con peso inferior a 1.500 g será considerado prematuro [1,2,4].

A nivel mundial, nacen cada año alrededor de 15 millones de bebés prematuros [1-4]. Se estima que un millón de niños fallecen debido a las complicaciones del nacimiento prematuro, siendo esta la principal causa de fallecimiento neonatal y la segunda causa (solo por detrás de la neumonía) en menores de cinco años [1-4].

En Europa medio millón de bebés nacen de forma anticipada, de los que 28.000 corresponden a España; en el índice nacional, uno de cada 13 niños nace antes de las 37 semanas de gestación. Según la Sociedad Española de Neonatología (SE-Neo) y la Asociación Española de Pediatría (AEP), los prematuros protagonizan el 75% de los ingresos hospitalarios de neonatos [5].

El parto prematuro se produce por una diversidad de razones. Entre las causas más frecuentes se encuentran: el aumento de la edad materna, el incremento de las técnicas de reproducción asistida asociadas a una mayor tasa de embarazos múltiples, una situación socioeconómica desfavorable, los problemas de salud en la madre como la diabetes e hipertensión, las infecciones, los antecedentes de otros partos prematuros y la influencia genética [1,2,4].

La incidencia de nacimientos prematuros es creciente y, además las tasas de supervivencia presentan grandes diferencias entre los países del mundo. En los países de ingresos bajos, alrededor

del 12% de los bebés nacen antes de que el embarazo llegue a término, frente al 9% en los países más desarrollados. Dentro de un mismo país, las familias con menos recursos tienen más riesgo de parto prematuro [1,2,4].

La prematuridad es un grave problema sanitario y social que exige un abordaje multidisciplinar [1,2,4]. La supervivencia de grandes prematuros y prematuros extremos ha supuesto un incremento de morbilidad y muchos de ellos sufren algún tipo de secuela de por vida, en particular, discapacidades intelectuales y del desarrollo relacionadas con el aprendizaje y déficits sensoriales (visuales y auditivos) [1,2,4,6].

### 2. Admisión en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

#### 2.1. Sintomatología asociada a los progenitores

La admisión de un RN sea debido a la prematuridad o a otras patologías en una UCIN se presenta, generalmente, como un hecho inesperado para los padres y madres conllevando cambios en el entorno familiar y laboral [7, 8, 9]. Esta experiencia exige un proceso de afrontamiento y adaptación en un entorno desconocido [8] y, la respuesta ante ello dependerá de los recursos y las redes de apoyo con los que cuente la familia [10,11].

Los progenitores experimentan numerosos sentimientos como culpabilidad, fracaso, tristeza, miedo, preocupación e incertidumbre, entre otros [10]. Esta situación influye en su bienestar generando alteración en el sueño y descanso, problemas de alimentación, apatía e inactividad y desencadenando una sensación de pérdida del rol parental caracterizado por la falta de confianza para cuidar del RN [9,10,11].

Los estudios aportan información relacionada con el alto nivel de estrés que sufren los progenitores, principalmente en las dos primeras semanas, al ver que su hijo requiere atención en una UCIN [12]. De ahí que se reconozca la necesidad de apoyarles emocionalmente [13].

Se han identificado diversas fuentes de estrés como el ambiente físico de la unidad, la apariencia del bebé, el desempeño del rol parental y la comunicación con el personal [12-15]. No obstante,

no son los únicos factores que condicionan la respuesta en las familias [14,15].

La búsqueda de la evidencia demuestra que el entorno de UCIN, los monitores, aparatos y las alarmas han sido descritos en estudios previos como estresantes para los progenitores [14,15]. El pequeño tamaño y el aspecto del bebé han sido descritos como una fuente intermedia de estrés [14,15,16]. En cuanto al estrés manifestado por las madres al estar separadas de su bebé y sentirse impotentes por no poder cuidarlo y no poder evitar la realización de procedimientos dolorosos fue considerado como una situación muy o extremadamente estresante [14,15]. Es decir, el rol parental es uno de los factores que más estrés genera [14,15,17]. Por otra parte, el gran número de profesionales de la salud y una comunicación adecuada con ellos es considerado por los progenitores como un factor satisfactorio y no estresante [14,15,16].

Según la literatura revisada [18,19,20], las madres experimentan más estrés que los padres. Para explicar esta diferencia, algunos autores refieren que las madres tienen mayores expectativas con respecto a su rol como cuidadoras debido al primer lazo o vínculo de unión con su bebé durante el embarazo y lo que más les preocupa, en comparación con los padres, es no poder alimentar a su bebé [18]. El estrés es un factor de riesgo importante, ya que puede interferir en la relación paterno-filial durante la primera infancia y, en consecuencia, aumentar el riesgo de secuelas a largo plazo [21-24].

Se podría decir que en la respuesta psicosocial de los progenitores intervienen diversos factores tanto externos como internos, desde los estresores propios del hospital a la experiencia en la UCIN, entre otros [14,15]. Dado esto, una meta importante de las enfermeras neonatales debe ser adoptar intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible para así normalizar las respuestas emocionales, disminuir el estrés y enriquecer el afrontamiento familiar [7,8,10,13].

## 2.2. La comunicación y relación con los profesionales de la salud

Los progenitores expresan la necesidad de obtener información sobre el estado de salud de su hijo. A menudo se sienten desinformados debido a su falta de familiaridad con el entorno y buscan el apo-

yo de los profesionales de la salud para hablar acerca de sus temores e inquietudes [11,25].

Con el fin de tratar la incertidumbre sobre la salud del bebé, los padres y madres deben recibir información objetiva, así como el apoyo y el compromiso del personal sanitario [26]. El déficit de información o explicaciones inadecuadas se describen como barreras en la comunicación teniendo efectos negativos [11]. Por lo tanto, la información debe ser clara, precisa y coherente con el fin de disminuir temores [10].

## 2.3. Establecimiento del vínculo y el rol parental

La admisión de un bebé en la UCIN presenta un reto para el establecimiento del vínculo ya que la expectativa de tener un hijo sano se ve interrumpida por tener que separarse de él y no poder cuidarlo como se esperaba [25]. La separación de los bebés de sus madres tiene efectos negativos en la estabilidad fisiológica, en la esfera psicosocial y en el desarrollo cerebral. Además, perjudica especialmente a los bebés prematuros ya que tienen un alto riesgo de padecer problemas en el desarrollo infantil y de conducta a largo plazo [27].

La separación entre ambos genera sentimientos de inseguridad y pensamientos negativos que interfieren en el vínculo alterando el rol parental [28,29,30]. Los padres y madres de bebés prematuros, debido al pequeño tamaño que éstos presentan, refieren tener miedo a la hora de tocar al RN fomentando aún más el sentimiento de separación [25].

Según indican los estudios, las enfermeras pueden actuar como una barrera o como un apoyo para los progenitores, involucrándolos en el cuidado del bebé y en la toma de decisiones con el objetivo de facilitar el vínculo [10].

## 2.4. Necesidades de los progenitores más allá del alta hospitalaria

El alta hospitalaria puede ser un momento preocupante causando estrés adicional en los progenitores [31]. Los sentimientos y emociones acumulados durante la estancia en la UCIN aumentan el riesgo de sufrir ansiedad y trastornos del esta-

do de ánimo en los familiares [32]. Varios estudios [23,24] han revelado que los altos niveles de estrés parental se asocian con una inestabilidad en el entorno familiar teniendo implicaciones negativas en la crianza de los hijos y en el posterior desarrollo infantil. Abordar los problemas cognitivos, de aprendizaje, conductuales y emocionales en los niños prematuros a través de una intervención temprana también puede ayudar a reducir el nivel de estrés parental [22].

Los PMT presentan mayor prevalencia de problemas de comportamiento y el doble de probabilidad de ser diagnosticados de Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), presentando trastornos específicos del aprendizaje [24,33]. Además, los prematuros extremos presentan un alto riesgo de padecer el Trastorno del Espectro Autista (TEA) ya que durante el periodo crítico están expuestos a numerosos agentes estresantes en el entorno de UCIN, alterando el normal desarrollo del sistema nervioso [33].

Es esencial comprender las necesidades de los padres y madres para apoyar durante los primeros años de la vida la relación con su bebé, tanto dentro de la UCIN como después del alta hospitalaria [34]. Las necesidades psicosociales post-estancia que precisaran los progenitores no son el objetivo de nuestro estudio, pero debido a la gran relevancia de este problema se consideró significativo para incluirlo en el presente trabajo.

Mi principal motivación para realizar este trabajo fue un caso de prematuridad cercano, en el que pude observar la falta de cuidados psicoemocionales que requerían los padres y madres en una UCIN. Los profesionales de enfermería, por su relación cercana con las familias, podrían desempeñar un papel fundamental ayudándoles a comprender mejor este fenómeno. Por tanto, con este trabajo se propone conocer los cuidados psicosociales y emocionales y los que se están ofreciendo en una UCIN, sin olvidar que estos cuidados serán individualizados y adaptados a las necesidades de cada progenitor.

## Objetivos

### Objetivo general:

- Conocer en qué medida las intervenciones enfermeras responden a las necesidades psi-

cosociales y emocionales de los progenitores cuyos hijos han sido hospitalizados en una UCIN.

### Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de estrés y ansiedad de los progenitores durante el proceso de hospitalización en una UCIN.
- Evaluar el afrontamiento de los padres y madres que reciben apoyo psicoemocional por parte de los profesionales de enfermería.
- Determinar el rol parental y la vivencia o experiencia dentro de una UCIN.
- Analizar si las enfermeras dan respuesta a las necesidades de los progenitores para establecer un apego seguro con el RN.
- Mostrar el papel de enfermería con respecto a los cuidados psicoemocionales orientados a los padres y madres en una UCIN.

## Material y método

Se realizó una revisión narrativa basada en la evidencia científica actual sobre el tema planteado. A continuación, se describe la metodología.

Para llevar a cabo esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, IBECs, Medes, Biblioteca Cochrane Plus, Psycinfo y PubMed. En esta última base de datos se utilizaron términos en inglés recuperándose demasiadas referencias (ruido documental) por lo que se realizó una búsqueda más precisa y específica empleando un lenguaje controlado utilizando los descriptores del recurso. También, se accedió al repositorio Dialnet y BioMed Central. Además, se consultó en páginas web como “Asociación Española de Pediatría (AEP)”, “Organización Mundial de la Salud (OMS)” y en el motor de búsqueda Google Académico.

Con respecto a la recuperación de información, se recopilaron las palabras clave o keywords: infant premature, newborn, padres/ parents, rol, bonding, family centered care, estrés, parental stress level, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales/ Intensive Care Units Neonatal, neonatología y experiencias de vida. Para delimitar la búsqueda ha sido necesario utilizar operadores booleanos (AND, OR y NOT), el truncamiento (\*) para las bases de datos PubMed y Cuiden y los filtros

“tipo de artículo”, “cronológico” (5-10 años) y “especie” (humanos). Además, se utilizó el tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): experiencias de vida, estrés psicológico, rol, vínculos emocionales, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y bebés prematuros y en la base de datos PubMed se utilizó el tesoro MeSH (Medical Subject Headings): life change events, psychological stress, role, object attachment, Intensive Care Units Neonatal e infant premature.

De todos los resultados obtenidos, se seleccionaron los artículos para la revisión narrativa en base a unos criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron los artículos originales, artículos de revisión, tesis doctorales y revistas electrónicas que se ciñeran al tema de investigación, artículos publicados en castellano e inglés y cualquier otro idioma traducido a su versión inglesa y artículos publicados en los últimos 5 años, y como excepción algún artículo publicado en los últimos 10 años. Además, se incluirán artículos que hablen de la experiencia vivida por padres y madres en una UCI neonatal, artículos que estudien la respuesta parental al estrés en el entorno de UCIN, artículos centrados en los aspectos psicosociales y emocionales de los progenitores, y artículos que traten sobre la efectividad de los programas de apoyo parental.

Los criterios de exclusión fueron los documentos de más de 10 años de antigüedad. Tampoco se incluirán los artículos relacionados con patologías neonatales, procedimientos o técnicas, nutrición, programas de cribado neonatal precoz, artículos que traten sobre los cuidados paliativos en la UCIN, artículos que traten sobre el duelo perinatal, y artículos que traten sobre la ayuda psicológica antes del nacimiento del bebé.

Con el fin de ordenar los resultados, se detalla en una tabla los recursos consultados, la estrategia de búsqueda, los resultados encontrados y el número de artículos que finalmente se seleccionaron según los criterios de inclusión y exclusión (Anexo 1. Tabla 1).

A medida que se leían los artículos seleccionados, también se revisaron las referencias bibliográficas que parecían ser apropiadas para esta revisión narrativa.

Tras la realización de todas las búsquedas en las fuentes de información y bases de datos mencionadas anteriormente, se seleccionaron 65 artículos para el desarrollo de este trabajo.

## Resultados

La literatura muestra diferentes intervenciones lideradas por los profesionales de enfermería para apoyar a los progenitores durante la estancia hospitalaria en UCIN disminuyendo así el nivel de estrés. La mayoría de estas intervenciones fomentan la atención centrada en la familia haciéndoles partícipes en el cuidado del RN [12,35,36]. Para evaluar el nivel de estrés en los padres y madres a consecuencia de la estancia en UCIN, se diseñó la Escala de Estrés Parental (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit; PSS: NICU, por sus siglas en inglés) [37, p.17,18] (Anexo 2). En España, no constan estudios en los que se haya realizado una adaptación y validación de esta escala [38], únicamente hemos encontrado un estudio realizado en el 2005 en el Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) que utilizó para su elaboración una traducción al español de la escala PSS: NICU [38,39].

Al analizar todos los resultados seleccionados, se puede hacer una comparación de las intervenciones existentes a nivel nacional e internacional. A continuación, se exponen los programas e intervenciones llevados a cabo a nivel internacional.

### 1. Intervenciones a nivel internacional

#### 1.1. Cuidados del Desarrollo Centrados en la Familia o Family Child Development Center (FCDC)

Actualmente, se ha puesto de manifiesto la necesidad de atender las necesidades psicosociales de los padres y madres en UCIN [40]. El “Cuidado del Desarrollo Centrado en la Familia” o “Family Child Development Center (FCDC)” reconoce a la familia como un integrante más del equipo de salud [27,40, 41,42]. Para ello, se requiere el establecimiento de una relación entre los progenitores con los profesionales para guiarles en la participación del cuidado del bebé y en la toma de decisiones [27,40,41,42,43]. Asimismo, FCDC mejora el apego, optimiza la atención individualizada y el desarrollo del neonato [27].

Para la prestación de este modelo de atención centrada en la familia, se requiere un equipo interdisciplinar formado por neonatólogos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y te-

rapeutas ocupacionales. Todos estos profesionales deben proporcionar intervenciones individualizadas para satisfacer las necesidades de los padres y madres y lograr unos resultados óptimos.

La comunicación proporcionada por cada miembro del equipo de atención es clave para garantizar el éxito de FCDC por lo que debe ser comprensible, sin jerga médica, personalizada y adaptada a la cultura familiar [27].

Estudios en Canadá, Reino Unido y Suecia, en el que las familias tuvieron un rol activo en la atención al RN mostraron que los padres y madres obtuvieron puntuaciones más bajas de estrés y se sentían más seguros a la hora de proporcionar los cuidados básicos, mientras que los bebés habían aumentado de peso por lo que su estancia en la unidad fue más corta [27,42].

Los profesionales de enfermería, por su relación cercana con la familia, parecen que son imprescindibles en el desarrollo de este programa. Además, estos profesionales poseen estrategias para involucrar a los progenitores en los cuidados del RN y participan en el establecimiento del vínculo durante el periodo en UCIN [26,43].

## 1.2. Atención Integrada a la Familia o Family Integrated Care (FICare)

En 1979, el Children's Hospital (Tallin, Estonia) implementó un modelo de cuidado basándose en la filosofía de la atención centrada en la familia [44]. El programa se basó en el modelo "Cuidado Humano Neonatal" desarrollado por Adik Levin (Tallin) en el que los progenitores brindaban cuidados al RN, mientras que las enfermeras ofrecían enseñanza y orientación a los padres y madres [42,44]. Este programa generó gran interés en Canadá por lo que en el 2010, un equipo multidisciplinar visitó Tallin para estudiar este modelo de cuidado. Este equipo sanitario postuló que se podría adaptar algunos conceptos del modelo estonio de atención centrada en la familia al entorno de UCIN canadiense, desarrollándose así el modelo FICare. El principio de FICare es que las familias deben recibir apoyo psicosocial y educación para participar en el equipo de profesionales de la salud ofreciendo atención al RN [42,44,45,46].

El programa consta de cinco áreas: 1) comprender la experiencia vivida por los padres y madres

en la UCIN, 2) reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión manifestada en los progenitores, 3) establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, 4) proporcionar atención para el desarrollo del neonato e interpretar el impacto terapéutico de la vinculación en los resultados del RN y 5) apoyar a los progenitores en la dinámica familiar [44].

FICare ofrece educación para los progenitores, un programa de educación dirigido a los profesionales de enfermería y el apoyo de padres a padres. Las sesiones educativas a los progenitores, dirigidas por las enfermeras, les permiten participar en los cuidados mediante actividades tales como alimento, baño, vestimenta y el método canguro [44]. Además, en estas sesiones se les anima a llevar un registro de estas actividades y a escribir en un diario los acontecimientos especiales [42]. Según la literatura revisada, parece que la educación dirigida a los padres y madres es la pieza clave de la atención integrada a la familia [45].

El apoyo de padres a padres tiene un papel importante en el modelo de cuidado de FICare al compartir sus experiencias para guiar y ofrecer apoyo dentro de un ambiente de confianza. También, los padres veteranos brindan apoyo a las familias a través de vía telefónica. Este programa identificó que las madres que recibieron apoyo de padres veteranos experimentaron menos estrés en la UCIN y menos depresión y ansiedad a los cuatro meses [45]. Sin embargo, no todos los progenitores encontraron beneficios en el apoyo grupal; participar en un grupo puede aumentar el estrés de algunos participantes al no sentirse cómodos compartiendo su experiencia y escuchando los relatos de otros sobre las complicaciones a las que tuvieron que enfrentarse [47].

Diversos estudios [42,44,45] indican que la implementación de FICare mejora los resultados neonatales, lo que conlleva una reducción de la mortalidad y morbilidad después del alta en UCIN [42].

En el estudio piloto [45,46] que se realizó en el Hospital Mount Sinai (Toronto, Canadá) el programa incluyó: sesiones de información, apoyo psicosocial individualizado y educación sobre la lactancia materna y el método canguro (Anexo 3. Figura 1). Las sesiones siguieron un cronograma semanal de acuerdo con la disponibilidad del personal y las necesidades de los progenitores. Los resultados indicaron que las enfermeras les enseñaron habilidades para cuidar al bebé y, además



recibieron estrategias para la resolución de problemas sintiéndose preparados en el momento del alta hospitalaria [45]. Los participantes mostraron una disminución significativa del nivel de estrés, sugiriendo un beneficio del programa FICare [42,46].

En Canadá y Australia se implementó un programa de educación para los padres y madres, con sesiones en grupos pequeños de tres a cinco veces por semana. Las sesiones estuvieron dirigidas por el coordinador del programa FICare o un profesional de la salud ofreciendo información acerca del desarrollo del bebé prematuro, el manejo dentro de la UCIN y la preparación para el alta y cómo interactuar con el RN. En estas Unidades de Neonatología, se ofrece una habitación de uso exclusivo para los progenitores facilitándoles pasar largas estancias en el hospital [42].

En abril de 2013 se llevó a cabo un ensayo aleatorizado controlado en el que se investigó cómo implementar el modelo FICare en diecinueve UCIN de Canadá, seis de Australia y una de Nueva Zelanda. Cada unidad recibió una visita del personal de investigación para evaluar la implementación del modelo. Los resultados fueron el aumento de peso en los bebés prematuros y la disminución del estrés y ansiedad en los progenitores. Este estudio finalizó en agosto de 2015 [42].

### 1.3. Programas e intervenciones para reducir la sintomatología asociada a los progenitores en el entorno de UCIN

En el Sureste de Estados Unidos se vio que los padres y madres que acudieron a los grupos de apoyo tuvieron una mayor participación en el cuidado del bebé y se sintieron más capacitados para sobrellevar la situación disminuyendo el estrés, la ansiedad y depresión. Otra técnica utilizada fue el diario donde los progenitores escribieron sus pensamientos, ideas y sentimientos [48].

El diario como parte de un programa de apoyo ha sido considerado una técnica de afrontamiento positiva, y se ha demostrado que disminuye la angustia psicológica en los progenitores [48]. También, en Reino Unido dos estudios proporcionaron información sobre el beneficio de los diarios [31]. En ambos estudios se vio que los programas individuales de atención, la psicoterapia, la enseñanza de habilidades emocionales para sobrelle-

var los problemas y resolverlos redujeron el estrés. La evidencia muestra la importancia de preparar a los progenitores para la UCIN y una buena comunicación a lo largo de la estancia hospitalaria del bebé [31].

Los programas de álbumes de recortes permitieron a las familias crear libros con recuerdos y fotografías de sus hijos. Todos ellos indicaron que les ayudó a sobrellevar la situación, disminuyó el estrés, les proporcionó un respiro del entorno hospitalario y les permitió interactuar con otras familias [48].

En Estados Unidos y Reino Unido las intervenciones se basaron en involucrar a los progenitores en programas individualizados de desarrollo y comportamiento, por ejemplo el programa COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment: Creando Oportunidades para el Empoderamiento de los Padres), el programa NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program: Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido) y el programa MITP (The Mother – Infant Transaction Program: Programa de Vinculación Afectiva Madre-Bebé). Los programas COPE y MITP obtuvieron mejores resultados porque ofrecieron apoyo psicoemocional y orientación sobre cómo cuidar al bebé, mientras que el programa NIDCAP se centró más en los resultados del RN [31].

Los principales resultados en 66 UCIN en Alemania, mostraron que los progenitores de edad joven y los de los bebés con pronóstico de salud grave tenían más probabilidad de sufrir estrés. La empatía y la comunicación enfermera-paciente ayudaron a reducir los niveles de estrés parental [11].

En el Hospital Kowsar en Qazvin (Irán), los presentes hallazgos mostraron que el asesoramiento cognitivo-conductual reduce la ansiedad en las madres de neonatos en una UCIN. El asesoramiento cognitivo-conductual les enseña técnicas de relajación; estas técnicas incluyen respiración diafragmática y relajación mental [49].

En un estudio realizado en Turquía, se encontró que sin el apoyo de los profesionales de enfermería el estrés aumenta. También se vio que el número de visitas de los progenitores a sus hijos en UCIN es inversamente proporcional al estrés experimentado, considerándose así un factor estresor [50].

A diferencia de las investigaciones anteriores, en el Hospital Rainbow Babies and Childrens (Cleveland, Ohio) se propuso la necesidad de un profesional de Psiquiatría para un tratamiento psicoterapéutico a corto plazo para la ansiedad, depresión y el afrontamiento en aquellos progenitores con trastornos de salud mental. Se proporcionó psicoterapia de apoyo y sesiones educativas. Los beneficios de un psiquiatra en la UCIN incluyen la disminución de la sintomatología en los trastornos de salud mental y mejora del rol parental [51].

#### 1.4. Visitas de Escucha o Listening Visit (LV)

La hospitalización en la UCIN es una experiencia estresante que aumenta el riesgo de depresión postparto en las madres. La obtención de tratamiento es difícil para las madres, ya que gran parte de su tiempo están en el hospital y, a menudo, consideran su bienestar secundario a las necesidades de sus bebés. La implementación de LV aborda esta necesidad [52,53].

La LV se desarrolló en Reino Unido como una intervención impartida por una enfermera para tratar la angustia en las madres con bebés hospitalizados en UCIN [53]. A la vista de los resultados en ensayos clínicos realizados en Estados Unidos, Reino Unido y países europeos como Suecia, se propone que se ofrezca esta intervención a las madres con síntoma depresivo de leve a moderado e interesadas en recibir la intervención [52].

Desarrollar una relación terapéutica con la madre es fundamental para la LV. Las dos técnicas específicas que facilitan el desarrollo de esta intervención son la escucha empática y la resolución de problemas [52]. La intervención consiste en seis sesiones de 45 a 60 minutos. Las dos primeras sesiones, generalmente, se enfocan en la experiencia del parto; las sesiones tres, cuatro y cinco se enfocan en las necesidades de la madre; escuchando las preocupaciones, pensamientos y sentimientos mediante la escucha activa [53]. Después de identificar las inquietudes o preocupaciones, se desarrollarán acciones junto con la madre para abordar los problemas identificados. La intervención puede cambiar de una sesión a otra ya que muchas de las inquietudes o preocu-

paciones de la madre están relacionados con el estado del RN [52].

Los resultados presentados destacan que la LV está asociada con una reducción en la depresión y ansiedad en las mujeres durante el postparto [35,52]. Asimismo, se demostró que las madres sintieron una mejoría tanto en su estado de ánimo como en su calidad de vida [53].

#### 1.5. Un programa educativo para los progenitores

Se realizó un estudio en el Hospital Robert Debré (París, Francia) en el cual se trató de averiguar cuál era la percepción de los padres y madres sobre los primeros encuentros con su bebé en UCIN e identificar los cuidados que realizaban las enfermeras. Este estudio defiende la idea de implantar un programa educativo dirigido a los progenitores, donde los profesionales de enfermería colaboren en impartir las sesiones formativas y educativas [54].

Otro estudio realizado en Países Bajos para evaluar la eficacia de un vídeo de orientación para los progenitores de bebés prematuros mostró bastante mejoría en el establecimiento del vínculo y rol parental, reduciendo el nivel de estrés y depresión en las familias [55].

#### 1.6. Intervenciones dirigidas a favorecer el vínculo

El programa “Colaboración Cercana con los Padres” o “Close Collaboration with Parents” fue desarrollada en el Hospital de la Universidad de Turku (Finlandia). La intervención apoyó la presencia y participación de los progenitores en el cuidado de su bebé favoreciendo el vínculo y, por tanto, el bienestar psicológico y el posterior desarrollo infantil [56].

Un estudio europeo llevado a cabo en 11 UCIN ha demostrado una mayor cercanía entre progenitores e hijos en las unidades que disponían de una habitación individual para quedarse con su bebé durante la noche. Es decir, permitir que los padres y madres pasen la noche en la UCIN fue el factor más relevante para establecer el vínculo [57].



## 2. Intervenciones a nivel nacional

Para la descripción de los resultados a nivel nacional, se agruparán por Comunidades Autónomas (CC. AA) incluyendo las Unidades de Neonatología de referencia.

### 2.1. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD)

La mayoría de las Unidades de Neonatología de mayor nivel asistencial en nuestro país se basan en el modelo CCD y el programa de cuidado NIDCAP, contribuyendo a una mejora en los aspectos psicológicos y familiares [58]. Los CCD se basan en la interacción entre el RN, la familia y el ambiente durante el período neonatal. Los CCD forman un sistema de cuidados dirigidos a favorecer el desarrollo del bebé, teniendo a la familia como referente e implicándolos en los cuidados y las decisiones [58].

Las cuatro recomendaciones de este modelo son: 1) UCIN de puertas abiertas las 24 horas, 2) la realización del método canguro, 3) la promoción de la lactancia materna y 4) el empleo de intervenciones dirigidas al macroambiente (medidas para el control del ruido y la luz) y al microambiente en el que se desarrolla el bebé (postura, manipulación, dolor) [58].

En el cuadro 1 (Anexo 4) se nombran, ordenados por CC. AA, los hospitales encuestados para la realización del estudio acerca del grado de implantación de CCD [58, p. 3]. A la vista de los resultados de este estudio, se vio que el modelo CCD se ha incrementado en los últimos años resaltando el cambio tan importante que se ha producido con la entrada de los familiares a las UCIN [58]. De los hospitales que siguen este modelo, destacan las Unidades de Neonatología de los hospitales de la Comunidad de Madrid despuntando el Hospital Universitario 12 de Octubre junto con el Hospital Vall d'Hebron en Barcelona que lleva más de 15 años con el modelo CCD [58]. Además, ambos hospitales fueron designados como "Centro de Capacitación NIDCAP" debido al éxito de sus prácticas [59,60].

En nuestra Comunidad Autónoma destaca el Hospital Universitario 12 de Octubre por ser el precursor en España en el desarrollo del mo-

delo CCD [60] y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón por ser pionero en ofrecer una atención individualizada y centrada a la familia [61]. En el año 2010, en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro – Majadahonda se realizó un curso de formación para implementar el modelo NIDCAP, contribuyendo a una mejora en los aspectos psicológicos y familiares de la atención al RN hospitalizado [21].

### 2.2. Programa de intervención individualizada a las necesidades de los progenitores

En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón se llevó a cabo un programa de intervención individualizado a las necesidades de los progenitores, iniciándose a los tres días del ingreso del bebé en la UCIN. El programa cuenta con la participación del equipo sanitario que trabaja en la unidad junto con un psicólogo [62]. El programa incluye cinco fases: 1) afrontamiento de la nueva situación inesperada, 2) situación clínica del bebé, 3) anticipar las necesidades del RN, facilitar la interacción, resolución de dudas y la transición a la atención intermedia, 4) planificación y organización al alta, 5) dinámica familiar; orientación si hay más niños en la familia y explicar la importancia del seguimiento después del alta. A los 15 días de llevar a cabo esta intervención, los resultaron mostraron niveles más bajos de ansiedad y depresión en los progenitores [62].

### 2.3. Intervención psicoeducativa

En el Hospital Universitario Virgen del Rocío y el Hospital Universitario Virgen Macarena la intervención psicoeducativa consiste en siete sesiones de hora y media cada una con una periodicidad semanal en horario de tarde [63]. Las sesiones están dirigidas por la enfermera especialista en salud mental y una enfermera de UCIN siguiendo un método teórico-práctico con el objetivo de lograr la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. En esta intervención se pone de manifiesto la expresión de sentimientos y emociones, técnicas de manejo y control frente al estrés y ansiedad e indicaciones para un apego seguro [63].

En el Hospital Universitario 12 de Octubre, como intervención psicoeducativa podemos destacar los grupos de apoyo para los progenitores. Todas las sesiones están dirigidas por técnicas de counselling incluyendo la escucha activa y empatía. El objetivo es poner en contacto a diferentes familias que están pasando por una experiencia similar, compartiendo sus miedos y dificultades [39]. La estructura de la sesión consta de: 1) breve relajación (5 a 7 minutos), 2) presentación de los participantes y puesta en común de la experiencia, 3) explicación del proceso de adaptación al entorno de UCIN, 4) señales de estrés y estrategias de interacción con el RN, 5) preguntas y sugerencias. Tras valorar la situación se les ofrecen pautas de actuación psicoeducativas, así como técnicas de afrontamiento y resolución de problemas [39].

#### 2.4. Programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología

En el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, se describe un programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología. Este programa incluye: 1) prevención de los trastornos mentales, 2) detección de los casos de riesgo mediante el modelo de intervención en crisis y apoyo psicoeducativo a los familiares y 3) coordinación y enlace con el equipo multidisciplinar [21].

#### 2.5. Técnicas psicológicas: entrevista motivacional y reestructuración cognitiva

En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se emplean técnicas psicológicas como la entrevista motivacional y la reestructuración cognitiva que permiten identificar y modificar los pensamientos erróneos [64]. La entrevista motivacional dura alrededor de 15 minutos basándose en dos principios: evitar la confrontación con la persona y facilitar que la madre verbalice sus preocupaciones. Posteriormente, se realizará la técnica de reestructuración cognitiva a través de cuatro entrevistas con una frecuencia recomendable entre tres y cuatro días. La madre escribirá sus pensamientos para tomar conciencia de ellos y ser capaz de describir la emoción que la causan. A continuación, se valorará con ella los pensamientos negativos ayudándola

a reconocer que se han producido de manera irracional y que no se ajustan a la realidad, por lo que se buscaran alternativas realistas. Este tipo de intervenciones ayuda a reducir la ansiedad y mejorar las habilidades para el cuidado del RN [64].

#### 2.6. “Contigo como en casa”: un proyecto en camino

Desde finales del 2017, el Hospital Vall d’Hebron ha lanzado una campaña “Contigo, como en casa” con el objetivo de conseguir un nuevo centro de Neonatología avanzada. Actualmente, no existen resultados concluyentes acerca de este estudio porque aún se necesitan recaudar fondos para llevar a cabo este proyecto [65].

Con el fin de mostrar los resultados de forma más resumida y didáctica se muestra en la tabla 3 y tabla 4 (Anexo 5) las intervenciones que se han expuesto anteriormente.

### Discusión

En nuestro país, pocas UCIN ofrecen programas de educación dirigidos a los profesionales de enfermería sobre estrategias para el manejo psicoemocional y social de los progenitores, por lo que sería preciso fomentar la formación de estos profesionales. Por ello, se hace necesario la implementación de protocolos de actuación para futuros programas parentales en este ámbito. Por ejemplo, en el Hospital Universitario La Paz está previsto la incorporación del modelo FICare tras la remodelación del hospital que se va a llevar a cabo en los próximos años.

Tras concertar una entrevista con la Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM) y conocer su labor en los hospitales de la Comunidad de Madrid dónde participan (Anexo 6), surgió la idea de diseñar un programa de intervención que podría implementarse en las Unidades de Neonatología disminuyendo el impacto en la familia y previniendo las secuelas psicoemocionales y sociales (Anexo 6). En el caso de que se espere el nacimiento prematuro, una de las actividades que se podría realizar sería una visita guiada a la unidad con el objetivo de familiarizar a los progenitores con el entorno, facilitando el proceso de adaptación y

afrontamiento. Otra intervención, podría ser un grupo de apoyo o Escuela de Padres basándose en una relación de ayuda y escucha activa liderada por una enfermera de UCIN o bien por un profesional de salud mental y un profesional de enfermería como enlace. Se reunirían a los progenitores de los bebés hospitalizados con los que anteriormente ya han pasado por esa vivencia compartiendo sus propias experiencias, apoyándose unos a otros y dándose consejos. Para los participantes que no pudiesen acudir a estas sesiones, existiría la opción de una atención personalizada vía telefónica. Dentro de este marco de actuación, otra tarea prioritaria sería investigar en el modelo de atención integrada a la familia para brindar una asistencia integral y, desde nuestra labor de enfermería, disminuir el riesgo de patología vincular en el futuro. También, podríamos apostar por un programa psicoeducativo favoreciendo así las conductas parentales, actitud y confianza de los mismos, disminuyendo el estrés e incluyendo el apoyo educativo y psicológico. En cualquier caso, las intervenciones no servirían igual para las madres como para los padres, teniéndose en cuenta que los cuidados serían individualizados y adaptados a las necesidades de cada progenitor.

## Conclusiones

Con los resultados hallados en los estudios incluidos en esta revisión narrativa se puede concluir que:

- 1) La investigación ha demostrado que los profesionales de enfermería dan respuesta a las necesidades psicoemocionales y sociales de los progenitores durante la estancia hospitalaria en UCIN. Se evidencian efectos beneficiosos de los grupos de apoyo contribuyendo al bienestar psicológico de los participantes.
- 2) Se ha puesto de manifiesto que la UCIN es un ambiente estresante para los progenitores, identificándose diversas fuentes de estrés. Enfermería les ayuda a normalizar sus respuestas emocionales durante la estancia hospitalaria y enfrentar mejor esta situación.
- 3) Es importante desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan a los progenitores disminuir la incertidumbre para que sean más competentes a la hora de enfrentarse a la hospitalización de sus hijos en la UCIN.
- 4) Enfermería se sitúa en una posición privilegiada para ofrecer atención a las familias en una UCIN. Por tanto, la experiencia y vivencia de los progenitores depende en gran medida del cuidado que ofrece el equipo de enfermería durante el ingreso del neonato.
- 5) Se ha visto que el contexto de UCIN afecta al vínculo paterno-filial. La separación entre ambos genera pensamientos negativos e inseguridad alterando el rol parental. Por lo tanto, las enfermeras han desarrollado intervenciones para impulsar la participación de los progenitores en el cuidado del RN favoreciendo el vínculo.
- 6) Se hace necesario la realización de un mayor número de estudios a nivel nacional para incorporar diversos modelos en las Unidades de Neonatología. Por ejemplo, el modelo FICare dadas sus características sería el más adecuado. Además, sería preciso abrir líneas futuras de investigación para la preparación de los profesionales de enfermería en la instauración de este modelo en los hospitales de nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros [sede Web]. OMS; 2017 [actualizado en noviembre de 2017; acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE. Born too soon: preterm birth matters. *Reprod Health*. 2013; 10 (Suppl 1):S1.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reducir la mortalidad de los recién nacidos [sede Web]. OMS; 2017 [actualizado en octubre de 2017; acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

4. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013; 10 (Suppl 1):S2.
5. Asociación Española de Pediatría (AEP). Los padres crean la Federación Nacional de Asociaciones de Prematuros. [sede Web]. AEP; 2013 [actualizado en noviembre de 2013; acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.aeped.es/noticias/nota-prensa-sobre-ninos-prematuros>
6. Martín Carballo MT, Gómez Esteban C. Gran prematuridad: una mirada desde la sociología. *Praxis sociológica*. 2014; 18:117-134.
7. Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2015; 24(13-14):1784-1794.
8. Tobo Medina N, Betancur Mesa P, De la Cruz Enríquez C. Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. *Investig Enferm Imagen Desarr* [revista en Internet] 2017 julio – diciembre. [acceso 8 de enero de 2018]; 19(2): [161/175]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/13253/14771>
9. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, Piau CY, Al Kawafha MM. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*. 2016; 25(19-20):2745-2756.
10. Iriarte Roteta A, Carrión Torre M. Experiencia de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enferm*. 2013; 16(2):20-25.
11. Enke C, Oliva y Hausmann A, Miedaner F, Roth B, Woopen C. Communicating with parents in neonatal intensive care units: the impact on parental stress. *Patient Educ Couns*. 2017; 100(4):710-719.
12. Villamizar Carvajal B, Vargas Porras C, Gómez Ortega OR. Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. *Aquichán* [revista en Internet] 2016 julio. [acceso 8 de enero de 2018]; 16(3): [276/295]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6013/4359>
13. Chertok IR, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. *Adv Neonatal Care*. 2014; 14(1):30-37.
14. González Escobar DS, Ballesteros Celis NE, Serrano Reatiga MF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Cien y Cuid*. 2012; 9(1):43-53.
15. Grosik C, Snyder D, Cleary GM, Breckenridge DM, Tidwell B. Identification of internal and external stressors in parents of newborns in Intensive Care. *Perm J*. 2013; 17(3):36-41.
16. Sánchez Veracruz MJ, Leal Costa C, Pastor Rodríguez JD, Díaz Agea JL. Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. *Enferm Glob* [revista en Internet] 2017 julio. [acceso 5 de marzo de 2018]; 16(3): [270/280]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256061/213061>
17. Kadivar M, Seyedfatemi N, Akbari N, Haghani H. The effect of narrative writing of mothers on their satisfaction with care in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(3):352-356.
18. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montirosso R. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta Paediatr*. 2013; 102 (1):8-14.
19. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP, Al Kawafha MM. Stress, anxiety, depression and sleep disturbance among Jordanian mothers and fathers of infants admitted to Neonatal Intensive Care Unit: a preliminary study. *J Pediatr Nurs*. 2017; 36:132-140.
20. Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema MM, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PLoS One*. 2013; 8(2):54992.
21. Olza Fernández I, Palanca Maresca I, González-Villalobos Rincón I, Malalana Martínez AM, Contreras Sales A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *C Med Psicosom*. 2014; 109.
22. Treyvaud K, Lee KJ, Doyle LW, Anderson PJ. Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *J Pediatr*. 2014; 164(3):515-521.

23. Santos H Jr, Yang Q, Docherty SL, White-Traut R, Holditch-Davis D. Relationship of maternal psychological distress class to later mother – infant interaction, home environment, and infant development in preterm infants. *Res Nurs Health*.2016; 39(3):175-186.
24. Landsem IP, Handegard BH, Tunby J, Ulvund SE, Ronning JA. Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15:387.
25. Treherne SC, Feeley N, Charbonneau L, Axelin A. Parents' perspectives of closeness and separation with their preterm infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 46(5):737-747.
26. Wigert H, Dellenmark Blom M, Bry K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatr*. 2014; 14:304.
27. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol*. 2015; 35 (Suppl 1):S5-8.
28. Feeley N, Genest C, Niela – Vilén H, Charbonneau L, Axelin A. Parents and nurses balancing parent – infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses perceptions. *BMC Pediatr*.2016; 16:134.
29. Borrero Pachón MP. Cómo establecen los padres el rol parental en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: “encontrando la paternidad truncada”. *Metas Enferm*.2014; 17(3):57-61.
30. Borrero Pachón MP. ¿Qué sentimientos producen los cuidados llevados a cabo por la enfermera en los padres de un recién nacido ingresado en una unidad de cuidado intensivos neonatales? *.Enferm clín* .2014; 24(4):261-262.
31. Brett J, Staniszevska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*. 2011; 1(1):23.
32. Hall SL, Cross J, Selix NW, Patterson C, Segre L, Chuffo-Siewert R, et al. Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *J Perinatol*.2015; 35 (Suppl 1):S29-36.
33. Schonhaut L, Pérez M, Schonstedt M, Armijo I, Delgado I, Cordero M, et al. Prematuros moderados y tardíos, un grupo de riesgo de menor desarrollo cognitivo en los primeros años de vida. *Rev Chil Pediatr [revista en Internet]* 2012 agosto. [acceso 26 de enero de 2018]; 83 (4): [358/365]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000400006>
34. Purdy IB, Craig JW, Zeanah P. NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *J Perinatol*.2015; 35 (Suppl 1):S24-28.
35. Davila RC, Segre LS. A nurse based model of psychosocial support for emotionally distressed mothers of newborns in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018; 47(1):114-121.
36. Hynan MT, Hall SL. Psychosocial program standards for NICU parents. *J Perinatol*. 2015; 35 (Suppl 1): S1-4.
37. Villafáfila Quintana C, Quirós Córdoba C, Delgado Begines E, Escobedo Mesas E, Guijarro Puente E, Castillo Lasierra MA. Visita guiada a la UCI-Neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres. *Bibl Lascasas [revista en Internet]* 2015 agosto. [acceso 21 de febrero de 2018]; 11(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0854.php>
38. Oronoz B, Alonso-Arbiol I, Balluerka N. A Spanish adaptation of Parental Stress Scale. *Psicothema* .2007; 19(4):687-692.
39. León Martín B, Poudereux Mozas M, Giménez Rodríguez G, Belaústegui Cueto, A. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre Med*.2005; 16 (2):130-139.
40. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Gómez Prats S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enferm Integral*.2012; 98:36-40.
41. Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P. Developing family – centred care unit in a neonatal intensive care unit: an action research study protocol. *J Adv Nurs*. 2016; 72(3):658-668.
42. O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, et al. Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatr*.2015; 15:210.



43. Purdy IB, Melwak MA, Smith JR, Kenner C, Chuffo Siewert R, Ryan DJ, et al. Neonatal nurses NICU quality improvement: embracing EBP recommendations to provide parent psychosocial support. *Adv Neonatal Care*. 2017; 17(1):33-44.
44. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing Family-Integrated Care in the NICU: educating Nurses. *Adv Neonatal Care*. 2013; 13(5):335-340.
45. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing Family-Integrated Care in the NICU: a parent education and support program. *Adv Neonatal Care*. 2013; 13 (2):115-126.
46. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13 (Suppl 1):S12. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S1/S12>
47. Hall SL, Ryan DJ, Beatty J, Grubbs L. Recommendations for peer-to-peer support for NICU parents. *J Perinatol*. 2015; 35 (Suppl 1):S9-13.
48. Huenink E, Porterfield S. Parent support programs and coping mechanisms in NICU parents. *Adv Neonatal Care*. 2017; 17(2):10-18.
49. Koochaki M, Mahmoodi Z, Saeieh SE, Kabir K, Tehranizadeh M, Dolatian M. The effect of cognitive-behavioral counseling on anxiety in the mothers of infants in the NICU: a randomized controlled trial. *F1000Res*. 2017; 6:1679.
50. Turan T, Başbakkal Z, Ozbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008; 17(21):2856-2866.
51. Hatters Friedman S, Kessler A, Nagle Yang S, Parsons S, Friedman H, Martin RJ. Delivering perinatal psychiatric services in the Neonatal Intensive Care Unit. *Acta Paediatr*. 2013; 102(9):392-397.
52. Chuffo Siewert R, Cline M, Segre LS. Implementation of an innovative nurse-delivered depression intervention for mothers of NICU infants. *Adv Neonatal Care*. 2015; 15(2):104-111.
53. Segre LS, Chuffo Siewert R, Brock RL, O'Hara MW. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants; a feasibility trial of nurse – delivered treatment. *J Perinatol*. 2013; 33(12):924-928.
54. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatr* [revista en Internet] 2013 febrero. [acceso 5 de marzo de 2018]; 13 (1): [18]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/18>
55. Tooten A, Hoffenkamp HN, Hall RA, Winkel FW, Eliëns M, Vingerhoets AJ, et al. The effectiveness of video interaction guidance in parents of preterm infants: a multicenter randomised controlled trial. *BMC Pediatr*. 2012; 12:76.
56. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents intervention to improve parents' psychological well-being and child development: description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res*. 2017; 325 (Pt B):303-310.
57. Raiskila S, Axelin A, Toome L, Caballero S, Tandberg BS, Montirosso R, et al. Parent's presence and parent – infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatr*. 2017; 106(6):878-888.
58. López Maestro M, Melgar Bonis A, De la Cruz Bértolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr* [revista en Internet] 2014 octubre. [acceso 5 de marzo de 2018]; 81(4): [232/240]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/cuidados-centrados-el-desarrollo-situacion/articulo/S1695403313004475/>
59. NIDCAP Federation International. NIDCAP Training [sede Web]. NIDCAP; 2016 [acceso 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://nidcap.org/en/about-us/training-centers/>
60. Servicio Madrileño de Salud. Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido [sede Web]. Hospital Universitario 12 de Octubre [acceso 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354489927213&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPagina%2FH12O\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354489927213&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPagina%2FH12O_contenidoFinal)
61. Servicio Madrileño de Salud. Historia y especificaciones [sede Web]. Hospital General Universitario Gregorio



- Marañón [acceso 12 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354489352931&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354489352931&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_contenidoFinal)
62. Cano Giménez E, Sánchez Luna M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (7):300 – 305.
  63. Guerrero Benítez MM, Suárez Carrasco A, Mendoza Rodríguez, LM, Farfán Díaz F. Abordaje psicoterapéutico de la Enfermera Especialista en Salud Mental a padres con hijos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Bibl Lascasas* [revista en Internet] 2011 [acceso 23 de febrero de 2013]; 7(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0608.php>
  64. Serret Serret M. Técnicas cognitivas en el cuidado enfermero aplicadas a la madre de un prematuro en UCI neonatal. *Rev ROL Enferm.* 2012; 35(9):588-592.
  65. Vall d'Hebron. Contigo, como en casa [sede Web]. Barcelona Hospital Campus; 2017 [actualizado el 28 de noviembre de 2017; acceso 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://contigocomoencasa.com/#zone-4>

## ANEXO 1. Estrategia de búsqueda

Tabla 1.

Recursos consultados	Estrategia de búsqueda	Resultados de búsqueda	Artículos válidos
Cuiden	Estrés AND Padres AND Neon* NOT Adulto	4	0
	Rol parental AND Neonatología AND Hospitalización	4	1
	Participación de los padres AND Unidad Neonatal	19	6
IBECs	Neonatal [Palabras] AND Padres [Palabras] AND UCIN [Palabras]	11	5
Medes	Rol parental AND Neonatal NOT Adulto	2	2
Biblioteca Cochrane Plus	Preterm AND Family centered care AND Developmental care	4	2
Psycinfo	Parental stress level AND Newborn NOT Adult AND NICU	8	2
PubMed	Premature OR Sick baby AND Parents AND Bonding AND Nurs* care	17	2
	Family centered care OR Family integrated care AND NICU AND Parent education	32	7
	Parents experience AND Neonatal intensive NOT Adult	65	9
	Emotional response AND Parents AND NICU	5	1
	Preterm birth OR Neonatal AND European	46	2
Dialnet	Rol parental AND Neonatología AND Hospitalización	2	1
	Participación de los padres AND Unidad Neonatal	4	2
BioMed Central	Parental stress level AND Premature AND Neonatal intensive care unit NOT Adult	44	8
Asociación Española de Pediatría (AEP)	“Neonatos UCIN”	2	0
	“Tasas prematuros”	3	1
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Nacimientos prematuros	1	1
	Mortalidad prematuros	1	1
Google Académico	Participación padres en UCIN	1070	4
	Experiencia padres de prematuros en UCIN	888	6
	CCD hospitales Comunidad de Madrid	421	2
<b>TOTAL DE ARTÍCULOS PARA REVISIÓN: 65</b>			

Fuente: elaboración propia.

## ANEXO 2. Escala de Estrés Parental: UCIN (PSS: NICU)

Este cuestionario describe varias experiencias que otros progenitores han considerado estresantes cuando su bebé estaba en la UCIN. Consta de 34 ítems divididos en tres subescalas: 1) ambiente en la UCIN (aspectos visuales y sonoros), 2) apariencia y comportamiento del bebé (estado de enfermedad y los cuidados que requiere) y 3) alteración del rol parental (interacción con el bebé).

Nos gustaría que indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Para ello, marque el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted. Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso, nervioso o tenso. Los siguientes números indican los niveles de estrés: 1. No ha sido estresante en absoluto; 2. Un poco estresante; 3. Moderadamente estresante; 4. Muy estresante; 5. Extremadamente estresante; y NA (no aplicable) para indicar que no ha experimentado ese aspecto en la UCIN.

En primer lugar, hay una lista que describe el ambiente en la UCIN. Marque el número que mejor represente su nivel de estrés:

1. La presencia de los monitores y los aparatos. NA 1 2 3 4 5
2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos. NA 1 2 3 4 5
3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor. NA 1 2 3 4 5
4. Los otros bebés enfermos en la habitación. NA 1 2 3 4 5
5. El gran número de personas trabajando en la unidad. NA 1 2 3 4 5

A continuación, hay una lista de situaciones que podrían describir la apariencia y comportamiento de su bebé. Marque el número que mejor represente su nivel de estrés:

6. Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
7. Moratones o incisiones en mi bebé. NA 1 2 3 4 5
8. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo). NA 1 2 3 4 5
9. Una forma de respirar anormal o poco usual. NA 1 2 3 4 5
10. Ver un cambio repentino de color en mi bebé (por ejemplo, ponerse pálido o azul). NA 1 2 3 4 5.
11. Ver a mi bebé dejar de respirar. NA 1 2 3 4 5
12. El pequeño tamaño de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
13. El aspecto arrugado de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
14. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé. NA 1 2 3 4 5
15. Ver agujas y tubos puestos en mí bebe. NA 1 2 3 4 5
16. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso. NA 1 2 3 4 5
17. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor. NA 1 2 3 4 5
18. Mi bebé llorando por largo tiempo. NA 1 2 3 4 5
19. Cuando mi bebé parecía asustado. NA 1 2 3 4 5
20. Cuando mi bebé parecía triste. NA 1 2 3 4 5
21. La apariencia débil de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
22. Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
23. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés. NA 1 2 3 4 5
24. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho. NA 1 2 3 4 5

Por último, queremos hacerle unas preguntas sobre cómo se siente usted respecto a su propia relación con su bebé y su rol. Marque el número que mejor represente su nivel de estrés:

25. Estar separado de su bebé. NA 1 2 3 4 5
26. No alimentar yo misma a mi bebé. NA 1 2 3 4 5
27. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo misma (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo). NA 1 2 3 4 5

28. No ser capaz de coger en brazos a mi bebé cuando quiera. NA 1 2 3 4 5
29. A veces, olvidar cómo es mi bebé. NA 1 2 3 4 5
30. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia. NA 1 2 3 4 5
31. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos. NA 1 2 3 4 5
32. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos. NA 1 2 3 4 5
33. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy. NA 1 2 3 4 5
34. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé. NA 1 2 3 4 5

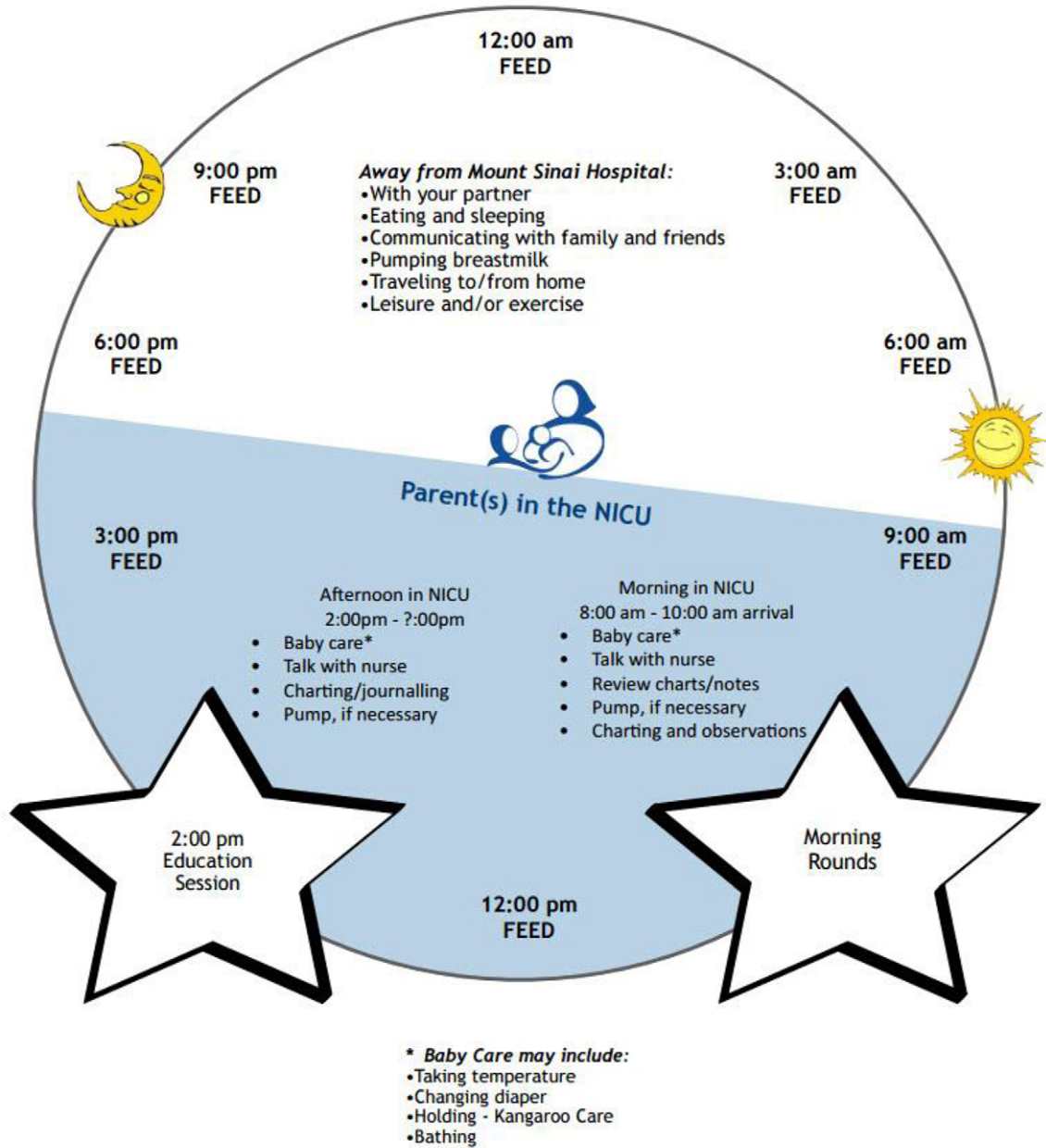
La medición se llevará a cabo por una de las enfermeras de neonatología en el momento del ingreso del bebé en la unidad, a los 3 días y al alta hospitalaria. En relación al puntaje se proponen dos métodos:

- El primer método evalúa qué factor o situación particular es percibido como más estresante para los progenitores.
- El segundo método evalúa el nivel de estrés general que los progenitores han manifestado al estar su bebé ingresado en la UCIN.

Fuente: Villafáfila Quintana C, Quirós Córdoba C, Delgado Beniges E, Escobedo Mesas E, Guijarro Puente E, Castillo Lasierra MA. Visita guiada a la UCI-Neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres. *Bibl Lascasas* [revista en Internet] 2015 agosto. [acceso 21 de febrero de 2018]; 11(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0854.php>

### ANEXO 3. Ejemplo de un día en FICare en acción

Figura 1.



Fuente: Family Integrated Care - FICare. FICare in Action. FICare; 2017 [acceso 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://familyintegratedcare.com/about-ficare/ficare-in-action/>

## ANEXO 4. Relación de hospitales encuestados

Tabla 2.

Andalucía	Complejo Hospitalario Torrecárdenas	Almería
	Hospital Universitario Torre del Mar	Cádiz
	Hospital Universitario Reina Sofía	Córdoba
	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Granada
	Hospital Carlos Haya	Málaga
	Hospital Materno Infantil Virgen del Rocío	Sevilla
	Hospital Virgen de la Macarena	Sevilla
Aragón	Hospital Miguel Servet	Zaragoza
Asturias	Hospital Universitario Central de Asturias	Oviedo
Cantabria	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Santander
Castilla y León	Hospital Universitario de Salamanca	Salamanca
Castilla-La Mancha	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	Albacete
	Hospital Virgen de la Salud	Toledo
Cataluña	Hospital Sant Joan de Déu	Barcelona
	Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron	Barcelona
C. Madrid	Hospital Universitario Gregorio Marañón	Madrid
	Hospital Universitario La Paz	Madrid
	Hospital Universitario 12 de Octubre	Madrid
C. Valenciana	Hospital General Universitario de Alicante	Alicante
	Hospital Clínico Universitario	Valencia
	Hospital La Fe	Valencia
Baleares	Hospital Son Dureta	Mallorca
Canarias	Hospital Materno Infantil de Canarias	Las Palmas
Navarra	Hospital Virgen del Camino	Pamplona
País Vasco	Hospital de Cruces	Barakaldo
	Hospital de Donostia	Donostia
Región de Murcia	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	Murcia

Fuente: López Maestro M, Melgar Bonis A, De la Cruz Bértolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatría* [revista en Internet] 2014 octubre. [acceso 5 de marzo de 2018]; 81(4): [232/240]. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es/cuidados-centrados-el-desarrollo-situacion/articulo/S1695403313004475/>



## ANEXO 5. Intervenciones y programas

Tabla 3.

INTERVENCIONES A NIVEL INTERNACIONAL			
Lugar	Programa / Intervención	Profesionales	Resultados
Canadá Reino Unido Suecia	FCDC	Neonatólogos Enfermería Psicólogos Trabajadores sociales Terapeutas ocupacionales	Rol activo de las familias en el cuidado del RN ↓ Estrés parental ↑ Peso bebés prematuros Mejora el apego Atención individualizada Desarrollo del neonato
Estonia (Tallin) Canadá Australia Nueva Zelanda	FiCare	Enfermería Padres veteranos	Apoyo psicosocial Habilidades y participación en el cuidado del RN Estrategias para la resolución de problemas ↓ Estrés, ansiedad y depresión ↑ Peso bebés prematuros ↓ Mortalidad y morbilidad del RN
Sureste EEUU	Grupos de apoyo	Enfermería	↑ Participación en el cuidado y conocimiento del RN ↓ Estrés, ansiedad y depresión
	Álbumes	Enfermería	↓ Estrés Interactuar con las familias
Sureste EEUU Reino Unido	Diario	Enfermería	Afrontamiento positivo ↓ Angustia psicológica
EEUU Reino Unido	COPE NIDCAP MITP		Apoyo psicoemocional Orientación sobre cómo cuidar del RN
Alemania	Empatía Comunicación	Enfermería	↓ Estrés
Irán (Qazvin)	Asesoramiento cognitivo-conductual		↓ Ansiedad en madres
Turquía	Apoyo emocional	Enfermería	↓ Estrés
Ohio (Cleveland)	Tratamiento psicoterapéutico Sesiones educativas	Psiquiatría	↓ Sintomatología salud mental Mejora el rol parental
Reino Unido EEUU Suecia	LV	Enfermería	↓ Angustia, depresión y ansiedad en madres ↑ Estado de ánimo y calidad de vida
Francia (París)	Programa educativo para los progenitores	Enfermería	
Países Bajos	Vídeo de orientación		Mejora el apego ↓ Estrés y depresión en las familias
Finlandia	Colaboración Cercana con los Padres		Mejora el vínculo Bienestar psicológico Desarrollo del RN
Europa	Establecer la cercanía		UCIN con habitación individual promueve la cercanía

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4.

INTERVENCIONES A NIVEL NACIONAL			
Hospital	Programa / Intervención	Profesionales	Resultados
H. General Universitario Gregorio Marañón	Programa de intervención individualizada a las necesidades de los progenitores	Equipo sanitario Psicólogo	↓ Ansiedad y depresión
H. Universitario Virgen del Rocío H. Universitario Virgen de la Macarena	Intervención psicoeducativa	Enfermera especialista en Salud Mental	Expresión de sentimientos y emociones Técnicas de manejo y control frente al estrés y ansiedad Indicaciones para un apego seguro
H. Universitario 12 de Octubre	Intervención psicoeducativa	Grupos de apoyo para los padres	Las familias comparten sus miedos y dificultades Pautas de actuación psicoeducativas Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas
H. Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda	Programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología	Psiquiatría	
H. de la Santa Creu i Sant Pau	Entrevista motivacional y reestructuración cognitiva	Psicólogo	↓ Ansiedad Mejora las habilidades para el cuidado del RN
H. Vall d'Hebron	“Contigo como en casa”		Actualmente no existen

Fuente: elaboración propia.

## ANEXO 6. Escuela de Padres (APREM) y diseño de un programa de intervención

### Escuela de Padres (APREM)

APREM es una asociación cuyo objetivo es escuchar, apoyar e informar a las familias de niños prematuros. Los hospitales dónde colaboran APREM son: Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario La Paz y Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Se realiza una sesión cada 15 días en una sala de reunión del hospital habilitada para la intervención, el horario fijado son los viernes a las 16:30 horas no coincidiendo con la toma del bebé. Al principio de la sesión, los participantes se presentan diciendo sus nombres, el de su bebé, peso, semana de gestación y estado de salud de éste. A continuación, se exponen las vivencias y experiencias de cada uno de ellos. Después, se realiza alguna actividad como, por ejemplo, en un mural escribir el nombre del bebé añadiendo una fotografía junto con un objeto significativo para los papás y las mamás como puede ser un chupete o un calcetín de su bebé. Al final, se deja un espacio para preguntas y resolver dudas.

Fuente: elaboración propia.

### Diseño de un programa de intervención

**Primera fase:** ingreso del bebé en la UCIN. Antes de reunirse con la familia se revisará la historia clínica. La acogida tendrá lugar en la unidad. Se recogerá toda la información necesaria a través de una entrevista realizada por el profesional de enfermería, detectándose posibles factores de riesgo. Se tratará el bienestar físico y psicológico del padre y de la madre, la llegada a la unidad, la experiencia del embarazo, cómo ha sido el primer encuentro con el RN, el apoyo recibido por parte de sus familiares y amigos.

**Segunda fase:** importancia de la salud mental. Se realizarán sesiones grupales cada 15 días con una duración de hora y media. En estas sesiones se tratará la expresión de los sentimientos y emociones, la vivencia en el entorno de UCIN y se enseñarán técnicas de relajación para afrontar esta nueva situación.

**Tercera fase:** vínculo parental. Se expondrán los beneficios del método canguro y de la participación en los cuidados básicos y atención al bebé para favorecer el establecimiento del vínculo.

**Cuarta fase:** sesión formativa antes del alta hospitalaria, resolviendo dudas y nos centraremos en la importancia del seguimiento por parte de pediatría sobretodo en niños prematuros.

Fuente: elaboración propia.