



Sección departamental de Enfermería

Mayo 2016

Trabajo de Fin de Grado



**INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA
EL MANEJO DEL ESTRÉS EN PADRES DE
NIÑOS PREMATUROS EN UCIN**

Revisión narrativa

Autora : María Pérez Fernández

Tutora: María Luisa Cid Galán

Índice

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
METODOLOGIA.....	17
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	21
1. Situación de la familia en la UCIN.....	21
2. Intervenciones enfermeras.....	24
a. Horarios de visitas.....	24
b. Método canguro.....	25
c. Lactancia materna.....	26
d. Estimulación multisensorial (ATVV), técnicas de relajación y percepción de dolor.....	28
e. Padres y madres : empoderamiento y educación por parte de la enfermera.....	29
f. Grupos de apoyo + comunicación con el personal.....	34
3. Práctica y Formación de las enfermeras.....	35
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	43

RESUMEN

El ingreso de un niño prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales supone un gran estrés para sus padres. Esta unidad ha experimentado diversos cambios en sus rutinas durante los últimos años entre las que se incluyen unos cuidados centrados en el desarrollo del neonato pero también el cuidado de la familia. Existen ciertas intervenciones que benefician tanto al bebé como a los padres y que podrían minimizar la experimentación del estrés en los mismos.

Objetivo: identificar las intervenciones enfermeras ante el estrés en padres con niños prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Metodología: Se han realizado búsquedas bibliográficas en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Medline y en Google académico y scholar.

Conclusiones: Es necesario desarrollar intervenciones para disminuir el estrés experimentado por los padres en las Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, actualmente existen unidades que no cumplen con las recomendaciones básicas sobre el cuidado de la familia y, por esto, el estrés de los padres continua en aumento. Sería preciso fomentar la formación del personal de enfermería para que este aspecto se modificara y se pudieran llevar a cabo cuidados de excelencia.

Es cierto que las evidencias a nivel nacional en este tema son reducidas por lo que se propone una continuación de estudio en esta línea

Palabras clave: Estrés, padres, prematuro, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, intervención.

ABSTRACT

The admission of a preterm child in the Neonatal Intensive Care Unit produces a huge stress for their parents. This unit has been through various changes in its routines along the last years which include the Neonate Developmental Care and the Family Care. There are some interventions that benefit the baby and the parents; they could minimize the stress feeling.

Objective: Identify the nurse interventions for the preterm parents stress in the Neonatal Intensive Care Unit.

Methodology: There has been made some bibliographic researches in the data bases Pubmed, Cinahl, Medline and Google académico and scholar.

Conclusions: There is a need to develop interventions to decrease the parents stress in the Neonatal Intensive Care Unit. Nowadays there are some units that don't follow the family care basic recommendations; that is why the parents stress continues increasing. It would be needed to improve the nurse professional training so that this problem would be changed and excellence care could be practiced.

It is true that the national evidences in this subject are limited so that it is proposed to continue studying in this line.

Keywords: Stress, parents, preterm, Neonatal Intensive Care, Intervention.

INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación; por lo tanto un parto prematuro sería aquel que tiene lugar antes de ese momento¹. La mayoría de los nacidos con esta edad gestacional presentan unas necesidades especiales y complejas y por lo tanto requerirán unos cuidados intensivos hasta que su situación física sea viable para poder salir adelante.

Se considera a estos niños de alto riesgo y, debido a la gravedad de su situación y a los cuidados que precisan, requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) donde pasarán desde pocos días hasta varios meses dependiendo de su estado de inmadurez y las complicaciones que aparezcan.

La UCIN es una unidad asistencial en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en pediatría y sus áreas específicas, se realiza la atención del recién nacido con patología médico-quirúrgica con compromiso vital, que precisa de medios y cuidados especiales de forma continuada².

El ingresar a estos bebés en la unidad conlleva que sus padres deberán renunciar a las expectativas que tenían de su vida tras el parto, así como a la imagen del niño esperado y tendrán que intentar adaptarse a la nueva situación a la que se enfrenta su hijo y ellos mismos. Esta situación generará una serie de sentimientos y respuestas adaptativas en los padres, como es el estrés.

Podemos considerar al estrés como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios y exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal³.

El estrés aparece cuando existe una situación que requiere demandas en la persona, que exceden sus recursos o amenaza con hacerlo y esto es lo que sucede comúnmente a los padres de los niños ingresados en esta unidad. Si bien el estrés puede ser adaptativo y utilizarse como un mecanismo de ayuda para poder sobrellevar esta situación; también puede generarse otro proceso llamado distrés, que es una respuesta no adaptativa a la situación que se está viviendo y que, en el caso de aparecer, dificultaría el correcto afrontamiento de los padres.

Las primeras semanas de vida son especialmente estresantes ya que la tasa actual de muertes en neonatos supera el millón; Según investigaciones realizadas en países miembros de la OMS a nivel mundial, la tasa de mortalidad de neonatos en 1990 fue alrededor de 4,6 millones mientras que la tasa en 2009 había disminuido a un total de 3,3 millones.

Aunque a día de hoy el número de neonatos fallecidos ha disminuido considerablemente, la prematuridad sigue siendo la primera causa de muerte en niños menores de 5 años. La incidencia de este problema varía según se trate de países desarrollados, en los cuales la tasa de mortalidad en prematuros es de aproximadamente un 10%, o subdesarrollados en los cuales es el 90%

La tasa de nacimientos prematuros a nivel mundial y de manera anual es de 15 millones aunque varía de forma considerable la cifra de un país a otro. Lideran la lista Malawi y El Congo con un porcentaje de 18.1% y 16.7% respectivamente; EEUU con un 12% y, en Europa, los porcentajes caen siendo en Reino Unido 7.8% o Finlandia 5.5%. Por el contrario, los países con menor índice son Ecuador o Bielorrusia con un 5.1% y 4.1 respectivamente ⁴.

En concreto, es España, la tasa de prematuros es del 7,5%; ha aumentado en los últimos 20 años llegando, en 2009, a un total de 28000 niños prematuros, un 36% más que en 1996. Esto es debido a diferentes factores como son el aumento de la edad materna y de los problemas de salud, los tratamientos de fertilidad y la mejora y aumento de técnicas obstétricas por las que se convierte en viable un embarazo considerado de riesgo que aumentará la probabilidad del parto pretérmino ^{4,5,6}.

La prematuridad no ha sido un fenómeno de interés a lo largo de la historia, de hecho cuando su viabilidad se consideraba imposible, la muerte de estos bebés estaba aceptada socialmente. Sin embargo, esta situación ha ido modificándose con el tiempo. Fue en el siglo XIX cuando aparecieron las primeras referencias de patologías neonatales y cuando, tras la guerra Franco Prusiana, se reconoció en París la necesidad de tratar a los recién nacidos prematuros debido a la gran pérdida de vidas acontecida. En ese momento y bajo la dirección del médico jefe de obstetricia, Tarnier S. se comenzó a desarrollar la primera incubadora utilizada en bebés humanos en la Maternité Port Royal de París la cual dobló las tasas de supervivencia de los recién nacidos de menos de 2000gr. Rápidamente la incubadora se extendió llegando a Inglaterra en 1897 y a

EEUU un año más tarde. Durante los primeros años del nuevo centenario, el invento atrajo la atención de profesionales a nivel mundial por lo que se expuso el mismo, con los bebés que estaban siendo tratados, en ferias de diferentes ciudades lo que provocó una de las mayores disputas bioéticas.

Durante los años siguientes, Budin P. discípulo de Tarnier S. observó en el mismo hospital de París, que las madres que no se ocupaban del cuidado de sus bebés recién nacidos y que eran separados durante éstas exposiciones en ferias, frecuentemente perdían el interés en los mismos, llegando a abandonarlos. Más adelante, en 1958, las investigaciones realizadas en Londres de Bowlby J., médico psicoanalista inglés, concluyeron en un informe para la OMS, que era considerado como esencial para la salud mental, tanto de la madre como del niño, que ambos tuvieran una relación íntima y continuada, que desarrollara una relación de apego ⁷.

A pesar de estas conclusiones, los niños ingresados en las unidades de cuidados intensivos continuaban siendo tratados separados de sus padres, pero en 1979, en los países soviéticos, y concretamente en Estonia, se habilitó un sector especial donde los neonatos eran cuidados por sus madres las 24 horas debido a la escasez de personal. Esta unidad fue fundada por el doctor Levin A. quien dio a conocer que esta situación favorecía la alimentación con lactancia materna y aceleraba la cogida de peso de los neonatos, viendo así que el contacto con sus madres era beneficioso para su desarrollo, así como para la evolución de las mismas, cuya recuperación era más rápida, se incrementaba su interés por aprender, su seguridad hacia su capacidad de cuidar a sus hijos y se mejoraba el desarrollo del vínculo con los mismos ⁸.

El Sistema Comportamental de Apego fue desarrollado por el psicoanalista Bowlby, J. quién postuló, a partir de la Primera Guerra Mundial, varias teorías que componen este sistema. Su objetivo es la promoción de la seguridad del niño a través de la relación con su cuidador primario, donde ambos sujetos desarrollan vínculos emocionales y construyen modelos internos de relación vincular. Estos modelos determinan ciertos pensamientos, sentimientos relacionados con los cuidadores y hacia el niño, guiando así las expectativas y conductas de los padres en su relación con el bebé. La sensibilidad y la respuesta que los padres son capaces de dar a las demandas y necesidades del niño están directamente relacionadas con la calidad del vínculo, las expectativas y las conductas que se hayan construido hacia el niño ⁷.

En estos nacimientos prematuros, los padres no logran completar el apego que tiene lugar en una gestación completa; además el ingreso del bebé en la UCIN ofrece menos oportunidades para interactuar y produce una interrupción de la creación de lazos entre los padres y el niño dificultando el desarrollo de la relación interpersonal. Durante el embarazo se comienza a crear el vínculo materno-filial que normalmente se refuerza en el momento del nacimiento, las primeras horas, días y a través de la lactancia materna. Es por esto que, cuando el estado del niño requiere de estos servicios, la formación de éste vínculo, tanto materno-filial como paterno-filial, se ve interrumpida. Cuando este no es óptimo, pueden aparecer trastornos de adaptación y comportamiento, como pueden ser los malos tratos o la sobreprotección ^{7,9,10}.

Debido a estos problemas de creación del vínculo esperado durante el embarazo, los padres están más expuestos al mal afrontamiento de la situación e incluso a un trastorno por estrés post traumático. El estrés puede causar diferente sintomatología e incluso agravar ciertas enfermedades, como por ejemplo: disminución de las defensas, trastornos gástricos, del sueño e incluso interrupción de la lactancia; aunque todos son aspectos importantes en la madre, la interrupción de la lactancia es un factor negativo para el niño ya que no podría recibir alimentación de su propia madre y, aunque recibiera leche donada, una vez fuera de la unidad, no se podría facilitar el restablecimiento del vínculo a través de la lactancia materna ya que esta lo refuerza durante los primeros días de vida .

Durante esta separación prolongada de los padres y la acogida por una unidad de hospitalización, los progenitores pueden experimentar una sensación de pérdida de su hijo, de “que el niño no es propio sino del hospital” así como manifestaciones emocionales, conductuales y cognitivas pudiéndose producir claramente una afectación de las relaciones intrafamiliares y un aumento de la tensión. Es por esto que se requiere por parte de las enfermeras* tener en cuenta la presencia y la situación de los padres en todo momento y llevar a cabo técnicas de control del estrés para promover el establecimiento de un vínculo fuerte y seguro; así como favorecer los factores protectores del mismo ^{7,9}.

*El término genérico “enfermera” utilizado, engloba tanto enfermera como enfermero.

Además de la separación de los miembros de la familia, se demostró en diferentes estudios norteamericanos durante los años 80, que en estas unidades neonatales la visión del bebé rodeado de cables, monitores, ventiladores y líneas intravenosas afectaba a la percepción de la situación del niño, así como la visualización de otros niños ingresados en esta situación. Según dos de los estudios realizados, en estas unidades se prestaban unos servicios de buena calidad pero la atención destinada a los padres se proporcionaba de manera ocasional y no constante, dejando inexistente un programa de comunicación con la familia, siendo ésta una tarea distribuida por todo el equipo ¹¹.

Los padres mostraban un aumento del estrés debido a la imposibilidad de prestar asistencia y ser incapaces de satisfacer las necesidades de su propio hijo, así como por el restringido tiempo de visita que tenían para compartir con el bebé.

Según este estudio, la familia era considerada como consumidora de espacio y tiempo mientras se encontraban en la unidad, ya que entonces, el servicio no contaba con un programa de puertas abiertas para los padres ¹¹.

No existió hasta 1983 un método que tuviera en cuenta las necesidades de los familiares de los pacientes; se aprobó entonces una escala creada por Molter y Leske con el nombre de Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) compuesta por 45 ítems en escala tipo likert que mide las necesidades percibidas por los familiares hacia el miembro ingresado y la cual se ha utilizado para medir el estrés en padres de niños en las UCI ¹².

La iniciativa que se sigue actualmente en hospitales de la Unión Europea fue lanzada por la OMS a finales de 1980 para favorecer el desarrollo del niño durante la hospitalización y recibió el nombre de Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN) que favorece la lactancia materna; pero es en las UCIN donde se desarrolla una Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales (IHCN) que comprende la disminución al mínimo de los procedimientos agresivos y del contacto con el personal y la potenciación del contacto con los padres ya que es en estos grupos (prematuros y enfermos graves) donde se produce el mayor índice de abandonos y conductas trágicas por parte de los padres ^{8, 13}.

El Hospital 12 de Octubre, Madrid, es un hospital declarado promotor de la IHAN; la apertura de su UCIN tuvo lugar, en la década de los 80 donde comenzaron a abrir sus puertas, con un horario restringido, pero en la actualidad se practica un programa de

puertas abiertas 24 horas que ha tenido como resultado la colaboración de los padres y una gran mejoría del estado biopsicosocial del niño¹⁰. Por otro lado, a pesar del acuerdo en el año 2013 por parte del ministerio y las Comunidades Autónomas (CCAA), la apertura de las UCIs las 24 horas sigue sin cumplirse en muchos hospitales¹⁴.

A partir de 1999, se comenzó a seguir en las UCIN españolas un modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) que consiste en un sistema de cuidados que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a la familia, entendidos como una unidad. Se basa en observación y detección de necesidades fomentando interacción entre el neonato, su familia y el ambiente. A la hora de colaborar con la misma, este modelo se centra en la práctica del método canguro (MC), la lactancia materna (LM) y la posibilidad de permanecer con el niño todo el tiempo que se quiera.

En el momento de implantarse, requería un cambio en las actividades y actitudes de los profesionales hacia los pacientes ¹⁵.

Pasados 7 años desde la instauración del modelo, se realizó un estudio para conocer la situación a nivel nacional, en las unidades de neonatología con atención a niños prematuros. Se llevó a cabo por personal del Hospital del Vall d'Hebron en Barcelona y del 12 de Octubre en Madrid y se desarrolló en 83 diferentes Hospitales de las CCAA; los resultados se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 1: Situación nacional en 2006 en unidades de neonatología con atención a niños prematuros.

Intervenciones	Porcentaje
Entrada libre 24h a UCIN	10% (8 hospitales)
No permite visitas en UCIN	1,2% (1 hospital)
Grupo de apoyo a padres	2,4% (2hospitales)
Hacer partícipes a los padres de los cuidados	54% (45 hospitales) - 58% (26 hospitales): horario restringido
Método canguro	Sin límites: 22% (18 hospitales) Nunca : 47% (39 hospitales)
LM favorecida	98% (81 hospitales) - 55 horario restringido - 48 leche materna congelada - 1 banco de leche
TOTAL: 83 Hospitales	

Elaboración propia.¹⁶

Según este estudio, existe una importante heterogeneidad en la aplicación de cuidados basados en CCD a nivel nacional que no debería estar justificada; se percibe un interés creciente en España a cerca de este modelo y de la homogeneización de los cuidados proporcionados en todo el territorio. Para llegar a esta situación de concordancia se requerirá formación de los profesionales, pero sobre todo, un cambio de actitudes del personal y cultura de las unidades.¹⁶

El modelo de CCD propone medidas para intentar paliar el estrés sufrido por el recién nacido prematuro, así como el experimentado por los padres.

En un estudio realizado en el año 2014, se demostró que, los principales factores estresantes eran:

- La interrupción del rol por privación de expectativas con respecto al niño.
- La percepción del mismo rodeado de equipos y alarmas, que señalan el cambio hacia una situación crítica.
- Los procedimientos invasivos.

Todo esto se refleja en los padres, junto con la dependencia que tiene su hijo del sistema que le mantiene. El tamaño y aspecto del bebé influye en la situación de estrés que viven los padres. El aislamiento físico y de tareas al no poder alimentar, ocuparse de su bebé o compartirlo con su familia, incrementan la ansiedad que puedan sufrir los padres y podría llegar a modificar el proceso de crianza.¹⁷

Para completar las inquietudes de los padres, el saber que su hijo está ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos dispara sus miedos ya que esta es una unidad en la cual el fallecimiento de pacientes es más frecuente que en otras plantas, por lo tanto esto incrementa la intranquilidad; si bien es cierto que actualmente, el 90% de los pacientes que superan los 800 gramos de peso en una UCIN salen a delante.¹⁸

Debido a estos eventos estresantes, la situación en una UCIN es de constante tensión por parte de los padres, por esto, su actitud mengua en relación con su personalidad fuera de este lugar. Esta situación provoca unas reacciones inadecuadas para el propio bienestar de los padres o para con el personal. La relación terapéutica que establecen los padres, con la enfermera está considerada como factor protector¹⁷, por lo tanto es un vínculo que se debe desarrollar para que exista una buena relación terapéutica que ayude a suavizar el ambiente percibido por los padres integrándose de forma satisfactoria en la unidad. Todo ello ayudará a promover el bienestar de los padres y por lo tanto a protegerse de los factores estresantes. Además, si por parte de las enfermeras, también se trabaja en esta relación colaborando con consejos o técnicas para controlar la situación, su paso por esta etapa de adaptación se haría más sencillo.

Es cierto que existe controversia al permitir a los padres integrarse en el cuidado de los niños. Encontramos autores que consideran beneficiosas estas actividades tanto para los padres como para el niño, mientras que, por otro lado los hay que consideran positivo apoyar a la familia pero no introducirla en los cuidados.¹⁴

Según Serret M. enfermera de la Universidad Rovira y Virgili de Gerona, comenta en su tesis doctoral sobre el apego entre padres de niños prematuros en UCIN:

“ La mayoría de los padres y madres descubren que involucrarse en el cuidado de sus hijos les aporta una sensación de control y les ayuda a fortalecer el vínculo con su bebé. Esto, por supuesto, también es importante para el bebé, transmitiéndole seguridad y afecto.”⁷.

Las enfermeras se encuentran en constante contacto con la familia y, sobre todo, con la evolución del niño, por lo tanto son las que tienen una gran oportunidad para actuar sobre este problema. Es por esto y por la necesidad presentada por los padres, por lo que se considera que son importantes las actividades a realizar con los progenitores para manejar el estrés a su paso por una unidad tan dura como es la UCI.

El objetivo de esta revisión narrativa es identificar las intervenciones enfermeras ante el estrés en padres con niños prematuros en la UCIN.

METODOLOGIA

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa entre los meses de Febrero y Abril por medio de búsquedas bibliográficas realizadas en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Medline y Google académico y scholar; así como en entidades científicas u organismos relevantes como el Ministerio de Sanidad o la Sociedad Española de Neonatología y alguno de los hospitales de la Comunidad de Madrid como son el Hospital La Paz o el Hospital 12 de Octubre . Para dichas búsquedas se utilizaron los tesauros:

- MeSH : NICU, Parental stress/stress management, parents/parent-child relationship y premature
- DeCS: UCIN, estrés parental/manejo del estrés, padres/ relación padre-hijo, prematuro.

Combinando los operadores booleanos “AND” y “OR”. Los limitadores establecidos han sido: estudios en humanos y artículos comprendidos entre 2010 hasta la actualidad.

De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron los más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

Tabla 2 Búsqueda de referencias

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Resultados obtenidos	Resultados seleccionados
Pubmed	Intensive Care Units, Neonatal AND Stress, Psychological AND Parent-Child Relations OR Parent-Child Relations/therapy AND Infant, Premature	25	2
Cinahl	(NICU or neonatal intensive care unit) AND stress management OR stress AND premature AND nursing interventions .	32	3
	(NICU or neonatal intensive care unit) AND NICU nurse AND parental stress	4	1
	(NICU or neonatal intensive care unit) AND premature AND parent stress	15	1
MEDLINE	NICU or neonatal intensive care unit AND parents AND preterm infants AND stress.	10	3
Google académico y scholar	Se recurrió también a google académico donde se pudo acceder a muchos de los artículos no encontrados anteriormente.		4
Total		86	14

El total de resultados encontrados fue de 86 artículos de los cuales se seleccionaron 14.

Los criterios de inclusión fueron artículos que:

- tratan el tema en cuestión.
- los que se desarrollan intervenciones enfermeras.
- proponen técnicas de control del estrés parental, tanto paterno como materno.
- contemplan la percepción que tienen los padres sobre las actuaciones que se realizan en la unidad.
- tienen lugar en la UCIN.
- tratan de niños prematuros.

Considerando por otro lado los criterios de exclusión, se encontrarían fuera del filtro aquellos artículos que:

- traten el estrés por parte de profesionales de psicología.
- actúen fuera del periodo en el que el niño es considerado neonato.
- son realizados fuera de la UCIN.
- no traten el estrés parental.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Tras la lectura y análisis de los trabajos seleccionados se decide dividir los diferentes artículos en 3 categorías que forman el cuerpo de esta revisión narrativa.

1. Situación de la familia en la UCIN

Según un artículo publicado en la organización Healthy Children¹⁹, la reacción que tengan los padres al entrar en una UCIN la primera vez depende de tres factores: preparación previa, es decir, si ha sido una necesidad inesperada o ya se contemplaba; la condición propia de cada persona y la existencia de experiencias anteriores.

Apoyándose en estos tres factores, se concluyó que existen varios sentimientos que los padres experimentan a la hora del ingreso de su hijo en la unidad; estas emociones son:

- Miedo como reacción a una situación desconocida. Este, junto con las dudas, irán disminuyendo con el tiempo.
- Ira hacia el personal, la pareja y/o hacía sí mismo.
- Culpabilidad al creer que la situación que se está viviendo puede haberse desencadenado por una mala acción propia.
- Pérdida de la idea del bebé esperado o del rol parental.
- Impotencia al no poder ni saber actuar ante tal situación.

Todos estos sentimientos se modifican y sustituyen por otros conforme aumenta la comprensión del lugar, avanza el estado del niño y se establece una relación con el personal.

Partiendo de que el estado del niño no se puede controlar y difícilmente prever, la ayuda prestada a los padres para comprender el lugar y crear una relación profesional productiva será muy necesaria a la hora de favorecer el bienestar de los padres. Según una investigación realizada en 25 UCIN italianas, varios estudios demuestran la efectividad del apoyo a los padres, introduciéndoles en el cuidado del niño, para la reducción del estrés.(7) Esa necesidad de apoyo, tal y como defienden los CCD, puede ser suplida mediante intervenciones por parte del equipo de enfermería²⁰.

Recordando que los cuidados centrados en el desarrollo están basados en la disminución del estrés del RN, a través de intervenciones, teniendo a la familia como referente e implicándolos en los cuidados para mejorar la calidad del vínculo y favorecer la interacción²¹; cabe añadir que los cuidados centrados en la familia (CCF) consideran a los padres del niño como la primera fuente de fortaleza y apoyo. Según Cockcroft S. comenta en su estudio realizado en Reino Unido, tales cuidados ayudan a sobrellevar el estrés y promover el bienestar familiar; de esta manera se asegura su oportunidad para ser y actuar como padres. Este modelo defiende que las rutinas basadas en la conveniencia del hospital pueden ser altamente perjudiciales para la relación parento-filial ya que quiere asegurar que el tiempo que los progenitores pasen con el niño, sea lo más positivo posible durante su estancia en la unidad y que, si el paciente falleciera, los recuerdos del tiempo compartido sean de bienestar²².

La campaña Unidos en Neonatos puesta en marcha por “El parto es nuestro” engloba los informes sobre accesibilidad en las Unidades Neonatales y cumplimiento de los derechos de los bebés. En su informe final se concluye que, a pesar de las pautas acogidas tras la instauración de los modelos de cuidados comentados anteriormente, se incumplen las tres recomendaciones básicas consideradas:

- Unidades neonatales de puertas abiertas 24h
- Unidades neonatales con LM sin restricción horaria
- Unidades neonatales con MC implementado.

En este informe se demuestra que existen 5 comunidades en las que ninguno de los centros incluidos cumple estas tres recomendaciones y que, tan solo en una comunidad, más de la mitad de los centros cumplen las tres²³.

Tabla 3. Recomendaciones básicas a nivel nacional

% sobre el Total de Hospitales				
	% Abiertas 24 horas	% Lactancia Materna sin restricción horaria	% Cuidado Canguro implementado	% Cumplen las 3 recomendaciones
España	48%	39%	60%	31%
Andalucía	52%	50%	65%	42%
Aragón	80%	80%	80%	70%
Asturias, Principado de	40%	40%	40%	20%
Balears, Illes	60%	30%	50%	30%
Canarias	33%	33%	100%	33%
Cantabria	100%	0%	100%	0%
Castilla - La Mancha	17%	17%	25%	8%
Castilla y León	27%	13%	40%	0%
Cataluña	56%	53%	65%	44%
Comunitat Valenciana	38%	38%	72%	25%
Extremadura	22%	11%	22%	11%
Galicia	15%	8%	46%	0%
Madrid, Comunidad de	75%	48%	68%	45%
Murcia, Región de	38%	25%	63%	25%
Navarra, Comunidad Foral	33%	33%	100%	0%
País Vasco	60%	20%	80%	20%
Rioja, La	100%	0%	100%	0%
Ceuta y Melilla	0%	0%	0%	0%

Fuente: Campaña unidos en neonatos ²³.

Cerca del 70% de los hospitales de la red nacional incumplen las recomendaciones básicas de la OMS y del Ministerio de sanidad de no separar a los bebés de sus madres²⁴. Se destaca por lo tanto, la Carta Europea de los Derechos del niño que afirma que ‘‘cualquier niño o niña ingresada en el hospital tiene derecho a estar con sus padres o tutores’’; así como las Recomendaciones y estándar de calidad en las Unidades de Neonatología del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el que se habla de una atención centrada en la familia como un aspecto muy importante para la evolución y desarrollo del RN obligado a permanecer lejos del entorno familiar; para ello se debe facilitar actividades de formación y soporte específico a la familia, fomentar su participación en cuidados y la creación de grupos de apoyo.

Se defiende también el papel activo de las familias en la seguridad de los pacientes mediante información e implicación en los cuidados y decisiones sobre su tratamiento^{2,25}.

Según el último estudio llevado a cabo en 2012 por el servicio de neonatología del Hospital 12 de Octubre de Madrid a cerca de la situación de los CCD en las unidades de neonatología en España, se ha producido un cambio muy favorable con respecto al estudio que tuvo lugar en 2006. El grado de implantación de estos cuidados se ha incrementado en los últimos años y la realización de intervenciones, por parte del equipo, relacionadas con la participación de los padres se ha modificado favorablemente²¹.

2. Intervenciones enfermeras

a. Horarios de visitas

El Ministerio de Sanidad afirma que “Aún hay barreras para el acceso de la familia a las unidades neonatales. El RN tiene derecho a recibir cuidados paternos y maternos y su desarrollo está ligado a la calidad de interacción con su familia”². Basada en esta exposición, la Campaña Unidos en Neonatos ha realizado unas recomendaciones en cuanto al horario de visita que benefician tanto al paciente como a la familia:

- Favorecer el contacto físico durante el mayor tiempo posible.
- Si los padres lo desean, poder permanecer las 24 horas del día en la unidad.
- Por parte del personal de la unidad, atender tanto al niño como a sus padres.
- Permitir visitas de otros miembros de la familia como hermanos y abuelos.

Reforzando la conclusión del Ministerio de Sanidad, en el informe de esta campaña se puede observar que un 48% de 256 unidades investigadas tienen un horario de puertas abiertas de 24 horas, destacando las CCAA de Cantabria y La Rioja con un 100% de efectividad, y que un 23% aún presentan un horario muy restringido, destacando Ceuta y Melilla donde un 0% de los hospitales presentan ésta política.

Concretamente en Madrid, un 75% de los hospitales incluidos abren sus puertas 24 horas como se muestra en la tabla 3 .

Según un estudio realizado en Turquía sobre el efecto de las intervenciones enfermeras en el estrés parental, la cantidad de visitas realizadas por parte de los padres a su hijo es inversamente proporcional al estrés que experimentan, considerándose así, el número de visitas, un importante factor estresor ²⁰.

De la misma manera afirma Cockcroft S., en su investigación sobre cómo mejorar los CCF para satisfacer las necesidades de los padres, que no poder compartir a su hijo, o la situación, con el resto de sus seres queridos, aumenta el estrés sufrido por los padres y considera que sería de gran ayuda poder permitir la entrada a una persona que creen beneficiosa para ellos ²².

b. Método canguro

El método canguro es considerado, por el Ministerio de Sanidad, como una parte esencial de los CCD y una técnica de fomento de salud y bienestar para ambas partes. Este consiste en realizar piel con piel temprano, continuo y prolongado madre – hijo².

Proporciona ciertos beneficios como:

- Favorecer la lactancia materna ya que aumenta su duración
- Disminuir los niveles de ansiedad mostrados por los padres y ayudan a mejorar la confianza en el cuidado de sus hijos.
- Bienestar para niños y padres si se realiza durante el ingreso.

Según la Campaña Unidos en Neonatos, ésta técnica está implementada en el 60 % de las unidades estudiadas, destacando las CCAA de Cantabria, Canarias, Navarra y La Rioja donde encontramos un 100% de incidencia en contraposición a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en la que ninguno de sus Hospitales lo realiza. Concretamente en Madrid, se desarrolla en el 68% de unidades ²⁴. En cuanto a la persona que puede realizar la técnica, el 82% de las unidades investigadas en el estudio realizado en 2013 permiten a las madres ser las protagonistas, un 73% a los padres y un 9% a otra persona autorizada ²¹.

El mal estado emocional se mitiga cuando existe contacto directo madre – hijo; según los artículos consultados, el método canguro disminuye el estrés sufrido por las madres ya que las hace sentirse útiles en el cuidado al percibir que su hijo las necesita, mejora su ánimo y crea un sentimiento de complicidad entre ambos, refuerza el vínculo y aumenta su competencia hacia los cuidados del niño ^{20, 26}.

En cuanto al modo de realización de ésta intervención, se pudo observar, en un estudio llevado a cabo en 4 hospitales de Estados Unidos, en el que realizaron el MC durante al menos 15 min cada sesión, que algunas madres sentían miedo a la hora de coger a su hijo refiriendo preocupación por tocar los cables o extubar al niño; pero una vez realizado y, con ayuda de la enfermera, este miedo se iba atenuando. El mismo artículo llega a la conclusión de que éste método no es efectivo para disminuir el estrés a largo plazo pero sí para controlar el distrés de los momentos clave en la UCI ²⁷.

Pese a esto, Montiroso, R. anuncia, en su investigación a cerca del estrés en madres asociado con la calidad de los cuidados desarrollados en 25 UCIN italianas, que la posibilidad de realizar la técnica no asegura una reducción del estado emocional negativo de la madre, sino que es necesario combinarla con la realización de más intervenciones focalizadas²⁸. Así mismo, y teniendo en cuenta los resultados del estudio llevado a cabo por el Hospital 12 de Octubre de Madrid en 2012, donde se muestra que España es de los países europeos que más limitan el MC, los investigadores creen necesario crear protocolos para homogeneizar las prácticas entre los centros y para ello recomiendan utilizar las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ²¹.

c. Lactancia materna

El Ministerio de Sanidad recomienda promover la LM a libre demanda para que los bebés tengan acceso al amamantamiento sin restricciones en la duración y en la frecuencia de las tomas. Considera que, salvo que esté médicamente contraindicado, los RN sólo deberían recibir leche materna ^{2,29}.

En España, la LM se permite sin restricción horaria en el 39% de los hospitales estudiados en la Campaña unidos en Neonatos. Podemos destacar la CCAA de Aragón en la que el 80% de sus hospitales promueven la LM sin restricción horaria, comparándola con Cantabria, La Rioja, Ceuta y Melilla en las que ninguno de sus hospitales lo hace.

En concreto en la comunidad de Madrid, el 48% de sus hospitales defienden ésta técnica ²⁴.

El estado emocional negativo se mitiga cuando se involucra a la madre en acciones relacionadas con la alimentación ²⁸. El artículo realizado por Hadsell, C. sobre la preparación psicológica de las madres para la LM, defiende que, cuanto antes se comience la extracción de leche o el amamantamiento, antes se sentirá la madre útil en cuanto al cuidado del niño. Si bien es necesario valorar si ésta está preparada para empezar a dar el pecho o extraerse leche; esto, según la autora, se mide realizando preguntas a cerca de conocimientos previos, su situación en el momento o resolviendo dudas que puedan tener y valorando los datos recogidos. Del mismo modo considera necesario conocer la situación del niño; pero, si no hay evidencias que lo contraindiquen, cuanto antes y más oportuna sea la intervención, antes se comienza la estimulación, antes podrá proporcionar alimento la madre a su hijo y, por lo tanto, antes se sentirá participe ³⁰.

Al igual que para otras actividades, los padres necesitan apoyo a la hora de establecer la LM, esta ayuda y el mero hecho de estar alimentando a su hijo, mejoran la confianza de la madre, refieren las autoras Brett J, Staniszewska S, Newburn M, en una revisión sobre las intervenciones de apoyo a los padres . Concluye el artículo dejando evidencia de que los padres que reciben apoyo en la LM, continúan con ella durante más tiempo que aquellos que no cuentan con él ³¹.

d. Estimulación multisensorial (ATVV), técnicas de relajación y percepción de dolor

La estimulación multisensorial o ATVV (auditiva, táctil, visual y vestibular) requiere un sistema de progresión en las actividades llevadas a cabo. Esta progresión se realiza durante un mínimo de 15 minutos y comienza con la parte auditiva, durante la cual los padres deberán hablar al bebé; después se unirá a ella la parte táctil llevada a cabo a través de un masaje o caricias. Pasados unos minutos y, si el niño está despierto, se añade el estímulo visual en el que los padres realizarán contacto visual, en la medida de lo posible.

En un estudio realizado en EEUU, encargado de comparar los efectos sobre el estrés de ciertas intervenciones, se recomendó a las madres que realizaran la estimulación multisensorial antes de las tomas y, se pudo observar que su comportamiento, tanto del niño como de la madre, era mucho más positivo en estas. Varios estudios consultados prueban que el masaje al niño ayuda al vínculo y mejora la interacción ^{27, 31}, pero esta intervención multisensorial presenta, según tal estudio, un efecto positivo en el distrés de las madres en la UCIN, quienes tuvieron una mejora mucho más rápida que el grupo de control ²⁷.

Ésta intervención, aunque realizada sobre el niño, modifica el estado de la madre; de la misma manera, se realizó otro estudio en Grecia con el objetivo de valorar una intervención realizada directamente sobre los progenitores, concretamente, el efecto de la aplicación de técnicas de relajación. En este estudio se desarrollaron 3 técnicas (respiración profunda, relajación muscular progresiva e imagen guiada) que fueron enseñadas a los padres para que las realizaran desde aquel momento en adelante. Se pudo comprobar entonces que los niveles de estrés eran muy reducidos 3 meses después del comienzo de las técnicas, así como el rasgo de ansiedad. Los padres que llevaban a cabo estas técnicas desarrollaban menos ansiedad y mejor afrontamiento a los problemas. Por esto se concluyó que las técnicas de relajación disminuían el rasgo de ansiedad pero no el estado; es decir, son efectivas a largo plazo, pero el distrés durante las primeras experiencias en la unidad no era variable ²⁶.

En cuanto a las experiencias consideradas mayores fuentes de distrés, encontramos la percepción del dolor del niño y la apariencia del mismo. Cuando los padres consideran que su hijo está experimentando un fuerte dolor, generalmente durante la realización de técnicas o tras ellas, sus niveles de estrés aumentan considerablemente. Según se comenta en un estudio realizado en 25 UCIN italianas, el estrés resultante de ésta percepción disminuye con información acerca del dolor del niño, su involucración en los cuidados o remedios que se pongan a éste y, sobretodo, proporcionándoles confort durante la experimentación del dolor. Del mismo modo, cuando éstos padres perciben que las intervenciones enfermeras provocan confort al niño, los autores han observado que sus niveles de distrés disminuyen. Por esto afirman que una rutina de cuidados dirigidos a minimizar el dolor del niño, disminuirá también el estrés de los padres ²⁸.

e. Padres y madres : empoderamiento y educación por parte de la enfermera

Cuando un niño ingresa en una UCIN, generalmente todo lo que allí ocurre es desconocido para los padres, esto sumado al delicado estado de salud de su hijo recién nacido provoca una situación hostil para los progenitores que incluirá diversos factores que aumentarán considerablemente su grado de estrés, llegando a transformarlo en distrés.

Uno de los principales factores estresores identificado en la gran mayoría de los padres en esta situación son todos los monitores, alarmas y demás material encontrado en la unidad, el cual ellos desconocen. Se ha realizado un estudio en Turquía con la intención de comprobar el efecto de las intervenciones enfermeras dirigidas al empoderamiento de los padres sobre diversos factores estresores, por lo que, incidiendo en un grupo, llevó a cabo una serie de intervenciones antes y durante el ingreso de sus hijos. Estas intervenciones fueron:

- Tour por la unidad + presentación del equipo
- Explicación de alarmas y monitores
- Explicación de técnicas y procedimientos para comprensión de los padres.

- Ánimo para expresar sus sentimientos con el personal u otros padres
- Disponibilidad completa del personal de enfermería para resolución de dudas

Al finalizar el estudio, los autores pudieron comprobar que, en el grupo intervenido, los niveles de estrés eran considerablemente menores a los del grupo control y afirmaron que, cuando se conocen los monitores y la unidad, éste factor no produce distrés. Del mismo modo se observó que, la razón por la que los sonidos y visualización, la edad materna y edad gestacional no modificaron, según la escala PSS:NICU, los niveles de estrés del grupo intervenido pero sí los del grupo control, fue gracias a la educación y las intervenciones para mantener el estrés que se habían realizado al principio del estudio ²⁰.

Como se ha comentado en el apartado anterior, cuando los padres perciben que las intervenciones enfermeras proporcionan confort a su hijo ²⁸, sus niveles de estrés disminuyen, por lo que se podría afirmar que estas intervenciones también les proporcionan confort a ellos. Basándose en esto, se desarrolla un estudio a cerca de las intervenciones de crianza familiar (Family Nurture Interventions, FNI) en el que se destaca la importancia del vínculo familiar con el niño durante los primeros días de vida. En este estudio realizado en 2012 en la ciudad de Nueva York, enfermeras previamente formadas, se encargan de educar a las madres en diferentes actividades que proporcionarán bienestar al niño y fortalecerán el vínculo familiar. Estas intervenciones son:

- Vínculo a través del olor: las madres aportan una prenda que hayan llevado cerca de las mamas y recogen una que el bebé haya tenido en la unidad. Esta prenda que queda con el niño le proporcionará la idea de un ambiente más familiar y de que su madre está de algún modo con él
- Vínculo a través de la lengua: se fomenta el hablar con el niño en la lengua materna, en la que él la reconocerá. Tanto la madre como otros familiares.

- Proporción de confort: se enseñará a la madre las técnicas de contención y masaje a los niños para que pueda realizarlas, por ejemplo al pasar un procedimiento doloroso.

A través de estas actividades la separación madre – hijo que se sufre en esta situación se verá mitigada de cierta manera ya que se sigue trabajando en el vínculo familiar y, al ver que ella es la que proporciona confort a su hijo, su propio bienestar se potenciará y se verá capaz de cuidar de él ³².

Para que este vínculo no se pierda, Taylor. L et al. realizan una revisión sobre las intervenciones efectivas de refuerzo del mismo, en la que se habla de diferentes programas de cuidados del desarrollo y comportamentales individualizados y de cómo actúan:

- COPE (Creating Opportunities for Parents Empowerment) se trata de un programa de educación sobre la apariencia y comportamiento de niños prematuros dirigido a los padres de los niños en la UCIN.
- MITP (Mother Infant Transaction Program) Este programa ayuda a los padres, especialmente a la madre, a apreciar las características únicas y el desarrollo de sus hijos.

Gracias a la puesta en práctica de éstos programas sabemos, como resultados de tal revisión que, en el primero de ellos, los padres refieren una disminución del estrés y, en el segundo, un aumento de la satisfacción; pero ambos aumentan la confianza propia con respecto al cuidado de los hijos. De la misma manera, refieren los autores, estos programas proporcionan ciertos beneficios adicionales, como son el conocimiento y aplicación de mecanismos de afrontamiento ante situaciones estresantes o traumáticas y por lo tanto, disminución del impacto de éstas, mejora del estado emocional y apoyo práctico para el cuidado de sus hijos. Tanto es así que, según concluye el artículo, los CCD mejoran, como su nombre indica, el desarrollo del niño pero estos Cuidados del Desarrollo y Comportamentales, además, proporcionan a los padres apoyo psicológico y guía sobre cómo cuidar de su hijo.

La escala utilizada en el estudio, Behavioural assesment scale ayuda a los padres a aumentar la percepción y manejo de las capacidades de su hijo y, por lo tanto, evidencia que estas intervenciones aumenta la estabilidad del vínculo madre-hijo y disminuyen la ansiedad ³¹.

Otras de las intervenciones que esta revisión destaca es la preparación de los padres la primera vez que ven al niño, en la que, coincidiendo con otro estudio, refiere la realización de un tour por la unidad y la presentación al personal ^{20,31}, pero también a la proporción de una fotografía del niño a los padres, lo que tiene evidencias de ser beneficioso para la primera impresión que tengan.

Las intervenciones para el control del estrés en los padres surten efecto en la mayoría de los casos, pero, comentan en su estudio White-traut, R. et al. que las que se realizan hacia los padres de los niños que se encuentran en una situación más crítica, resultan más positivas ya que disminuyen notoriamente el estrés desde unos niveles muy elevados ²⁷.

Dentro de los padres, no se desarrolla de la misma manera la vivencia de la situación, no aumenta por las mismas causas el estrés en ambos miembros de la pareja ni son efectivas las mismas intervenciones ya que no poseen técnicas similares de control del estrés ^{22, 33, 34}.

En el caso de la madre, la investigación que realizan Matricardi, S. et al. acerca de las diferencias en la reducción del estrés entre madres y padres en una UCIN , refieren que presenta niveles más altos de estrés por la pérdida del rol que los que presenta el padre y esto se debe a la diferencia para cada uno de ellos de éste concepto; refieren los autores que los padres tardan más en sentir la paternidad y, explican Schappin, R. et al, en su revisión sobre el estrés en padres, que esto se debe a que la madre ya ha comenzado a crear un vínculo durante la gestación ^{33, 34}.

Como este vínculo ya ha comenzado, en el momento en que se produce la separación, esta relación se ve afectada y, un retraso en ver o tocar al bebé puede llegar a ser muy perjudicial como comenta Cockcroft, S. en su estudio sobre las necesidades de éstos padres. Además el estrés del parto prematuro puede afectar a su habilidad para interactuar con el recién nacido en un

primer momento, por lo que se identifican diferentes necesidades que presentan las madres en esta situación; estas serían apoyo y conocimientos por parte de familiares y personal de la unidad. Durante la separación producida, si la madre no puede acudir a ver al niño, se identifica como beneficioso la muestra de fotografías, lo que ayudará, además, a reforzar el vínculo²².

En el primer estudio mencionado, realizado por Matricaldi, S. et al se comenta que las técnicas de control del estrés de las madres se basan en interacción física con el niño y búsqueda de apoyo emocional, mientras que las de los padres comprenden estrategias más instrumentales y una búsqueda de información sobre el estado del niño³⁴.

Como se puede comprobar las técnicas de afrontamiento del estrés son diferentes y esto es debido a que los factores estresores también lo son. Como admiten Schappin, R et al. en su estudio, los padres han sido menos estudiados hasta hace relativamente poco tiempo y, cuando se les incluía en las investigaciones, se podía ver que presentaban menos estrés por el rol social que desempeñaban en aquel momento³³.

Actualmente y según algunos estudios^{20,22}, durante los primeros días de vida del recién nacido, los padres experimentan una gran carga estresora ya que presentan una doble preocupación tanto por el niño como por el estado de la madre; tanto es esto que esconden sus sentimientos para no agobiar o angustiar a las mismas. Se identifica en uno de los estudios que necesitan, para mitigar el estado anterior, verbalizar su situación y sus sentimientos con las madres o con ciertas personas de apoyo. Otra de las necesidades manifestadas en los padres y que responde al factor estresor de la culpabilidad por la separación, al volver al trabajo, es la de recibir información acerca de las novedades en el estado de su hijo y poder involucrarse en los cuidados de éste.

La evidencia en este estudio concluye que el empoderamiento de los padres aumenta su confianza en ellos mismo y les ayuda a estar más preparados para el alta del bebé²².

A pesar de estos resultados demostrados acerca del empoderamiento de los padres y de la afirmación de la Asociación Británica Perinatal destacando la importancia de implicar a los padres de estos niños, Hadsell, C. concluye que, en muchas ocasiones el personal encargado de esta intervención no quiere o no cree que los padres estén preparados ni que hayan asimilado bien la situación y por esta razón se les excluye de los cuidados ³⁰.

f. Grupos de apoyo + comunicación con el personal

Como se ha demostrado, una de las técnicas de afrontamiento común a ambos padres es la expresión de sentimientos y la experiencia compartida con personas que consideran beneficiosas para ellos.

Por esto se desarrollan en los hospitales, grupos de apoyo destinados a compartir las experiencias individuales de cada padre y madre con su hijo. Según la revisión centrada en las intervenciones para la comunicación y apoyo a los padres de niños prematuros realizada por Taylor, L. et al. estos grupos han resultado ser efectivos tras 4 semanas de apoyo, sobretodo en madres de niños en una situación especialmente crítica en las que se ha visto que mejora su humor y la relación con su bebé; en general estos grupos potencian la disminución del estrés de los padres.

Los grupos de apoyo pueden estar dirigidos por:

- Profesionales: en estos aumenta la perspectiva de los padres, se sienten apoyados y aprenden información práctica sobre cómo actuar. Lo consideran una oportunidad para comunicarse directamente con el equipo y aumenta su confianza en sus habilidades como padres.
- Otros padres: estos grupos proporcionan información, apoyo emocional y fuerza, permiten espacio para expresarse fuera del equipo de salud y generan tranquilidad al hablar con padres con experiencia en situaciones similares a las suyas.

Uno de los principales aspectos que se pone en marcha en estos grupos es la comunicación, ya sea con otros padres o con el personal. En concreto, la comunicación con los últimos es de especial importancia en la práctica diaria.

Según muestran Taylor, L et al en su revisión, las discusiones entre profesionales sanitarios y padres sobre el proceso de sus hijos, han tenido como resultado menos preocupaciones, menos incertidumbre acerca de la condición médica del recién nacido, menos conflictos y más satisfacción con la toma de decisiones.

Los padres, comentan, percibieron como la comunicación más efectiva la compartida con las enfermeras de la UCIN gracias al manejo de la conversación, ya que las profesionales preguntaban y animaban a los padres a resolver sus dudas, el cuidado de la comunicación y la puesta en práctica de ésta como compañeros al mismo nivel que los padres.

Por el contrario, la identificada como comunicación inefectiva ha sido aquella en la que la información no era consistente, los profesionales no comprobaban si se había comprendido toda la información o cuando las preguntas no estaban permitidas ³¹.

Las autoras comentan que hablar con las enfermeras tiene una influencia positiva en la seguridad de las madres, la percepción de la pareja en cuanto al control de la situación y su sensación de conexión con el bebé. Si por el contrario, como refiere Cockcroft, S. la comunicación no es efectiva, los padres perderán mucha información y esto afectará a su habilidad a la hora de participar en la toma de decisiones ²².

3. Práctica y Formación de las enfermeras.

Tal y como afirma el estudio llevado a cabo por Montirosso et al. en 25 unidades Italianas, el personal de UCIN debe considerar la participación de los padres en el cuidado y deben tener en cuenta que disminuir el estrés que están experimentando requiere un gran esfuerzo tanto por parte de los progenitores como por parte del personal ²⁸.

En el estudio realizado en Turquía acerca del efecto de las intervenciones enfermeras en UCIN sobre el estrés parental, se admite que sin apoyo de las enfermeras el estrés experimentado aumenta.

Es necesario, entonces, crear una relación continuada y honesta basada en esfuerzo y colaboración por parte de las enfermeras; estas, deberían integrar en su práctica, prestar atención a las necesidades de los padres durante los primeros días en la UCIN y llevar a cabo intervenciones que puedan satisfacerlas ²⁰. La investigación de Cockcroft, S. sobre las necesidades de los padres en esta unidad aconseja, que las enfermeras deberían ir ofreciendo actividades a los padres según consideren para que ellos las vayan asumiendo y se sientan activos en el cuidado de sus hijos²². Pero, según lo observado por Hadsell, C., en ciertas ocasiones, las suposiciones que poseen las enfermeras sobre el estado de los padres pueden interferir en conocer cómo se sienten de verdad tales familiares. En cualquier caso, esta última autora propone, que el personal de UCIN debería estar en contacto con el de puerperio para conocer la evolución y tener otra opinión profesional sobre la capacitación de la madre para realizar las intervenciones ³⁰.

Por otro lado, aunque se tenga en cuenta la capacitación de los padres, una de las principales intervenciones que debe realizar una enfermera con ellos, es facilitar el acceso a la información sobre el estado y comportamiento de su hijo. Cockcroft, S. en su estudio, comenta una investigación realizada en una UCIN en la que un hospital colocó notas para la libre consulta de los padres sobre el estado y evolución de sus hijos, lo cual promovió la información, el entendimiento y la reducción del estrés en los padres al estar en todo momento informados de lo que había sucedido. En contraposición, puso a disposición de otros padres las mismas notas de sus respectivos hijos pero, en este caso, debían pedir tales notas y siempre se darían en presencia de un profesional; en esta situación se identificó la figura del profesional como intimidadora y se registró una menor comprensión de lo figurante en aquellas notas ya que, en ciertos momentos, los padres se encuentran menos receptivos y con unos niveles de estrés mayores. Aprecia entonces, la autora, que cuando el personal trabaja de manera inconsistente, puede transmitir falsos mensajes, generar información incompleta e incomprensible y aumentar el estrés de los padres ²².

Para que esto no ocurra, la práctica enfermera sea totalmente consistente y se proporcionen cuidados de excelencia tanto al niño como a la familia, el personal requiere formación específica.

La metodología de actuación en el estudio realizado en las UCIN de Nueva York ha sido la formación de una enfermera en temas en los que, más adelante, ella ha educado a los padres; los resultados de este estudio mostraron que, de esta manera, se promueve una mayor comprensión de los familiares que disminuye su estrés ³².

Existen programas de formación del personal de enfermería basados en las prácticas realizadas en las UCIN. Estos programas son:

- **NIDCAP (Programa de evaluación y cuidado del desarrollo individualizado del recién nacido).**

Se trata de un programa de formación de profesionales para la implementación efectiva de los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia. La meta de este enfoque, tal y como se comenta en sus documentos oficiales, es destacar la estabilización y diferenciación del comportamiento de cada bebé dándole la oportunidad de potenciar su desarrollo en un contexto familiar ³⁵.

Este programa forma a profesionales sanitarios de un equipo multidisciplinar siguiendo un programa basado en entrenamiento teórico, autoevaluación de profesionales y de las unidades del centro y entrenamiento específico en estas, con los pacientes. En él y según el metanálisis de Pallás Alonso, CR. et al. sobre el programa se facilitan recomendaciones individualizadas a los cuidadores y se cuenta con la familia como principal protagonista de proporcionar los cuidados al niño³⁶.

Una vez se realiza este curso y el equipo formado es considerado equipo NIDCAP, se proporciona al centro un certificado. Una vez obtenido, el centro debe contar con :

- Un formador y un especialista en NIDCAP
- Un grupo de enfermería formado en el programa
- Un grupo de liderazgo
- Un consejo de padres

A nivel nacional, el Hospital 12 de Octubre de Madrid, como se comentó en su momento, y el Hospital del Vall d'Hebron de Barcelona fueron designados como centro de entrenamiento o "training center" del programa NIDCAP debido al éxito de sus prácticas ³⁵. Tanto es así que durante el año 2015, la Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con el Hospital 12 de Octubre realizaron un curso a cerca de los CCD en neonatología, impartido por el equipo de formación de NIDCAP del mismo hospital.

- **C.O.P.E (Creando Oportunidades para Empoderamiento de los Padres)** desarrollado por enfermeras con experiencia clínica, educativa e investigadora en la ciudad de Nueva York. Como se ha comentado brevemente en la categoría anterior, se trata de un programa de educación dirigido a los padres de niños prematuros en el que se les muestra, según informes oficiales, qué esperar de la estancia de su hijo en la UCIN. Ayuda a los padres a comprender el funcionamiento de la unidad y les anima a comprometerse con el personal. Estos profesionales están entrenados por el mismo programa en como mostrar los objetivos a los padres, educarles en ciertas intervenciones y solventar dudas.

Los objetivos fijados para los padres en este programa son, por un lado, conocer:

- la apariencia de su hijo prematuro y cómo podrá actuar.
- El cuidado de su bebé en la UCIN
- Cómo sentirse cómodo estando con su hijo en la UCIN
- La preparación para cuidar de su hijo en casa

Por otro lado, aprender:

- Cómo experimentar menos estrés en el hospital
- A desarrollar una relación con su hijo

Los efectos en padres de este programa demostrados por ensayos controlados aleatorios son:

- Menos estrés en la UCIN
- Mayor creencia y confianza en su habilidad para cuidar de sus hijos prematuros.
- Más interacciones multisensoriales con sus hijos.
- Menos síntomas de depresión y ansiedad durante la estancia en la UCIN
- Mayor satisfacción con la estancia en dicha unidad
- Mayor preparación para el alta del niño.³⁷

Se deja, por todo lo anterior, constancia de la efectividad y necesidad de la formación del personal de enfermería, sobre el tratamiento mediante intervenciones con los padres, en las Unidades Neonatales.

CONCLUSIONES

La instauración de los cuidados centrados en el desarrollo en las UCIN a nivel nacional ha aumentado en los últimos años. La práctica de las tres recomendaciones básicas como son las puertas abiertas 24 horas, la realización del método canguro y la promoción de la lactancia materna se ha mejorado con respecto a años anteriores pero, actualmente, la proporción de unidades que cumplen estas prácticas no llega a la mitad del total de hospitales con unidades neonatales. Se considera que, el que este modelo de cuidados como son los CCD estén instaurados en las unidades, no significa que éstas acciones se cumplan y que, si se hiciese, la situación de estrés de los padres podría mejorar.

Si bien es cierto que los CCD son el modelo prioritario en las UCIN de nuestro país ya que se centran principalmente en el desarrollo del niño teniendo también en cuenta a los padres, los CCF proporcionan unas rutinas más beneficiosas para los progenitores ya que se les considera como primera fuente de fortaleza y apoyo. Ya que en una unidad neonatal se debe tener como prioridad los aspectos del bebé, se considera que el modelo de cuidados más adecuado a seguir, podría ser el de cuidados centrados en el desarrollo y la familia, donde se fomenta la actuación dirigida a la maduración y crecimiento del niño, teniendo a los padres como primera fuente de apoyo para disminuir el estrés tanto en los recién nacidos como en los progenitores.

Existen ciertas intervenciones que favorecen este modelo de cuidados. Una de ellas es la estimulación multisensorial que, por un lado potencia el desarrollo neurocognitivo del niño y, por otro, disminuye el estrés de los padres. Otra podría ser las actividades de control del dolor, ya que se ha comprobado que, al ser uno de los principales estresores de los padres, si se consigue controlar el dolor del niño, los niveles de estrés de estos disminuirán. Por ello se considera que estas intervenciones podrían ser beneficiosas a la hora de tratar tanto al paciente como al familiar en la unidad ya que producen mejoría en ambos.

Para que los padres puedan llevar a cabo estas y otras intervenciones, es necesario mostrarles la manera de realizarlas. La educación forma un papel muy importante en este tema ya que, si es la adecuada, los padres podrán pasar a ser los principales cuidadores del niño y esto mitigará sus problemas a la hora de la toma de decisiones.

Si ellos se sienten incluidos en los cuidados y perciben que sus hijos les necesitan, es decir, dependen en cierto modo de ellos y no solamente del personal, se sentirán más tranquilos y familiarizados con la situación, de manera que sus marcadores de estrés se verán mitigados. El empoderamiento de los padres es muy necesario en estas unidades para evitar que se sientan inútiles y crean que sus hijos no les necesitan, o impotentes por creer que no pueden hacer nada contra la situación. En cualquier caso, las intervenciones no servirán igual para madres como para padres y, se debería tener en cuenta cuales son las más apropiadas o beneficiosas para cada miembro.

Como hemos podido comprobar a lo largo de la revisión, la práctica enfermera en las unidades influye mucho en la presencia de mayor o menor estrés en los padres, ya que, una buena práctica puede conseguir que éste disminuya considerablemente e incluso evitar su aumento al inicio del proceso.

Existen muchas intervenciones y aspectos de competencia enfermera que podrían ser muy ventajosos para ayudar a los padres y contar con ellos como una parte más del equipo encargado de tratar a sus respectivos hijos. El problema identificado en las unidades y referido por el personal enfermero de la misma, es que en muchas ocasiones los profesionales no saben cómo poner estas intervenciones o técnicas en práctica, por lo que se considera, en base a afirmaciones de ciertos profesionales, que existe una gran falta de formación del personal de las UCIN a la hora de tratar a la familia del paciente e intentar minimizar su estrés y se cree necesario un cambio de actitud en el personal enfermero para poder incluir a estos padres en el cuidado de sus hijos.

Es cierto que, a la hora de realizar esta revisión, no se han encontrado demasiadas evidencias a nivel nacional en el tema, incluso, en las unidades consultadas en las cuales se ha referido no tener ningún tipo de documento, guía o formación oficial a cerca del trato con los padres en la unidad.

Por esto, se cree conveniente concluir, que sería necesaria la puesta en práctica de ciertos modelos de cuidados o intervenciones en las unidades así como trabajos de investigación a cerca de la preparación del personal de enfermería en cuanto al manejo del aspecto psicosocial de los padres de los niños prematuros en la UCIN, al fin y al cabo la familia es el ambiente natural en el que el niño se debería encontrar y se debe realizar todo lo posible para favorecer este vínculo.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>, 2016.
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología, Estándares y Recomendaciones de Calidad. 2014.
3. García Gilabert C. El estrés y el Síndrome General de Adaptación. 14 de Enero de 2013; Available at: <http://www.actualpsico.com/el-estres-y-el-sindrome-general-de-adaptacion/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Tasa de Nacimientos Prematuros. Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros 2010.
5. Empresas con Salud. Tasa del prematuro en España. 21 de Septiembre de 2015
6. Furzán JA, Sánchez HL. Recién nacido prematuro tardío: incidencia y morbilidad neonatal precoz. 2009
7. María Serret Serret. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2014.
8. Vieira G. Matías. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2003. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062003000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062003000200009&lng=es) &lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000200009>
9. Caruso A, Mikuli IM. El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: traducción y adaptación de la escala Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. 26 de Julio de 2012.
10. Hospital 12 de Octubre de Madrid. Puertas abiertas en nuestra UCI Neonatal. Entrada libre de los padres en una UCI Neonatal, más de 20 años de experiencia. 18 de Octubre de 2005.
11. Luxana Reynaga Ornelas. Estrés de padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León; Junio 1996.
12. Gómez Martínez S., Ballester Arnal R., Gil Juliá B.. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Dic. Disponible en:

- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272011000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272011000300002&lng=es)
&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300002>.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2010.
 14. Zulema Fernández Arizmendi. Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados. Cantabria: Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla; 2015.
 15. Pallás Alonso CR. Cuidados Centrados en el Desarrollo en las Unidades Neonatales. 2014;12(2)
 16. Perapoch Lopez J, Pallás Alonso CR. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. 2006.
 17. Gonzalez Escobar D, Ballesteros Celi E, Serrano Reatiga MF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de Cuidados Intensivos. 2012;9(1).
 18. Samir Alabsi M. Nociones básicas sobre bebés prematuros. 2010; Available at: <http://kidshealth.org/es/parents/preemies-esp.html#>.
 19. Healthy Children ORG. Reacciones comunes de los padres hacia las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. 2015; Available at: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/preemie/paginas/common-parent-reactions-to-the-nicu.aspx>
 20. Turkan T, Zumrut B, Senay Ozbek. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. 1 December 2007
 21. Perapoch Lopez J, Pallás Alonso CR. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las unidades de neonatología en España. 23 de Octubre de 2013
 22. Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? 1 Septiembre 2011.
 23. El Parto es Nuestro. Informe final Campaña Unidos en Neonatos. 2013.
 24. El Parto es Nuestro. Unidos en Neonatos. 2013; Available at: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/unidos-en-neonatos-nos-separa-es-una-cuestion-de-salud>
 25. Parlamento Europeo. Carta europea de los derechos de los niños hospitalizados. 13 de Mayo 1986.
 26. Fotiou C. et al. Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. 22 de Agosto 2015

27. White-Traut R. et al. Maternally administered intervention for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother- infant relationship. Noviembre 2014.
28. Montirosso R. et al. Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study. 2013
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
30. Hadsell CA. Assessing Psychological Readiness for learning about breastfeeding in mothers of NICU Infants: A guide for postpartum nurses. 2010.
31. Taylor L. et al. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. 20 de Abril de 2011.
32. Welch M, et al. Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU. 2012
33. Schappin R, et al. Rethinking stress in parents of preterm infants: a metaanalysis. 2013
34. Montirosso R, Matricardi S, et al. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. 12 de Octubre de 2012
35. NIDCAP federation international. Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program. 2016; Available at: <http://nidcap.org/en/>
36. Pallás Alonso CR, López Maestro M. NIDCAP práctica clínica y metanálisis. 19 de Junio de 2013.
37. Melnyk B, Feinstein N. COPE for Hope. 2016; Available at: <http://www.copeforhope.com/index.php>.