



Curso Académico 2014 / 2015

22/06/2015

La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería.

Maite Herreros Ferrer

Directora: Nieves Aja Hernando



RESUMEN

En la actualidad, la prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil, y una de las principales prioridades sanitarias. La frecuencia de nacimientos pretérmino e ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ha ido aumentando a lo largo de los últimos años.

Los objetivos de este trabajo han sido: describir los aspectos psicosociales de padres/madres cuyos hijos/as recién nacidos prematuros han sido ingresados en la UCIN y proponer unos cuidados de enfermería.

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos fiables, y a partir de esta se ha diseñado un plan de cuidados basado en la taxonomía de la NANDA NIC NOC.

Partiendo del factor de por sí estresante que es el parto prematuro, los otros factores que se ha visto que influyen en la respuesta emocional y psicosocial de los progenitores son: el ambiente de la UCIN, la apariencia y conducta del niño/a, la pérdida de las expectativas generadas durante el embarazo, la separación del bebé, la comunicación con el personal, la situación socio-económica, y el retraso en el establecimiento del vínculo y sentimiento de pérdida del rol parental. Con respecto al plan de cuidados, se ha planificado a partir de los siguientes diagnósticos de enfermería (DdE): Ansiedad, Riesgo de deterioro de la vinculación, y Desempeño ineficaz del rol. Estos tratados de forma global cubrirían las necesidades de los padres/madres.

Por tanto se puede decir que la experiencia de la UCIN conlleva una serie de sentimientos y emociones dolorosas, en el que se ven afectados varios sectores de la vida cotidiana. Es importante que los profesionales de la salud lo comprendan, sin olvidar que los cuidados serán individualizados y adaptados a las necesidades de cada progenitor.

ÍNDICE

1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	9
3. Objetivos.....	10
4. Metodología.....	10
4.1- Resultados de búsqueda.....	11
5. Resultados.....	13
5.1 - Respuesta psicosocial	13
5.1.1 - El ambiente de la UCIN	15
5.1.2 - La apariencia del bebé prematuro	16
5.1.3 - La separación del bebé y las visitas	16
5.1.4 - La comunicación y relación con el personal de la UCIN	17
5.1.5 - La situación socio-económica y el apoyo	17
5.1.6 - El establecimiento del vínculo y el rol parental.....	18
5.1.7 - Diferencia de la respuesta psicosocial entre el padre y la madre.....	19
5.2 - Cuidados de Enfermería	20
5.2.1 - 00146 Ansiedad	21
5.2.2 - 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación.....	22
5.2.3 - 00055 Desempeño ineficaz del rol.....	23
6. Conclusión.....	24
7. Discusión	26
8. Reflexión personal.....	28
9. Bibliografía.....	29

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil. Así, en el mundo nacen alrededor de 15 millones de niños/as prematuros al año, suponiendo esta prematuridad la principal causa de muerte en las primeras cuatro semanas de vida, y la segunda en menores de cinco años. La morbilidad neonatal e infantil, por su parte, se verá afectada por el aumento de nacimientos prematuros y los significativos avances tecnológicos y médicos que han llevado a la supervivencia de bebés extremadamente inmaduros (1).

Un bebé prematuro es aquel que nace antes de que sus órganos sean lo suficientemente maduros para permitir su supervivencia postnatal, antes de la semana 37 de gestación (2, 3, 4). Dentro de los prematuros, se considera "muy pretérmino" a aquellos cuya edad gestacional es inferior a 32 semanas, y "pretérmino extremo" a los nacidos antes de la semana 28. También se les puede clasificar según la relación edad gestacional-peso en: "peso elevado", "peso adecuado" o "bajo peso" para su edad gestacional; se puede decir que un recién nacido con peso inferior a 1500 g será considerado como prematuro. Esta relación, junto con el nivel de maduración, condicionará la probabilidad de supervivencia y el nivel de morbilidad postnatal del prematuro (3). Se puede decir que los recién nacidos prematuros no están preparados para sobrevivir y que su inmadurez repercute directamente en el control de la temperatura, la respiración y la alimentación, haciendo que necesite cierto soporte e intervenciones para mantener la estabilidad hemodinámica (2, 4).

Se ha relacionado el nacimiento antes de la semana 37 de gestación con un alto índice de complicaciones a largo y corto plazo, discapacidades y trastornos del crecimiento y del desarrollo mental (2). Así, las principales alteraciones que sufren son: las respiratorias: síndrome de distrés respiratorio y displasia bronco-pulmonar; las neurológicas: hemorragia intracraneal y leucomalacia periventricular; sepsis; enterocolitis necrotizante; y persistencia del ductus arteriosus (1). No obstante, se sigue desconociendo la tasa real de discapacidad neurosensorial y la repercusión real que tiene en la calidad de vida y en el concepto global de salud del recién nacido prematuro (1).

Físicamente, el bebé prematuro presenta un aspecto frágil, con una piel delgada y fina a través de la cual pueden verse los vasos sanguíneos. La cabeza da la sensación de ser

desproporcionadamente más grande que su cuerpo, que dispone de poca cantidad de grasa y un deficiente tono muscular, haciendo que sus movimientos sean escasos (4).

Estos recién nacidos suelen ser separados en seguida de sus progenitores e internados durante un tiempo indeterminado, que variará según el caso, en la unidad neonatal para ser monitorizados y recibir los cuidados especializados para poder sobrevivir (5). La unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es una unidad especial cuyo acceso a los padres y madres es abierto pero limitado. En la UCIN del Hospital Universitario Donostia concretamente, pueden acceder a la unidad mediante una clave personal y permanecen en ella unas horas determinadas a la mañana y a la tarde mientras la situación del bebé lo permite, y previo medidas de higiene como lavado riguroso de manos. El recién nacido permanecerá en una cuna térmica o una incubadora, monitorizado, y conectado a diferentes tipos de tecnología como respirador en caso de necesidad (4).

En la mayoría de los casos de prematuridad se desconoce la causa exacta que provocó el parto prematuro. No obstante, se han identificado algunos factores que aumentarían el riesgo: el aumento de la edad materna, el tabaquismo materno, una situación socio-económica desfavorable, antecedentes de otros partos prematuros, infecciones, estrés materno, embarazos múltiples (que representan una cuarta parte de los prematuros), y la reproducción asistida, directamente asociada a embarazos múltiples (1, 3). Por otra parte, hay veces que el término del embarazo de forma prematura es indicado debido a complicaciones maternas o fetales como pueden ser la hipertensión materna, la desnutrición intrauterina, el polihidramnios, la fetopatía diabética o el hidrops fetal, entre otros (3).

No obstante, a pesar de todos los esfuerzos realizados durante el embarazo y el parto, la frecuencia de nacimientos pretérmino ha ido aumentando a lo largo de los últimos años, llegando a duplicarse en tres décadas en Europa (1). En España, se puede decir que actualmente la tasa de prematuridad se halla entre el 5 y 12% de los nacimientos (3). Afectando el aumento de estas tasas de prematuridad también a nuestra comunidad autónoma, en la que entre 2001 y 2008 se estudiaron 1659 casos de prematuridad (1). A modo orientativo, decir que en 2013 en nuestra comunidad, de 16.212 partos, 3.717 tuvieron algún tipo de complicaciones, no queriendo decir con ello que todos fueran

partos prematuros; y hubo un 4.79% de reingresos en las unidades de neonatología de nuestros hospitales (6).

Está claro que la prevalencia de la prematuridad y sus consecuencias tanto individuales como familiares y sociales hacen de ella una prioridad sanitaria. Pero, ¿Qué repercusiones exactas tiene en los progenitores el hecho de ver a sus hijos/as ingresados en una unidad tan especial como lo es la UCIN?, ¿Cuál es su respuesta ante la inmadurez de su hijo/a? ¿Qué podemos hacer los profesionales de enfermería para ayudarles?

2. JUSTIFICACIÓN

Se ha elegido este tema por diversas razones. Para empezar, la prematuridad era un tema que me llamaba mucho la atención, ya que en mi entorno conozco a personas que tuvieron que terminar su embarazo de forma prematura. También, el hecho de haber visto, por mi experiencia en prácticas, la reacción de las parejas frente al ingreso por complicaciones en el embarazo, sus temores frente a la hospitalización de un hijo/a en cuidados intensivos pediátricos, y su respuesta frente a un parto que se complica, han hecho que me preguntara cómo responden los padres y madres de un bebé prematuro a su ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), en el que se juntan dos factores estresantes de por sí: la prematuridad y el ingreso hospitalario.

Por otra parte, visto el lento pero progresivo incremento de la prematuridad en nuestra comunidad y la prolongación de la estancia hospitalaria, comentado anteriormente, se ha considerado de trascendencia evocar los problemas que sufren los padres/madres, quienes, al fin y al cabo se ocuparán de sus hijos/as a lo largo de su vida. También porque, enfermería, por su papel de continua cuidadora del bebé, es la que más cerca se va a hallar de los progenitores, de ver cuáles son sus reacciones, y de ser una fuente de apoyo. Así, identificar los diferentes tipos de respuesta psico-socio-emocional de los padres y de las madres a esta situación es parte del trabajo de enfermería, y en ella también reposa la responsabilidad de organizar y planificar acciones que reduzcan el estrés parental, y así mejorar la salud de estos y normalizar sus conductas.

3. OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo van a ser los siguientes:

- Describir los aspectos psicosociales de padres/madres cuyos hijos/as recién nacidos prematuros han sido ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Diseñar una posible actuación de enfermería a padres/madres de bebés prematuros hospitalizados en una UCIN.

4. METODOLOGÍA

La realización de este trabajo se ha dividido en dos partes: la primera en una revisión narrativa, y la segunda en el diseño de un plan de cuidados propuesto a partir de esa revisión. Para ello, se han utilizado diversos recursos: una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos fiables como Scopus, TripDataBase, Pubmed y Biblioteca Virtual de la Salud; y consulta a la base de Elsevier de NANDA, NIC, NOC.

Para el marco teórico, se consultaron páginas oficiales de la Asociación Española de Pediatría (AEP), y del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. También se utilizaron algunos datos de interés aportados por los artículos que resultaron de la búsqueda narrativa.

Con respecto a la búsqueda bibliográfica, se ha realizado de forma exhaustiva en diferentes bases de datos, anteriormente nombradas, acotando la búsqueda mediante descriptores, frases y filtros que se especifican en el siguiente apartado. No se han usado los mismos filtros en cada búsqueda, sino que se ha ido valorando cuales se adaptaban mejor en cada momento, dependiendo del número de artículos obtenidos, y de los filtros disponibles en las distintas bases de datos. Tras la filtración de los resultados, se siguieron una serie de criterios para la elección selectiva de los artículos. A continuación se definen los criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

- a) Artículos o estudios que se hallen disponibles en texto completo y en los idiomas: inglés, castellano y francés;

- b) Artículos que hablen de la experiencia vivida por padres/madres de bebés prematuros ingresados en una UCIN;
- c) Artículos relacionados con los cuidados de enfermería dirigidos a los progenitores del bebé ingresado en UCIN;
- d) Artículos que estudien la respuesta parental al estrés de una unidad neonatal;
- e) Artículos centrados en los aspectos emocionales y psicosociales relacionados con el hecho de tener a un hijo/a internado en UCIN;
- f) Estudios que traten sobre las estrategias que se siguen en algunas unidades neonatales sobre la efectividad de ciertos programas de apoyo parental.

- Criterios de exclusión:

- a) Artículos que traten de forma específica y única los siguientes temas de UCIN relacionados con el cuidado físico del recién nacido: la nutrición, los programas de detección precoz, los que busquen la mejor práctica enfermera en procedimientos neonatales, y todos los estudios y artículos que se dediquen al bebé;
- b) Con respecto a los artículos que traten de la reacción parental, no se han aceptado los que traten sobre los cuidados paliativos en la UCIN, ni sobre la respuesta de los progenitores a situaciones específicas (como la respuesta a una punción venosa, por ejemplo);
- c) Así como tampoco se aceptan los que hablen de la ayuda psicológica antes del nacimiento e ingreso del bebé, o cuyos problemas se estudien más allá del alta hospitalaria del bebé.

En cuanto a la propuesta del plan de cuidados, se consultó la Taxonomía de NANDA, NIC, NOC para la elección de las etiquetas diagnósticas, los objetivos y las intervenciones y actividades a realizar.

4.1- Resultados de búsqueda

No ha sido fácil encontrar artículos que se ciñeran a los criterios de inclusión elegidos para poder llevar a cabo el trabajo, al igual que se tuvieron que realizar diversas estrategias de búsqueda, no reflejadas en este trabajo, en las que no se lograron hallar artículos ni estudios que pudieran servir. Debido a esta dificultad, no se hizo una selección en base a artículos actuales ya que limitaba mucho más los resultados. Así, se han utilizado artículos publicados hace varios años en los que se definían y trataban conceptos considerados importantes para la realización del trabajo y que, comparados a

los artículos y estudios más actuales, tenían unos resultados muy similares. A continuación se enumeran los resultados de la búsqueda bibliográfica en función de la base de datos, la estrategia de búsqueda seguida y los filtros utilizados en cada una.

<u>Base de datos</u>	<u>Estrategia de Búsqueda</u>	<u>Resultados de búsqueda</u>	<u>Resultados tras aplicación de filtros</u>	<u>Resultados tras aplicación de criterios de inclusión</u>
TripDataBase	"Infants in a neonatal intensive care" AND "Parental response"	604	- <i>Extended Primary research</i> 370	4
Pubmed	"Parental response in neonatal intensive care"	120	- <i>Full text</i> 101	2
	"Parents experience in neonatal intensive care"	343	- <i>Full text</i> - <i>System review</i> 12	2
Biblioteca Virtual de la Salud	"Depresión en padres de prematuros"	1	-	1
	"Respuesta emocional" OR "Padres/Psicología" AND "UCIN"	3	-	2
	"Cuidados de enfermería" AND "Padres" AND "Intensivos neonatales"	283	- <i>Texto completo</i> - <i>Esp, Inglés y Francés</i> 65	2
Scopus	"Parental response" AND "neonatal intensive care"	107	- <i>Nursing</i> - <i>Psycho</i> - <i>Social science</i> 25	1

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos. Fuente: de elaboración propia.

5. RESULTADOS

5.1 - Respuesta psicosocial

Se consideran los nueve meses de embarazo como un proceso psicológico de preparación a la paternidad (7). Pero, ¿qué ocurre cuando el nacimiento sucede antes de la fecha probable de parto? Muchas veces, el parto normal suele ser sustituido por uno de emergencia, algo para lo que los padres y madres no están preparados. El cómo se pueda desarrollar éste, la interrupción del proceso de anidación bio-psíquica del futuro hijo/a, y la propia vivencia y personalidad de los progenitores, condicionarán, entre otros, su respuesta a la hospitalización del bebé.

El nacimiento prematuro se considera de por sí un acontecimiento traumático de gran repercusión emocional. Los padres/madres no se encuentran preparados ni física ni emocionalmente para la separación tan temprana de su hijo/a, ni para la interrupción de su proceso psicológico, y muchas veces se lamentan por no haber podido experimentar la etapa final de su embarazo. Especialmente, las madres sienten como si una parte de su cuerpo les fuera arrebatada, buscando una posible causa, y muchas veces sintiendo que han fracasado en su papel de llevar a término el embarazo (2, 5, 7).

Por ello, podríamos decir que el nacimiento prematuro encierra un cierto número de duelos. La interrupción de la gestación, la pérdida del cuerpo del embarazo, y la soledad, la tristeza y el silencio que siguen al nacimiento, generan en los progenitores una respuesta de duelo del embarazo y duelo del nacimiento normal. Ante la posibilidad de que su hijo/a no sobreviva, también desarrollan un duelo anticipado, que se va superando a medida que el estado clínico del bebé va estabilizándose y evolucionando favorablemente. Por otra parte, la imagen del recién nacido prematuro, por su inmadurez, puede alejarse mucho de lo que los padres/madres esperaban y se imaginaban a lo largo del embarazo, viendo a su hijo/a como un ser frágil y vulnerable, pudiendo provocar un duelo por el bebé perfecto, y suponiendo un riesgo en el establecimiento del vínculo paterno-filial (7).

De forma general, el nacimiento de un niño/a se acompaña de sentimientos positivos de alegría y felicidad. Esto no ocurre así cuando el bebé nace muy prematuro y/o con grandes problemas de salud. En estos momentos se desencadena una crisis emocional en los padres/madres en la que los sentimientos, predominantemente negativos, son:

culpabilidad, impotencia, miedo, confusión, rechazo, estrés, incertidumbre, y ansiedad, entre otros (8, 9). Estos sentimientos pueden considerarse normales dentro de un proceso de adaptación a una situación traumática inesperada, pero siempre que se mantengan en ciertos límites y no se alarguen en el tiempo (5, 8).

Por otro lado, la hospitalización del bebé supone la separación de sus progenitores y la dependencia por parte de estos del personal sanitario para poder enfrentarse a esta situación y familiarizarse con los cuidados del neonato. Teniendo en cuenta de que todo ello se desarrolla en un ambiente que para ellos es extraño y hostil. Diversa bibliografía consultada (10, 11, 12, 13) se pone de acuerdo en que el ingreso en la unidad neonatal tiene gran influencia en los padres/madres a nivel conductual y emocional, así como en la propia percepción parental y en su estado de salud. También afirman que la hospitalización de un hijo/a en la UCIN se acompaña de un largo proceso psicológico con sentimientos negativos, como ansiedad y angustia, que podrían ir progresando y desarrollando síntomas traumáticos en respuesta a la experiencia de la UCIN.

Así, los padres/madres experimentan una gran inestabilidad emocional, sienten que pierden el control de lo que pasa, se encuentran en estado de shock, tristes, culpables, inseguros, vigilantes, horrorizados, y perdidos. En definitiva, se encuentran en una situación de tensión emocional y potencial crisis que influye en su bienestar generando falta de sueño, elevada fatiga y cansancio, distorsionando la percepción de su hijo/a y desencadenando una sensación de pérdida de la expectativa de ejercer como padres/madres (10, 13, 14, 15).

Partiendo del factor de por sí estresante que es el parto prematuro y la consiguiente separación del bebé, a continuación se desarrollan otros factores que también influyen en la respuesta emocional y psicosocial de los progenitores a la hospitalización de su hijo/a prematuro en la UCIN: el ambiente de la UCIN, la apariencia y conducta del niño/a, la pérdida de las expectativas generadas durante el embarazo, la separación del niño/a, la comunicación con el personal, la situación socio-económica, y el retraso en el establecimiento del vínculo y sentimiento de pérdida del rol parental.

Dejar claro que, cada experiencia será diferente y única, que cada progenitor vivirá de manera diferente el ingreso de su hijo/a en la unidad neonatal, y que la respuesta se verá condicionada por diversos factores personales e internos, entre otros.

5.1.1 - El ambiente de la UCIN

El ambiente de la UCIN se ha descrito como un factor estresante en sí mismo. La tecnología, las alarmas, los monitores, el personal sanitario preparado para las situaciones críticas, y la dinámica de la unidad impresionan. Al entrar por primera vez en una UCIN, los padres/madres se sienten asustados, experimentan una falta de control sobre la situación que les genera mucha angustia y una sensación de irrealidad, todo ello sumado a que la disposición del aparataje y la propia dinámica de la unidad supone una barrera física entre ellos y su hijo/a (2, 5, 7, 16). Por otra parte, la realización de los procedimientos, el aparataje al que están conectados los bebés (respiradores, sondas, vías periféricas o centrales), y la visión de otros prematuros les causa una gran angustia y estrés, identificándose las primeras tres semanas de ingreso como las más estresantes (16).

Se ha descrito la experiencia de la UCIN como perturbadora e íntimamente asociada al estrés. Estas reacciones suelen ser frecuentes y pueden llegar a interferir tanto en la relación paterno-filial como en la comunicación con los profesionales que asisten al niño/a (17). Algunos estudios hablan de una experiencia que marca emocionalmente y va más allá de la hospitalización, estando asociada a desórdenes tales como el estrés agudo o el estrés post-traumático (13).

En dos de los artículos hallados que trataban sobre programas de intervención psicológica en los padres/madres (17, 18) se realizaron estudios sobre la respuesta psicológica de los progenitores al ingreso en UCIN. Se eligieron padres y madres de niños/as prematuros que pesasen menos de 1500 gramos, y se estudiaron los casos de bebés nacidos en un periodo de tiempo determinado y que cumpliesen ciertos criterios. Con respecto a los factores del ambiente de la UCIN que generaban mayor estrés y ansiedad, se hallaron los siguientes resultados: el hecho de dejar a sus hijos/as en manos de profesionales cualificados no les suponía una situación estresante. Lo que sí les resultaba preocupante eran las alarmas, los monitores, los equipos y los ruidos y luces que producen, así como observar a otros bebés prematuros. Se consideró que el ambiente preocupaba en mayor medida que el comportamiento y la apariencia del prematuro, pero menos que el hecho de ver su rol parental alterado.

5.1.2 - La apariencia del bebé prematuro

Con respecto a la apariencia del hijo/a, la angustia y el estrés de los padres/madres se relaciona más con las expectativas que se habían hecho durante el embarazo de tener un bebé normal. Primeramente sienten frustración, decepción y miedo al percibir a su hijo/a como un niño/a frágil e increíblemente pequeño. Por otra parte, los niños/as prematuros pueden mostrar problemas conductuales y/o cognitivos, y son menos activos e interactivos. Tanto la percepción que tienen del bebé como la falta de respuestas de este a los estímulos paternos contribuyen a construir una idea de no supervivencia de la criatura, y a generar una respuesta de rechazo y/o no atrevimiento a acercarse o tocarle, que influye negativamente en el inicio de interacción padre/madre-hijo (2, 5, 12, 14). En cuanto a los factores de estrés más específicos de la apariencia, se encuentran: la edad gestacional, el peso, el pensar en el temor y dolor que puedan soportar sus hijos/as, y la necesidad de estos de soporte respiratorio. Se ha visto que cuanto menor es la edad gestacional y el peso, mayor es el estrés y la ansiedad soportado por los progenitores. Así como cuantas más visitas se hagan al prematuro, el estrés y la ansiedad irán disminuyendo (16).

Dentro de la apariencia, se reconoce el aspecto frágil y débil, la forma de respirar, las sondas y el equipo que los rodea como lo que más preocupa a los progenitores (17, 18).

5.1.3 - La separación del bebé y las visitas

Uno de los temas más importantes para los padres y las madres es el estar físicamente cerca de sus hijos/as, por ello, la separación del bebé les supone una situación muy estresante. Cuando el bebé es trasladado a otro hospital, muchas veces la madre pide el alta voluntaria para poder estar cerca de él aun poniendo en riesgo su propia salud. En los casos en los que el prematuro es ingresado en el mismo hospital, el alta suele suponer un periodo de gran tristeza para los progenitores ya que deben abandonar el hospital y en él a sus hijos/as, algo que no habían planeado durante el embarazo: la vuelta a casa sin el bebé (5).

Con respecto a las visitas, diversos autores (2, 5, 8, 13, 17) han descrito los problemas que deben superar algunos padres: la presencia de otros hijos/as en casa, la distancia al hospital que impide visitas frecuentes, la situación socio-económica, la salud materna, el horario de visitas, los requerimientos laborales parentales, sus propias dificultades

psicológicas que tienen que ver con la llegada prematura e inesperada del hijo/a, y el ambiente hostil de la unidad. Así, la distancia al centro, el aumento de los viajes y las horas pasadas en la UCIN aumentan el nivel de fatiga, y la presencia de otro hijo/a se relaciona directamente con ansiedad, siendo la alteración del rol parental la principal fuente de estrés. Cabe destacar que en los estudios de dichos autores, la entrada de los padres y madres a la UCIN no era libre, sino que disponían de estrictos horarios que cumplir.

5.1.4 - La comunicación y relación con el personal de la UCIN

Para los padres y las madres, una información clara y concisa sobre el estado de sus hijos/as y que estos reciban los mejores cuidados es primordial, ya que el cómo vean a su bebé contribuirá directamente en el grado de estrés. Así, el hecho de recibir información por parte de gran variedad de profesionales desconocidos, que ésta sea incompleta, conflictiva y difícil de entender, al igual que el cambio de personal continuo, incrementan el nivel de ansiedad y el miedo de los progenitores. Por ello, se considera que un déficit de información tiene efectos negativos (2, 5).

Se ha visto que, cuando se trasladaba al bebé a otra unidad, o las enfermeras con las que habían desarrollado una estrecha relación rotaban, los padres/madres sentían un fuerte sentimiento de desprotección (17).

Por otro lado, el estudio realizado por Iriarte y Carrión (2) pone de relieve que, de forma general, los profesionales sanitarios tienden a centrarse en la madre apoyándola como cuidadora principal del bebé, excluyendo de esta manera al padre, y contribuyendo de tal forma a aumentar su angustia e incertidumbre.

5.1.5 - La situación socio-económica y el apoyo

Como ya mencionamos con antelación, los recién nacidos prematuros suelen requerir un cierto tiempo de ingreso en la unidad. Esto, en algunas ocasiones, puede provocar problemas en la pareja: uno de los integrantes podría tener que disminuir las horas laborales o cesar de trabajar por un tiempo, resultando de ello unos menores ingresos que pueden llevar a problemas económicos. Estas situaciones pueden hacer que se desarrolle un tipo de vida estresante que aumentará la tensión en la pareja, llevando a problemas familiares, e incluso riesgo de separación (16, 19).

El trabajo es un factor que influye directamente en el estrés y en el nivel de implicación y participación en el cuidado del niño/a (17). Numerosas veces, los padres/madres se sienten obligados a coger permisos sin sueldo, experimentando el tener que trabajar como un obstáculo añadido (2).

Las parejas que pasan por esta situación sienten la necesidad de compartir sus sentimientos y tener una fuente cercana de apoyo como puedan ser amigos, familiares, los mismos profesionales sanitarios que atienden a su bebé, o personas del ámbito espiritual (5, 14).

5.1.6 - El establecimiento del vínculo y el rol parental

El nacimiento prematuro y la separación temprana del niño/a cortan el desarrollo natural de una relación de paternidad, en la que el ver y tocar al propio hijo/a es el elemento clave para establecer el vínculo entre padres/madres e hijos (2). Estos dos elementos, prematuridad y separación, generan entonces una tensión en la relación y el vínculo, que se acentúa en las largas estancias hospitalarias, alterando la transición hacia la paternidad, y pudiendo provocar esto consecuencias a largo plazo para ambos (2, 14). Los progenitores experimentan también dificultades en darse cuenta de que ese bebé pequeño y frágil, distinto del imaginado y soñado, es suyo. Ello genera emociones como la incapacidad para proteger al niño/a, ansiedad, depresión, e impotencia, entre otros (2, 18).

La capacidad de los padres/madres de formar lazos duraderos con sus hijos/as está entre las cosas fundamentales de la experiencia humana. La vinculación está considerada como el centro del desarrollo de la vida útil. Las mujeres se vinculan a sus hijos/as en un primer momento durante el embarazo, vínculo que continúa y se desarrolla en el momento del nacimiento. Los progenitores de niños/as que requieren cuidados especiales comienzan su andadura en la paternidad en un ambiente hostil, que dificultará el vínculo paterno-filial. Dicho vínculo se verá condicionado por el estado de salud del recién nacido y por la personalidad de los progenitores. Estos hallazgos sugieren que tanto el hecho de la prematuridad, como la separación y el estado ansioso y depresivo de los padres y madres pueden contribuir a generar problemas en la formación del vínculo (14).

El propio nacimiento de un hijo/a y el nuevo rol parental que se adquiere generan inevitablemente una situación de estrés. Si a ello se le suma el aliciente de la prematuridad, la situación se vuelve aún más estresante: se teme por la vida del bebé y hay un sentimiento de inseguridad que se produce al no saber qué pasará a largo plazo (19). Desde el momento en que el niño/a ingresa en la UCIN, los progenitores se ven confrontados a un medio de cuidados intensivos que está asociado a una gran demanda de cuidados, en la que no tienen oportunidad de actuar como padres/madres. Sienten que no son capaces de protegerlo del dolor, ni de otorgarle los cuidados más básicos, lo que provoca que sientan que el bebé pertenece más al hospital que a ellos mismos. Esto les hace sentirse ansiosos, fuera de control y con miedo (5, 14).

Diversos autores (5, 16, 17, 18) se han puesto de acuerdo en que la principal fuente de estrés y preocupación durante la hospitalización del bebé prematuro es la alteración del rol parental. Los hechos que mayor frustración y decepción generan son el tener que separarse de su hijo/a, dejarle solo, el hecho de no poder alimentarle y que sea el personal sanitario el que se ocupe y esté más tiempo con él.

Así, en el principio del ingreso, los padres/madres tienen la sensación de ser meros observadores, de no tener importancia para sus hijos/as, hecho que impide su involucración en el cuidado. Sin embargo, a medida que ya empiezan a interactuar físicamente con el niño/a, a tocarle, a establecer contacto visual y que el bebé comience a responder a sus estímulos, la situación va normalizándose, afianzándose tanto el rol parental como el vínculo padres-hijo (2).

Por otra parte, al ser dependientes en cierta forma del personal para poder establecer física y emocionalmente la relación con sus hijos/as, los padres/madres pueden sentirse vulnerables y solos. Si a eso se le suma una insatisfacción en la comunicación con los profesionales, el establecimiento de una estrecha relación con su bebé puede verse dificultado. Así, muchas veces los progenitores se sienten excluidos, no se cuenta con ellos para la toma de decisiones, les es imposible participar en los cuidados, no se les da información suficiente sobre los procedimientos, y se sienten fuera de lugar (15).

5.1.7 - Diferencia de la respuesta psicosocial entre el padre y la madre

En el meta-análisis de Schappin et al. (19), en el que se incluyeron 38 artículos que estudiaban la respuesta de 3025 progenitores, se tuvo como objetivo estudiar el efecto

estresante de la prematuridad en los padres/madres, investigar los niveles de estrés relacionados con el entorno, y comparar el estrés entre los progenitores de niños/as prematuros y los de recién nacidos sanos a término, así como comparar la diferencia entre la respuesta del padre y la madre del bebé prematuro. Con respecto a esto último, los hallazgos no fueron concluyentes. Algunos estudios afirmaban que la madre sufría mayor estrés que el padre al haber tenido mayores expectativas de cuidadora debido al vínculo que le une al bebé durante el embarazo, y cuyo rol de cuidadora principal es "robado" por el personal. En cambio, otros estudios opinaban contrariamente: que era el padre quien sufría mayor estrés al encontrar grandes dificultades en interpretar la conducta de su hijo/a. Y finalmente, otros autores insistían en que no se trata de que uno de los progenitores sintiese más estrés que el otro, sino que el estrés era producido por fuentes diferentes, siendo el patrón de presentación diferente. Así las madres se verían afectadas por el hecho de no poder cubrir las necesidades de sus hijos/as, y los padres por no poder entender las necesidades de sus hijos/as.

5.2 - Cuidados de Enfermería

Con respecto al plan de cuidados, no está basado en un caso real, sino en los resultados de la búsqueda bibliográfica, identificando los diagnósticos de enfermería (DdE) a partir de los resultados hallados. Es decir, no se ha realizado una valoración de enfermería como tal, sino que se han propuesto diversas etiquetas diagnósticas a partir de las necesidades identificadas durante la revisión narrativa. Todo ello sin olvidar que cada experiencia es única, y cada plan deberá ser individualizado.

Así, los diagnósticos enfermeros que se han decidido tratar son los siguientes: Ansiedad, Riesgo de deterioro de la vinculación, y Desempeño ineficaz del rol. Este último DdE no se adapta exactamente a las situaciones mencionadas, pero se ha escogido debido a que cumple con unas características definitorias que se ajustan a estos casos, y también porque, como se ha visto anteriormente, el desempeño del rol es uno de los factores que peligran en estas situaciones. Se han elegido estos tres diagnósticos puesto que se ha considerado que, al tratarlos de manera global, la respuesta general de los progenitores mejoraría. De esta forma, se han intentado planificar las intervenciones y actividades de tal forma que cubran las necesidades que se han considerado imprescindibles en padres/madres de bebés prematuros durante el ingreso en la UCIN.

5.2.1 - 00146 Ansiedad

NOC	NIC
[1211] Nivel de ansiedad	<p>[5820] Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos. - Permanecer con los progenitores para promover la seguridad y reducir el miedo. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. <p>[5270] Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con los progenitores. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. <p>[4920] Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrarse completamente en la interacción eliminando distracciones. - Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. - Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados. - Evitar barreras a la escucha activa. <p>[5430] Grupo de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo de los padres/madres. - Fomentar la expresión y el compartir del conocimiento, de la experiencia y de ayudas mutuas. - Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
[1212] Nivel de estrés	<p>[1850] Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la importancia de un sueño adecuado durante las situaciones de estrés psicosocial. - Enseñar formas no farmacológicas de inducción del sueño. - Comentar técnicas para favorecer el sueño. <p>[7110] Fomentar la implicación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar a los progenitores a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios. - Favorecer los cuidados por parte de los progenitores durante la hospitalización. - Identificar otros factores estresantes situacionales. - Animar a los progenitores a que se centren en cualquier aspecto positivo de la situación de su hijo/a.

Tabla 2. 00146 - Ansiedad (20). Fuente: de elaboración propia.

5.2.2 - 00058 *Riesgo de deterioro de la vinculación*

NOC	NIC
<p>[1500] Lazos afectivos padres-hijos</p>	<p>[6840] Cuidados de canguro del niño prematuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar un ambiente tranquilo, privado y cálido. - Instruir al progenitor acerca del traslado del bebé desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos. - Animar al progenitor a que se centre en el bebé en vez de en los ajustes y equipos de tecnología avanzada. - Aconsejar al progenitor que disminuya la actividad cuando el bebé muestre signos de estimulación excesiva, molestia o rechazo. - Fomentar la lactancia materna durante los cuidados de canguro, si es apropiado. <p>- Monitorizar la reacción emocional y las preocupaciones del progenitor en relación con los cuidados de canguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar las ventajas e implicaciones de proporcionar un contacto piel con piel al bebé. <p>[6710] Fomentar el apego</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar la lactancia materna, si es apropiado, y proporcionar educación y ayuda adecuadas. - Señalar las pistas del lactante que indican su capacidad de respuesta al progenitor. - Facilitar el acceso completo de los progenitores al lactante hospitalizado y a que cuiden de él. - Actualizar con frecuencia la información ofrecida a los padres sobre el estado del lactante hospitalizado. - Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades.
<p>[1908] Detección del riesgo</p>	<p>[5520] Facilitar el aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje. - Utilizar un lenguaje familiar. - Explicar la terminología que no sea familiar. - Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje. - Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

Tabla 3. 00058 - Riesgo de deterioro de la vinculación (20). Fuente: de elaboración propia.

5.2.3 - 00055 Desempeño ineficaz del rol

Como ya se ha comentado anteriormente, la definición de este DdE no se correspondería con la situación descrita a lo largo del trabajo. No obstante, hay una serie de características y factores definitorios que han hecho que se elija este diagnóstico, y que se crea oportuno crear un plan de cuidados a partir de él. Entre las características y factores definitorios podríamos encontrar: baja autoestima situacional, estrés, falta de confianza, conocimientos deficientes y oportunidades inadecuadas para el desempeño del rol, entre otros.

NOC	NIC
<p>[2211] Desempeño del rol de padres</p>	<p>[8300] Fomentar el rol parental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño/a. - Ayudar a los progenitores en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parental. - Enseñar a los progenitores a responder a las conductas mostradas por el niño/a. - Modelar y fomentar la interacción parental con el niño/a. - Controlar el estado de salud parental y las actividades de mantenimiento de salud. <p>[7104] Estimulación de la integridad familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los progenitores a desarrollar mecanismos de afrontamiento adaptados para tratar la transición a la paternidad. - Ayudar a los progenitores a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal. - Identificar el efecto del recién nacido en la dinámica y el equilibrio de la familia.
<p>[1205] Autoestima</p>	<p>[5400] Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar a los progenitores a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades y reafirmarlos. - Mostrar confianza en la capacidad de los progenitores para controlar una situación. -Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. <p>[8340] Fomentar la resiliencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la cohesión familiar. - Fomentar que la familia valore el logro y la salud. - Ayudar a los progenitores a determinar las expectativas de sus hijos/as adecuadas a su edad.

Tabla 4. 00055 - Desempeño ineficaz del rol (20). Fuente: de elaboración propia.

6. CONCLUSIÓN

Los padres y madres de niños/as prematuros pasan por una experiencia traumática que les puede marcar emocional y psicológicamente a largo plazo. El parto prematuro supone para ellos una ruptura con su preparación psicológica a la paternidad y un obstáculo para el establecimiento de la vinculación con su hijo/a. El paso por la unidad neonatal es identificado como un periodo de gran estrés y ansiedad, en el que los progenitores sienten que su hijo/a les es arrebatado por el hospital.

Son varios los factores que afectan a la respuesta parental y a su nivel de ansiedad y estrés. De todos ellos, los factores que generan mayor índice de angustia son, por orden decreciente: la alteración del rol parental, el retraso en la vinculación con su hijo/a, el ambiente de la UCIN, y el comportamiento y apariencia del bebé prematuro. No obstante, no son los únicos que condicionan la respuesta de los padres/madres.

Se ha observado que de la UCIN, la tecnología y los equipos a los que está conectado el niño/a, junto con la dinámica, los procedimientos y la visión de otros prematuros son lo que más impacta a los progenitores. La relación y comunicación con el personal de la unidad está directamente relacionado con la ansiedad, y el déficit de información está considerado como un elemento negativo y estresor. También, el ver al bebé como una criatura frágil y pequeña, poco activa y que no responde a sus estímulos ocasiona temor, frustración y decepción, y pone en peligro la relación paterno-filial. Los padres y madres sienten una gran tristeza por la separación de sus hijos/as, sentimiento que aumenta al alta hospitalaria de la madre. A lo largo de las visitas, se ha apreciado un aumento de la ansiedad y la fatiga, que podrían explicarse por la distancia al hospital, la presencia de otros hijos/as, la situación socio-económica y laboral entre otros. El trabajo se ha visto que afecta directamente al estado psico-emocional parental, y por tanto a su implicación y participación en los cuidados del recién nacido. Se ha relacionado la situación económica precaria con mayores niveles de estrés. Por último, se puede decir que el hecho de sentir que no son capaces de proteger a su hijo/a frente al dolor, el temor por su supervivencia y las probables secuelas, hacen que los padres y madres no se vean capaces de actuar como tal. Esto les hace sentirse vulnerables y excluidos, fuera de lugar.

Se puede decir por tanto, que en la respuesta psicosocial de los padres y madres de niños/as prematuros a la experiencia de la UCIN intervienen diversos factores tanto

externos como internos, desde los estresores propios del hospital, la experiencia previa, y la situación socio-económica, entre otros. Por otro lado, habrá que tener en cuenta si existieron problemas durante el embarazo o no, cómo se desarrolló el parto, y cómo fue vivido por la pareja.

Con respecto al plan de cuidados, los diagnósticos enfermeros que se han identificado a partir de la bibliografía son los siguientes: Ansiedad, Riesgo de deterioro de la vinculación y Desempeño ineficaz del rol. Se eligieron estos tres puesto que se ha considerado que eran los principales problemas a los que los progenitores de un niño/a prematuro ingresado en la UCIN se enfrentan, y que al tratarlos mejoraría la respuesta psicosocial de la pareja. Los cuidados programados están encaminados a mejorar la situación de los padres/madres y a prevenir que surjan complicaciones en su proceso emocional y psicológico, cubriendo las necesidades que se han identificado anteriormente. Así, las principales actividades enfermeras estarán dirigidas a: la disminución de la ansiedad; apoyo emocional; escucha activa; propuesta de grupo de apoyo; mejora del sueño; fomento de la implicación familiar, del rol parental, del apego y de la resiliencia; potenciación de la autoestima; estimulación de la integridad familiar; cuidados canguro y facilitar el aprendizaje.

Por todo esto se puede concluir que la experiencia de la UCIN conlleva una serie de sentimientos y emociones dolorosas, en el que se ven afectados varios sectores de la vida cotidiana que tendremos que tener en cuenta a la hora de tratar con los progenitores. Cada persona es diferente y única, y por ello cada padre/madre vivirá esa experiencia de manera diferente. Es importante que los profesionales de la salud lo comprendan para así poder satisfacer sus necesidades y preocupaciones, lo que incitará un establecimiento temprano del vínculo, una disminución de la ansiedad y una mejora en el establecimiento del rol. Deberán ser capaces de valorar la respuesta de los progenitores en el área bio-psico-social, y adaptar los cuidados a cada individuo. Sin embargo, se puede considerar que las actividades dirigidas a la disminución de la ansiedad y al refuerzo del rol parental y el vínculo serán imprescindibles dentro de los cuidados enfermeros en la unidad neonatal, sin olvidar que estos cuidados serán individuales y adaptados a las necesidades de cada progenitor.

7. DISCUSIÓN

Para poder llevar a cabo este trabajo, la búsqueda bibliográfica ha sido fundamental, pero también difícil puesto que la mayoría de la información acerca de la prematuridad y la experiencia de la UCIN se centra en los avances en los cuidados físicos de los recién nacidos. Por ello, en los resultados de búsqueda y a pesar de los filtros, se eligieron pocos artículos en comparación con el número de resultados obtenidos.

Se ha visto que hay un espacio vacío con respecto al trauma que sufren los padres y madres, no hay muchos estudios que investiguen este suceso, y menos sobre las actuaciones que se pueden llevar a cabo para paliar la respuesta. Visto el aumento de la tasa de prematuridad, muy ligada a la reproducción asistida, se prevé que el número de nacimientos prematuros siga aumentando. Y con ello el índice de morbi-mortalidad infantil. Por un lado, las investigaciones sobre la forma de prevenir la prematuridad y de mejorar la calidad de vida de esos pequeños tienen mucho camino por delante. Pero también las que tienen como sujeto a los padres y madres de los mismos. En efecto, la prematuridad es algo a largo plazo, que puede llegar a tener consecuencias de por vida en los niños/as, y esto afecta directamente a los progenitores. Si no tienen un apoyo y un programa de prevención de secuelas psico-emocionales, el trauma tanto del parto prematuro como de la experiencia de la UCIN les marcará de por vida, llegando a suponer un riesgo para su integridad tanto física como mental. Esto lleva a una necesidad de realizar y organizar programas parentales.

Se puede decir que en ese sentido la enfermería puede jugar un papel fundamental en el acompañamiento desde el parto y en adelante. O incluso previo al parto, en el caso de que el nacimiento prematuro se pueda prever debido a alguna patología materna o fetal durante el embarazo. Así, se cree que, en el caso en el que se espere que suceda la prematuridad y el ingreso en la UCIN, unas actividades que podrían ayudar a los progenitores sería una visita previa por la unidad, explicando qué pueden esperar en ella, qué tecnología se usa, cómo podrían encontrarse a su hijo/a, y proporcionando algunos materiales audiovisuales o escritos.

Por otra parte, se ha visto en el desarrollo que muchas veces pasa un tiempo antes de que las madres puedan visitar a sus hijos/as, lo que les genera mucho temor e incertidumbre sobre lo que se van a encontrar, acompañándose este hecho de que puede que se hallen en una habitación con otra puérpera y su hijo/a sano. El hecho de que una

enfermera le asista en esos momentos, le apoye, le explique qué es lo que va a encontrarse, le informe del estado de su hijo/a personalmente, e incluso le muestre algunas imágenes del mismo podría ser otra forma de paliar su tristeza y ansiedad.

Debido a la actual limitación horaria en el acceso a las unidades neonatales, para mejorar el descanso y angustia de los padres/madres cuando no estén presentes en la unidad, podría resultar beneficioso que se nombrara una enfermera de referencia de su bebé que les informase a diario de la evolución del mismo, comprometiéndose a llamar en caso de que surgiera alguna complicación o urgencia, en definitiva, mostrar disponibilidad. Otra opción a esta restricción horaria, sería aumentar los horarios de visita, facilitar el contacto entre padre/madre e hijo/a, pero eso ya no depende del ámbito de la enfermería únicamente, por lo que habría que estudiarlo de forma multidisciplinar.

Otro medio de apoyo para los progenitores podría ser un grupo de padres/madres. En él, se podrían reunir los padres y madres de niños/as prematuros que actualmente estén ingresados, con otros que hayan pasado por esa experiencia, e incluso con futuros padres/madres de niños/as prematuros que por la patología en la gestación saben que pasarán por esa experiencia. En este grupo los progenitores podrían compartir sus propias experiencias, apoyarse los unos a los otros, darse consejos. En definitiva, guiar al grupo hacia una relación de ayuda en la que cada padre o madre debe respetar el ritmo de los demás y aceptar a cada miembro, responsabilizarse de sí mismo y ser empático y transparente.

No obstante, habría que investigar sobre la efectividad de estos cuidados, si ayudan de alguna manera a los progenitores a superar la crisis por la que pasan, a afianzarse en su papel de cuidadores y de padres/madres, y a disminuir las secuelas psico-emocionales derivadas de esta experiencia.

8. REFLEXIÓN PERSONAL

Para poder reflexionar sobre este trabajo, considero que primero tengo que comenzar explicando que llevaba tiempo queriendo saber más acerca de la prematuridad y lo que supone para los padres y madres. En este caso he decidido centrarme más en la respuesta de los progenitores al ingreso en la unidad de cuidados intensivos de neonatos porque era para mí como la "última pieza del puzzle". Había visto casos en los que había una amenaza de parto prematuro, partos en los que surgían complicaciones fetales y el bebé debía ser ingresado, y casos en intensivos pediátricos. Sentía que me faltaba esa pequeña parte, y quería saber qué ocurría con los progenitores en esos momentos tan difíciles. Tengo que reconocer que, al principio me costó mucho empezar puesto que me resultó muy costoso encontrar bibliografía. Pero ha merecido la pena, considero que he aprendido mucho, tanto sobre lo que supone el ingreso hospitalario de un hijo/a para unos padres/madres, como sobre los cuidados enfermeros, y la realización de un trabajo.

En todo momento tuve en cuenta que la finalidad de este trabajo era mi propio aprendizaje. He aprendido cómo realizar un trabajo, cuáles son los pasos a seguir desde que decides el tema, hasta que comienzas a desarrollarlo. También, me ha ayudado a darme cuenta de que un trabajo es algo personal: desde la elección del tema, a las estrategias de búsqueda, y el análisis y selección de los artículos, entre otros.

Por otra parte, puedo decir que he aprendido mucho sobre la respuesta de los padres y madres al ingreso de su hijo/a, y las posibilidades que otorgan los diagnósticos y cuidados enfermeros. Y creo que sería interesante no sólo centrarse en los padres y madres de niños/as o bebés ingresados en una unidad de cuidados intensivos, sino en el entorno y los familiares de cualquier paciente ingresado en una unidad tan especial. Al fin y al cabo, el paciente necesita el apoyo de su familia, de sus seres más próximos, y creo que cuidar de ellos puede ser beneficioso para el propio paciente.

Finalmente, hay que tener en cuenta que actualmente, en las unidades de cuidados intensivos, la carga laboral de enfermería es muy grande, y la mayoría de las veces el poder proporcionar los cuidados tanto al paciente como a sus familiares es muy difícil. Aún queda un largo camino por recorrer, y los cuidados propios de la enfermería, como pueden ser los citados a los padres/madres de los prematuros que están ingresados en la UCIN, tienen que seguir madurando y lograr ser más reconocidos y valorados.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Santesteban E, Loureiro B, Latorre PM, Madrid M, Azpeitia A, Valls A. Resultados de la asistencia neonatal de los muy prematuros en la red sanitaria del País Vasco. Investigación Comisionada. Departamento de Salud del Gobierno Vasco [Internet]. Vitoria-Gasteiz 2013 [Fecha de acceso: 07/04/2015]. Informe Osteba D-13-11. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/eu_def/adjuntos/Informe%20D-13-11%20Asistencia%20neonatal.pdf
- (2) Iriarte RA, Carrión TM. Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. Metas enferm [Internet]. 2013 [Fecha de acceso: 03/02/2015];16(2):20-25. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80416/>
- (3) Rellan S, García de Ribera C, Aragón M. El recién nacido prematuro. Protocolos de Diagnóstico Terapéutico de la AEP: Neonatología. AEP [Internet]. 2008 [Fecha de acceso 07/04/2015]; 68-77. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- (4) Balza A, Fdez MN. El bebé prematuro en la sección de Neonatología del Hospital Universitario Donostia. Unidad de comunicación Hospital Universitario Donostia [Internet]. [Fecha de acceso: 07/04/2015]. Disponible en : http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Bebe_Prematuro_C.pdf.
- (5) Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. J Pediatr Nurs [Internet]. 1998 [Fecha de acceso: 16/02/2015];13(5):290-295. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0882596398800146/1-s2.0-S0882596398800146-main.pdf?_tid=a0649efa-b606-11e4-8d2f-0000aab0f6b&acdnat=1424110210_c2bbc2befbddf3ef6cb3b1460225bb32.

- (6) Memoria Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) 2013 [Internet]. [Fecha de acceso: 07/04/2015]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicos/adjuntos/memorias/osk_memoria2013_es.pdf
- (7) Ruíz A. La maternidad y la paternidad prematura. En: Ruíz A. El bebé prematuro y sus padres: creación de un programa de intervención psicológico. 1a ed. Argentina: Miño y Dávila; 2003. 69-101.
- (8) Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, Hansen G, de Leeuw R, Lenoir S, et al. Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [Internet]. 1999 [Fecha de acceso: 01/02/2015];81(2):84-91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1720990/pdf/v081p00F84.pdf>
- (9) Patiño-Masó J, Reixach-Bosch M. What kind of help do parents with newborns in the neonatal intensive care unit seek? Enferm Clin [Internet]. 2009 [Fecha de acceso: 07/02/2015];19(2):90-94. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108000168> (
- 10) Shaw R, St John N, Lilo E, Jo B, Benitz W, Stevenson D, et al. Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. Pediatrics [Internet]. 2013 [Fecha de acceso: 30/01/2015];132(4):886-894. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/4/e886.full.pdf+html>
- (11) Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [Internet]. 2005 [Fecha de acceso: 30/01/2015];90(2):109-113. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721867/pdf/v090p0F109.pdf>
- (12) Brecht C, Shaw R, Horwitz S, John N. Effectiveness of therapeutic behavioral interventions for parents of low birth weight premature infants: A review. Infant Ment Health J [Internet]. 2012 [Fecha de acceso: 01/02/2015];33(6):651-665. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3925006/pdf/nihms-547665.pdf>

- (13) Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2013 [Fecha de acceso: 30/01/2015];33(4):52-59. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/4/52.full.pdf+html>
- (14) Obeidat H, Bond E, Callister L. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *J Perinat Educ* [Internet]. 2009 [Fecha de acceso: 01/02/2015];18(3):23-29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/pdf/jpe-18-023.pdf>
- (15) Wigert H, Dellenmark M, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatr* [Internet]. 2013 [Fecha de acceso: 30/01/2015];13(71):1-14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651269/pdf/1471-2431-13-71.pdf>
- (16) Turan T, Basbakkal Z, Ozbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008 [Fecha de acceso: 07/02/2015];17(21):2856-2866. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x/pdf>
- (17) Ruíz A, Ceriani J, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención . *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2005 [Fecha de acceso: 01/02/2015];103(1):36-45. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2005/A1.36-45.pdf>
- (18) León MB, Poudereux MM, Giménez RC, Belaústegui CA. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre med* [Internet]. 2005 [Fecha de acceso: 03/02/2015];16(2):130-139. Disponible en: http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/vol16-n2-art7-intervencion-psicologica_tcm164-5138.PDF
- (19) Schappin R, Wijnroks L, Uniken-Venema M, Jongmans M. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2013 [Fecha de acceso: 01/02/2015];8(2):19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566126/pdf/pone.0054992.pdf>

(20) NNN consult: NANDA, NOC, NIC [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [Fecha de acceso: 26/03/2015]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>