



Universitat de Lleida

**Manejo del estrés en padres con
recién nacidos hospitalizados en la
unidad de cuidados intensivos
neonatales**

Autora: Falcón Villaitodo, María

Tutorizado: Sánchez Fernández, María

Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Asignatura: Trabajo final de grado de enfermería
Curso: 2016/2017

Fecha: mayo de 2017

Agradecimientos

En primer lugar, le debo agradecer a mi tutora, María Sánchez, su paciencia, y sus innumerables horas de correcciones, tutorías y correos, para hacer posible este trabajo.

Gracias a todo el profesorado de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Lleida por darnos la oportunidad de conocer la profesión más bonita que existe.

También debo agradecer al Hospital Universitario Arnau de Vilanova el ayudarnos a crecer como profesionales durante la carrera y hacernos sentir uno más.

Todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional de mi familia, mis padres y mis hermanas. A Iván, por su confianza ciega, y a Noelia, mi compañera de aventuras.

“Pregúntate si lo que estás haciendo hoy, te llevará a dónde quieres llegar mañana”. Walt Disney

Índice

Índice de tablas.....	V
Índice de figuras.....	V
Lista de abreviaturas.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VI
Justificación.....	VII
1.- Introducción.....	8
2.- Marco teórico.....	9
2.1.- Embarazo.....	9
2.2.- Parto.....	10
2.3.- Los recién nacidos.....	12
2.4.- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	15
2.5.- Repercusiones psicológicas en los padres.....	18
3.- Objetivos.....	22
4.- Programa psico-educativo: manejo del estrés de los padres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).....	23
4.1.- Introducción.....	23
4.2.- Programa psico-educativo.....	25
4.2.1.- Objetivos.....	25
4.2.2.- Contenidos.....	25
4.2.3.- Metodología.....	29
4.2.4.- Planificación.....	30
4.2.5.- Aspectos éticos y legales.....	34
4.2.6.- Evaluación.....	35

5.- Discusión.....	36
6.- Bibliografía.....	39
7.- Anexos.....	48
7.1.- Anexo I.....	48
7.2.- Anexo II.....	50

Índice de tablas

Tabla 1.- Complicaciones y discapacidades relacionadas con la prematuridad.....	14
Tabla 2.- Planificación de los contenidos de la 1ª sesión psico-educativa.....	33
Tabla 3.- Planificación de los contenidos de la 2ª sesión psico-educativa.....	34

Índice de figuras

Figura 1.- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....	17
Figura 2.- Foto representativa del método canguro.....	29

Lista de abreviaturas

- **HUAV:** Hospital Universitario Arnau de Vilanova
- **UCIN:** Unidad de cuidados intensivos neonatales
- **RN:** Recién nacido
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **FPP:** Fecha probable de parto
- **FUM:** Fecha última menstruación
- **SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- **IDP:** Inducción del parto
- **EC:** Edad corregida
- **CD:** Cociente de desarrollo
- **BP:** Bajo peso
- **PEG:** Pequeños para la edad gestacional
- **RCI:** Retraso del crecimiento intrauterino
- **SDR:** Síndrome de distrés respiratorio
- **CCD:** Cuidados centrados en el desarrollo
- **LM:** Lactancia materna
- **MMC:** Método madre-canguro
- **CEIC:** Comité Ético de Investigación Clínica
- **NIDCAP:** Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido
- **COPE:** Creando Oportunidades para Empoderamiento de los Padres

Resumen

El embarazo es motivo de alegría para los progenitores y la familia y conforme este avanza se crea una imagen idílica sobre el recién nacido. Pero existen casos de prematuridad o problemas de salud que precisan de un ingreso hospitalario en la unidad de cuidados intensivos, la cual provoca en los padres un impacto negativo de la situación. Por este motivo, enfermería debería realizar intervenciones, de forma personalizada, para ayudar a estos padres a aceptar la nueva situación. De esta manera, se reduce el riesgo en los padres de experimentar trastornos perinatales de ánimo y ansiedad y aumenta la satisfacción de su experiencia en la unidad

Se ha elaborado un programa psico-educativo con el fin de reducir el impacto psicológico de los padres con niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV).

Palabras clave: recién nacido, UCIN, padres, estrés, enfermería

Abstract

Pregnancy is a source of joy for parents and family and agrees with this image is an idyllic picture about the new born. But there are cases of prematurity or health problems that require a hospital admission in the intensive care unit, which causes in the parents a negative impact of the situation. For this reason, the nursing can perform interventions, in a personalized way, to help these parents to accept the new situation. In this way, reduce the risk in parents of experiencing perinatal mood and anxiety disorders and increases the satisfaction of their experience in the unit.

A psycho-educational program has been developed in order to reduce the psychological impact of parents with children admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of the Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV).

Key words: newborn, NICU, parents, stress, nursing

Justificación

La experiencia como alumna en prácticas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) y la búsqueda bibliográfica me ha demostrado que existe un problema de salud relacionado con la salud mental de los padres que tienen a sus bebés hospitalizados en dicha unidad.

El embarazo es motivo de alegría para los progenitores y la familia y conforme este avanza se crea una imagen idílica sobre el recién nacido (RN). Pero existen casos de prematuridad o problemas de salud que precisan de un ingreso hospitalario en la unidad de cuidados intensivos, la cual provoca en los padres un impacto negativo de la situación (1).

Existen diversos estudios, aunque escasos, que han investigado los diversos determinantes estresores presentes en los padres (2). Una de las principales necesidades de la familia es recibir mayor información por parte de los profesionales seguida de la necesidad de proximidad con su hijo.

Por este motivo, es de gran importancia que las enfermeras de la unidad identifiquen las necesidades que presenta cada familia durante el ingreso para poder establecer una relación de ayuda, apoyo y asesoramiento que alivie el sufrimiento de los familiares (3).

Los profesionales de enfermería, por su relación cercana con los padres, pueden proporcionar cuidados centrados en la familia estableciendo una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización y a aprender a cuidar de sus hijos (4).

Se han creado diversas intervenciones que han mostrado efectos positivos en la disminución del nivel de estrés en los padres, en las que se evidencia que la educación y el apoyo emocional en conjunto logran un mejor efecto sobre la disminución del nivel de estrés percibido por ellos (5).

1.- Introducción

El embarazo es vivido por las madres y los padres con especial ilusión, aunque también presenten ciertos niveles de estrés, sobre todo las madres, debido a cambios físicos y hormonales. Dicho nivel aumenta en el momento de la llegada de su hijo al mundo y más si el nacimiento se produce antes de tiempo o con alguna enfermedad que implique que las probabilidades de supervivencia disminuyan (2).

Por este motivo cuando un bebé requiere ser hospitalizado y cuidados especiales, este evento inesperado se convierte en traumático para las familias (6) y se establece una barrera entre el vínculo madre-hijo, no pudiendo ésta suplir todas sus necesidades (2).

La Neonatología ha experimentado un avance importante durante los últimos años. Esto sumado a los avances tecnológicos en el tratamiento de los RN ha resultado en una disminución de la mortalidad en RN con problemas tales como la prematuridad, malformaciones congénitas u otras enfermedades que precisen de ingreso en UCIN (7). Sin embargo, estar hospitalizado, aunque resulta necesario, constituye a la vez riesgos en la salud de los bebés (8).

Las UCIN están preparadas para realizar una serie de técnicas en base a la gravedad de los RN, tanto RN como los padres tienen que adaptarse a las nuevas condiciones, para las cuales no están preparados: señales luminosas, sonidos estridentes, técnicas invasivas, barreras estructurales, etc. (9); es aquí donde se hace necesario que los profesionales que trabajan en esta unidad establezcan una relación de comunicación y confianza con los padres que permita comprender sus necesidades y sentimientos (2).

Para superar las barreras físicas que separan ambas partes de la familia, se están introduciendo medidas como la política de puertas abiertas en las UCIN, el método canguro, el contacto precoz tras el parto, el alta precoz, etc. Con la finalidad de fomentar la vinculación entre el RN y sus padres (6).

Por este motivo, en la actualidad se ha puesto de manifiesto que desde las UCIN se debe tratar al RN y las necesidades psicosociales de los padres para minimizar el impacto emocional (1).

2.- Marco teórico

Para entender las necesidades del RN y de los padres, es necesario conocer el proceso que viven desde el embarazo hasta el parto, las unidades de cuidados intensivos y las repercusiones psicológicas que se derivan de la estancia hospitalaria en dicha unidad.

2.1.- El embarazo

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (10).

Según diversas observaciones clínicas se ha determinado que desde el momento en que se inicia el último período menstrual hasta la fecha de parto, transcurren por término medio 40 semanas de gestación. La fecha probable de parto (FPP) puede calcularse sumando a la fecha del último período siete días y restando 3 meses del próximo año. Por ejemplo, si la fecha de la última menstruación (FUM) es 6 de junio de 2017, la FPP será 13 de marzo de 2018. En caso de desconocer la FUM, la percepción de los primeros movimientos activos del feto y su desarrollo, así como el volumen del útero, servirán para establecer con relativa aproximación una fecha estimada de parto (11).

El embarazo se debe entender como un proceso fisiológico y natural, aunque durante su curso puedan surgir complicaciones. El organismo femenino se encuentra susceptible durante esta etapa, tanto biológicamente como emocionalmente, y se entiende como un problema de salud cuando le acompaña la concepción del riesgo típica de las enfermedades, se justifica la intervención sanitaria y la mujer embarazada se transforma en paciente. Lo que evidencia la dicotomía entre proceso fisiológico y proceso patológico (12).

Por este motivo, se deben realizar los controles pertinentes. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) una mujer que evoluciona con un embarazo sin complicaciones debe acudir a la consulta con la siguiente periodicidad:

- Hasta la 36ª semana: cada 4-6 semanas.
- De la 37ª a la 40ª semanas: cada 1-2 semanas.
- Después de la 40ª semana: de 1 a 3 veces por semana (13).

2.2.- El parto

El parto es definido como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento (14):

1. Dilatación: Consta a su vez de dos fases:

- Fase Latente: Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia del cuello del útero borrado y 3-5 centímetros de dilatación. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical.
- Fase Activa: Período de tiempo comprendido entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. SEGO establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas.

2. Expulsivo: Se inicia cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto.

3. Alumbramiento: Ocurre entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta (15).

Un parto normal se define como el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37ª-42ª semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica (16).

Así mismo, existen diversas clasificaciones de los tipos de partos:

a) Según las semanas de gestación:

- Pretérmino: Aquel que sucede antes de las 37 semanas completas o 259 días de gestación, es un determinante importante de mortalidad y morbilidad neonatal, además tiene consecuencias adversas a largo plazo para la salud (17).
- A término: Parto que tiene lugar entre la semana 38 y la semana 42 (16).
- Postérmino: Aquel que se desencadena con posterioridad a las 42 semanas de gestación (> más de 294 días) o 14 días después de la FPP. La incorrecta datación de la edad gestacional es la causa más frecuente que nos lleva a considerar un embarazo postérmino (18).

b) Según la finalización:

- Eutócico: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.
- Distócico: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo (14).

c) Según el comienzo:

- Espontáneo: El parto espontáneo a término es producto de una compleja secuencia de eventos neuroendocrinos donde están implicados el feto, la placenta y la madre y que no precisa de procedimientos médicos o mecánicos (19).
- Inducido o provocado: La inducción del parto (IDP) no es una técnica en sí misma sino un conjunto de procedimientos médicos o mecánicos (rotura de membranas, administración de prostaglandinas y oxitócicos, etc.) que tiene por objeto iniciar el trabajo de parto en una mujer gestante antes del momento establecido fisiológicamente (20).

Las indicaciones para finalizar la gestación mediante IDP son (21):

- Embarazo postérmino.
- Rotura prematura de membranas a término y pretérmino.
- Estados hipertensivos del embarazo (preeclampsia, eclampsia, etc.).
- Diabetes mellitus materna.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Embarazo gemelar.
- Corioamnionitis.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Muerte fetal intrauterina.

2.3.- Los recién nacidos

Los recién nacidos pueden clasificarse según la edad gestacional o según el peso del RN, independientemente de la edad gestacional.

a) Según la edad gestacional:

- Recién nacido a término: se considera recién nacido a término al niño que nace entre la 37^a semanas y la 41^a semanas más 6 días.
- Recién nacido pretérmino: se considera recién nacido pretérmino o prematuro al que nace antes de la 37^a semana de gestación (22).

A los prematuros, definidos por una edad gestacional inferior a 37 semanas, se los ha dividido en subgrupos de acuerdo a la edad gestacional, por las diferencias que presentan en cuanto a riesgos, morbilidad y mortalidad. Los subgrupos son:

- Prematuro extremo: se considera así a los niños que nacen antes de la 28^a semana de edad gestacional (23). Los datos de la Sociedad Española de Neonatología del año 2008 que engloba a muchos hospitales españoles nos indican que por debajo de las 24 semanas sobreviven el 9%, los de 24 semanas el 28 %, los de 25 semanas el 54% y los de 26 semanas el 70% (24).

En cuanto a las causas de la mortalidad en los prematuros extremos, de ser la enfermedad de membrana hialina la principal causa ha pasado a ser secundaria (de un casi 70% a un 20%), debido a las mejoras en la prevención (corticoides prenatales) y en el tratamiento (surfactante). La sepsis, que era una causa poco frecuente, es el motivo más frecuente en los últimos años (de un 0 a un 60%), debido a que los niños sobreviven más tiempo y, por lo tanto, están en mayor riesgo de infectarse (24, 25).

- Gran prematuro o muy prematuro: se considera así a los niños que nacen antes de la 32ª semana de edad gestacional.
- Prematuro tardío: se considera así a los niños que nacen con 34 semanas de gestación o más. Se debe de abandonar la denominación, hasta ahora muy extendida, de “casi a término” porque induce a olvidar la prematuridad, que sigue siendo su característica más importante y el condicionante de la patología y de los riesgos que presentan (22).

Los prematuros tardíos tienen una tasa elevada de morbimortalidad, comparada con los recién nacidos a término. En general, tienen tasas más altas de hospitalización al nacimiento, de reingreso en el periodo neonatal y durante el primer año de vida y corren más riesgo de afectación en el neurodesarrollo a largo plazo (26).

En un estudio realizado por la OMS se estima que en 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%) (23).

Según el informe Euro-Peristat, sólo en Europa, 500.000 bebés nacen prematuros cada año, de los que más de 29.000 lo hacen en España, constatando un aumento del 36% desde 1.996. Sobre la situación de los niños nacidos prematuros en Europa, España se sitúa entre los países con mayor tasa de nacimientos prematuros (27).

Los bebés prematuros presentan mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y discapacidades permanentes. En la siguiente tabla se muestra las complicaciones y discapacidades relacionadas con la prematuridad (28):

Neonatal	Corto plazo	Largo plazo
Síndrome de distrés respiratorio	Dificultades alimentarias y del crecimiento	Parálisis cerebral
Hemorragia intraventricular	Infección	Déficit sensorial
Leucomalacia periventricular	Apnea	Necesidad de cuidados médicos especiales
Enterocolitis necrosante	Trastornos del neurodesarrollo	Crecimiento incompleto
Conducto arterioso persistente	Retinopatía	Dificultades de aprendizaje
Infección	Distonía transitoria	Problemas de conducta
Anomalías metabólicas		Enfermedad pulmonar crónica
Deficiencias nutricionales		

Tabla 1.- Complicaciones y discapacidades relacionadas con la prematuridad.

También es importante conocer el término de edad corregida (EC) en los prematuros. Es la edad que tendría el niño si hubiera nacido el día que cumpliera la 40ª semana de gestación. Si se valora a los niños prematuros según la edad cronológica, se estará viendo a cada uno de ellos en un momento diferente del desarrollo. A modo de ejemplo, en la revisión de los 4 meses un niño nacido con 24 semanas tendrá una edad corregida de cero meses y uno de 28 semanas tendrá una edad corregida de un mes.

Se corrige la edad para la valoración del peso, talla, perímetro cefálico, cociente de desarrollo (CD) y adquisiciones motoras hasta los dos años cumplidos de edad corregida, posteriormente se pasan a valorar con la edad real.

- Recién nacido postérmino: se considera recién nacido postérmino al que nace después de la 41ª semana más 6 días (22). Entre los principales problemas de esta situación se encuentra: el incremento en la mortalidad perinatal, aumento de la frecuencia del diagnóstico de sufrimiento fetal agudo intraparto, síndrome de aspiración de meconio; ésta tiene un elevado índice de morbilidad y mortalidad neonatal (29).

b) Según el peso del recién nacido:

Un recién nacido de bajo peso (BP) es todo aquel que pesa menos de 2.500 gramos al nacer, independientemente de la edad gestacional. Esta afirmación implica que no todos los recién nacidos de bajo peso invariablemente son bebés prematuros, aunque existe una relación obvia entre el peso al nacer y la prematuridad. En los países desarrollados, la mayor parte de los recién nacidos de bajo peso son prematuros. Los pesos bajos al nacer pueden dividirse a su vez en subcategorías (29):

- Recién nacido de bajo peso: se considera así a los niños que nacen con menos de 2.500 g, independientemente de su edad gestacional.
- Recién nacido de muy bajo peso: se considera así a los niños que nacen con menos de 1.500 g, independientemente de su edad gestacional.
- Recién nacido de bajo peso extremo: se considera así a los niños que nacen con menos de 1.000 g, independientemente de su edad gestacional (22).

Los recién nacidos de bajo peso engloban tanto a los bebés nacidos pretérmino como a los bebés cuyo crecimiento en el útero ha sido deficiente. Todo recién nacido cuyo peso al nacer es notablemente inferior a la norma de la población general se denomina recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG).

La causa de que un recién nacido sea PEG puede ser patológica o no patológica. En cambio, el retraso del crecimiento uterino (RCI) es una deficiencia del crecimiento fetal causado por diversos efectos adversos en el feto que impiden que éste desarrolle su potencial de crecimiento establecido genéticamente. Aunque RCI y PEG son términos relacionados, no son sinónimos (29, 30).

2.4.- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

En la actualidad, las UCIN de nuestro país prestan atención al recién nacido en todo el proceso asistencial, que tiene lugar desde el nacimiento hasta el alta y que continúa después en la consulta de seguimiento.

El Real Decreto 1277/20031 establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. De acuerdo a este Real Decreto, existen dos tipos de unidades de neonatología:

- **Cuidados intermedios neonatales:** 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 de edad gestacional superior a 32 semanas o peso superior a 1.500 gramos con patología leve que necesita técnicas especiales de cuidados medios (31).

Criterios de ingreso: Recién nacidos provenientes de la UCI y/o provenientes de cualquier otra sección que necesiten cualquiera de los siguientes manejos:

- 1.- Síndrome de distrés respiratorio (SDR) agudo con requerimientos de oxígeno-terapia $FiO_2 < 0,35$.
- 2.- Monitorización cardiorrespiratoria y/o saturación.
- 3.- Incubadora o cuna calefaccionada.
- 4.- RN con problema social o materno
- 5.- Alimentación por bomba a través de sonda enteral o gástrica.
- 6.- RN con alimentación parenteral.
- 7.- Cualquier tipo de catéter.
- 8.- RN con requerimientos especiales de enfermería.
- 9.- RN prematuro en crecimiento y estabilizado en cuna.
- 10.- RN en fototerapia (32).

- **Cuidados intensivos neonatales:** 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 continuada (28).

Criterios de ingreso:

- 1.- RN con SDR agudo que requiere oxigenoterapia con $FiO_2 \geq 0,35$.
- 2.- RN que requiere cualquier tipo de apoyo ventilatorio.

- 3.- RN con inestabilidad cardio-circulatoria y/o uso de drogas vasoactivas.
- 4.- RN con síndrome convulsivo en etapa aguda.
- 5.- RN con clínica de sepsis y/o meningitis bacteriana.
- 6.- RN en su post-operatorio hasta su estabilización.
- 7.- RN con apneas severas y repetidas de cualquier origen.
- 8.- RN con riesgo vital de cualquier otra etiología.
- 9.- RN con monitorización invasiva.
- 10.- RN prematuro < 1 200 g hasta estabilización, definido como más de 5 días sin eventos de desestabilización.
- 11.- Peritoneodiálisis aguda.
- 12.- RN que requiere procedimiento invasivo (32).



Figura 1.- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Recuperado de: www.redaccionmedica.com

Todo lo que va sucediendo en una UCIN desde antes del ingreso de un recién nacido tiene un valor extraordinario para su evolución. La situación personal de los padres, el proceso de gestación y parto, el ingreso, el entorno propio de una UCIN y el tipo de praxis profesional del equipo asistencial, son factores que determinaran el desarrollo global del bebé y de su familia (1).

2.5.- Repercusiones psicológicas en los padres

En el momento de nacimiento pueden presentarse factores de riesgo, complicaciones, malformaciones congénitas o enfermedades que provocarán la hospitalización del neonato en la UCIN (33).

En consecuencia, existirán factores, tales como separación del hijo, limitación de la participación en decisiones y cuidados y/o perturbación del rol parental (31), que pueden alterar el bienestar psicológico de los padres, quienes podrían mostrar manifestaciones psicosomáticas, además de mantener niveles elevados de estrés y ansiedad, debido al temor y dolor por la pérdida de la salud de su hijo y en el caso de un pronóstico desfavorable, la pérdida física y emocional de su hijo por fallecimiento (30), e incluyen sentimientos de culpa e impotencia (34).

En relación al estrés psicológico, el mismo es definido como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando este último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos, y pone en peligro su bienestar. Es por esto, que la internación del bebé en la UCIN es percibida como un estresor por los padres (6).

Por este motivo, según Torres et al (35): *“El riesgo psicológico al que se ven expuestos el padre y la madre por el impacto emocional de la hospitalización del recién nacido, también demanda cuidados intensivos emocionales, que apunten a lograr la supervivencia y calidad de la vinculación padre, madre y bebe”.*

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 estado de salud de su bebé, como la separación y el estado ansioso y depresivo de los padres y madres pueden contribuir a generar problemas en la formación del vínculo (33).

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 (37).

Pardavila Belio y Vivar (3) realizaron una revisión bibliográfica sobre las experiencias y las necesidades de las familias en las UCIN. En el análisis de los 30 artículos seleccionados se identificaron cuatro grupos de necesidades en las familias, que se enmarcaban en las áreas cognitiva, emocional, social y práctica.

Las necesidades cognitivas son aquellas que hacen referencia al conocimiento de los familiares sobre el bebé y las peculiaridades de la UCIN.

Son diversos los estudios que señalan que la información es la mayor necesidad de las familias. Los familiares demandan que se les informe sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso, así como el tratamiento y los aspectos concretos de la UCIN, tales como el equipo tecnológico o el número de teléfono y el equipo de profesionales que trabaja en la unidad. De igual modo, esperan que el médico les informe a diario sobre el pronóstico, las condiciones y el tratamiento actual de su bebé. Por este motivo, la información médica y enfermera debe ser complementaria y coordinada para que los familiares reciban la mejor información posible.

Por otra parte, necesitan conocer las reglas y normas del hospital. Dicha información se debe dar de forma estructurada, clara y concisa en un ambiente empático. Asimismo, se considera importante que sea siempre el mismo personal, tanto médico como enfermero, quien notifique a la familia la evolución del bebé.

La falta de comunicación hace que los sentimientos de preocupación, ansiedad, soledad, tristeza, miedo, etc., aumenten. Además, el mensaje que se da debe ser esperanzador, siempre y cuando no cree falsas expectativas.

Las necesidades emocionales hacen referencia a los sentimientos que experimentan los familiares a consecuencia del ingreso del bebé en la UCIN.

Los padres experimentan sensaciones negativas producidas por el miedo a perder a su bebe. Estas emociones y sentimientos de incertidumbre pueden provocar impotencia e incapacidad de ofrecer ciertos cuidados. Por este motivo, el apoyo emocional por parte de los profesionales de la salud es un aspecto importante. No obstante, la evidencia señala que con frecuencia las enfermeras desestiman las necesidades emocionales de los familiares, por lo que realizan pocos cuidados en este aspecto.

Una de las necesidades emocionales más importante corresponde a la necesidad de permanecer al lado de su bebé. De hecho, se ha descrito que cuando los padres se encuentran en casa desean volver cuanto antes al hospital para estar junto a él.

Las necesidades sociales hacen referencia a las relaciones de las familias con otras personas cercanas de su entorno.

El hecho de tener a su hijo ingresado afecta a los roles familiares, a las relaciones y a las responsabilidades del resto de los miembros de la familia.

Como ya se ha señalado, la proximidad, es decir, estar cerca del bebé es importante para el entorno social. Este motivo lleva a los familiares a expresar su disconformidad con la duración y el horario de visitas y a manifestar su deseo de unos horarios más flexibles.

Rodríguez et al apunta que las visitas abiertas ayudan a disminuir los niveles de ansiedad y aumentan el nivel de satisfacción de los familiares. Por el contrario, Hardicre señala que la visita prolongada puede conllevar la pérdida de identidad del familiar y un abandono de sus propias necesidades.

Por último, están las necesidades prácticas que engloban todo aquello que contribuye a que la familia se sienta cómoda. Cabe señalar que dichas necesidades son percibidas como las menos importantes. Esto se debe a que las familias focalizan toda su atención en el bebé más que en sus propias necesidades.

El color de las paredes y la iluminación de la estancia puede transmitir a la familia calidez y relajación, por lo que puede ser importante tener en cuenta estos aspectos (35).

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 la unidad (38).

3.- Objetivos

Elaborar y planificar un programa psico-educativo para ayudar a reducir las repercusiones psicológicas de los padres, derivadas de la estancia de sus hijos RN en la UCIN.

4.- Programa psico-educativo: manejo del estrés de los padres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)

4.1.- Introducción

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) son cuidados que tienen por objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido. El núcleo de este tipo de cuidados se basa en la reducción del estrés, la práctica de intervenciones que apoyen al recién nacido y el reconocimiento de la familia como referencia permanente en la vida del niño, incluso durante su hospitalización, entendiendo a ambos (recién nacido y familia) como una unidad. Los miembros de la familia se implican en los cuidados, forman parte prioritaria de los mismos y participan en las decisiones respecto a su hijo. Los CCD implican un cambio en la actitud de los profesionales, que deben adaptar sus prácticas a un nuevo paradigma asistencial (31, 39).

Para poder ofrecer una humanización de las UCIN es necesario un cambio en las políticas del régimen de visitas y acompañamiento familiar. Este punto, ha ido evolucionando en el tiempo, ampliando cada vez más los horarios de dichas unidades, hasta la apertura total a los padres durante las 24 horas del día (40).

El Ministerio de Sanidad recomienda la permanencia de los padres con su hijo las 24 horas del día. En caso que se establezcan horarios de visita, se contradicen las recomendaciones de la OMS y otros organismos de salud que señalan que la lactancia debe ser a demanda, tanto si es materna como artificial.

También es importante poder realizar el método canguro; contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre/padre y su hijo (38), siempre y cuando los niños estén estables y sean mayores de 28 semanas o con peso al nacer superior a 600 gr. Estos cuidados presentan múltiples ventajas, tanto para el RN como para la madre.

Sin embargo, en Cataluña, sólo el 41 % de los hospitales o clínicas con Unidades Neonatales cumplen las tres recomendaciones básicas del Ministerio de Sanidad y la OMS (41).

Los CCD abarcan los conceptos de interacción dinámica entre ambiente, recién nacido y familia, y los aplica al período neonatal. Algunos de estos cuidados son sencillas medidas que ayudan a disminuir la morbilidad modificando el entorno extrauterino, tales como: utilizar luz natural, usar cobertores en las incubadoras, disminuir la emisión de ruidos, aplicar métodos no farmacológicos (succión nutritiva o no nutritiva) para disminuir el dolor, agrupar las técnicas y reducir la manipulación del bebé, etc. También se contempla la participación de los padres para favorecer la aproximación a sus hijos (42).

El rol de enfermería, debe estar dirigido a una atención integral, atendiendo al concepto de persona como un ser biopsicosocial. De esta manera se considera a la familia, junto al paciente, como una unidad de intervención asistencial; ayudándoles a enfrentarse a factores estresantes del proceso de hospitalización.

Los enfermeros de las UCIN deben animar a los padres a participar en el cuidado de sus hijos, tareas simples como cambiarles los pañales, alimentarles, bañarles, cantarles, cambiarlos de posición o darles la mano pueden tener beneficios significativos tanto para los padres como para los niños (43).

Una de las principales necesidades de los familiares del bebé es recibir una adecuada información. La familia espera que la enfermera les informe sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del bebé, así como sobre el tratamiento y los aspectos concretos de las UCI como son el equipo tecnológico, el número de teléfono y quienes forman el equipo de profesionales (42). Sin embargo, muchas veces las enfermeras no cubren estas necesidades y se limitan a proporcionar una información simple, corta y amable, que en ocasiones puede tener un enfoque paternalista al utilizar un tono protector e incluso infantil (34).

Por este motivo, me planteo las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene suficientes beneficios aplicar un programa psico-educativo para disminuir la ansiedad y el estrés de los padres?
2. ¿De qué manera se debe realizar dicho programa para poder implementarlo en el HUAV?

3. ¿Es necesaria la figura de un profesional especializado en este tema para llevarlo a cabo?

4.2.- Programa psico-educativo

El programa psico-educativo se realizará en la UCIN del HUAV a los padres de los RN ingresados en dicha unidad. Los profesionales de enfermería serán los encargados de realizar las sesiones teórico-prácticas. El programa se llevará a cabo en un período de 14 meses (abril 2016-junio 2017).

El programa no será aplicado a los padres de los niños que reingresan en la unidad o que no sean hispanohablantes.

4.2.1- Objetivos

General:

- Reducir el impacto psicológico de los padres de los recién nacidos hospitalizados en las UCIN.

Específicos:

- Formar y educar a los padres sobre los cuidados básicos que precisa su bebé.
- Formar y educar a los padres sobre los cuidados avanzados que precisa su bebé.
- Realizar una visita guiada a la UCIN.
- Enseñar los beneficios de la lactancia materna y el método madre-canguro.

4.2.2.- Contenidos

Los contenidos que se tratarán durante las sesiones psico-educativas serán teóricos y prácticos.

- **Lactancia materna**

Según la OMS, la leche materna constituye indiscutiblemente el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido durante los primeros seis meses de vida. Posteriormente, hasta los dos años o más, los lactantes pueden seguir con la lactancia materna (LM) complementada con otros alimentos nutritivos.

La leche materna aporta todos los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida y hasta un tercio durante el segundo año.

Para que la LM se realice de una manera satisfactoria, el lactante ha de aprender a succionar el pecho de la madre correctamente. Así como la madre ha de conocer la postura correcta, tanto para ella como para el lactante. También es importante que sea capaz de detectar alteraciones en el agarre y succión del lactante (44).

Existen muchos beneficios sobre el bebé y la madre (45, 46):

Para el bebé:

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales gracias a una sustancia llamada inmunoglobulina A secretora (IgA) que está presente en elevadas concentraciones en el calostro y en menor cantidad en la leche materna madura.
- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.

- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.
- La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas.

Para la madre:

- Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente (entuetos), disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia. Favorece la recuperación del peso y la silueta.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la postmenopausia.

Para ambos:

- El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo materno filial, proporcionando al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal.
- La elección de la lactancia materna supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en

consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con leche materna.

- **Método madre-canguro**

El método “madre canguro” (MMC) se define como el contacto piel a piel entre una madre y su recién nacido. Este método se fundamenta en el protagonismo de la madre capaz de brindarle calor humano, amor, LM exclusiva y garantizarle no sólo beneficios nutricionales, sino inmunológicos y afectivos. El método ofrece la oportunidad de que el recién nacido "vuelva a reencontrarse" con todos aquellos estímulos prenatales de forma natural, evitando en todo momento la separación con su madre (47). Algunos de los beneficios del MMC son (38):

- Ganancia de peso y aumento de la estabilidad fisiológica del RN.
- Reducción de la respuesta al dolor agudo del RN, evitando, por tanto, los efectos no deseados que el dolor tiene sobre el cerebro en desarrollo.
- Incremento del periodo de sueño, siendo este más profundo y estable.
- Favorece la lactancia materna, incrementando su duración e, incluso, la producción láctea de las madres.
- Reducción de las infecciones nosocomiales y de la gravedad de las enfermedades que pueden acontecer durante el ingreso de los/as niños/as prematuros/as.
- Disminución del nivel de ansiedad y aumento del nivel de confianza de los padres que tienen a sus hijos/as ingresados en la UCIN. También mejora el vínculo entre ellos.



Figura 2. Foto representativa del método canguro.

Recuperado de: www.maternidadfacil.com/metodo-canguro

- **Cuidados del recién nacido**

Los cuidados del RN los aplicaremos de forma práctica: higiene, masaje, cura del cordón umbilical, cambio de pañal, toma básica de constantes (temperatura), lavado nasal y posición correcta en la toma de leche con biberón.

4.2.3.- Metodología

- **Metodología didáctica teórica y practica**

La estrategia de enseñanza que se va a seguir durante el programa consiste en ofrecer, a un grupo reducido de padres (no más de 6), una serie de conceptos teóricos para después poder aplicarlos a la práctica.

Las sesiones teóricas ofrecerán conocimientos sobre los contenidos referidos en el anterior punto y, posteriormente, se ofrecerá la posibilidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos mediante un taller que contará con la supervisión de la enfermera.

Los conocimientos teóricos se explicarán a modo de lección magistral mediante soporte PowerPoint para hacerlos más atractivos y visuales. Además, se ofrecerá material didáctico en formato papel, para que los padres puedan hacer apuntes o revisarlos posteriormente, tanto de los conocimientos teóricos como prácticos.

Los conocimientos prácticos (cuidados del RN) se llevarán a cabo por parejas con el material que consta a continuación:

- Muñeco de bebé
- Pañales
- Suero fisiológico
- Gasas
- Crema hidratante
- Clorhexidina 4%
- Jeringuillas
- Biberón
- Termómetro

4.2.4.- Planificación

El programa se divide en dos fases: actividades previas y el programa psico-educativo.

a) Actividades previas

Para poder evaluar el programa psico-educativo se realizarán encuestas de satisfacción (Anexo I) semiestructuradas a los padres pasadas 24 horas del ingreso de sus bebés en la UCIN y, posteriormente, al finalizar las sesiones teórico-prácticas.

La encuesta se realizará en formato papel y en un tiempo aproximado de 15'. Se realizarán presencialmente para poder aclarar las posibles dudas que vayan surgiendo a lo largo de esta.

Se llevarán a cabo en la sala de reuniones de la UCIN, previo permiso del responsable de la unidad, y se les pedirá que reflexionen sobre sus sentimientos, percepciones, miedos e intereses.

Antes de iniciar el programa se deben realizar una serie de actividades:

1ª ACTIVIDAD (Notificación y solicitud de permiso):

Para iniciar el programa se debe contar con la aprobación de la Dirección del Hospital y el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Cuando se haya recibido la notificación de la aprobación del mismo nos pondremos en contacto con el/la supervisor/a de la UCIN.

Se le entregará el permiso y le pediremos su máxima colaboración para poder llevar a cabo el programa. Por este motivo, se le explicará en que va a consistir el programa y los objetivos del mismo. También es necesario que conozca el cronograma, el lugar y el material que vamos a necesitar/utilizar.

2ª ACTIVIDAD (Notificación y búsqueda del personal de enfermería):

Para llevar a cabo nuestro programa necesitamos contar con la colaboración de las enfermeras de la unidad. En este caso no es necesario formarlas para realizar el programa ya que cuentan con los conocimientos del Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP).

El NIDCAP es 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 (48).

Por tanto, se buscarán enfermeras que deseen ser voluntarias para impartir el programa. El objetivo es que las mismas enfermeras que cuidan a los RN ingresados en la UCIN sean las formadoras y/o educadoras de los padres en los cuidados de sus bebés. Esto ayudará a los progenitores a establecer una relación más estrecha con enfermería y que se sientan más libres de preguntar para resolver sus posibles dudas durante la estancia hospitalaria.

Para encontrar las profesionales voluntarias se hará una sesión informativa para explicarles en que va a consistir el programa y pedirles su colaboración. Se les facilitará toda la información relacionada, es decir, cronograma, lugar de realización, etc.

Dejaremos en el control de enfermería de la UCIN del HUAV por escrito la notificación sobre la sesión informativa que se va a realizar, concretando el lugar, el día y el horario. Se realizarán dos sesiones una para el turno de mañana y otra para el turno de tarde.

3ª ACTIVIDAD (Preparación de las sesiones junto a enfermería):

Para empezar a preparar las sesiones se debe realizar una reunión junto a las enfermeras que se hayan ofrecido voluntarias. Es necesario contar con al menos 2 enfermeras en el turno de mañana y 2 en el turno de tarde para poder realizar las sesiones teórico-prácticas a los padres.

En la reunión se llegará a un acuerdo sobre qué días van a impartirse las sesiones y en que horario para facilitarles el trabajo y la organización, ya que se realizará dentro de su horario de trabajo.

4ª ACTIVIDAD (Informar a los padres sobre el programa que se va a realizar):

Esta actividad se llevará a cabo cada vez que ingrese un neonato el cual permanezca más de 24 horas en la unidad.

Primero se explicará el programa que se va a llevar a cabo y los objetivos de este. Se les facilitará la información por escrito junto a los horarios de las sesiones y el lugar de realización.

Finalmente, se realizará una lista de inscritos que no va a superar las seis personas por sesión, y si es necesario se realizarán otras sesiones en función de la demanda.

5ª ACTIVIDAD (Realización de las encuestas a los padres):

Previo al inicio del programa los padres deben contestar a una encuesta para conocer su nivel de estrés y ansiedad, se les pedirá que reflexionen sobre sus sentimientos y percepciones, sobre sus miedos e intereses, su grado de satisfacción en estas 24 horas, etc.

Dicha encuesta se volverá a pasar al final del programa para conocer el grado de satisfacción y para poder evaluar si el programa es efectivo.

b) Planificación del programa psico-educativo

El programa psico-educativo que se va a realizar consta de una serie de actividades dirigidas a los padres de los RN ingresados en la UCIN con el objetivo de reducir el estrés y la ansiedad generada por dicha situación. Así mismo, también les ayudará a mejorar el vínculo con su bebé.

El programa se dividirá en dos sesiones:

- En la primera sesión se dará a conocer el personal y la estructura de la unidad, así como los cuidados básicos y avanzados del neonato. Por tanto, habrá una parte teórica, una visita guiada por la unidad y un taller práctico.
- En la segunda sesión se tratarán cuestiones más concretas. Se realizarán dos talleres teórico-prácticos. El primero tratará de LM y el segundo del MMC.

Al finalizar la sesión quedará abierta una ronda de preguntas para resolver las posibles dudas que hayan ido surgiendo.

Es recomendable que asistan tanto las madres como los padres, ya que es un programa para ambos progenitores.

Planificación de los contenidos de la 1ª sesión psico-educativa		
Partes de la sesión	Contenidos	Duración
Presentación del personal e introducción de los conceptos	Se presentará al personal de la unidad que esté disponible en ese momento (Pediatras, enfermeras, etc.) Posteriormente, se introducirán los conceptos de los cuales hablaremos.	15'
Cuidados básicos del neonato	Se explicarán los cuidados básicos diarios a través de un muñeco- bebé.	30'
Cuidados avanzados del neonato	Se explicará que hacer en casos de bradicardias, temperatura elevada, atragantamiento, etc.	15'

Visita guiada por la unidad	Se realizará una visita guiada por la unidad para conocer las diferentes áreas, monitores, etc.	15'
Ronda de preguntas	Se responderá a las dudas de los padres.	15'

Tabla 2.- Planificación de los contenidos de la 1ª sesión psico-educativa. Fuente: Elaboración propia

Planificación de los contenidos de la 2ª sesión psico-educativa		
Partes de la sesión	Contenidos	Duración
Introducción de los conceptos	Se introducirán los conceptos de los cuales hablaremos.	10'
Lactancia materna	Se explicarán los beneficios de la LM, las posturas adecuadas, alteraciones en el agarre y la succión, etc.	30'
Método madre-canguro	Se explicará la técnica y los beneficios del MMC	15'
Ronda de preguntas y cuestionario de satisfacción.	Se responderá a las dudas de los padres y se pasará el cuestionario de satisfacción sobre la sesión.	15'

Tabla 3.- Planificación de los contenidos de la 2ª sesión psico-educativa. Fuente: Elaboración propia

4.2.5.- Aspectos éticos y legales

Los beneficios derivados del programa psico-educativo son:

- Padres: Conocer los cuidados básicos y avanzados del RN, conocer la LM y el MMC y sus beneficios, conocer la unidad y los profesionales que trabajan, participar activamente en los cuidados de su hijo y reducir el estrés y la ansiedad derivados de su estancia en la UCIN.
- Recién nacidos: Los beneficios propios de la LM y el MMC. La mejora de la relación entre el bebé y los progenitores será beneficioso para ambos.

El programa presenta un inconveniente debido al hecho que las sesiones de formación no son de forma individualizada y se puede perder el derecho al anonimato en caso que compartan datos e información entre ellos.

En este programa se contemplarán los principios éticos para proteger los derechos de los participantes durante el proceso de recogida de datos. Por tanto, todos los participantes recibirán información sobre el mismo. En caso que algunos progenitores no quieran formar parte del programa, se les hará firmar su renuncia a él.

Por razones éticas, los padres no serán identificados por los nombres, para asegurar su anonimato, por ello serán identificados mediante códigos: P01, P02, P03, etc.

Para asegurar los principios éticos el programa contará con:

- Hoja de información a el/la participante en un estudio de investigación (Anexo II).
- Ley de Protección de Datos Real Decreto 15/1999.
- Solicitud de autorización del CEIC.
- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial). Normas de Buena Práctica Clínica de Helsinki.
- Autorización para la realización de un estudio de investigación en el HUAV.
- Código deontológico de enfermería española. Capítulo 11.

4.2.6.- Evaluación

La evaluación del programa psico-educativo se realizará mediante las encuestas de satisfacción que se realizarán a los padres de manera anónima, previas al proceso, durante las 24 horas posteriores al ingreso y, posteriormente, al finalizar la 2ª sesión del programa.

Dicha encuesta nos permitirá conocer si los contenidos y la forma de impartirlos han aportado los conocimientos suficientes a los padres y si les ha ayudado a reducir su nivel de estrés y ansiedad. Por otro lado, nos ayudará a conocer cómo mejorar el programa.

5.- Discusión

En la actualidad, las UCIN prestan atención al recién nacido con patología médico-quirúrgica, con compromiso vital, o que precisa de medios y cuidados especiales de forma continuada durante todo el proceso asistencial (32), que tiene lugar desde el nacimiento al alta y que continúa después en la consulta del centro de atención primaria. Pero, ¿quién presta atención a los padres de estos bebés?

Los padres de los RN en la UCIN viven la hospitalización como un impacto negativo en sus vidas. Se sienten desorientados, angustiados y culpabilizándose del estado de su hijo. Por ello, se deberían realizar intervenciones, de forma personalizada, para ayudar a estos padres a aceptar la nueva situación (49).

Según un estudio descriptivo (2) se encontró que la hospitalización en una UCIN, es considerado por las madres como muy o extremadamente estresante en un 89% de los casos, la presencia de los monitores y aparatos cerca al bebé y sus respectivas alarmas, la realización de procedimientos invasivos, la afectación del rol materno, son los factores considerados por las madres como las situaciones más estresantes.

La apuesta por un programa psico-educativo en la UCIN del HUAV surge de la necesidad de ofrecer la atención necesaria tanto a los padres como a los RN, ya que no existe un programa de estas características.

La bibliografía muestra diferentes intervenciones aplicadas a los padres para fortalecer conductas parentales positivas, que buscan disminuir su nivel de estrés e incluyen apoyo educativo y psicológico. La mayoría de estas intervenciones fomentan el cuidado centrado en la familia y son lideradas por enfermería, quien debe capacitar e incluir a los padres en el cuidado del bebé hospitalizado (5).

Vanderveen *et al.* (50) evaluaron los ensayos clínicos controlados aleatorizados publicados desde 1966 hasta el año 2008 con intervenciones tempranas para los RN y los padres. Los componentes de la intervención fueron diversos e incluyeron la educación para los padres, la estimulación infantil y los cuidados para el desarrollo en la UCIN.

Según Villamizar-Carvajal *et al.* (5) los programas que dan apoyo emocional, educación y atención del comportamiento reducen significativamente el estrés, aumentan el conocimiento relacionado con la condición y el cuidado de su bebé, y mejoran la actitud y la confianza de la madre.

Como resultado de las intervenciones examinadas, se muestra una reducción del estrés en aquellas que utilizan un componente de apoyo a los padres combinado con la participación activa en la educación, evidenciando además resultados positivos en el niño.

Por este motivo, el presente programa combina la educación parental sobre los cuidados básicos y avanzados de su bebé, la LM y el MMC y la realización de talleres prácticos, para la posterior participación activa de los padres en los cuidados.

Se realizó un estudio (51) en Turquía con el propósito de determinar el efecto de las intervenciones de enfermería en la reducción del estrés y la ansiedad en padres y madres en una UCIN.

Se realizaron entrevistas con los padres que aceptaron participar en la investigación. Se realizó un programa educativo de aproximadamente 30 minutos sobre su bebé y la unidad de cuidados intensivos para las madres y padres en el grupo de intervención durante la primera semana de ingreso. Luego fueron presentados a la unidad y al personal. Se les dio la información que pidieron y sus preguntas fueron respondidas.

En comparación con el grupo control, el cual no recibió más que los procedimientos rutinarios de la unidad, la diferencia de estrés fue estadísticamente significativa. Por lo que se determinó como efectiva la intervención.

Existe un programa llamado Creando Oportunidades para el Empoderamiento de los Padres (COPE) desarrollado por enfermeras con experiencia clínica, educativa e investigadora en la ciudad de Nueva York. 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. 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,

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 y una mayor preparación para el alta del niño (52).

Hall *et al.* (53) afirma que los profesionales pueden sostener una visión estrecha en cuanto a sus responsabilidades, ya que se extenderían solamente a proveer de atención médica y pueden no sentirse cómodos expandiendo su papel a proporcionar atención psicológica, ya sea por falta de tiempo y/o recursos.

Así mismo, afirma que el profesional de salud mental que trabaja en las UCIN debería proporcionar apoyo a las familias y al personal de enfermería, haciendo de enlace entre ellos.

En un estudio realizado en Méjico (9) en el que se contempla la participación de un psicólogo como enlace, se favoreció la interacción en el desarrollo de habilidades, la adquisición de conocimientos y el cambio de actitudes entre la enfermera y los padres.

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 (38).

Por este motivo, educar al personal de enfermería y proveerles de herramientas para entender mejor las necesidades de los padres, es beneficioso para brindar apoyo psicosocial y mejorar sus habilidades de comunicación. De esta manera, se reduce el riesgo en los padres de experimentar trastornos perinatales de ánimo y ansiedad y aumenta la satisfacción de su experiencia en la unidad (53).

En cuanto al presente programa existen ciertas limitaciones como la dificultad o falta de disposición de los profesionales para impartir el programa y el hecho de compartir las sesiones con otros padres de forma que puede hacer perder el derecho al anonimato de los padres.

Una vez implementado el programa y después de evaluar la intervención se pondrán de manifiesto los puntos débiles y los aspectos a mejorar para alcanzar el objetivo final, que es ofrecer una asistencia de calidad tanto a los padres como a los RN.

6.- Bibliografía

- 1.- Villafáfila Quintana, Cristina; Quirós Córdoba, Cristina; Delgado Begines EE, Mesas, Elisabeth; Guijarro Puente, Estibaliz; Castillo Lasierra MA. Visita guiada a la uci-neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres. Bibl Las Casas [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 24];11(3):1–21. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0854.pdf>
- 2.- González Escobar DS, Ballesteros Celis NE, Serrano Reatiga MF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Rev Cienc y Cuid [Internet]. Facultad Ciencias de la Salud; 2012 [cited 2017 Apr 24];9(1):43–53. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986747>
- 3.- Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensiva [Internet]. 2012 Apr [cited 2017 Apr 27];23(2):51–67. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239911000460>
- 4.- Cuesta Miguel MJ, Bela Espinosa Briones A, Gómez Prats S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. Enfermería Integr [Internet]. 2012 [cited 2017 May 1];(98):36–40. Available from: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>
- 5.- Villamizar-Carvajal B, Vargas-Porras C, Gómez-ortega OR. Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. Aquichan [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2017 May 1];16(3):276–95. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/276/pdf>
- 6.- Caruso A. El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales. [Internet]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires; 2012

[cited 2017 Apr 24]. Available from: <https://www.aacademica.org/000-072/962.pdf>

7.- Garduño Espinosa A, Muñoz Ramírez R, Olivares Díaz C. Dilemas éticos y toma de decisiones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. AMERBAC; 2010 [cited 2017 Apr 24];67(3):259–69. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000300009

8.- Sánchez Buñuelos LG, Pérez Gutiérrez J, Tamariz Velázquez FE, Delgado Rubio M. Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. Enfermería Univ [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2012 [cited 2017 Apr 24];9(2):27–36. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000200004

9.- Eunice Hernández-Herrera D, Flores-Hernández S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2002 [cited 2017 Apr 24];10(3):125–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023b.pdf>

10.- Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 27];38(3):333–42. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

11.- Gil Almira A. Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto Pregnancy: diagnosis, gestational age and date of the childbirth. MEDISAN [Internet]. 2008 [cited 2017 Apr 24];12(4):1–10. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san17408.pdf

12.- García Jordá D, Díaz Bernal Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. Editorial Ciencias Médicas; 2010 [cited 2017 Apr 24];36(4):330–6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000400007&script=sci_abstract

13.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. Elsevier; 2011 Jun [cited 2017 Apr

24];54(6):330–49.

Available

from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501310004589>

14.- Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Aceves Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatría [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 24];79(1):32–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>

15.- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. 1st ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, editor. Vitoria-Gasteiz; 2010 [cited 2017 Apr 24]. 1-316 p. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

16.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Apr 27]. 1-10 p. Available from: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

17.- Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev Obs Ginecol Venez [Internet]. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela; 2012 [cited 2017 Apr 24];72(4):217–20. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-664616>

18.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo cronológicamente prolongado. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Apr 27];54(1):38–49. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501310004541>

19.- Guzmán Cabañas J, Carrasco Rico S, Gómez Guzmán E, Herrainz C, Tofé Valera I. Embarazo prolongado. RN postmaduro. En: Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología [Internet]. 2nd ed. Córdoba: Asociación Española de Pediatría; 2008 [cited 2017 Apr 27]. p. 91–100. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_1.pdf

20.- Hernández Martínez A, Pascual Pedreño AI, Baño Garnés AB, Melero Jiménez M del R, Molina Alarcón M. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. Rev Esp Salud Publica [Internet]. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2014 Jun [cited 2017 Apr 25];88(3):383–93. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-

[57272014000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501314002726)

21.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción del parto. *Progresos Obstet y Ginecol* [Internet]. Elsevier; 2015 Jan [cited 2017 Apr 25];58(1):54–64. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501314002726>

22.- Engle W, Tomashek K, Wallman C, Committee on Fetus and Newborn AA of P. “Late-preterm” infants: a population at risk. *Pediatrics* [Internet]. 2007 Dec 1 [cited 2017 Apr 25];120(6):1390–401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18055691>

23.- Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* [Internet]. World Health Organization; 2010 Jan [cited 2017 Apr 25];88(1):31–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20428351>

24.- Aguilera Olmos R. Grandes prematuros: análisis y experiencias en Castellón [Internet]. Universita. Ricardo Tosca Segura, editor. Castelló de la Plana; 2009 [cited 2017 Apr 25]. 165-206 p. Available from: https://books.google.es/books?id=7UbQCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gs_b_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

25.- Pérez Zamudio R, López Terrones CR, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. AMERBAC; 2013 [cited 2017 Apr 25];70(4):299–305. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1146201300040000

26.- Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. Revista Pediatría de Atención Primaria; 2012 Sep [cited 2017 Apr 25];14(55):23–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=en

27.- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with

time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet [Internet]. 2012 Jun 9 [cited 2017 Apr 25];379(9832):2162–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>

28.- Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. Differences in Mortality between Late-Preterm and Term Singleton Infants in the United States, 1995–2002. J Pediatr [Internet]. 2007 Nov [cited 2017 Apr 25];151(5):450–456.e1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17961684>

29.- Perkin Elmer and Analytical Sciences. Nacimiento prematuro – retos y oportunidades de la predicción y la prevención [Internet]. Finlandia: Perkin Elmer and Analytical Sciences; 2009 [cited 2017 Apr 25]. p. 1–80. Available from: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf

30.- Eduardo Sepúlveda S, Fátima Crispi B, Andrés Pons G, Eduard Gratacos S. Restricción de crecimiento intrauterino. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. Elsevier; 2014 Nov [cited 2017 Apr 25];25(6):958–63. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014706443>

31.- Agra Varela Y, Aguayo Maldonado J, Álvarez González C, Botet Mussons F, Bustos Lozano G, Díaz Torres P, et al. Unidades de Neonatología: Estándares y recomendaciones de calidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [cited 2017 Apr 27]. p. 1–177. Available from: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf

32.- Novoa P JM, Milad MA, Vivanco GG, Fabres JB, Ramírez RF. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Rev Chil Pediatría [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 25];80(2):168–87. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n2/art10.pdf>

33.- Rubiños M. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. revista electrónica en Ciencias Soc y Humanidades

Apoyadas por Nuevas Tecnol [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 27];1(1):16–39. Available from: <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/450/0180-1.pdf?sequence=2>

34.- Ruiz del Bosque A. Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de enfermería. Rev enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 27];5(2):59–66. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/88/79>

35.- Guerrero Benítez MM, Suárez Carrasco A, Mendoza Rodríguez LM, Farfán Díaz F. Abordaje psicoterapéutico de la Enfermera Especialista en Salud Mental a padres con hijos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Bibl Las Casas [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 27];7(3). Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0608.pdf>

36.- Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. J Perinat Educ [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 27];18(3):23–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20514124>

37.- Wigert H, Dellenmark MB, Bry K, Yohay A, Osorio S, Perlman J. Strengths and weaknesses of parent–staff communication in the NICU: a survey assessment. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2012 Feb 9 [cited 2017 Apr 27];25(2):1–14. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2012.649910>

38.- Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med Intensiva [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 27];31(6):273–80. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002

39.- López Maestro M, Bonis AM, De La Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Peña RM, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de

neonatología de España. An Pediatría [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 27];81(4):232–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043>

40.- Barrera F, Moraga F, Escobar S, Antilef R. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev Chil pediatría [Internet]. 2007 Feb [cited 2017 Apr 27];78(1):85–94. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

41.- Acuña Muga J, de Alba Romero C, Barrio Andrés C, López Maestro M, Palacios Jover A, Pallás Alonso CR, et al. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [cited 2017 Apr 27]. p. 1–112. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/cuidadosdesdenacimiento.pdf>

42.- Ginovart Galiana G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma Rev Psicol ciències l'educació i l'esport [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 27];(26):15-27. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3250630>

43.- Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva [Internet]. 2007 Sep [cited 2017 Apr 27];18(3):106–14. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239907743924>

44.- Fernández Medina IM, Gonzalez Fernández CT. Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Enfermería Glob [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2017 Apr 27];12(3):443–51. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/157781>

45.- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Pediatría Integral: Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. [Internet].

2011 May [cited 2017 Apr 27];15(4):317-330. Available from: <https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>

46.- Govern de les Illes Balears. Guia de Lactancia Materna. 1ª ed. Illes Balears: Conselleria de Salut i Consum; 2009. Available from: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI101920&id=101920>

47.- Fernández Romo F, Meizoso Valdés AI, Rodríguez Rodríguez LA, Alpizar Becil D, Cervantes Mederos M, Alvarado Bermúdez KB. Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 27];18(1). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdc121j.pdf>

48.- NIDCAP federation international. Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program. 2016; Available at: <http://nidcap.org/en/>

49.- Moroba SC, Vidal MAM, Monclús GJ. Un paseo por la 5.ª planta. Análisis de las vivencias y el grado de satisfacción de los padres de bebés hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Rev Educ Inclusiva [Internet]. 2012 [cited 2017 May 1];5(3):23–34. Available from: <http://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/241>

50.- Vanderveen JA, Bassler D, Robertson CMT, Kirpalani H. Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. J Perinatol [Internet]. 2009 May 15 [cited 2017 May 1];29(5):343–51. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/jp.2008.229>

51. Turan T, Başbakkal Z, Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. J Clin Nurs [Internet]. 2008 Nov [cited 2017 May 1];17(21):2856–66. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>

52.- Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. Parental coping in the neonatal intensive care unit. J Clin Psychol Med Settings [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 May 1];20(2):135–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22990746>

53.- Hall SL, Cross J, Selix NW, Patterson C, Segre L, Chuffo-Siewert R, et al. Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. J Perinatol [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 May 1];35:S29–36. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/jp.2015.147>

Posterior a la realización del programa, se harán las mismas preguntas y se añadirán dos más para conocer el grado de satisfacción sobre el programa en concreto:

9.- ¿Cree que los contenidos que se han ofrecido en el programa han sido suficientes?

SI

NO

10.- ¿Cree que el programa le ha ayudado a reducir el nivel de estrés y ansiedad ocasionado por la hospitalización de su bebé en la unidad de cuidados intensivos?

SI

NO

Aspectos a mejorar sobre la unidad y el programa:

7.2. Anexo II

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PADRES

TÍTULO DEL PROYECTO: “Intervención enfermera: manejo del estrés en padres con niños ingresados en UCIN”

PROMOTOR DEL ESTUDIO:

Nombre: MARIA FALCÓN VILLAITODO

Facultad: ENFERMERÍA

Centro: UNIVERSITAT DE LLEIDA

Teléfono: 691*****

Antes de decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

¿Cuál es el motivo del proyecto?

En este proyecto psico-educativo se pretende disminuir el nivel de estrés y ansiedad que sufren los padres de los niños que están hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) mediante la educación sanitaria sobre los cuidados básicos y avanzados del bebé, la lactancia materna y el método madre-canguro. También se realizará una visita guiada a la UCIN.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL PROYECTO

Debe saber que su participación en este proyecto es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar su participación en cualquier momento, sin que por ello se altere el cuidado de su bebé.

En caso de que Vd. decidiera abandonar el estudio puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento para la finalidad del estudio o, si fuera su voluntad, sus datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar?

El estudio se realizará en padres voluntarios de ambos sexos que tengan ingresado a su hijo en la UCIN.

Tras comprobar que se cumplen los criterios de inclusión para poder empezar el proyecto, los participantes serán citados en el hospital para realizar la primera charla informativa.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar, usted será informado del programa psico-educativo. El programa se dividirá en dos sesiones:

- En la primera sesión se dará a conocer el personal y la estructura de la unidad, así como los cuidados básicos y avanzados del neonato. Por tanto, habrá una parte teórica, una visita guiada por la unidad y un taller práctico.
- En la segunda sesión se tratarán cuestiones más concretas. Se realizarán dos talleres teórico-prácticos. El primero tratará de lactancia materna (LM) y el segundo del método madre-canguro (MMC).

Al finalizar la sesión quedará abierta una ronda de preguntas para resolver las posibles dudas que hayan ido surgiendo.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación en el estudio?

Los beneficios derivados del programa psico-educativo son:

- Padres: Conocer los cuidados básicos y avanzados del RN, conocer la LM y el MMC y sus beneficios, conocer la unidad y los profesionales que trabajan, participar activamente en los cuidados de su hijo y reducir el estrés y la ansiedad derivados de su estancia en la UCIN.
- Recién nacidos: Los beneficios propios de la LM y el MMC. La mejora de la relación entre el bebé y los progenitores será beneficioso para ambos.

El programa presenta un inconveniente debido al hecho que las sesiones de formación no son de forma individualizada y se puede perder el derecho al anonimato en caso que compartan datos e información entre ustedes.

¿Quién tiene acceso a mis datos personales y cómo se protegen?

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al promotor del estudio.

Por razones éticas, usted no será identificado por el nombre, para asegurar su anonimato, por ello será identificado mediante códigos: P01, P02, P03, etc. La relación de los cuales solo será conocida por el promotor del proyecto.