

Cómo citar este documento

Guerrero Benítez, María Mercedes; Suárez Carrasco, Ana; Mendoza Rodríguez, Lidia María; Farfán Díaz, Fátima. Abordaje psicoterapéutico de la Enfermera Especialista en Salud Mental a padres con hijos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0608.php>

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL A PADRES CON HIJOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

María Mercedes Guerrero Benítez, Ana Suárez Carrasco, Lidia María Mendoza Rodríguez, Fátima Farfán Díaz
Unidad Docente de Salud Mental. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla (España)

RESUMEN

El número de nacimientos prematuros ha ido aumentando en los últimos años de manera progresiva. En España la tasa de prematuridad es de 6.84, cifra que se estima irá en ascenso.

La separación de su hijo y el déficit de información, son potentes estresores que pueden afectar al bienestar, el afrontamiento y la dinámica de la familia. Los padres que tienen un hijo ingresado en UCIN sufren en su mayoría síntomas de ansiedad y depresión, además de una dificultad en la construcción del vínculo y relación de apego con el niño requiriendo una atención psicológica que no reciben, careciendo además de estrategias de afrontamiento eficaces.

El proyecto que se presenta es un estudio experimental con un programa psicoeducativo dirigido por la Enfermera Especialista de Salud Mental de 14 meses de duración, cuyo objetivo es además de determinar el grado de afectación que tiene tanto en los padres como en el niño el ingreso en UCIN, instaurar y aplicar medidas y valorar como afecta a la calidad de vida de estos padres así como el afrontamiento y el nivel de ansiedad y estrés que este hecho genera en sus vidas, con el fin último de permitir el desarrollo de una relación de apego estable y segura.

Palabras clave: apego, psicoeducación, neonato, prematuro, unidad de cuidados intensivos, enfermería.

ABSTRACT (Psychotherapeutic approach of the Mental Health Specialist Nurse to parents of children admission to NICU)

The number of premature births has been progressively increasing in the last few years. In Spain, the prematurity rate is now 6.84, amount that is estimated to

continue growing.

Family wellness, its capacity to face these situations, and also its own dynamic, can be considerably impacted by powerful stress factors such as being apart from the child and the lack of proper information. The majority of parents with a child admitted to PICU (Neonate Intensive Care Unit), suffer from anxiety and depression symptoms, along with an additional difficulty to build up the bond and attachment feeling with the child, requiring a psychological care that is not available, finding themselves in a lack of efficient strategies for facing the problem.

This project is an experimental study based on a 14 months long psycho-educational programme, directed by a Mental Health Specialized Nurse, which aim is not only to determine the degree of impact that the child's admission to NICU can have for him and his parents, but also to implement remediation initiatives and evaluate how these measures can influence their quality of life, their capability to face the issue, and their stress and anxiety levels in order to develop a safe and balanced attachment to the child.

Keywords: attachment, psycho-education, newborn, neonate, premature, Neonate Intensive Care Unit, nursing, nursery.

1. INTRODUCCION

En los últimos 20 años se ha constatado un aumento en la tasa de prematuridad en España, los últimos datos disponibles por el Instituto Nacional de Estadística, desde 1996 a 2006 la tasa de prematuridad ha variado de un 5.84 a un 6.84, el número de nacidos vivos en 2006 en España fue de 482957 de los cuales 3651 tuvieron un peso inferior a 1500gr. Las tasas publicadas en Estados Unidos superan el 12.5%. Este aumento de la tasa de prematuridad se debe en gran parte al aumento de la edad materna, más de 35 años, y a las técnicas de reproducción asistida en las que más del 50% de las gestaciones acaban en partos pretérminos. Según la memoria 2009 de los HHUU Virgen del Rocío, nacieron 567 recién nacidos pretérminos y la estancia media de la hospitalización fue de 20.8 días^{1,2}.

El ingreso de un recién nacido en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), provoca en los padres una ruptura de roles, angustia elevada y una pérdida de control sobre la situación. Esta situación y sentimientos, provocan una pérdida de autonomía, pasando a depender en mayor o menor grado al equipo de salud que cubre las necesidades de su hijo. Abandonan sus rutinas diarias, trabajo, amigos, familia,... pasando a ser su única razón de vida acompañar a su hijo de lejos, en una sala de espera en la que a veces se vuelven invisibles. Los padres sufren con frecuencia sentimientos de culpa y depresión. El vínculo padre-hijo o apego no llega a producirse, creándose sentimientos de distanciamiento, dificultándose así el comienzo de una relación de apego con su hijo. Los profesionales que trabajan en UCIN suelen centrar su labor con un enfoque biomédico, centrándose principalmente en la patología, sus cuidados y tratamientos, pasando en ocasiones inadvertido el aspecto psicosocial del recién nacido (RN), en lo que forma parte fundamental sus padres. La relación de estos profesionales con los padres se restringe a las horas de visita e información médica, en las que únicamente se intercambia información sobre la evolución de su hijo.³

Los padres que son separados de sus hijos al nacer para ingresar éstos en UCIN comienzan su paternidad en un medio hostil y desconocido, lleno de máquinas, cifras y palabras técnicas que se escapan de su comprensión, sintiéndose inútiles, incomprendidos, desinformados y solos. Un estudio publicado en Journal of Perinatal Education sobre la experiencia de los padres con un hijo ingresado en UCIN demuestra que estos padres e hijos tienen un alto riesgo de sufrir problemas en el desarrollo del apego, ya que para ese desarrollo es necesario poder tocar, sentir, ver y sostener al RN. Estos padres suelen tener sentimientos de ambivalencia, vergüenza, y culpabilidad, experimentando síntomas de ansiedad y depresión con más frecuencia que familias que no han tenido a sus hijos ingresados en UCIN. Con frecuencia responden a esta situación con una alteración del rol parental, sintiéndose culpables e impotentes por no poder proteger a su hijo frente al dolor y soledad.⁴

Guerra J.C.⁵, describe el impacto que provoca de ingreso en UCIN de un hijo, donde se destaca la dificultad de los padres en el desempeño del rol parental, al no poder crear un vínculo afectivo en el mismo, siéndoles más difícil aprender a cuidarles por los sentimientos de inseguridad y culpabilidad que experimentan. Además cuando hay otros hijos en casa sus necesidades pasan a un segundo plano, creándose también un conflicto de relaciones. Este

ingreso provoca sentimientos de incertidumbre, miedo por la vida del hijo, por la pérdida de la pareja e impotencia. Además se sienten incapaces de poder cuidar de ese hijo prematuro o con enfermedad congénita una vez esté en casa, desconocen los cuidados que necesitaran, la evolución que tendrán, como afectará en sus vidas, si tendrán todos los conocimientos necesarios para afrontar esta situación nueva y delicada. Todo ello conlleva a aumentar su inseguridad, perdiendo la confianza en sí mismo como padres y sentimientos de incapacidad de actuación ante situaciones que requieran intervenciones rápidas, convirtiéndose su casa en un medio hostil e inseguro, lejos de las manos expertas sanitarias, demandando entonces ayuda sanitaria continua.⁶⁻⁷

Por lo tanto, podemos afirmar basándonos en lo anteriormente citado, que esta experiencia tiene consecuencias en todas las esferas del individuo, a corto plazo, se imposibilita o dificulta el desarrollo del apego, crea sentimientos de inseguridad, culpabilidad, tristeza, ansiedad, desconocimiento sobre las repercusiones en su hijo, alteraciones del rol parental, mala concentración e impotencia en la esfera psicológica, en lo social, se tiende a un aislamiento y cambio de entorno familiar, problemas laborales debido a la falta de asistencia y de productividad, disminución de relaciones sociales debido a este aislamiento, deterioro de las actividades cotidianas y otros, y en la esfera física podemos apreciar una alteración del sueño y descanso, problemas en la alimentación, apatía, inactividad, etc. A largo plazo crea un conflicto del rol parental, caracterizado en un falta de confianza en sí mismos en la capacidad de cuidar, dificultad en las relaciones afectivas paterno-filial debido al inadecuado desarrollo del apego, aumento de la demanda sanitaria por incapacidad de afrontar y actuar de forma independiente en situaciones de insalud , etc.

Bowlby, en su libro "Cuidado maternal y salud mental" expone la teoría de la "Necesidad Maternal" que describe el proceso por el cual el niño desarrolla el apego dentro de los primeros 6 meses de vida y si se rompe causaría serias consecuencias en su salud mental, dejándolas descritas en su "teoría del apego" define el apego como "Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con el otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para enfrentar al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados", la calidad de estos vínculos permite el desarrollo socioemocional y mental de los niños. Señala que la ausencia de la madre para el niño en la etapa temprana daría lugar a dos fenómenos psicológicos, "la exclusión defensiva" y "la autonomía compulsiva" como resultado adaptativo ante el trauma de separación. Los lazos formados en la niñez pueden persistir en forma de *modelos* en el mundo representacional del adulto. Estos modelos se comienzan a formar en los primeros meses de vida y son enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. A estos modelos Bowlby los denominó *internal working models* o modelos operativos internos, que según el autor son las representaciones mentales de sí mismo, así como una representación de sí mismo interactuando con una figura de apego en un contexto o entorno con carga emocional, estas representaciones consideran creencias complementarias y expectativas sobre la disponibilidad física y psicológica del cuidador y su nivel de responsabilidad, así como si uno mismo es merecedor de atención o cariño.⁸ Main y Cols (1985) proponen un

clasificación de los distintos apegos, que añaden a los estudios realizados hasta el momento por Mary Ainsworth (estudiante de Bowlby)⁹ que clasifica tres tipos de apego, con las características del hijo y la madre, la relación entre ambos y sus consecuencias, estos últimos añaden una última llamada “apego desorganizado/ desorientado” donde señalan a las madres como víctimas de un trauma no superado, que proyectan sus miedos a circunstancias posteriores y suelen ser incapaces de reconocer las demandas de sus hijos. Estos niños suelen presentar conductas desorganizadas y confusas al relacionarse con su figura de apego, no son capaces de afrontar situaciones que generen estrés, y sienten ambivalencia hacia su madre. Perin G.¹⁰ realizó un estudio sobre los aspectos que dificultaban el desarrollo del apego en estas familias entre los que destacaba las dificultades iniciales de estos padres para afrontar el desafío de ser padres prematuros, por la frustración de no tener un hijo “normal como los otros”, no poder llevarlo a casa ni poder cuidar de él. Los equipamientos de la UCIN, incubadoras, cunas cerradas,... imposibilitan un acercamiento entre los padres e hijos, dando a entender que los que cuidan allí dentro de ese hijo son los profesionales, dejando a un lado a los padres como meros espectadores de lo que acontece en su interior y del cuidado de este hijo. Esta situación también dificulta la posibilidad de amamantamiento, debido en gran parte a los horarios de visita tan restrictivos, las condiciones del RN, y los sentimientos de la madre. Las múltiples, intensas y complejas demandas para cuidar de ese bebe una vez sea dado de alta, teniendo que posponer o anular compromisos y responsabilidades familiares y laborales, junto con la situación especial física de la madre por las alteraciones hormonales en las que se ve envuelta, hacen que en ocasiones pueda culpar a esta nueva situación por esos sentimientos de infelicidad, preocupación, desbordamiento y ansiedad en los que se ve sumida, todo ello unido a la inseguridad que genera el tener que cuidar de su hijo una vez en casa debido a los sentimientos de incapacidad e inexperiencia, siendo para ellos un desafío, pues tras muchos días de ingreso en los que un equipo de profesionales ha velado día y noche por la supervivencia de su hijo y atendiendo sus demandas, ahora son ellos los que tienen que velar por su seguridad y bienestar. De igual manera esta autora recoge en su estudio los aspectos que promueven el desarrollo del apego entre los que destacaría la atención y acogimiento recibido por parte del equipo neonatal, la participación activa de estos padres en los cuidados de su bebe, la experiencia de otros padres que han pasado o están pasando la misma situación, y finalmente la oportunidad que le sea brindada por parte del equipo de salud de reconocerse en el papel de madre-padre-hijo.

En 1979 comenzó a utilizarse el Método Canguro en Colombia debido a la falta de recursos como un método alternativo para calentar a los niños inmaduros. Es definido como el contacto precoz y continuo de piel con piel entre la madre y su hijo recién nacido de bajo peso durante la estancia en el hospital y después del alta. Se constató que los beneficios en el RN fueron muchos entre los que se podían destacar la estabilización de los estados de la conciencia y maduración neurológica, estimulación cutánea, estabilidad fisiológica, buen estímulo para la lactancia materna, reducción de los días de hospitalización y la posibilidad de la madre de tener un contacto precoz, íntimo y emotivo con su hijo, estimulando el apego y la relación madre- hijo-familia más fuerte y estable y el adiestramiento a los padres en los cuidados. A partir de entonces y hasta 1994 se desarrolló un programa por el Instituto Materno

Infantil y UNICEF consiguiéndose difundir este método por el resto del mundo¹¹. Por otro lado resulta importante conocer la vivencia de la madre en relación al Método Madre Canguro (MMC), según Arivabene, JC¹² estas vivencias están relacionadas al aumento del vínculo afectivo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en el cuidado de su hijo, inclusive ante el alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé. Para este autor, se torna esencial para la madre el apoyo, confort, confianza y sociedad en los cuidados profesionales y en los cuidados al alta, en los que juega un papel importante el conocimiento sobre los beneficios y la necesidad de la continuidad del MMC de los familiares de la madre para que puedan entender, apoyar y ayudarlo, colaborando en el correcto desarrollo del método. Hasta hace poco, las UCIN tenían un horario restrictivo para las visitas, donde los padres podían pasar a ver a su hijo tres veces al día, durante 30 minutos. Su presencia era percibida por el personal como incómoda y peligrosa por posibles contagios. Un estudio publicado en el 2009 sobre la tecnología y humanización es la UCIN¹³ demostró las influencias positivas en el neonato y su salud de la compañía de los padres. Los horarios restrictivos poco a poco están pasando a ser parte del pasado, permitiéndose cada vez en más unidades la estancia completa de los padres. Dicho estudio avala la importancia de esa unión familiar para la pronta recuperación del niño. Aún así, los padres tienen otras necesidades, necesitan hablar, desahogarse, tienen temores, inquietudes, esta situación les ha cambiado la vida y necesitan afrontarla de la manera más sana posible. Buscan el apoyo de los profesionales de la salud en esos momentos, y en ocasiones, por tiempo, carga de trabajo o temor a los sentimientos, no les es prestado¹⁴.

Tras una búsqueda bibliográfica extensa, se han encontrado referencias publicadas sobre las necesidades percibidas por los padres, la necesidad de ser escuchados y atendidos, las consecuencias en el plano biopsicosocial que les supone el ingreso en UCIN de un hijo, y las repercusiones en la atención, cuidados y relación afectiva y paterno-filial con el mismo. Sin embargo no se han encontrado publicaciones donde se ponga de manifiesto un plan de actuación especializado para poder cubrir las demandas de estos padres, y evitar las consecuencias de esa no actuación¹⁵.

Calista Roy¹⁶ define a la persona como un ser biopsicosocial en interacción constante con su entorno cambiante, y la salud como la adaptación, es decir, el esfuerzo constante que hace la persona para alcanzar el máximo nivel de adaptación. Dentro de su modelo se enuncian una serie de conceptos entre los que se destaca los subsistemas que intervienen en el afrontamiento, regulador y cognitivo, los mecanismos de afrontamiento, innatos y adquiridos, y las respuestas que pueden ser adaptativas o ineficaces, esta última afectaría al mantenimiento de la integridad impidiendo el desarrollo o mantenimiento de la salud de la persona. Para Roy el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación en el que se encuentran para conseguir que la respuesta adaptativa sea una respuesta eficaz, logrando un nivel óptimo de bienestar. El desarrollo de un programa de actuación desde la enfermería especializada en salud mental para el abordaje psicoterapéutico de estas familias durante la hospitalización y una vez dado de alta el RN con una continuación del abordaje para cubrir las demandas de estos padres tras dicha

alta, contribuiría de forma positiva en el afrontamiento de la situación, en el desarrollo del apego seguro, y aumentando su confianza en los cuidados, evitando así consecuencias negativas en el futuro inmediato y lejano tanto en los hijos como en los padres. Estas consecuencias se mostrarían como la falta de desarrollo de apego seguro, sobreprotección, ambivalencia afectiva paterno filial, en los niños, y en los padres se desarrollaría como una incapacidad de afrontamiento, sentimientos de incapacidad, distanciamiento paternofilial, ansiedad, estrés, sentimientos de culpabilidad e inseguridad y una dependencia de los sistemas sanitarios para el cuidado de su hijo. Realizando este tipo de abordaje a los padres se lograría disminuir el impacto social, físico y psicológico que supondría en sus vidas, debido a la disminución de relaciones tanto afectivas como laborales, aislamiento, estrés, fatiga, insomnio, inactividad, sentimientos de depresión, culpabilidad, riesgo en el desempeño del rol parental o alteración del mismo, sentimientos de incapacidad para ayudar y cuidar a su hijo, apego no desarrollado o alterado, entre otros¹⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Rellan Rodríguez, S.; Garcia de Ribera C.; Paz Aragón Garcia M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología. En www.aeped.es/protocolos/
2. Memoria 2009 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
3. Fernández Pérez, F.J. Impacto del proceso crítico y cuidados psicológicos. En: Morales Gil, I.G; García Piñero, J.M., Cuidados intensivos pediátricos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2010.pp 200-2.
4. Hala M. Obeidat; Elaine A. Bond; Lynn Clark Callister. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. The Journal of Perinatal Education. Summer edition; 18(3), 23–29.
5. Guerra Guerra, J. C.; Ruiz de Cárdenas, C.H. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. Av.enferm.2008; XXVI (1), 80-90.
6. Tronchin DMR, Tsunechiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):93-101.
7. Parra FM, Oviedo Soto S, Marquina M. El cuidado humano de madres y padres durante la hospitalización del recién nacido. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0408.php>
8. FARKAS, Chamarrita; SANTELICES, María Pía; ARACENA, Marcela e PINEDO, José. Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhe* [online]. 2008, vol.17, n.1 [citado 2010-09-19], pp. 65-80 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0718-2228. doi: 10.4067/S0718-22282008000100007.
9. Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969 -1025.

10. Perin Guimaraes, G.; Monticelli, M. La formación del apego padres/recién nacido pretermino y/o bajo peso en el método madre canguro: una contribución de la enfermería. *Texto Contexto Enferm.* Oct-Dic 2007.16(4): 626-35.
11. Merino Navarro, D.; Palomar Gallardo, C.; Gonzalez Rodriguez, A. El método canguro como intervención enfermera. *Metas.* Noviembre 2009. numero 60: 12-15.
12. Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2010 [acceso en: 30 Sept. 2010];18(2):[07 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
13. Johanson da Silva, L. ; Rangel da Silva, L; Moreira Christoffel, M. Technology and humanization of the neonatal intensive care unit: reflections in the context of the health-illness process. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3):678-82.
14. Zamora Pasadas, M.; Martínez Arcos, C.; Sánchez Guerrero, L.; Crespillo García, E.; Perea Milla, E.; Reyes Albarado, S. Percepciones de los padres y las madres de recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y su opinión sobre la hospitalización compartida. *Rev Paraninfo Digital*, 2009; 7. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n7/137d.php>> Consultado el 25 de septiembre de 2010.
15. Cruz, CM.; Pinto ,EJ.; Rosa, JF.; Goés, FGB.. The process of interaction between nurses and parents: a facilitator for humanizing the intensive neonatal care unit. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental.* Online 2010. jan/mar. 2(1):666-677
16. Benavent Garces, M.A.; Ferrer Ferrandis, E.; Francisco del Rey, C. Corrientes del pensamiento enfermero II: modelos y teorías desde 1970 hasta la actualidad. En: Benavent Garces, M.A.; Ferrer Ferrandis, E.; Francisco del Rey, C. *Fundamentos de enfermería.* Madrid: DAE S.L., 2001: 189- 213.
17. Mazurek Melnyk, B. et al. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics.* 2006; 118(5):1414-27.

2. HIPOTESIS

2.1. HIPOTESIS GENERAL.

El abordaje psicoterapéutico llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental mejora la capacidad de afrontamiento en los padres con niños ingresados en UCIN.

2.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS.

- El abordaje psicoterapéutico llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental durante y tras la hospitalización de un hijo en UCIN mejora la calidad de vida de los padres.
- El abordaje psicoterapéutico llevado a cabo por la enfermera

especialista en salud mental disminuye los niveles de ansiedad durante la hospitalización y tras el alta de los padres con un hijo ingresado en UCIN.

- El abordaje psicoterapéutico llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental mejora el desarrollo de un apego seguro en padres con un hijo ingresado en UCIN.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Verificar que el abordaje psicoterapéutico para la mejora de afrontamiento realizado por la enfermera especialista en salud mental sea eficaz.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Evaluar que el abordaje psicoterapéutico realizado por la enfermera especialista en salud mental disminuye la ansiedad de los padres.
- Determinar el nivel de calidad de vida de los padres con hijos ingresados en UCIN que participan y no participan en un abordaje psicoterapéutico realizado por la enfermera especialista en salud mental.
- Evaluar que el afrontamiento de los padres con hijos ingresados en UCIN que reciben un abordaje psicoterapéutico realizado por la enfermera especialista en salud mental mejora con respecto al grupo de padres que no participa.
- Determinar que el abordaje psicoterapéutico realizado por la enfermera especialista en salud mental permita el desarrollo de un apego seguro en padres con hijos ingresados en UCIN con respecto al grupo de padres que no lo reciben.

4. MÉTODO

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO.

Estudio de intervención experimental, ensayo clínico aleatorio, prospectivo.

4.2. AMBITO DE ESTUDIO.

El estudio se llevara a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Infantil perteneciente a Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, es en la actualidad el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto por su actividad asistencial como por su infraestructura y actividad tecnológica. El área de Virgen del Rocío engloba una población de 1.301.641 habitantes (según base de datos de usuarios del Servicio

Andaluz de Salud). De estos, el 68% habitantes corresponden a la zona urbana y el 32% habitantes a zona metropolitana.

En 2009 se atendieron 8649 partos de los cuales 567 fueron nacimientos prematuros y necesitaron hospitalización, con un promedio de estancia de 20.8 días.

El Hospital Universitario Virgen Macarena es el segundo Hospital en importancia de Sevilla, su área de influencia engloba a una población general mixta, con núcleos urbanos y rurales. Atiende a una población de 547462 habitantes. Según la base de datos de usuarios del Servicio Andaluz de Salud, en 2008 se atendieron 4265 partos de los cuales 760 fueron nacimientos prematuros y necesitaron hospitalización.

4.3. POBLACION.

La población a estudiar será la formada por padres con hijos neonatos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los HHUU Virgen Del Rocío y el HU virgen Macarena. Se incluirán en el grupo experimental o control respectivamente mediante muestreo aleatorio simple, utilizando para ello el generador de números aleatorios disponible en la web [www. e.biometria.com](http://www.e.biometria.com). Para que puedan ser incluidos deben cumplir los siguientes criterios de inclusión.

4.4. CRITERIO DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Las personas que serán participes de este estudio deben cumplir con ciertos criterios:

- **Criterios de inclusión:**

- Tener más de 18 años.
- No tener dificultades para recibir información oral, visual (ceguera, sordera,..).
- Que acepten participar en la investigación a través de firmar el consentimiento informado.
- Que tengan un hijo/a ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Que el hijo neonato sea pretérmino.
- Que el ingreso se haya producido inmediato al alumbramiento.
- Que la presunción sobre la duración de la estancia hospitalaria del neonato sea superior a 7 días.
- Tener conocimiento del castellano.

- **Criterios de exclusión.**

- Ser menor de 18 años.
- Tener dificultades para recibir información visual, auditiva,...
- No firmar el consentimiento informado.
- Ser familia monoparental.
- Que el neonato pretérmino no haya sido ingresado tras el alumbramiento y haya estado con los padres bien en la Unidad de Maternidad bien en su casa.
- Que la presunción de la duración de ingreso sea inferior a 7 días.

- Que anteriormente hayan pasado por la misma situación clínica con otro hijo.

5. ESTIMACION DEL TAMAÑO MUESTRAL

La muestra será un subgrupo representativo de la población accesible de ambos hospitales. Definiendo como variable principal del estudio el afrontamiento inefectivo de los sujetos susceptibles de participar en el estudio, considerando una población finita de 200 sujetos de dos grupos independientes, se mediran las diferencias mediante el intervalo del 90% de confianza, con una precisión de 1 y una desviación del 10% de perdidas esperadas, se necesitaría un mínimo de 100 sujetos.

6. VARIABLES

Variable independiente.

Intervención psicoeducativa de la enfermera especialista en Salud Mental:

Mediante esta intervención psicoeducativa se pretende dar a conocer a los miembros estrategias para afrontar la situación actual vivida y así mismo afrontar las situaciones futuras, siguiendo para ello un enfoque psicoeducativo, puesto que se trata de una experiencia didáctica estructurada. Los padres con hijos ingresados en UCIN del grupo experimental, recibirá una intervención psicoeducativa que consistirá en 7 sesiones formativas de hora y media cada una, con una frecuencia semanal. A todos ellos se les pedirá confidencialidad, asistencia a las sesiones, puntualidad y participación. Las sesiones tendrán lugar en horario de tarde para poder contar con una mayor disponibilidad horaria por parte de ambos progenitores.

Se llevarán a cabo en el Salón de Actos del Hospital Infantil. La metodología será teórico-práctica con el fin de lograr la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. Estarán dirigidas por una enfermera especialista en salud mental, y un coterapeuta, que será un enfermero/a de UCIN que apoyará al terapeuta principal, observando y anotando todo lo que tenga lugar durante la sesión, las reacciones emocionales y expresiones verbales de los sujetos,...

Cada sesión constará de una parte expositiva llevada a cabo por el terapeuta y otra de actividades sobre dichos temas a realizar por el grupo. Habrá un espacio de discusión grupal sobre el tema tratado durante la sesión y resolución de dudas.

En la penúltima sesión se les pasará un documento en el que registrarán el nivel de satisfacción con el programa y aspectos que mejorarían, cambiarían o que incluso añadirían.

Sobre el grupo control sólo se intervendrá con la presentación en la Unidad, solicitando su colaboración y recogiendo datos del mismo modo que el grupo experimental.

Durante las sesiones del grupo experimental los temas a desarrollar en el programa serán los siguientes:

- ✓ Presentación e información del estudio.

- ✓ Información del papel de la enfermera especialista en Salud Mental y coordinación con UCIN.
- ✓ Conocimiento de la enfermedad, tratamiento, pronóstico.
- ✓ Expresión de sentimientos y emociones.
- ✓ Ansiedad. Técnicas de manejo y control.
- ✓ Desarrollo de técnicas de afrontamiento y resolución de problemas. Refuerzo de seguridad en los padres.
- ✓ Sesiones guiadas de relajación para reducción de estrés.
- ✓ Calidad de vida.
- ✓ Estilos de apego, como desarrollar apego seguro, e importancia del mismo en salud mental hijo.
- ✓ Dudas y conclusiones.

En la última sesión se realizará un post test para poder comprobar el nivel de conocimientos y habilidades adquiridos tras las sesiones.

Posteriormente a los 3 y a los 12 meses se volverá a realizar el test para valorar la impronta temporal del programa y la repercusión del mismo en los participantes.

Variables dependientes.

- *Calidad de vida de los padres con hijos ingresados en UCIN.*

Según la OMS, la Calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Para medir la calidad de vida se utilizará el SF-36. Es un cuestionario validado en castellano y con valores de referencia para población española.

El SF-36 es un cuestionario que mide la salud percibida por la persona. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana. Éstas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente, dando lugar a 8 dimensiones medidas con este cuestionario.

Las 8 dimensiones son:

Funcionamiento Físico; Limitación por problemas físicos; Dolor corporal; Funcionamiento o rol social; Salud mental; Limitación por problemas emocionales; Vitalidad, energía o fatiga; Percepción general de la salud.

La medición de la calidad de vida se llevará a cabo a través de esta escala, la realizará la enfermera especialista antes de comenzar la primera sesión, en la última sesión y a los 3 y 12 meses de haber tenido contacto con el mismo.

- *Ansiedad de los padres con hijos ingresados en UCIN.*

La ansiedad está definida como un estado en el que las personas se sienten inquietas, aprensivas y temerosas. Esta es experimentada por los individuos ante situaciones que no pueden predecir o controlar, o sobre situaciones amenazantes y/o peligrosas. Mediremos la ansiedad a través de Test STAI (Spielberger y Cols, 1973), un instrumento de

autoevaluación que permite medir la ansiedad estado/rasgo. La duración es de 15 minutos aproximadamente en su versión validada en castellano para adultos. La prueba consta de dos partes, cada una de ellas contiene 20 ítems con tres posibles respuestas, la escala ansiedad estado mide los síntomas de ansiedad actual, mientras que la escala ansiedad rasgo permite medir el componente ansioso de la personalidad. Será medida por la enfermera especialista en Salud Mental antes de comenzar la primera sesión del programa, al finalizar el mismo en la última sesión. Así mismo se volverán a realizar a los 3 y 12 meses tras haber finalizado el programa de intervención, de este modo se podrá valorar la impronta temporal del programa.

- Capacidad de Afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Según esta definición el estilo de afrontamiento sería la tendencia que cada persona tiene para hacer frente a las situaciones difíciles. Existen distintos tipos de afrontamiento y cada persona cuenta con una forma más o menos habitual de responder. Los estilos de afrontamiento se van formando a lo largo de nuestra vida en base a los resultados y experiencias de éstos. Es por tanto el resultado de la historia personal, influenciada por la manera de vivir y evaluar los acontecimientos y los recursos que dispone la persona para resolver estas situaciones.

Para valorar el estilo de afrontamiento utilizaremos la “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado (ESCAPS) de Callista Roy”, con el fin de evaluar su comportamiento y dominio. La escala, denominada en inglés *Coping Adaptation Processing Scale (CAPS)*, fue diseñada por Callista Roy en el año 2004, para poder identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación, utilizadas por la persona para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Consta de 47 ítems agrupados en cinco factores, con cuatro criterios: Nunca, rara vez, casi siempre y siempre.

Los tres primeros factores miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento, que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Estos son:

Factor 1: Recursivo y centrado (10 ítems). Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y busca resultados.

Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas (14 ítems). Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

Factor 3: Proceso de alerta (9 ítems). Representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.

Factor 4: Procesamiento sistemático (6 ítems). Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

Factor 5: Conocer y relacionar (8 ítems). Describe las estrategias. Será medida por la enfermera especialista en Salud Mental al inicio de la primera sesión y al final de la última sesión. Además también se realizarán mediciones a los 3 y 12 meses de haber finalizado el programa psicoeducativo para valorar la impronta temporal del programa.

- Estilos de apego.

El apego es el vínculo afectivo que se establece en la relación Paterno - filial, de él se derivan dos aspectos básicos para el desarrollo: la seguridad y la exploración. Los patrones de apego se desarrollan durante la primera infancia y están directamente relacionados con la Historia de interacción entre el bebé y sus cuidadores, en cuanto a la satisfacción o no de las necesidades de cercanía, calidez, acogida y protección frente al dolor, el temor, la fatiga,... a instancia de lo anteriormente citado según la experiencia del bebé y la relación establecida entre madre e hijo se desarrollara un distinto estilo de apego, clasificándose en: seguro, inseguro, ansioso-ambivalente, inseguro-avoidante, y desorganizado.

Para la medición del estilo de apego se utilizará el *Cuestionario de Apego en Adultos Cartas Modelos Individuales de Relation (CaMir) de Pierrehumbert et al. (1996)*. Este cuestionario mide los modelos operativos internos a través de la evaluación de las estrategias relacionales del adulto, identificando la apreciación que la persona tiene de sus relaciones de apego de su infancia y en la actualidad.

Es un cuestionario autoadministrado de 66 ítems y de aproximadamente 30 a 40 minutos de duración. Su aplicación es a través de cartas que deben ser ordenadas de acuerdo al grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que contiene. Da puntuaciones en 13 factores de variables relacionadas a los patrones de apego y además en cada uno de los tipos de apego (autónomo, preocupado, rechazante y no resuelto), pudiendo describir un perfil de apego predominante.

Las puntuaciones de las 13 escalas se calculan en percentiles. Los puntos de corte corresponden a los quintiles, agrupándose en las siguientes categorías: *Muy Bajo* (percentiles iguales o menores a 20), *Bajo* (percentiles 21a 40), *Medio* (percentiles 41a 60), *Alto* (percentiles 61 a 80) y *Muy Alto* (percentiles sobre 80). A la vez, los puntajes en los estilos de apego se calculan en puntajes Z, de 0 a 100. Dado que los puntajes sobre 60 en cada escala definen un nivel alto en cada caso, se aplica ese criterio para definir apegos altos en los respectivos estilos. Es un instrumento basado en la metodología Q-Sort.

Será medida por la enfermera especialista en Salud Mental al inicio de la primera sesión y al final de la última sesión. Además también se realizarán mediciones a los 3 y 12 meses de haber finalizado el programa psicoeducativo para valorar la impronta temporal del programa.

Tabla de variables del estudio.

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	VALOR
CALIDAD DE VIDA	CATEGÓRICA/ POLICOTÓMICA	CUANTITATIVA	PUNTUACION OBTENIDA EN INSTRUMENTO DE MEDIDA: SF36
ANSIEDAD	CATEGÓRICA/ POLICOTÓMICA	CUANTITATIVA	PUNTUACION OBTENIDA EN INSTRUMENTO DE MEDIDA: TEST STAI
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO	CATEGORICA/ POLICOTOMICA	CUALITATIVA	PUNTUACION OBTENIDA EN INTRUMENTO DE MEDIDA: ESCAPS
ESTILO DE APEGO	CATEGORICA/ POLICOTOMICA	CUANTITATIVA	PUNTUACION OBTENIDA EN INSTRUMENTO DE MEDIDA: CAMIR
EDAD	CONTINUA	CUANTITATIVA	EN AÑOS
NIVEL DE ESTUDIOS	POLICOTOMICA	CUALITATIVA	SIN ESTUDIOS, ESTUDIOS BÁSICOS, MEDIOS, UNIVERSITARIOS
HIJOS	CONTINUA	CUANTITATIVA	EN NUMERO
OCUPACION	DICOTOMICA	CUALITATIVA	TRABAJANDO/ EN PARO

7. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevará a cabo en la UCIP, durante las sesiones propuestas para el programa, las intervenciones que se efectúen a los 3 y 12 meses, al haber finalizado las mismas, se realizarán en el domicilio familiar. La información se recogerá mediante métodos observacionales, entrevistas personales, y los cuestionarios pertinentes para evaluar las variables anteriormente mencionadas. Todo ello estará incluido en el correspondiente cuaderno de recogida de datos, en el que se hallarán las hojas de registros, cuestionarios, valoraciones,...individualizado para cada pareja. La información se obtendrá directamente de los participantes en el estudio, tanto en el grupo experimental como en el control, y serán incluidos en una base de datos única que poseerá la enfermera especialista en salud mental.

8. ANALISIS DE DATOS

Análisis descriptivo.

Se realizará un estudio de la base de datos para detectar posibles observaciones erróneas. Se hará un análisis de los datos obtenidos para identificar posibles valores extremos y caracterizar las diferencias entre

subgrupos de individuos. Tras este primer estudio, se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes, mientras que las variables cuantitativas o numéricas, se resumirán con medias y desviaciones típicas, con intervalos de confianza si precisan o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos.

Igualmente, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información, para las variables cuantitativas discretas y continuas utilizando el diagrama de barras e histograma respectivamente; para las variables cualitativas el diagrama de sectores

Análisis inferencial.

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de que las variables no se correspondan con una distribución normal la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Del mismo modo para el estudio de la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test Chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%. Se completarán los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones del estudio entendemos que uno de los principales sería los condicionantes éticos de selección de un grupo control, que ya han sido descritos, así como su resolución en la justificación del diseño.

Otra de las limitaciones sería el abandono del programa por parte de la madre/ padre una vez iniciado este. Este hecho se podrá solventar con la estimación de pérdidas establecidas en el cálculo de tamaño muestral.

La dificultad de seguimiento o asistencia, una vez dado de alta el RN por parte de los padres y poder realizar las mediciones establecidas en el programa a los 3 y 12 meses una vez en su domicilio.

10. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En los últimos años se ha constatado un aumento en la tasa de partos pretérminos. Entre las causas principales de prematuridad en la actualidad destacan la avanzada edad materna, el aumento de técnicas de reproducción

asistida por problemas de fertilidad, el estilo de vida actual,...y se estima que el número de prematuros irá en aumento. El ingreso de un hijo en UCIN es un proceso difícil de asimilar, que conlleva cambios en la dinámica familiar, ruptura de roles, aislamiento social, incluso en ocasiones un sobrecosto económico.

Son sobre todo la separación de su hijo y el déficit de información, potentes estresores que pueden afectar el bienestar, el afrontamiento y la dinámica de la familia y al que no se ha prestado suficiente atención, ya que según numerosos estudios los padres que tienen un hijo ingresado en UCIN sufren en su mayoría síntomas de ansiedad y depresión, además de una dificultad en la construcción del vínculo y relación de apego con el niño requiriendo una atención psicológica que no reciben, careciendo además de estrategias de afrontamiento eficaces.

El objetivo de este estudio es además de determinar el grado de afectación que tiene tanto en los padres como en el niño el ingreso en UCIN, instaurar y aplicar medidas que aumenten la calidad de vida de estos padres así como el afrontamiento y disminuir el nivel de ansiedad y estrés que este hecho genera en sus vidas.

Debido a la elevada incidencia de los partos pretérminos en la actualidad a nivel mundial, sería de gran importancia que estos padres recibieran un apoyo psicológico así como la enseñanza de estrategias de afrontamiento útiles para mejorar la calidad de vida y sobrellevar de la mejor manera posible esta difícil situación, para que afecte lo menos posible tanto en la dinámica familiar como en la relación o vínculo con este hijo.

En el caso de verificarse la hipótesis de trabajo, se dispondría de un programa de trabajo que podrá aplicarse en las UCIN y de esa manera se disminuirá el impacto que produce tanto en el neonato como en la familia, el ingreso en esta unidad.

11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

A los participantes del estudio se les informará verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de las participantes. Los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial.

El proyecto se desarrolla en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo. Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se solicitará la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

12. PLAN DE DIFUSIÓN

Se prevé poder presentar el protocolo de investigación en el Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental y en el encuentro de Enfermeros Internos Residentes en Salud Mental, como comunicación oral o en su caso como comunicación en formato poster si procede y llevar a cabo a la finalización del estudio de artículos originales la publicación en alguna revista de la especialidad con factor de impacto alto (Presencia o Index). Asimismo se intentará la publicación de resultados en alguna revista de enfermería tipo Nure Investigation o Evidentia que actualmente es la segunda en factor de impacto de las iberoamericanas, como también en la Biblioteca Lascasas.

13. CRONOGRAMA Y DISTRIBUCION DE TAREAS

Actividad 1. Se realizarán sesiones conjuntas de todos los investigadores para la puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición de metodología.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.
- Contacto con las unidades asistenciales y sus profesionales para información general sobre el proyecto.

Actividad 2.

- Elaboración y estandarización de los contenidos del programa.
- Elaboración de los medios de apoyo gráfico.
- Captación y recogida de datos de los sujetos sometidos a estudio.
- Diseño de la base de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro, entrevistas y valoraciones.
- Preparación de los grupos.

Actividad 3.

- Puesta en marcha del protocolo de investigación y recogida de datos.
- Evaluaciones y seguimientos periódicos.
- Reuniones del equipo cada 2 meses para la reevaluación y seguimiento del protocolo.

Actividad 4.

- Análisis de los datos.
- Elaboración de los resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.

- Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo.
- Publicación del estudio en revistas científicas.

El desarrollo del proyecto se llevará a cabo en dos años, según el siguiente esquema:

AÑO 1

Actividad	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												

AÑO 2

Actividad	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												

14. RECURSOS Y PRESUPUESTO ECONÓMICO

1 Gastos de personal.		EUROS (€)
Personal de apoyo a la investigación para análisis estadísticos de los datos.		3500
2 Material Bibliográfico.		
Bibliografía básica de enfermería para actualizar los fondos del grupo (NANDA; NIC; NOC). Bibliografía referente a evaluación de programas, apego, apoyo psicosocial, afrontamiento,...		1000
3 Gastos de ejecución.		
Inventariable.		
2 Ordenadores portátil		2000
1 Impresora laser color		500
1 Proyector		600
	Total	3100
Material fungible.		
Material fungible de uso informático.		500
Material de papelería		100
Gastos de reprografía.		450
	Total	1050
Viajes y dietas		
Congresos Nacionales		2000
Congresos internacionales		2500
Reuniones de equipo		1000
	Total	5500
Formación y difusión de resultados		1000
Gastos de contratación de servicios externos y arrendamiento de equipo de investigación.		2000
Total Gastos ejecución.		12650
TOTAL AYUDA SOLICITADA		17150