

La relación enfermera - padres - neonato desde la perspectiva enfermera

The relationship nurse-parents-newborn from the nurse perspective

Ana Cristina Utrilla Rojo¹
María Carmen Sellán Soto²
Ana Ramos Cruz¹
Ginés Mateo Martínez¹

¹ Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

² Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. España.

RESUMEN

Introducción: El nacimiento de un niño supone sentimientos de alegría e ilusión. Esta situación se quiebra cuando requiere su ingreso en una Unidad de Neonatología, lo que provoca en los padres tristeza, miedo o culpabilidad. Sienten necesidad de apoyo y, al convertirse en sujetos activos del cuidado de su hijo, disminuye su grado de ansiedad y mejora su satisfacción. La familia constituye el núcleo de desarrollo del recién nacido; y por ello tiene relevancia el papel de la enfermera en la promoción del vínculo familiar.

Objetivo: Explorar la relación enfermera-padres-neonato desde la perspectiva enfermera en la Unidad de Neonatología.

Métodos: Estudio cualitativo cuyo marco teórico es el Interaccionismo Simbólico. La población objeto de estudio estuvo constituida por profesionales de enfermería de la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario La Paz. Los datos se recogieron mediante entrevistas en profundidad y se analizaron bajo Teoría Fundamentada como marco metodológico.

Resultados: Se realizaron seis entrevistas y se alcanzó saturación de los datos. Se generaron 20 categorías y 12 subcategorías. Las participantes identificaron elementos que afectan a las interacciones entre la enfermera, los padres y el recién nacido, así como necesidad de individualizar los cuidados durante una evolución no lineal del neonato.

Conclusiones: La figura de la enfermera resulta fundamental en el cuidado del recién nacido y de sus padres, de modo que la relación enfermera-padres-neonato resulta compleja, dinámica y única.

Palabras clave: Recién nacido; relaciones enfermero-paciente; atención de Enfermería; investigación cualitativa; Teoría Fundamentada.

ABSTRACT

Introduction: A child birth is expected to bring feeling joy and illusion. This situation gets destroyed when the newborn requires admittance into a neonatal care unit, which causes the parents to feel sadness, fear and culpability. They feel the need for support and, by becoming active subjects in their child's care, their anxiety level decreases and their satisfaction improves. The family constitutes the nucleus of development for the newborn. Hence, the importance of nurse role in fostering family ties.

Objective: To explore relationship nurse-parents-neonate from the perspective of the neonatal care unit nurse.

Methods: Qualitative study whose theoretical framework is symbolic interactionism. The study population was made up by nursing professionals of the neonatal care unit of La Paz University Hospital. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using grounded theory as methodological framework.

Results: Six interviews were carried out and data saturation was achieved. Twenty categories and 12 subcategories were generated. The participants identified elements affecting the interactions between nurse, parents and newborn, as well as the need for individualizing care during the newborn non-linear evolution.

Conclusions: The figure of the nurse is fundamental in the care of the newborn and the parents, which determines that the relationship nurse-parents-neonate is complex, dynamic and unique.

Keywords: newborn; nurse-patient relationships; nursing care; qualitative research; grounded theory.

INTRODUCCIÓN

Se considera recién nacido a término a toda persona nacida entre la semana 37 y 42 de gestación, y recién nacido prematuro o pretérmino aquel niño nacido antes de que se

hayan alcanzado las 37 semanas de gestación.¹ Desde el punto de vista asistencial, el periodo neonatal es considerado como la etapa comprendida entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida en el recién nacido a término, y hasta las 46 semanas de edad posmenstrual en el recién nacido prematuro.²

Según los últimos datos, casi el 40 % de las defunciones mundiales que se producen anualmente en niños menores de cinco años, corresponden a niños que se encuentran en el citado periodo neonatal.³ Además, respecto a la prematuridad, se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de recién nacidos antes de llegar a término, es decir, más de 1 de cada 10 nacimientos.⁴ Estos nacimientos suponen la principal causa de muerte a nivel mundial en recién nacidos y, actualmente, es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de cinco años.¹ No obstante, la evolución de la tasa de prematuridad ha aumentado del 4 o 5 % al 7 u 8 % en los últimos 30 años, tanto en España como en el resto del continente europeo.²

Concretamente en España, la unidad neonatal es definida como aquella organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos.² En función de los distintos centros sanitarios, la unidad neonatal puede estar dividida en diferentes áreas. Con carácter general, pueden distinguirse tres principales áreas: cuidados básicos, cuidados intermedios (CI), y cuidados intensivos neonatales (CIN).

Habitualmente, el nacimiento de un niño se desarrolla entre sentimientos de alegría e ilusión entre sus progenitores, sin embargo, esta situación se quiebra cuando requiere su ingreso en una unidad neonatal, lo que provoca en los padres sentimientos negativos como tristeza, miedo, rechazo, incertidumbre, culpabilidad, desesperación, dolor, inseguridad o ansiedad.⁵⁻⁷ Además, se produce en ellos una pérdida del rol parental,⁶ motivada por una separación física con el recién nacido,⁷ además de tener que hacer frente a ambiente hostil y desconocido para ellos.⁷ Sienten la necesidad de recibir apoyo y, cuando se convierten en sujetos activos del cuidado de su hijo, disminuye su grado de ansiedad y mejora su satisfacción como padres.⁸

Por ello, el cuidado de enfermería en un ambiente neonatal, no solo se sustenta en conocimientos técnico-científicos, sino que está mediado por la interacción entre el sujeto o sujetos que reciben los cuidados y el que los brinda.⁹ Como apuntan algunos autores, el manejo del aparataje disponible en una unidad neonatal es fundamental para garantizar la supervivencia del recién nacido, lo que da cuenta únicamente de su biología. Sin embargo, los encargados de velar por el desarrollo de ese niño son sus padres, esto es, los responsables de tratar que exista una vida protagonizada, una biografía.¹⁰

Concretamente, desde la Red de Enfermería en Salud Infantil (Red ENSI), se trabaja para ofrecer cuidados integrales a la población infantil de manera que se tome en cuenta a padres, madres, familiares y el entorno del niño.¹¹ Así, uno de los propósitos de esta red es contribuir al empoderamiento de los progenitores, además de fomentar una mejor infancia desde la perspectiva de género con el fin de mejorar la salud de los niños y niñas.¹² Por ello, si se comprende que la familia supone el núcleo de desarrollo del recién nacido, cobra relevancia el papel de la enfermera en la promoción del vínculo familiar, lo que constituye un eje fundamental pese al ingreso del neonato.

En este contexto surgen los denominados cuidados centrados en el desarrollo y la familia, que se establecen como un sistema de cuidado cuya finalidad es minimizar el estrés y sufrimiento del niño, de manera que se favorezca su desarrollo.¹³ Uno de los pilares esenciales en los que se basan estos cuidados es el reconocimiento de la familia como referencia en la vida del neonato, y se entiende a ambos - recién nacido y su familia - como una unidad.¹⁴

Si bien es cierto que la Enfermería como disciplina posee distintos modelos y teorías para explicar el desempeño profesional en esta unidad, se ha escogido el trabajo desarrollado por Patricia Benner sobre cuidado, sabiduría y ética en la práctica de la enfermería, considerado como filosofía enfermera. Benner estudió la práctica de la Enfermería clínica con objeto de realizar una descripción del conocimiento que sustenta dicha práctica.¹⁵ Para ello, adaptó el modelo de Dreyfus "adquisición y desarrollo de habilidades y competencias", constituido por cinco niveles o estadios de adquisición y desarrollo de habilidades por los que una enfermera transita durante su experiencia: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta.¹⁵ Dicho de otro modo y según este modelo, a medida que la enfermera adquiere experiencia y manejo en la práctica asistencial, se mueve entre los distintos estadios que la autora define, para finalmente adquirir mayor dominio y control de las situaciones a las que se enfrenta.

El objetivo del estudio fue explorar la relación enfermera-padres-neonato desde la perspectiva enfermera en la Unidad de Neonatología.

MÉTODOS

Estudio cualitativo que toma como marco teórico el Interaccionismo Simbólico, corriente de pensamiento de la sociología cuyo objeto de estudio son los procesos de interacción. El Interaccionismo Simbólico parte de tres premisas principales.¹⁶ La primera de ellas, comprende que las personas interactúan entre sí a partir de los significados que las cosas o las personas tienen para ellas, esto es, a partir de los símbolos. Dicho de otro modo, el humano actúa con personas u objetos en función de lo que estas significan para él. La segunda premisa establece que el significado de estas cosas surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo. La última premisa indica que los significados son modificados a través de un proceso interpretativo desarrollado por la persona al relacionarse o enfrentarse con tales personas.

La población objeto de estudio estuvo constituida por profesionales de Enfermería de la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario La Paz, pertenecientes a dos áreas: bien al área de CIN, o bien al área de Vigilancia Intermedia Neonatal (VIN) y CI. Para ello, se llevó a cabo un muestreo tanto teórico (selección de nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a matizar o aumentar el conocimiento ya generado),¹⁷ como por conveniencia (selección de participantes de fácil localización y acceso),¹⁸ y se propusieron diferentes criterios para la selección de la muestra. Como criterios de inclusión, se establecieron: 1) Enfermeros/as con experiencia en CIN, VIN o CI; 2) Tiempo de permanencia en la unidad superior a 2 años; 3) Enfermeros/as generalistas o

especialistas en Enfermería Pediátrica. Como criterios de exclusión, se propusieron: 1) Dedicación y experiencia, de modo exclusivo, a áreas que no fuesen CIN, VIN o CI; 2) Tiempo de permanencia inferior a 2 años. El tamaño muestral vino determinado por la saturación de la información recabada y analizada; esto es, hasta el momento en el que los datos que se obtuviesen no resultasen novedosos y comenzasen a ser redundantes.¹⁷ Todos los participantes fueron captados a través de una persona interpuesta o introductor.^{18,19}

En cuanto a la recogida de datos, se seleccionó una técnica conversacional como es la entrevista en profundidad, considerada la más idónea para responder a los objetivos del estudio. Se llevaron a cabo entrevistas entre febrero y mayo de 2017, mediante acuerdo telefónico previo del lugar y la fecha con los participantes. El material empleado en las mismas consistió en un cuaderno de campo, bolígrafo y grabadora de voz; y la duración fue aproximadamente 60 minutos. Además, se elaboró un guión de entrevista con anterioridad, compuesto por preguntas para cada una de las dimensiones a explorar. Se trata de un guión de áreas generales que deben cubrirse, en donde el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas en función del propio transcurrir de la conversación, no tratándose de un protocolo estructurado.¹⁷ Dicho guión fue revisado y matizado por un informante clave, experto en el campo. Por otro lado, se recogieron una serie de variables sobre los participantes, según muestra el cuadro.

Cuadro. Descriptores de los participantes

Edad	
Sexo	M/F
Nº hijos	
Titulación enfermería	Diplomatura/grado
Universidad donde cursó los estudios	
Año finalización de los estudios	
Titulación adicional (experto, máster, doctor/a...)	Sí/No
Nombre de la titulación	
Años transcurridos desde que finalizó la titulación	
Enfermero/a especialista o generalista	G/E
Vía de obtención de la especialidad	EIR/Excepcional
Puestos de enfermero/a desempeñados con anterioridad	
Tiempo de permanencia en la unidad	
Área de experiencia:	CIN/VIN y CI
Tipo de contrato actual	Plaza en propiedad/ /indefinido/otro

Los datos se analizaron bajo Teoría Fundamentada como marco metodológico, mediante la realización de una transcripción literal y completa de las entrevistas. Posteriormente, se desarrollaron tres operaciones analíticas propias de la Teoría: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva de los datos.²⁰

Tras diversas lecturas, la codificación abierta comenzó con la agrupación de los datos brutos en una categorización inicial, mediante la asignación de etiquetas o códigos con las primeras intuiciones extraídas. A continuación, se reagruparon los datos fragmentados durante la codificación abierta. De este modo, surgieron categorías relacionadas con subcategorías, de modo que se crearon explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno, lo que constituye la denominada codificación axial. La última operación analítica, conocida como codificación selectiva, estuvo formada por el proceso de integrar y refinar las categorías emergidas durante la codificación axial.

Se redujeron una serie de datos a conceptos para convertirlos en un conjunto de afirmaciones de relación que pueden emplearse para explicar el fenómeno estudiado, en sentido general.²⁰ Con el fin de facilitar el proceso de integración, se desarrolló la elaboración de diagramas, lo que exige pensar cuidadosamente sobre la lógica de las relaciones entre las categorías, para la creación una historia integradora.²⁰ Finalmente, una vez esbozado el esquema teórico, se procedió a matizar la teoría, se quitaron datos excedentes y se completaron las categorías poco desarrolladas.

En cuanto a las consideraciones éticas, el estudio cumple con la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y ha sido aprobado tanto por el Subcomité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid como por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 6 entrevistas en profundidad y se alcanzó saturación de los datos. La muestra estuvo constituida por 6 profesionales de enfermería de género femenino con edad comprendida entre los 30 y 64 años, todas ellas especialistas en Enfermería Pediátrica mediante vía excepcional. Dos de las participantes tenían experiencia como madres y una participante estaba en posesión de otras titulaciones. Además, existe heterogeneidad en relación al tipo de contrato actual, los puestos desarrollados con anterioridad y el tiempo de permanencia en la unidad, comprendido entre 10 y 17 años. Tras el análisis de los datos, se generaron un total de 20 categorías, de las cuales 6 de ellas incluyeron diferentes subcategorías, que oscilan entre 1 y 3. Para comprender el modo en que se relacionan entre sí las categorías y subcategorías generadas, se elaboró un diagrama explicativo, tal y como muestra la figura.

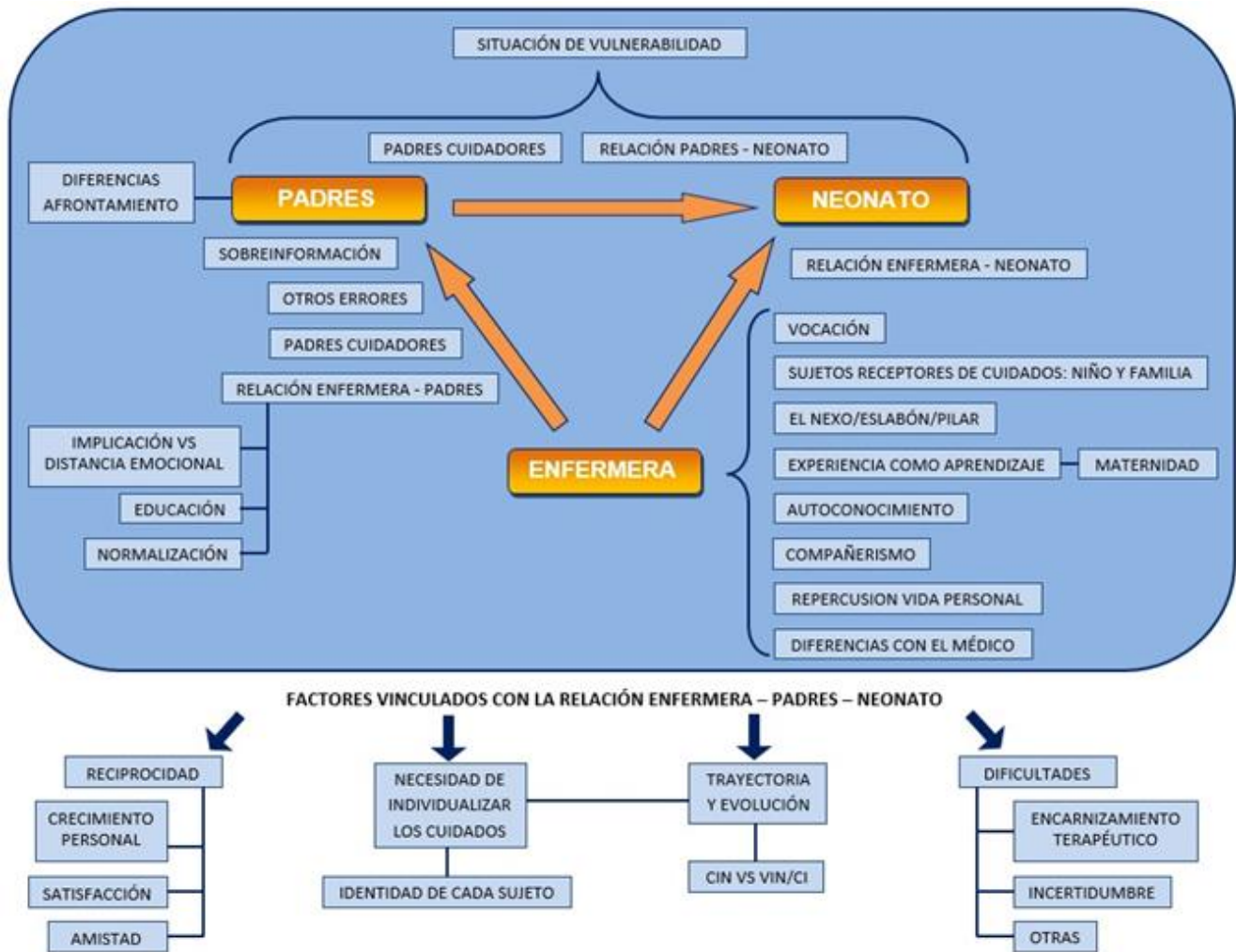


Fig. 1. Diagrama de categorías, subcategorías y las relaciones entre ellas.

En lo que atañe al profesional, se identifica tanto al niño como a sus padres como sujetos receptores de cuidados. La enfermera desempeña un papel imprescindible como eslabón o nexo entre distintos componentes que interfieren en el neonato (E1P12: "La enfermera es la que conoce... como la que tiene mayor posibilidad de conocer las distintas realidades y saber cómo se interrelacionan unas con las otras. Con lo cual me parece... pues el eslabón").

Asimismo, la experiencia en la unidad supone un aprendizaje para el profesional, al igual que el hecho de haber sido madre (E4P1: "A mí el ser madre me ha ayudado un montón. Porque cuando me incorporé de la primera baja maternal (...), ahí sí que eres mucho más empática, y ponerse en la piel de esa madre. Entiendes muchísimo más que estén desmoralizadas, que lloren, que sean muy maniáticas"). El prestar cuidados en estas circunstancias, exige necesariamente de un autoconocimiento por parte de la enfermera, al igual que un compañerismo entre todo el equipo. Existe una repercusión

de la vida personal de la enfermera en los cuidados, y viceversa (E6P11: *"Vete un día tú un poco mal emocionalmente a trabajar. No vas a cuidar al niño, aunque me digas que sí. No lo vas a cuidar igual"*). Además, se establecen una serie de diferencias entre el profesional de enfermería y médico.

En cuanto a la relación entre la enfermera y los padres, se distingue una implicación emocional, una educación hacia esos padres por parte de la enfermera y, por último, una normalización de la situación. Asimismo, se identifica a los padres como sujetos involucrados en el cuidado de su hijo. Se evidencian algunos errores en esa interacción entre los que destaca la sobreinformación en ocasiones producida por parte del profesional hacia los padres (E1P7-8: *"Otro error muchas veces en estas unidades es que creo que a los padres se les dice demasiadas cosas, que no están en capacidad de entenderlas (...). A ese padre no le ayudas diciéndole lo que significa cada parámetro de cada aparato"*). La relación entre la enfermera y los padres está compuesta por elementos como la compañía, seguridad, respeto, sinceridad, escucha, apoyo o disponibilidad.

En los progenitores parece haber diferencias en el afrontamiento de la situación. A grandes rasgos, se podría decir que la madre tiene mayor necesidad de establecer contacto físico con el niño, mientras que el padre se muestra más distante y ejerce un rol de protección frente a la madre y el neonato (E1P4: *"Normalmente, el padre tiene más miedo al contacto directo con el bebé que la madre. La madre en seguida viene y quiere tocarle, y quiere cogerle, y quiere tal. Y el padre siempre tiene como un punto de que le da más miedo"*).

La interacción entre éstos y el recién nacido viene determinada por un amor incondicional, cariño, protección, compañía, contacto o preocupación, y se produce a través de los cuidados que los padres prestan a sus hijos. Se reconoce en ambos una situación de vulnerabilidad por la que transitan durante el periodo de hospitalización (E5P6-7: *"Entonces es una relación más... aunque existe esa relación de dependencia también, ¿no? Porque es un entorno muy hostil para ellos y de mucho estrés"*).

Por otro lado, entre la enfermera y neonato surge una relación definida por la seguridad, la espera, el cariño o la protección.

Como factor vinculado a lo anteriormente descrito, puede identificarse una reciprocidad en el cuidado a través de un crecimiento personal de la enfermera, satisfacción personal y, en ocasiones, amistad con los progenitores (E6P6: *"Recibo satisfacción, a lo mejor es un poquito egocéntrico, pero bueno. Recibo esa satisfacción de pensar que he podido ayudar a unos padres. Que me he sentido útil"*). Además, existe una necesidad de individualizar los cuidados debido a la propia identidad que cada sujeto posee (E6P7-8: *"Y cada niño es un mundo, evidentemente, lo que decíamos antes. Que protocolizas, pero no te responde de igual forma una situación un niño u otro. Y los padres tampoco"*). Tal individualización se justifica desde la trayectoria y evolución no lineal que siguen tanto el recién nacido como sus padres, estableciéndose fluctuaciones y diferencias en ese proceso entre CI y VIN/CI (E4P13: *"Porque ni tú misma lo sabes, es lo que te he dicho, los mismos casos hay niños que en 3 días tiran para adelante y otros que van para abajo"*). Por último, se establecen una serie de dificultades que atañen a la relación triangular conformada, entre las que se incluyen el encarnizamiento terapéutico, la incertidumbre u otras.

DISCUSIÓN

Se llevó a cabo una búsqueda adicional de la literatura científica, con objeto de hallar estudios análogos. No se encontró ningún estudio que explorase la relación triangular enfermera-padres-neonato. No obstante, estudios llevados a cabo por otros autores guardan, de algún modo, cierta relación con algunos de resultados de la presente investigación.

Según muestra una investigación llevada a cabo recientemente con entrevistas en profundidad a enfermeras, ellas identifican como dificultades en el cuidado del neonato y su familia el entorno, estructura física, falta de formación y capacitación para brindar apoyo emocional a las familias.²¹ Sin embargo, en la presente investigación las dificultades encontradas han sido el encarnizamiento terapéutico o la incertidumbre sobre la evolución del neonato entre otras. Este mismo estudio también señala que la antigüedad, capacitación y experiencia de la enfermera se constituyen como aspectos positivos identificados por las participantes.²¹ Esta idea también se manifiesta en los resultados de la presente investigación y guarda relación con el modelo de Benner anteriormente citado, por lo que si se adquiere un mayor manejo de la práctica a través de la experiencia, la enfermera desarrollará un mayor dominio de las situaciones.¹⁵

La importancia del papel que desempeña el profesional de enfermería en la atención neonatal fue manifestada en otro artículo, en donde tal importancia radica en la disponibilidad de la enfermera, la enseñanza y apoyo a los padres y su visión global de la familia.²² Similares son los resultados de la presente investigación, donde la figura de la enfermera constituye el pilar fundamental para relacionar diferentes elementos desde una visión holística para velar por el cuidado del recién nacido y su familia. Además, la educación sobre el cuidado del neonato, la sinceridad, disponibilidad o escucha constituyen elementos que definen la relación entre la enfermera y los padres.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que ha sido realizado en un solo centro sanitario. Para futuras líneas de investigación, sería deseable estudiar dicha relación triangular en otros centros sanitarios dado que el ámbito de trabajo desde las culturas organizacionales, la edad de los enfermeros y otras variables quizá puedan arrojar resultados diferentes.

Como fortaleza del presente trabajo, cabe señalar la originalidad del objeto de estudio, no planteado anteriormente en ninguna otra investigación.

En conclusión, la figura de la enfermera resulta fundamental en el cuidado del recién nacido hospitalizado y de sus padres, de modo que la relación enfermera - padres - neonato resulta compleja, dinámica y única. La relación entre la enfermera y los padres viene definida por una educación hacia los progenitores sobre el cuidado de su hijo y elementos como la compañía, sinceridad, escucha, apoyo o disponibilidad. La interacción entre éstos y el recién nacido se produce a través del cariño, protección y preocupación. Además, entre la enfermera y neonato surge una relación basada en la seguridad, la espera o el cariño.

La enfermera supone el eslabón y pilar fundamental para que se produzca el vínculo entre padres y recién nacido durante el proceso de hospitalización.

Algunas dificultades de la enfermera en la construcción de la relación triangular están relacionadas con el encarnizamiento terapéutico o la incertidumbre sobre la evolución del neonato.

Conflicto de intereses

Los autores del estudio declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. March of Dimes, PMNCH, Save the Children and WHO. Born too soon: The global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012 [citado el 27 Dic 2017]. Disponible en: www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud del recién nacido. Ginebra: OMS; 2016 [citado el 29 Dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/
4. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Ginebra: OMS; 2016 [citado el 29 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
5. Malakouti J, Jabraeeli M, Valizadeh S, Babapour J. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit, a Phenomenological Study. Iran J Crit Care Nurs. 2013 [citado el 17 Ene 2017];5(4):172-81. Disponible en: <https://inhc.ir/article-1-493-en.pdf>
6. Patiño J, Reixach M. ¿Qué tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales? Enferm Clin. 2009 [citado 17 Ene 2017];19(2):90-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862108000168-S300>
7. Aagard H, Hall E. Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. Journal of Pediatric Nursing. 2008 [citado 20 Ene 2017];23(3):26-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18492543>

8. Fregan L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mother`s and father`s experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008 [citado 20 Ene 2017];17(6):810-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18279284>
9. Molano ML, Guerrero NS. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Rev Cubana Enferm*. [citado 21 Ene 2017];28(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/18>
10. Blanco F, Sellán MC, Vázquez A. Los cuidados neonatales como canon de la cultura enfermera: presencia, vulnerabilidad y reciprocidad. En Sellán MC, Vázquez A (Eds). *Cuidados neonatales en enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 3-11.
11. Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil. Quiénes somos. Red ENSI; 2017 [citado 29 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.redensi.com/>
12. Sellán MC, Díaz M, Vázquez A, Ramos A, Utrilla AC, Mateo G. Manifestaciones de la identidad de género en la infancia: roles y estereotipos desde la actividad lúdico-reflexiva. *Rev Cubana de Enferm*. 2017 [citado 30 Dic 2017];33(4):22-35. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2169>
13. Sizun J, Westrup B, ESF Network Coordination Committee. Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004 [citado 23 Ene 2017];89:384-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721761/pdf/v089p0F384.pdf>
14. Pallás CR, López M. NIDCAP, práctica clínica y metanálisis. *Evid Pediatr*. 2013 [citado 23 Ene 2017];9:40. Disponible en: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-11979-RUTA/040Editorial.pdf>
15. Brykczynski K. Patricia Benner: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. En Raile M y Marriner A (Eds). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 118-44.
16. Blummer H. *El Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora; 1982.
17. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1987.
18. León OG, Montero I. *Métodos de investigación en Psicología y Educación. Las tradiciones cuantitativa y cualitativa*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2015.
19. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar AM. *Investigación Cualitativa. Colección Cuidados de Salud Avanzados*. Madrid: Elsevier; 2014.
20. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.

21. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *J Clin Nurs*. 2014 [citado 16 Jun 2017];23:3156-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24575971>

22. Discenza D. Why NICU Nurses mean so much to parents. *Neonatal Netw*. 2014 [citado 16 Jun 2017];33(3):166-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24816879>

Recibido: 2018-01-09.

Aprobado: 2018-04-03.

Ana Cristina Utrilla Rojo. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

Correo electrónico: anautri_8@hotmail.com