

Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar

Lic. Esp. Ana Quiroga^o

RESUMEN

Involucrar a la familia en el cuidado de su hijo es la clave para el logro de los efectos positivos a largo plazo en el desarrollo de los recién nacidos (RN) internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La interrupción y la falta de estímulo para iniciar el vínculo, tienen efectos físicos, cognitivos y psicosociales, demostrados científicamente.

El cuidado para el neurodesarrollo centrado en la familia, involucra la contribución esencial e irremplazable que ellas realizan, para brindar un cuidado individualizado que proteja el neurodesarrollo de su hijo.

Es una filosofía de cuidado que necesita que todo el equipo de salud entienda a los padres como socios del cuidado, que comparta con ellos los aspectos relacionados con la atención y la toma de decisiones. Esto implica desterrar el concepto de la familia visitando a su hijo. Demanda cambiar la forma de pensar, el lenguaje y las prácticas, para que el cuidado sea verdaderamente centrado en la familia.

Con la misma facilidad que se adoptan nuevos tratamientos o técnicas, los profesionales no deben resistirse a la presencia permanente de los padres, y ser promotores y facilitadores de la intervención activa en el cuidado de sus hijos.

Solo se puede alcanzar el cuidado integral cuando se entiende el cuidado hacia el niño como un todo que incluye sus necesidades y las de su familia.

Palabras clave: *cuidado centrado en la familia, neurodesarrollo.*

INTRODUCCIÓN

Este artículo aborda el rol activo de los padres en el cuidado para el neurodesarrollo, que permitirá alcanzar las necesidades humanas básicas de los RN sanos y enfermos, y de las necesidades de las familias, que se enfrentan a la crisis vital de tener un hijo en la UCIN.¹

Los profesionales que trabajan en servicios de neonatología, frecuentemente declaran incluir a la familia en los cuidados. Pero la realidad impone desde horarios de visita y múltiples razones por las cuales se les solicita que se retiren de al lado de su hijo, hasta la imposibilidad de ofrecer comodidad para que permanezcan en la UCIN el mayor tiempo posible.

La historia de la neonatología en distintas etapas, fue construyendo mitos que influyen en la actualidad para que muchos profesionales prefieran ser quienes deciden cuándo y cuánto de presencia de su madre o familia debe tener un niño.

En relación a las distintas etapas de la política de visitas en los servicios de neonatología, Gooding, explica los distintos períodos a través de la historia, de la siguiente manera:

1870-1930. Período de la atracción secundaria

El Dr. Martin Couney, conocido por ser considerado el padre de la neonatología en esta época, hacía de los prematuros una atracción, exhibiéndolos en ferias estatales para que el público accediera a

^o Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Neonatal.

Coordinación técnica de la Dirección de Maternidad e Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación.
Directora de la Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral.

Correo electrónico: anaquiroga@dinami.gov.ar

Recibido: 1 de octubre de 2017.

Aceptado: 29 de mayo de 2018.

verlos, mediante el pago de una entrada. Su cuidado, que permitió a muchos prematuros sobrevivir, estaba basado en mantener la termorregulación; las incubadoras tenían un rol central, así como la alimentación. Estos neonatos recibían sólo leche materna y cuidado especializado de enfermeras lideradas por Madmoiselle Louis Recht, admirada por su técnica de alimentación y que acompañó al Dr. Couney durante más de 40 años en las exhibiciones en todo Estados Unidos.

La transición al cuidado hospitalario, ocurrió con el Dr. Julius Hess en Chicago, quien crea la primera unidad hospitalaria de cuidado neonatal. Durante este período, los padres no se involucraban en el cuidado de sus hijos, y retomaban contacto con ellos, cuando salían del cuidado del Dr. Couney. Aparecen en este periodo publicaciones de resultados de supervivencia en instituciones hospitalarias y comienza a ponerse énfasis en la tecnología.

Muchos de los aspectos pragmáticos del cuidado de los RN prematuros fueron transferidos de Couney a Hess, a través de dos enfermeras destacadas: Louise Recht, directora de enfermería de Couney, también conocida como tía Louise (¿será el origen de que los padres mencionen a muchas de las enfermeras que cuidan a sus hijos como tías?) y Evelyn Lundeen, directora de enfermería del Dr. Hess.²

1930-1965. Período de la exclusión

En esta época, hay una clara disminución en los partos domiciliarios y se asocia a un fuerte aumento de la nutrición artificial o con fórmula. Comienza una época de mayor comprensión de las patologías neonatales e incorporación de tecnología. En el ámbito hospitalario, hay gran preocupación por la infección y la esterilidad, se implementan estrictas normas y procedimientos hospitalarios, donde las enfermeras tienen un rol preponderante como guardianas.

1965-1980. Período de toma de conciencia

En este período, junto con los inicios de los consultorios de seguimiento, se identifican los desórdenes del vínculo entre los RN egresados de la UCIN y sus padres.

La calidad del vínculo que el RN establezca con su madre y el estímulo sensorial, organiza el cerebro definiendo el desarrollo intelectual y emocional del niño. Específicamente el patrón y la calidad del cuidado, regula la función cerebral y la expresión de la conducta del RN, que determina la regulación emocional a largo plazo.³

Es en esta época, donde se deja de pensar en el RN, y sobre todo los prematuros, como seres sin posibilidad de comunicación. Se comienzan a identificar las habilidades o conductas que permiten reconocer cuando un prematuro está transmitiendo que tiene incomodidad o dolor. Esta etapa da comienzo a una neonatología con un cuidado más holístico y define el rol que cumple la familia.

1980-2009. Período de uso de la información

Durante este período que continúa hasta la actualidad, comienza un enorme reconocimiento del impacto que tiene el cuidado centrado en la familia (CCF) en los resultados del neurodesarrollo del RN, y se utiliza toda la evidencia científica disponible.

La teoría de la Dra. Heidelise Als y su filosofía de cuidado para el neurodesarrollo, ponen a la familia en un rol central, aunque muchas unidades adoptan rápidamente las estrategias de modificación del ambiente físico como la disminución de la luz y el ruido, y el posicionamiento, sin la inclusión de los padres. Aparecen luego otras teorías que fortalecen la teoría de la Dra. Als, con un rápido desarrollo y promoción de conceptos y principios del CCF. Se establecen las mejores prácticas y aumenta la evidencia de los componentes del CCF.

Después de varias décadas de trabajo con las familias, la Academia Americana de Pediatría (AAP) brinda una definición de cuidado centrado en la familia y el paciente. En pediatría, que incluye a los RN, este cuidado se basa en entender que la familia es para el niño la fuente primaria de fortaleza y apoyo. Además, este acercamiento al cuidado reconoce que la perspectiva y la información que provee la familia es un componente esencial de la toma de decisiones clínicas de alta calidad y que el paciente y la familia son socios integrales del equipo de cuidado.⁴

La importancia de no interrumpir el vínculo madre/familia-hijo. Impacto en la vida futura del niño

Muchos son los mitos que justifican la exclusión de los padres del cuidado de sus hijos, cuando requieren cuidado intensivo neonatal. En las UCIN no se le ha dado la relevancia necesaria a todas las teorías que describen el impacto que tiene en las personas la separación precoz de un cuidador primario, como es la madre.

Uno de los pioneros que teorizó sobre el vínculo

y el apego es John Bowlby, quien publica para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1950, la primera edición de un documento cuyo título es "Cuidado Materno y Salud Mental". Allí explica los efectos adversos de la privación materna.

El documento detalla los principios básicos de su teoría de los orígenes de la salud y la patología psiquiátrica. Establece que es esencial para la salud mental, que el RN y el niño experimenten el calor, la intimidad y la relación continua con su madre, o un sustituto permanente de la madre, donde ambos disfruten y encuentren satisfacción.

La privación materna ocurre cuando, aun estando con el niño, la madre es incapaz de brindarle el cuidado amoroso que necesita, o cuando por alguna razón se lo aparta de su cuidado, en el caso de ser hospitalizado, donde el niño no tendrá una persona única que lo cuide en forma individual y con quien pueda sentirse seguro.

Según Bowlby, si esta ausencia o privación materna es parcial, produce ansiedad excesiva, necesidad de ser querido, culpa y depresión. Si la ausencia materna o de un sustituto permanente es total, afecta en forma permanente la capacidad de establecer relaciones interpersonales.⁵

Otros autores como Mary Ainsworth y Magda Gerber, complementaron y ampliaron la teoría del vínculo y del apego; los más conocidos entre los profesionales del cuidado neonatal, son John Kennell, Marshall Klaus y T. Berry Brazelton.

Particularmente el trabajo de Klaus y Kennell entre otros, revolucionó el enfoque de las prácticas de trabajo de parto y parto en los hospitales. Ellos documentaron el impacto positivo que tiene para los RN y sus padres, cuando las instituciones permiten a las familias disfrutar el parto y respetar sus tiempos, y lograron cambios en las políticas institucionales.

Su trabajo fue fundamental para empezar a pensar, en cómo las políticas restrictivas de ingreso de los padres a la UCIN impactan negativamente en el neurodesarrollo de estos niños. Durante mucho tiempo, los servicios de neonatología estuvieron disociados de las necesidades psicológicas de los neonatos y sus familias; se atendió con mucha dedicación al cuidado biológico que permitió mejorar la supervivencia, pero sin incorporar una filosofía de CCF que evitara el efecto negativo de la separación precoz, aunque fuera en forma parcial.

Todas estas teorías permiten comprender que es en la primera relación humana, generalmente con la madre, donde se determina la mayor parte del futuro bienestar de las personas.⁶

Cuidado centrado en la familia y neurodesarrollo

Las intervenciones de cuidado para el neurodesarrollo son estrategias destinadas a favorecer el desarrollo del RN, tan normal como sea posible, en el contexto anormal y nocivo de la UCIN. A medida que se comprendió más sobre apego, vínculo y su efecto en el neurodesarrollo, apareció la necesidad de abrir las neonatologías a las familias las 24 horas. Estos cambios fueron liderados indiscutiblemente por la Dra. Heidelise Als y su teoría sinactiva, sustentada en trabajos previos de Brazelton, donde hace evidente para los servicios de cuidado neonatal, cuál es el impacto del ambiente de la UCIN en el cerebro en desarrollo del RN. Esta teoría proponía que durante el desarrollo, varios subsistemas interactúan con el ambiente. Cuando uno de ellos está desbalanceado, todos los otros subsistemas están afectados.⁷

Recientemente en el año 2008, Gibbins ha ampliado la teoría del cuidado para el neurodesarrollo neonatal, donde retrata un ambiente centrado en el paciente y la familia dentro del universo del cuidado de la salud. En este universo de modelo de cuidado para el neurodesarrollo, se reconoce la estrecha relación entre todos los sistemas en desarrollo y la familia.

Posteriormente Coughlin et al., proponen cinco medidas centrales focalizadas en acciones de cuidado esenciales para promover un crecimiento y desarrollo sano del RN prematuro y su familia. Estas medidas son la protección del sueño, el manejo y valoración del estrés y el dolor, las actividades de la vida diaria como alimentación, posicionamiento y cuidado de la piel, el cuidado centrado en la familia y un ambiente sanador, con disminución de la luz y del ruido, y condiciones adecuadas de temperatura.⁸

Para brindar una guía para la práctica de los profesionales de las UCIN en el cuidado para el neurodesarrollo de los RN prematuros, estas cinco medidas introducidas por Coughlin se recategorizaron y expandieron en siete medidas principales de cuidado para el neurodesarrollo centrado en la familia, basado fundamentalmente en el concepto de neuroprotección, con el trabajo de Altimier et al.

Estas medidas son:

- Brindar un ambiente sanador, un ambiente físico de la UCIN, un espacio para RN y padres que promueva la privacidad.
- Establecer una sociedad con las familias para optimizar los cuidados para el neurodesarrollo.
- Realizar un posicionamiento y una manipulación

adecuados que ofrezcan soporte del desarrollo musculoesquelético, con manipulación gentil, suave y modulada.

- Minimizar el estrés y el dolor, en beneficio neurológico.
- Proteger la piel y de esta manera todas sus funciones.
- Optimizar la nutrición, para promover su efecto en el desarrollo cerebral.

Esta filosofía de cuidado incluye el concepto de establecer una sociedad de cuidado con las familias en la UCIN, y reconocer que a través del tiempo la familia tiene la mayor influencia sobre el bienestar y la salud del RN. Un cuidado brindado en forma compasiva con la familia integrada, con ninguna separación, donde el contacto piel a piel es la norma, es el modelo ideal de cuidado para favorecer un desarrollo normal, el apego y el vínculo, y empoderar a los padres a ser socios igualitarios en el equipo de salud.⁹

Se puede brindar CCF sin brindar cuidado para el neurodesarrollo, sin embargo, en el verdadero sentido de la definición, no se puede brindar cuidado para el neurodesarrollo sin CCF.¹⁰

Definiendo el cuidado centrado en la familia

El CCF es un elemento esencial en las unidades de neonatología, especialmente frente al nacimiento de un hijo enfermo que es vulnerable y con riesgo de resultados desfavorables. El CCF es un término indiscutido en los servicios pediátricos, entendiendo que cada niño admitido no se puede tratar como un paciente individual, ya que la unidad de cuidado es la familia. Es central en el bienestar del niño especialmente frente a una experiencia traumática.

En la UCIN, este concepto no está aplicado universalmente y por distintas razones esta filosofía de cuidado tiene mucha variabilidad en su aplicación como tal.

Todavía hay unidades con política restrictiva de "visitas", término que debería ser erradicado, mientras que otras lo incorporan a su práctica cotidiana. De todas maneras, es necesario revisar qué significa el verdadero CCF, y la necesidad de aplicarlo para que se pueda brindar cuidado para el neurodesarrollo.

El CCF es una filosofía de cuidado que implica una sociedad entre el equipo de salud y las familias. La presencia irrestricta de los padres en la UCIN, la participación activa en los cuidados y una comunicación

abierta con ellos son los principios básicos de esta modalidad de atención.¹¹

Para el Institute for Patient- and Family-Centered Care, el CCF significa trabajar "con" los pacientes y las familias más que hacer para o por ellos.

El cuidado centrado en el paciente y la familia (CCF y P), es un enfoque para la planificación, evaluación y cuidado de la salud que está fundado en el beneficio mutuo de la sociedad entre los proveedores de cuidado, los pacientes y las familias.

Redefine las relaciones en los servicios de salud, con énfasis en la colaboración con las personas de todas las edades, en todos los niveles y ámbitos del cuidado. En el CCF y P, los pacientes y las familias definen su "familia" y determinan cómo participarán en el cuidado y la toma de decisiones.

Un objetivo clave es promover la salud y el bienestar de los individuos y su familia mientras se mantiene su propio control. Se basa en reconocer que los pacientes y sus familias son aliados esenciales para la calidad y la seguridad, llevan a mejores resultados, mejoran las experiencias de cuidado por parte del paciente y la familia, aumentan la satisfacción de los profesionales, mejoran la investigación, el diseño de los servicios y el desarrollo de políticas.

Hay cuatro principios básicos que rigen el CCF y P:

- **Respeto y dignidad:** todos los integrantes de la familia deben ser tratados con respeto y dignidad y considerar sus elecciones y perspectivas. Se incorporan los valores, creencias y cultura de la familia dentro de la planificación y administración del cuidado.
- **Compartir información:** el equipo de salud comunica y comparte información completa e imparcial con la familia del paciente, de manera positiva y útil. La familia recibe información a tiempo, correcta y completa para que pueda participar de forma efectiva en la toma de decisiones.
- **Participación:** las familias son alentadas y apoyadas para que participen en el cuidado y toma de decisiones en el nivel que ellos deseen.
- **Colaboración:** las familias son incluidas sobre una base amplia de la institución. Los líderes del equipo de salud colaboran con las familias en desarrollar programas, en la educación del personal y en el diseño de las unidades, así como en la administración del cuidado.

Esta filosofía de cuidado es respetuosa y responde a las necesidades y valores individuales de las familias.

La Guía para el Cuidado Centrado en la Familia en las UCI neonatales, pediátricas y del adulto de la Sociedad de Medicina Crítica hace varias recomendaciones en relación a aspectos esenciales, como la presencia permanente de la familia en la UCIN, cómo apoyar a las familias, cómo comunicarse con los miembros de las familias, la formación de equipos de consulta frente a casos especiales y cuestiones operativas y ambientales para poder implementar esta filosofía de cuidado.¹²

Por el bien del RN, el objetivo del CCF es desarrollar una sociedad esencial y significativa con sus padres para asegurar un cuidado seguro, de alta calidad y satisfactorio, con los mejores resultados posibles.

Esta colaboración vital puede ocurrir en cada interacción con los padres, antes del nacimiento y en la unidad del paciente en la hospitalización. En un nivel más amplio, las normativas, guías y programas deben reflejar y apoyar este compromiso con el cuidado centrado en la familia.¹³

Cómo se aplica el CCF en la UCIN

El nuevo paradigma del cuidado centrado en el paciente, representa la medida central de la medicina personalizada. En la población neonatal, este concepto se traslada a la familia al reconocerla como parte integral del equipo de salud. Si bien las necesidades de la familia fueron tenidas en cuenta durante décadas como parte del cuidado, todavía hay un largo camino por recorrer en incorporar completamente a la familia como sugiere la filosofía de cuidado centrado en el paciente/familia.¹⁴

Hall propone diez recomendaciones esenciales para transformar la UCIN y brindar apoyo integral a las familias e invita a reflexionar sobre la presencia de ellas para evaluar el grado de avance que tiene el servicio en CCF.

Ellas son:

- Hay normativas escritas y se encuentran disponibles en la unidad para guiar a los profesionales sobre cómo guiar a los padres en el cuidado para el neurodesarrollo de sus hijos.
- Los padres son alentados y bienvenidos en el pase médico y el cambio de guardia de enfermería. Son miembros del equipo de salud en todos los turnos, todos los días.
- Se ofrece soporte a todos los padres, de padres egresados de la UCIN, es decir, pares que hayan pasado por su situación.

- Hay presencia de trabajadores sociales o psicólogos en el equipo de salud, que estén disponibles para brindar soporte terapéutico a los padres.
- Estos profesionales realizan una entrevista con todos los padres entre 1-3 días después de la admisión para establecer una relación, evaluar el estrés emocional y ayudarlos a superarlo. Logran reevaluar a ambos padres en la primera semana y hacerlo en forma regular hasta el alta.
- La UCIN tiene normativas para el cuidado paliativo y el personal recibe educación en cómo brindar el cuidado en estas situaciones.
- Hay un profesional responsable de coordinar las necesidades de la familia antes del alta, incluyendo las necesidades de educación, próximos controles, materiales y equipamiento para el hogar y la comunicación con el seguimiento.
- En el momento del alta de la UCIN cada familia está conectada con algún tipo de seguimiento telefónico o personal que incluya evaluación de estrés emocional y necesidad de apoyo profesional.
- Todo el personal, en forma regular, una vez por año o con más frecuencia, recibe educación sobre las necesidades psicosociales de los padres y cómo satisfacerlas, así como también recibe educación sobre su autocuidado para minimizar el *burnout*.
- Tanto los padres como el personal de salud reciben ayuda espiritual.

Según la autora, tomadas todas juntas como un paquete de medidas, estas recomendaciones sirven como hoja de ruta para transformar una UCIN de un lugar donde el cuidado médico es el foco central, e involucrar a los padres viene como un cuidado posterior inmediato. Un lugar donde los padres son incluidos como miembros activos del equipo y son sostenidos para enaltecer su rol parental, y lograr de esta manera el bienestar de la familia entera.¹⁵

Griffin establece además consideraciones ambientales que son necesarias a tener en cuenta para trabajar también en este sentido.

Respecto el ambiente es necesario que los padres se sientan bienvenidos y que todo el equipo apoye su inclusión en el cuidado; el lenguaje que habitualmente es de poder cambia a un lenguaje que transmita una alianza y sociedad con la familia. Utilizar un lenguaje profesional y de difícil comprensión es una manera en que el equipo de salud impone sus reglas y normas, y deja fuera a su socio en el cuidado.

La política de visitas debe ser erradicada para que las familias sean consideradas parte y no simples ingresantes, además de ofrecerles consejería o ayuda de pares.

La orientación dentro del hospital debe ser clara para no agregar más estrés al no poder ubicar las distintas áreas de la institución, y todos quienes trabajan en ella, deben poder ser empáticos y demostrar que se los cuida, y se colabora en ubicar los sectores a los cuales los padres deban desplazarse.

Desde la comunicación oral y escrita, en el centro de salud debe erradicarse él "se prohíbe", "no está permitido", "se requiere autorización para", ya que es un lenguaje que ostenta poder y una relación asimétrica entre las familias y el equipo de salud. Debe mostrar un ambiente colaborativo y flexible que aliente al cuidado conjunto.

El CCF no es equivalente a convertir las unidades en un caos, por el contrario, es asociarse con las familias para garantizar seguridad y una alta calidad de cuidado.

Este cuidado comienza desde el primer contacto con el hospital, en la consulta prenatal, en la sala de partos al promover el vínculo en todas las circunstancias, en la admisión del paciente a la UCIN y en el cuidado durante toda la estadía.

Durante la internación, la presencia constante de los padres obliga a cambiar el concepto sobre retirarlos en los procedimientos, quitarles oportunidades de alimentar a su hijo, vestirlo o bañarlo, así como su presencia en el pase médico, cambio de guardia de enfermería y la consulta en la toma de decisiones.

Enfermería tiene un rol fundamental, por ocupar un lugar muy especial que le permite ayudar a la madre y al padre a desarrollar confianza en el cuidado de su hijo en el contexto de la UCIN. Comparte en forma permanente el cuidado con ellos y no los hace sentir incompetentes frente a su competencia.

Los profesionales de enfermería como facilitadores del CCF

El profesional de enfermería puede ser un facilitador o un factor negativo en el CCF en el cuidado del paciente debido a barreras individuales, de la unidad o de la institución, lo que hace más difícil integrar los componentes de CCF en la práctica de enfermería.¹⁶

Es fundamental la educación de los profesionales de enfermería en este cuidado, como en cualquier otro cuidado clínico, sobre todo para lograr el cambio

de tener el foco en el cuidado del RN, al trabajo con los padres como parte de la unidad de cuidado, tratándolos como miembros igualitarios y activos del equipo de salud.

Los programas educativos para profesionales deben ser frecuentes y extensivos y se basan en cuatro pilares fundamentales:

- Educación a los padres.
- Educación a los profesionales.
- Apoyo psicosocial a las familias.
- Modificaciones ambientales.

Los temas del plan educativo para los profesionales de la UCIN deben incluir cómo apoyar la relación recién nacido/padres, CCF, cómo comunicarse con las familias, lactancia materna, posicionamiento y apego, transición de alimentación por sonda a succión, cuidado para el neurodesarrollo, contacto piel a piel, cuidados de rutina, documentación, plan de alta, trabajo con los padres y cuidado paliativo.¹⁷

CONCLUSIÓN

Una maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el RN y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades. Estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del neonato por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y del recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad y fortalece otras iniciativas, como la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN), que promueve fuertemente la lactancia materna.¹⁸

El cuidado brindado como profesionales de la salud no será integral y no protegerá el neurodesarrollo, si no se incorpora esta filosofía de cuidado en cada una de las acciones realizadas. Es un cambio de paradigma que debe tener un liderazgo, que puede generar conflictos, que necesita capacitación y acuerdos dentro de los grupos de trabajo. Lograr esto, no sólo cambia la cultura institucional, sino que garantiza un futuro mejor para los niños cuidados.

REFERENCIAS

1. Craig JW, Glick C, Phillips R, et al Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol*. 2015; 35(Suppl 1):S5-8.
2. Gluck L. Conceptualization and initiation of a neonatal Intensive care nursery in 1960. En: Neonatal intensive care: a history of excellence: a symposium commemorating Child Health Day. Bethesda. MD National Institutes of Health. NIH Publication. 1992; N° 92-2786:9-14. [Consulta: 05-06-18]. Disponible en: <http://www.neonatology.org/classics/nic.nih1985.pdf>
3. Sullivan R, Perry R, Sloan A, et al. Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol*. 2011; 38(4):643-55.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 2012; 129(2):394-404.
5. Bowlby J & World Health Organization. (1952). Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children/John Bowlby, 2nd ed. Geneva: World Health Organization. [Consulta: 27-05-18]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/40724>.
6. Mooney CG. Theories of Attachment: An Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennell, and Klaus. Redleaf Press, 1st ed. 2009.
7. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2013; 13(1):9-22.
8. Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, et al. The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care*. 2008; 8(3):141-7.
9. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2016; 16(4):230-44.
10. Mc Grath JM, Samra HA, Kenner C. Family-centered developmental care practices and research: what will the next century bring? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2011; 25(2):165-70.
11. Griffin T. Family-Centered Care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006; 20(1):98-102. Review.
12. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017; 45(1):103-28.
13. Griffin T, Celenza J. Family centered care for the newborn; the delivery room and beyond. 1st ed. New York; Springer Publishing Company; 2014. 200 p.
14. Boykova M, Kenner C. Family as center of care: Guest Editorial. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2016; 16(2):40.
15. Hall SL, Phillips R, Hynan MT. Transforming NICU care to provide comprehensive family support. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2016; 16(2):69-73.
16. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, et al. Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurse. *Adv Neonatal Care*. 2013; 13(5):335-40.
17. Aloysius A, Platonos K, Theakstone-Owen A, et al. Integrated family delivered care: development of a staff education programme. *Journal of Neonatal Nursing*. 2018; 24(1):35-38.
18. UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación. Maternidad Segura y Centrada en la Familia, con enfoque intercultural. 2° edición. Buenos Aires; 2012. 168 p.