

Experiencias de enfermeros en la facilitación del vínculo precoz entre madres y bebés prematuros: un estudio cualitativo multicêntrico*

Nopi Nur Khasanah^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-4519-318X>

Yeni Rustina²

 <https://orcid.org/0000-0002-3369-2694>

Dessie Wanda²

 <https://orcid.org/0000-0003-0659-1748>

Iskim Luthfa¹

 <https://orcid.org/0009-0008-5216-5356>

Destacados: (1) El vínculo precoz puede alcanzarse de manera ideal si cuenta con el apoyo de enfermeros, hospital y familia. (2) Priorizar la estabilización de la condición de la madre antes de promover el vínculo madre-bebé. (3) Las enfermeras neonatales juegan un papel fundamental en la promoción del vínculo precoz entre madre y bebé. (4) Las intervenciones integrales deben adaptarse a las normas culturales del hospital. (5) La participación de los padres puede ayudar a los enfermeros a superar varias barreras en el cuidado materno.

Objetivo: este estudio tiene como objetivo explorar las experiencias de los enfermeros neonatales en la facilitación del vínculo precoz entre madres y bebés prematuros. **Método:** se adoptó un enfoque cualitativo descriptivo, utilizando discusiones de grupos focales con 13 participantes de cuatro hospitales de referencia en una gran ciudad de un país en desarrollo. Posteriormente, se realizaron entrevistas en profundidad con tres participantes. **Resultados:** emergieron tres temas principales, destacando las barreras y los facilitadores para la creación de vínculos precoces entre madres y bebés prematuros. El estudio también exploró las prácticas de cuidado que buscan facilitar el vínculo precoz en el entorno social de los bebés prematuros, involucrando a madres, familias, enfermeras y hospitales. **Conclusiones:** las barreras y los facilitadores identificados informan el desarrollo de estrategias de intervención para enfermeros neonatales con el fin de promover el vínculo precoz. El vínculo precoz ideal requiere habilidades mejoradas de gestión de enfermería, infraestructura hospitalaria adecuada y la participación de la familia del paciente. Estos resultados contribuyen al avance del conocimiento sobre salud y enfermería.

Descriptores: Relaciones Familiares; Hospitales Urbanos; Bienestar del Lactante; Madres; Relaciones Madre-Hijo; Enfermeras Neonatales.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "The effect of Mrs-Preemie Nursing Intervention Model on Maternal Stress, Mother-Baby Bonding, and Premature Baby Weight", presentada en la University of Indonesia, Nursing Faculty, Depok, Indonesia, Asia.

¹ Sultan Agung Islamic University, College of Nursing, Semarang, Indonesia, Asia.

² University of Indonesia, College of Nursing, Depok, Indonesia, Asia.

³ Bolsista da Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP), Indonesia.

Cómo citar este artículo

Khasanah NN, Rustina Y, Wanda D, Luthfa I. Enhancing early bonding between mothers and preterm infants: findings from a Multicentre Qualitative Study of Nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4200 [cited ____-____-____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7034.4200>

año mes día URL

Introducción

La introducción del cuidado en unidades neonatales marca un cambio significativo en la práctica de enfermería, enfatizando la provisión de estímulos adecuados para el desarrollo de bebés prematuros⁽¹⁾. Aunque los profesionales de enfermería pueden proporcionar estímulos, lo ideal es que los bebés prematuros los reciban directamente de sus madres. Además de promover el crecimiento y desarrollo ideales, la estimulación materna fortalece el vínculo entre la madre y el bebé prematuro. Desafortunadamente, los enfermeros neonatales a menudo ignoran el trabajo con los padres y se centran solo en las necesidades médicas del bebé, limitando así la participación de los padres y dejando de promover el vínculo entre las madres y los bebés prematuros⁽²⁾. Sin embargo, los enfermeros neonatales tienen una oportunidad valiosa de facilitar el establecimiento de lazos⁽³⁾ entre las madres y sus bebés prematuros⁽⁴⁾. Investigaciones sugieren que el vínculo precoz entre la madre y el bebé prematuro tiene efectos positivos mientras el bebé aún está en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)⁽⁵⁾.

Los enfermeros neonatales necesitan tener una comprensión diferenciada de las diversas estrategias para promover el vínculo entre las madres y sus bebés prematuros. Este entendimiento es esencial para la implementación del enfoque de Cuidados Centrados en la Familia (CCF) para los cuidados neonatales. Los enfermeros tienen un papel fundamental que desempeñar en la promoción de esta interacción, ya que el nacimiento prematuro puede desafiar la percepción de la mujer sobre la maternidad y hacer que se sienta inadecuada para cuidar o proteger al bebé. Tales sentimientos pueden impedir el desarrollo de un vínculo fuerte entre las madres y los bebés prematuros⁽⁶⁾. Además, las iniciativas para involucrar a los padres en la UCIN deben ser culturalmente sensibles para reducir las complicaciones del vínculo. Las necesidades de cada madre varían según sus circunstancias individuales⁽⁷⁾. Aquellas cuyos bebés necesitan cuidados en la UCIN generalmente requieren apoyo emocional de los profesionales de salud, además de información clara y comprensiva sobre los cuidados médicos de sus bebés, oportunidades para participar en la toma de decisiones e involucrarse en las actividades de cuidado del bebé⁽⁸⁾.

Las investigaciones sobre el papel de los enfermeros en el ambiente de la UCIN aún son limitadas, incluyendo investigaciones sobre la facilitación del vínculo precoz entre madres y bebés prematuros. Estudios de evaluación de necesidades de UCINs⁽⁹⁾ identificaron que los enfermeros neonatales juegan un papel relevante tanto en la atención a las necesidades de los padres,

cuando sus bebés están en tratamiento intensivo, como en relación con la salud de los bebés prematuros. La UCIN es un entorno terapéutico diseñado para cuidar de recién nacidos de alto riesgo. La condición inestable del bebé, los procedimientos riesgosos y el hostigamiento verbal de los padres son preocupaciones enfrentadas por los enfermeros de la UCIN⁽¹⁰⁾. Este estudio, por lo tanto, tiene como objetivo explorar las experiencias de los enfermeros en la facilitación del vínculo entre las madres y sus bebés prematuros en la UCIN.

Método

Diseño del estudio

Este es un estudio descriptivo cualitativo con un enfoque interpretativo⁽¹¹⁾. Dicho enfoque interpretativo puede explorar y describir problemas de investigación y resumir un fenómeno de manera integral⁽¹²⁾. Además, el equipo de investigación tiene un interés común en la salud y bienestar de bebés prematuros y está compuesto por tres mujeres especialistas en Enfermería Pediátrica y un hombre especialista en Enfermería Familiar. El equipo de investigación no garantiza una relación especial con ninguno de los participantes de este estudio.

Lugar y participantes

Fue utilizado la técnica de discusión de grupo focal (GF), seguida de entrevistas en profundidad para corroborar los resultados. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación *Zoom*, usando la técnica de GF y sesiones de entrevistas presenciales. Las actividades de GF se llevaron a cabo con el investigador principal y la enfermera de la familia. Además, la reunión del GF ocurrió dos veces.

La primera reunión se realizó por la tarde porque su naturaleza en línea permitió la participación de diferentes profesionales que trabajaban en distintos turnos (mañana, tarde y noche). De común acuerdo, la segunda reunión también se realizó por la tarde, ya que la mayoría de los enfermeros líderes de equipo trabajan en el turno de la mañana. Todos los enfermeros participaron en la primera reunión de GF en el mismo día y horario, usando la aplicación *Zoom*, solo dos enfermeros no participaron en la segunda reunión. Aunque hubo problemas de conexión con la red durante las actividades en línea del GF, los participantes respondieron a todas las preguntas.

Las entrevistas en profundidad fueron conducidas solo por el investigador principal. Las entrevistas se realizaron cara a cara en la sala de entrenamiento de la unidad neonatal, inmediatamente después del turno de

la mañana. La codificación fue realizada por el investigador principal y los resultados de la codificación fueron analizados por especialistas en enfermería pediátrica. La población de este estudio estuvo compuesta por enfermeros que trabajaron en la UCIN de septiembre a diciembre de 2022.

Los participantes fueron seleccionados intencionalmente usando muestreo estratégico de casos críticos⁽¹³⁾ para maximizar la información necesaria. Los investigadores explicaron los motivos de la investigación y organizaron las rutinas de los participantes por 2 a 3 horas/día durante tres meses para crear familiaridad con cuatro hospitales de referencia en una gran ciudad de un país en desarrollo. Los hospitales fueron seleccionados según los siguientes criterios: (1) hospitales públicos con una unidad neonatal, (2) hospital acreditado nacionalmente y (3) la unidad neonatal estaba implementando el CCF. Además, los participantes debían cumplir con los criterios de inclusión, que eran: haber trabajado en la UCIN por al menos cinco años, ser líder de equipo y poder comunicarse en línea. Solo había dos o tres líderes de equipo en cada UCIN del hospital. No hubo deserciones, ya que todos los participantes fueron cooperativos durante el proceso de recolección de datos.

Recolección de datos

El instrumento utilizado en este estudio fue una guía general de preguntas relacionadas con las experiencias de los enfermeros en la facilitación del vínculo entre las madres y sus bebés prematuros. Las preguntas fueron desarrolladas de acuerdo con las respuestas de los participantes durante el GF y las entrevistas en profundidad. Se movilizaron varias herramientas de apoyo durante la recolección de datos, incluyendo papel de carta y hojas de notas de campo para registrar detalles importantes, como las expresiones faciales de los participantes y las actitudes hacia los investigadores durante la recolección de datos. En el estudio, se usó una grabadora de voz durante las entrevistas en profundidad con tres participantes. Sin embargo, el uso de la grabadora no fue necesario durante las actividades de GF, ya que estas se grabaron utilizando la aplicación de reunión *Zoom*. Los investigadores probaron las herramientas de recolección de datos antes de iniciar el proceso, mediante Grupos Focales (GFs) con cuatro enfermeros gestores de las salas de la UCIN en cada hospital donde se realizó el estudio, además de realizar entrevistas en profundidad con dos enfermeros. Los resultados de los GFs y las entrevistas fueron evaluados por expertos en enfermería pediátrica para obtener retroalimentación.

La primera etapa del proceso de recolección de datos fue identificar a los posibles participantes basándose en los criterios de inclusión definidos por el investigador principal. El gerente de la UCIN colaboró con el investigador principal informando cuáles enfermeros cumplían con los criterios y eran participantes potenciales. El investigador principal realizó una sesión de orientación con los posibles participantes para crear confianza entre ellos⁽¹⁴⁾. Todos los posibles participantes mostraron su disposición para firmar el consentimiento informado después de que el investigador principal explicó las metas, objetivos y procedimientos a seguir durante la investigación. La recolección de datos usando la técnica GF se realizó en línea en una sala *Zoom* para facilitar las reuniones con todos los participantes. El método *Zoom* fue utilizado para gestionar eficientemente las diferencias de turno entre los participantes.

Las entrevistas en profundidad se realizaron cara a cara en una sala tranquila y silenciosa, utilizando entrevista semiestructurada mientras se observaban las actitudes y expresiones faciales de los participantes. Las sesiones de GF se realizaron dos veces, con cada sesión durando entre 73 y 82 minutos, mientras que las entrevistas en profundidad duraron entre 30 y 40 minutos. La recolección de datos comenzó el 4 de septiembre de 2022 y concluyó el 5 de diciembre de 2022. El primer análisis se realizó para el primer GF, que contó con la presencia de 13 participantes representando a cuatro hospitales de referencia en una gran ciudad, garantizando la integridad de las transcripciones y la impresión del investigador sobre la calidad de los datos. Se implementó el anonimato durante el proceso de análisis por los investigadores.

El segundo GF se realizó para validar los resultados del primero y para asegurar que todos los participantes hubieran respondido. El segundo GF, también proporcionó una oportunidad de hacer preguntas que no habían sido incluidas durante el primer GF. El análisis de los datos se realizó entonces basándose en los resultados de las entrevistas en profundidad realizadas con los participantes del GF que trabajaban en la UCIN desde hace más tiempo. El proceso de entrevista fue registrado con un grabador de voz.

El investigador principal aseguró la integridad de las transcripciones, la documentación, las anotaciones diarias y la calidad de los datos. Un miembro del equipo de investigación realizó la transcripción y la entrada de todos los datos demográficos de la investigación. Todos los datos fueron almacenados en *Google Drive* y solo pudieron ser accedidos por el equipo de investigación para garantizar la seguridad de los datos. Las citas fueron identificadas mediante el análisis de los resultados de las entrevistas en profundidad con los expertos del equipo de investigación.

En el proceso de codificación, cuando el investigador no encontró ninguna codificación nueva en la segunda entrevista, pasó a la tercera para confirmarla. Así, el número total de participantes en las entrevistas en profundidad fue tres, de los 13 participantes involucrados en las actividades de GF. El método de auditoría de investigación fue utilizado por el equipo de investigación durante todo el proceso de investigación, incluyendo durante la revisión de los resultados. Además, los investigadores compararon las observaciones, los resultados de los GF y los de las entrevistas en profundidad.

Análisis de los datos

El *Microsoft Word* fue utilizado para transcribir los resultados de los GF y las entrevistas, y los resultados fueron analizados mediante el análisis cualitativo de contenido⁽¹⁵⁾. De esta manera, el proceso de análisis de datos comenzó con la inserción de los resultados de la transcripción, las notas de campo y las fotografías, que mostraban a las enfermeras educando a las madres de los bebés, en el *software* ATLAS.ti, versión 8.4.16, para luego ayudar a los investigadores a interpretar y desarrollar conceptos o hipótesis.

El análisis continuó con las observaciones de las fotos para encontrar una mirada empática en el rostro de las enfermeras y con las lecturas de la transcripción completa, realizadas de cuatro a seis veces para encontrar declaraciones significativas que pudieran describir el contenido de la investigación.

El investigador principal y los codificadores especialistas en enfermería familiar marcaron cada declaración significativa e identificaron los códigos hasta que no se encontrara ninguna nuevo código.

Luego, el investigador principal agrupó los códigos en categorías, identificó las relaciones entre ellos y los temas y desarrolló conceptos o hipótesis guiados por dos investigadores especialistas en enfermería pediátrica. La etapa final del proceso de análisis de datos fue la verificación de la información de los participantes mediante otra reunión de *Zoom*. Además, el equipo de investigación escribió el estudio usando la lista de verificación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para describir los procedimientos utilizados⁽¹⁶⁾.

Consideraciones éticas

La aprobación ética fue obtenida por el Comité de Ética en Investigación en Salud de cada hospital (A, B, C, D) con los números 1075/EC/KEPK-RSDK/2022, B/3233/070/10/2022, 420/10497 y 175 EC/KEPK/2021. Todos los participantes colaboraron en este estudio sin presión o coacción. El formulario de consentimiento informado explicó los objetivos, beneficios y riesgos del estudio. El investigador mantuvo la confidencialidad utilizando solo las iniciales "P" seguido de la numeración para los participantes durante todo el proceso de análisis de datos, incluidas las transcripciones y las notas de campo. Las iniciales de código fueron P1 para el primer participante, P2 para el segundo participante, así sucesivamente.

Resultados

Un total de 13 enfermeras neonatales cumplió con los criterios de inclusión y participó en este estudio. Las características de los participantes están presentadas en la Figura 1.

Participante	Hospital	Edad (años)	Sexo	Religión	Etnia	Nivel de educación	Tiempo de servicio (años)	Status	
								Tipo de empleo	Estado civil
P1	A	35	Femenino	Musulmana	Javanés	Maestría	6	Gubernamental	Casada
P2	A	35	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	4	Gubernamental	Casada
P3	B	34	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	10	Por hora	Casada
P4	B	33	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	8	Por hora	Casada
P5	C	40	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	17	Gubernamental	Casada
P6	C	42	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	10	Gubernamental	Casada
P7	A	34	Femenino	Musulmana	Javanés	Técnico	5	Gubernamental	Casada
P8	C	38	Femenino	Musulmana	Javanés	Técnico	11	Gubernamental	Casada
P9	C	41	Femenino	Musulmana	Javanés	Técnico	17	Gubernamental	Casada
P10	B	31	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	9	Por hora	Casada
P11	D	36	Femenino	Musulmana	Javanés	Técnico	6	Por hora	Casada
P12	D	36	Femenino	Musulmana	Javanés	Grado	11	Por hora	Casada
P13	D	34	Femenino	Musulmana	Javanés	Técnico	12	Por hora	Casada

Figura 1 - Características de los participantes. Semarang, Indonesia, 2022

La Figura 1 muestra que todos los participantes eran mujeres, casadas, musulmanas y javanesas; 46,2% había completado el bachillerato en enfermería y eran funcionarias públicas (53,8%). La edad promedio de las participantes era de 36,08 años y el tiempo de trabajo en la UCIN de 9,69 años.

Los investigadores establecieron tres temas, 10 subtemas y sus unidades de significado (Figura 2), según los resultados de la investigación.

Conforme la Figura 2, la facilitación del vínculo madre-bebé se describe cómo las prácticas de enfermería

realizadas con la madre, con los familiares y con las propias enfermeras. En la intervención enfocada en la madre, las participantes desempeñaron un papel activo en el proceso de facilitación. La interacción se mejoró utilizando una intervención que se centró en estabilizar la condición de las madres antes de que conocieran a sus bebés, animándolas a tocar físicamente a sus bebés, proporcionando educación repetida, acompañándolas cuando visitaban a sus bebés en la UCIN y proporcionando masajes de lactancia. Tales intervenciones se describen en los relatos a continuación.

Tema	Subtemas	Unidades de significado
1. Práctica de enfermería en la facilitación del vínculo madre-bebé	1.1. Intervención centrada en la madre 1.2. Intervención centrada en la familia 1.3. Intervención centrada en la enfermera	- Estabilizar la condición mental y física de la madre, incentivando a la madre a tocar a sus bebés, repetir la educación, acompañar a las madres cuando visitan a sus bebés en la UCIN*, aplicando un masaje de lactancia - Involucrar a los familiares del núcleo familiar - Mejorar los sentimientos de dignidad, empatía y adoptar un enfoque proactivo
2. Factores de barrera en la formación del vínculo madre-bebé	2.1. La percepción negativa de la madre sobre sí misma 2.2. Apoyo limitado de los familiares 2.3. Carga de trabajo de la enfermera para otras actividades además de los pacientes 2.4. El hospital no se ha centrado en el vínculo madre-bebé	- Estrés de la madre, ansiedad, falta de confianza, miedo, falta de ganas de ver al bebé, baja producción de leche materna - Falta de disponibilidad familiar para acompañar a la madre - Los enfermeros lidian con problemas socioeconómicos de los pacientes - Políticas hospitalarias relativas a horarios de visita limitados e infraestructura hospitalar limitada
3. Factores de apoyo en la formación del vínculo madre-bebé	3.1. Auto-apoyo da mãe 3.2. Apoio social da família 3.3. Apoio social das enfermeiras	- Auto-motivación - Involucramiento del compañero para acompañar a la madre - Enfermeros competentes en términos de habilidad, afectividad y conocimiento

*UCIN = Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

Figura 2 - Temas, subtemas y unidades de significado. Semarang, Indonesia, 2022

Las participantes expresaron que la estabilización de la condición de la madre es el primer paso para prepararla física y psicológicamente para interactuar de manera óptima con el bebé. A continuación, algunos de los extractos que indican tales aspectos:

Tenemos que estabilizar su condición antes de enseñarles a cuidar a sus bebés prematuros, para que puedan sentirse más cercanas a sus bebés (P4).

Las madres necesitan estar físicamente saludables primero, no podemos ayudarlas a crear vínculos si todavía están físicamente enfermas. Por lo tanto, tenemos que asegurarnos de que estén saludables antes de enseñarles sobre nutrición, movilización, para que puedan interactuar con el bebé (P8).

La preparación psicológica también es importante, pues, como dijimos antes, algunas madres aún sienten miedo y ansiedad, hasta el punto de tener miedo de tocar al bebé, por eso tenemos que educarlas desde el principio (P2).

Las participantes también alentaron a las madres que parecían reticentes a tocar a sus bebés, como se puede observar a continuación:

Facilitamos que las madres toquen a sus bebés cuando vienen a visitarnos, incluso si no pueden amamantarlos directamente (P4).

Necesitamos aumentar su confianza y asegurarles que no hay problema en tocar al bebé y que el contacto de la madre es muy importante para el bebé (P3).

Otras participantes mencionaron que otra intervención común era la educación repetida, como ejemplifican los siguientes extractos:

Necesitamos ser más activos o más frecuentes en la educación de las madres (P11).

Necesitamos dar educación repetidamente, necesitamos crear confianza para que ellas permanezcan confiadas y no tengan miedo cuando al menos sostengan al bebé (P6).

La siguiente intervención de las participantes fue acompañar a la madre cuando visitaba al bebé en la UCIN, según lo relatado:

Debemos acompañar a la madre durante cada visita, debemos aumentar su confianza y convencerla de que no hay problema en sostener al bebé y que el contacto de la madre es muy importante para el bebé... (P5).

Observamos y acompañamos por un tiempo hasta que la madre y el bebé se sientan cómodos (P2).

Otra intervención mencionada por las participantes fue el masaje para la lactancia, cuando era necesario. A continuación, algunos de los relatos:

Hubo casos en que las madres recibieron masaje de lactancia y medicación adicional, pero no lograron producir leche materna (P1).

Para el dolor causado por el ingurgitamiento, generalmente proporcionamos cuidados con el pecho haciendo un masaje de lactancia para ayudar a la madre a producir leche y aliviar el ingurgitamiento (P11).

El cuidado centrado en la madre (subtema 1) ilustra que la facilitación del vínculo madre-bebé requiere la disposición de la madre para aceptar el nacimiento prematuro. En cuanto a los cuidados con la familia, las intervenciones que se centraron en los miembros de la familia implicaron a otros miembros de la familia en el cuidado del bebé prematuro, según se informa:

Como el cuidado del bebé sigue el principio del cuidado centrado en la familia, otros miembros de la familia también necesitan ser entrenados (P7).

Si la madre está cansada o no está bien descansada, otro miembro de la familia puede tomar el control y ayudar. Por lo tanto, no entrenamos solo al padre o a la madre, sino también a otros miembros de la familia que viven en la misma casa que el paciente (P13).

Involucrar a los miembros de la familia, especialmente a aquellos que viven en la misma casa, es una alternativa para algunas participantes.

La tercera intervención se centra en el cuidador y en la mejora de su autoestima, según lo comentado por las siguientes participantes:

La confianza del paciente en mí a veces me hace sentir valorado (P5).

Eso nos motiva a acompañarlos y apoyarlos, tanto con palabras como con oraciones (P13).

El sentimiento valioso descrito motivó a las enfermeras a educar y a incentivar a las madres a estar cerca de sus bebés. Tal sentimiento también evocó la empatía, expresada por las participantes:

Cuando los educamos, intentamos ponernos en la posición de las madres (P1).

Yo me pondría en el lugar de las madres (P7).

Además, las enfermeras también intentaron acercarse a las madres y ser proactivas, según se informó:

Lo que hemos hecho hasta ahora son enfoques para convencer a la madre de que nada malo sucederá, siempre que se haga correctamente (P5).

Tenemos que acercarnos a ellas para que permanezcan confiadas y no sientan miedo, al menos cuando sostienen al bebé (P9).

En el segundo tema, surgieron cuatro subtemas que frecuentemente evocan palabras/términos relacionados con el ambiente hospitalario en el cuidado de bebés prematuros, a saber: percepciones negativas de las madres sobre sí mismas; apoyo limitado de los miembros de la familia; carga de trabajo de los enfermeros para otras actividades además de los cuidados a los pacientes y hospitales que no se concentran en facilitar el vínculo madre-bebé.

Las madres con percepciones negativas dificultan el desarrollo de prácticas por parte de las enfermeras para la facilitación del vínculo. Según las participantes, las barreras enfrentadas por las madres – como estrés, ansiedad, miedo, falta de confianza, no querer ver/tocar a sus bebés, falta de conocimiento sobre cómo cuidar a bebés prematuros y no producir leche materna – también son barreras para las enfermeras neonatales en facilitar el vínculo madre-bebé:

La madre está estresada o ansiosa porque aún no ha aceptado el hecho de que el bebé sea pequeño (P1).

La mayoría de las madres tienen miedo de sentirse cansadas, ansiosas e inseguras. Incluso si es solo para tocar al bebé o alimentarlo (P2).

Incluso para tocar al bebé, todavía necesitamos aumentar la confianza de las madres para hacerlo (P11).

Otro aspecto de las percepciones negativas de las madres expresado por las participantes fue el miedo que sienten al interactuar con el bebé prematuro, como se puede ver a continuación:

El problema sería con la madre, especialmente si es su primer hijo, generalmente tiene miedo de sostener al bebé (P7).

Normalmente, las madres de bebés prematuros se sienten asustadas y tristes porque no era el momento de tener al bebé y ven que el bebé es muy pequeño (P8).

Las participantes también revelaron que algunas madres no querían ver a sus bebés, especialmente en el caso de madres primerizas. Los comentarios de las participantes fueron los siguientes:

A veces, no quieren estar cerca del bebé o tienen mucho miedo de visitarlo, especialmente si el bebé está conectado a muchos equipos (P3).

A veces, no quieren ni mirar al bebé (P5).

La falta de comprensión de la madre sobre la salud también fue mencionada como algo que podría convertirse en un obstáculo para las enfermeras en la facilitación del vínculo madre-bebé, ya que esto tenía un impacto sobre la presencia mínima de la madre en la sala de cuidados con el bebé, como se informó:

A veces, el problema es que la madre tiene poco conocimiento sobre salud y tiene padres que tampoco tienen ese conocimiento (P12).

Ellas pueden tener una fuerte sensación de ansiedad, miedo o falta de experiencia, lo que es común para la mayoría de las nuevas madres (P9).

Además, otro aspecto de las percepciones negativas de las madres fue el miedo a no producir suficiente leche, lo que reduce su confianza en aprender a amamantar de forma ideal. A continuación, se pueden observar ejemplos de lo que las participantes reportaron:

La leche materna que debería ser producida, pero no lo es, automáticamente hará que la madre retroceda y no vuelva al hospital (P6).

A veces, el problema con la lactancia es que las madres piensan demasiado en ello, lo que dificulta la producción de leche materna (P7).

El próximo factor que dificultó el vínculo entre madre e hijo fue la disponibilidad limitada de miembros de la familia para ayudar a las madres, como se informó:

Hay otro bebé en casa que necesita cuidados, por eso no podemos ir al hospital (P13).

El problema que a menudo enfrentamos con bebés de bajo peso al nacer es que, como sus casas están lejos del hospital, las madres necesitan ayuda con el transporte, no pueden ir al hospital solas, entonces dependen de los esposos para enviarlas, y los esposos no siempre están disponibles (P8).

El sentimiento de estrés o ansiedad sentido por la madre, así como la necesidad de ofrecer el mejor cuidado y servicio para su bebé, fue un desafío para las enfermeras neonatales al cuidar a las pacientes. La situación es aún más desafiadora cuando las enfermeras también tienen que lidiar con los problemas socioeconómicos de las pacientes y otras responsabilidades, como se reportó:

Por ejemplo, no podemos monitorearlas por dos horas enteras porque tenemos otro trabajo que hacer (P3).

A veces, tenemos que resolver problemas que no están relacionados con la condición del paciente, como problemas familiares. Eso sucede mucho (P10).

Desde el punto de vista de las enfermeras, cuidamos de bebés de apenas 900g durante un largo período, 100 días de cuidados costarían 100 millones de rupias en 2009/2010. En ese tiempo, había una madre que tuvo un bebé fuera del matrimonio y sin la bendición de los padres, y ese caso requirió mucha ayuda de nosotras, las enfermeras, en términos de cuidados y ayuda psicológica (P5).

Además, la implicación prolongada, donde los investigadores observan las rutinas diarias de los enfermeros, a menudo revela problemas de comunicación entre los enfermeros y los miembros de la familia, lo que lleva a protestas sobre el tratamiento proporcionado. Además, el establecimiento de un vínculo entre madre e hijo requiere la implicación de varias partes, incluido el hospital. Muchos participantes mencionaron que el horario limitado de visitas y la infraestructura incompleta del hospital tuvieron un impacto negativo en las madres que esperaban la llegada de sus bebés al hospital.

La mayoría de las madres no quiere esperar en la sala de espera porque no hay cama asociada a la UCIN, y generalmente se sienten incómodas agachadas después del parto, por lo que prefieren descansar en casa... Las salas de espera son importantes porque permiten que las madres acompañen a sus bebés (P4).

Limitamos el horario de visitas en la UCIN. En la UCIN nivel 1, pueden visitar cada 3 horas para amamantar al bebé, pero en la UCIN aún limitamos el horario de visita a la mañana y la tarde (P13).

Los factores de apoyo para madres de bebés prematuros también son proporcionados por las participantes para ayudarlas a alcanzar sus metas de lactancia. Estos factores consisten en internos y externos; y los internos son el entusiasmo de las madres por involucrarse activamente en el cuidado del bebé, mientras que los externos son la implicación del esposo en apoyar a las madres, así como el apoyo de las propias participantes en relación a su competencia como enfermeras, como se reporta:

Si la madre está bien motivada, nos sentimos felices. Porque si la madre está feliz, el bebé estará feliz... (P11).

Gracias a Dios, en un caso de bebé con bajo peso al nacer, el padre pudo llevar a la esposa al hospital para el Método Madre Canguro (MMC). Generalmente llevan a sus esposas al hospital antes del trabajo y las recogen después del trabajo, esa fue nuestra experiencia en la unidad perinatal de alto riesgo. Así, el bebé puede recibir leche materna, porque el MMC también permite que el bebé reciba leche materna y, como la madre está motivada, esto también ayuda al bebé (P1).

Si la madre produce poca leche materna, le enseñamos a extraer más (P12).

Si el bebé no necesita oxígeno, si puede alimentarse por vía oral y su llanto es fuerte, podemos enseñarle a beber y usar el método canguro (P7).

Necesitamos ser capaces de motivarlas (P9).

Todas las participantes dijeron que las madres necesitan tener las habilidades necesarias para aplicar uno de los principios del cuidado neonatal de alto riesgo, el CCF, para que puedan acostumbrarse a cuidar de bebés prematuros en casa. El uso del CCF permite que las madres se involucren activamente en el cuidado de sus bebés prematuros. Según la declaración de las enfermeras, cuando el investigador hizo la verificación de los miembros con todos las participantes, las enfermeras dijeron que necesitaban algunas habilidades relacionadas con el CCF, incluyendo el manejo de la lactancia, el Método Madre Canguro (MMC) y las habilidades especiales para mejorar el vínculo entre la madre y el bebé. No todas las enfermeras de los cuatro hospitales recibieron entrenamiento en manejo de la lactancia, pero casi todas recibieron entrenamiento en MMC. Sin embargo, sigue siendo difícil implementarlo en ausencia de miembros de la familia.

El MMC generalmente se hace al lado de la incubadora de bebés y las madres lo hacen con más frecuencia porque no hay horario de visita para los padres, solo un hospital tenía horario de visita para los padres, y solo por 15 minutos al día.

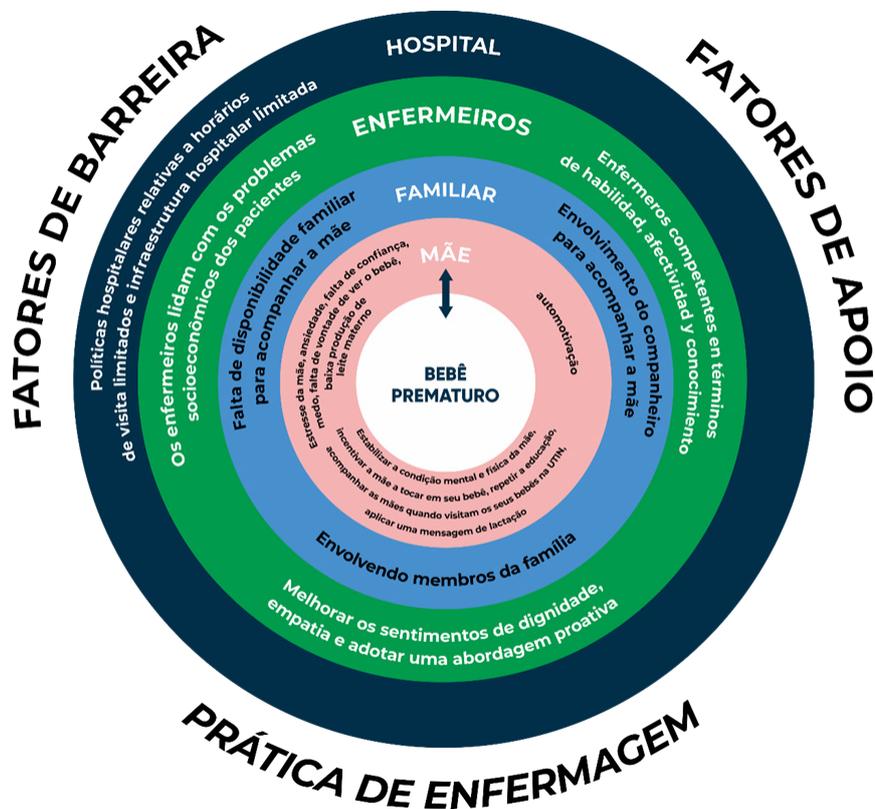


Figura 3 - Percepciones de las enfermeras sobre la facilitación del vínculo entre madres y bebés prematuros en la unidad neonatal

Los temas y subtemas están integrados en la Figura 3, la cual muestra los muchos factores que influyen en el vínculo entre las madres y sus bebés. En la primera capa, se tienen los bebés prematuros, con el color blanco describiendo la sacralidad. En la segunda capa, se muestran las madres, con el color rosa describiendo la compasión entre madre y bebé. En la tercera capa estaban los miembros de la familia, con el color azul claro, describiendo la fuerza de la madre y de los bebés prematuros. En la cuarta capa, se presentan los enfermeros, con el color verde, que describe el bienestar, de modo que remite a los enfermeros como sujetos que contribuyen a la mejora de los cuadros de los bebés, de las madres y, consecuentemente, de las familias. En la última capa, el hospital aparece con el color azul oscuro, el cual describe la tristeza en la percepción de la madre.

Discusión

El primer tema nos muestra en detalle lo que hicieron las enfermeras para facilitar el vínculo en la UCIN. En el primer subtema, la enfermera se concentra en el cuidado de la madre del bebé. Mediante el debate entre pares con el especialista en neonatología y el especialista en salud mental, interpretamos que la estabilización de la madre del bebé es una acción crucial de los enfermeros en la primera etapa de la facilitación del vínculo.

El segundo subtema también mostró que las intervenciones de asistencia a la familia con el objetivo de facilitar el vínculo madre-bebé pueden realizarse mediante procesos de tranquilización del bebé, lo que incluye proporcionar confort, tacto y comunicación mientras el bebé está en la incubadora⁽¹⁷⁾. La participación de los miembros de la familia también mejora la comunicación entre el equipo de salud y la familia, para así reducir la ansiedad vivida por los familiares mientras esperan al bebé en la UCIN⁽¹⁸⁾.

En el tercer subtema, las enfermeras describieron que estaban motivados. Tal factor fue útil para enfrentar diferentes desafíos, considerando que hay al menos tres perspectivas de los enfermeros indonesios en la preparación del plan de alta: barreras internas, barreras externas y diversidad en la planificación del alta⁽¹⁹⁾. Las enfermeras enfrentaron estos desafíos con una actitud empática e intentaron ponerse en la posición de las madres, principalmente en la educación.

En este estudio, los factores de barrera fueron identificados por la madre, el miembro de la familia, la enfermera y el hospital. Para verificar este resultado, se realizó una auditoría de investigación entre el equipo de investigación. Basado en nuestras creencias, la infraestructura hospitalaria fue el principal problema que necesitaba ser modificado por la política de salud del hospital para apoyar a los enfermeros en la facilitación

del vínculo^(2,20-21). Algunas participantes expresaron que no hay cama para un miembro de la familia mientras espera al bebé. Además, no hay horario de visita para los padres en la UCIN y los problemas socioeconómicos a menudo enfrentados están relacionados con la infraestructura hospitalaria, especialmente la distancia del hospital respecto a la casa de la madre. El uso de *webcams* podría ser una solución⁽²²⁾ pero aún es desconocido en los países en desarrollo, siendo necesario verificar su eficacia cuando se aplica en países en ese mismo contexto.

Los factores de apoyo incluidos en este estudio son: la madre, la familia y las enfermeras, y la competencia de la enfermera puede ser un factor importante para influenciar a la madre y al miembro de la familia. Los enfermeros necesitan enseñar a crear vínculos y a interactuar con el bebé⁽¹⁰⁾, mejorar la sensibilidad de los padres⁽²³⁾, ayudar a la madre o a otro miembro de la familia a tener contacto piel con piel con el bebé⁽²⁴⁻²⁵⁾, proporcionar una comunicación efectiva^(8,26), ofrecer asesoramiento de apoyo⁽²⁷⁾, mejorar los cuidados de enfermería, por ejemplo, a través de la musicoterapia⁽²⁸⁾, así como asegurar que las intervenciones sean aplicables de acuerdo con la cultura del hospital⁽²⁹⁾. Como las enfermeras reportaron que hay una carga de trabajo, si la intervención no es aplicable, esto sobrecargará a las propias enfermeras.

Los tres temas que emergieron de este estudio podrían responder al objetivo general de esta investigación, que era obtener una comprensión profunda de las experiencias de los enfermeros en la facilitación del vínculo entre madres y bebés prematuros. La respuesta positiva de los enfermeros al acompañar a madres con bebés prematuros puede ser un punto fuerte para que ofrezcan el mejor cuidado para las madres y sus bebés. Los enfermeros necesitan controlar sus emociones cuando están con las madres y sus familias. La afinidad puede interferir en el éxito del proceso de enfermería. Además, el entrenamiento para enfermeros es importante para reducir el estrés en el trabajo en UCINs de nivel II y para aumentar el profesionalismo y la empatía en el trabajo⁽³⁰⁾.

Es importante que una enfermera neonatal desarrolle empatía, ya que parte de su función es hacer de puente entre la madre y el bebé. Por lo tanto, las enfermeras neonatales necesitan entender los sentimientos y emociones que pueden experimentar las madres de bebés prematuros⁽⁴⁾. Todas las participantes de este estudio coincidieron en que las intervenciones de enfermería no pueden centrarse solo en el bebé, mucho menos en el vínculo madre-bebé. Las intervenciones de enfermería deben ser integrales y abordar todo el entorno externo que crea el vínculo madre-bebé, incluido el profesional de enfermería, que juega un papel importante en la facilitación de la interacción madre-bebé.

Los esfuerzos de los enfermeros neonatales para enfrentar estas barreras son importantes en la UCIN⁽³¹⁾. Escuchar, confiar y compartir conocimiento son esfuerzos que se deben realizar durante la mentoría. Una relación exitosa entre enfermeras neonatales y madres puede lograrse mediante el intercambio de conocimientos, el desarrollo de competencias y la negociación. Además, la participación del padre como un sistema de apoyo para la madre también es un factor importante que puede ayudar a los enfermeros a superar varias barreras en el apoyo a madres de bebés prematuros. Los estudios también muestran que los enfermeros son muy positivos respecto al involucramiento de los padres⁽³²⁾.

Los padres desempeñan un papel importante durante toda la vida del bebé prematuro y tienen un papel importante, directo e indirecto, en el apoyo al desarrollo del bebé en la UCIN. Los padres pueden mejorar directamente el desarrollo y la salud del bebé promoviendo el método canguro, estimulación táctil, auditiva y olfativa⁽²⁵⁾. Las formas indirectas de apoyo a los bebés fueron realizadas por los padres mediante la alianza de coparentalidad y el apoyo financiero a la familia. En términos de formas indirectas, se puede decir que el padre influye indirectamente en el desarrollo del niño a por medio de la relación de pareja⁽³³⁾. Esto sugiere que los padres necesitan ser incluidos en programas que apoyen las interacciones entre madre e hijo.

Este estudio sugiere que un factor que apoya el vínculo entre madre e hijo es el entorno inmediato del bebé, que consiste en la madre, los cuidadores y los miembros de la familia. "El empoderamiento de los padres es el paso correcto para que se sientan capaces de desarrollar sus funciones como madres o padres, siendo uno de los empoderamientos de los padres el apoyo emocional"⁽³⁴⁾. Los padres recibirán ese apoyo emocional de manera efectiva si una enfermera puede apoyar a la madre, desarrollando su competencia en habilidades de cuidado, proporcionando información y empatía, que pueden ser formadas a partir de las prácticas espirituales de la enfermera.

La espiritualidad es una característica de dominio que permite que las personas encuentren propósito y significado en la vida⁽³⁵⁾. Los padres generalmente encuentran significado espiritual en sus propias vidas al centrarse en la vida de sus hijos. Por lo tanto, recibir un bebé prematuro en la UCIN puede ser una experiencia traumática para los padres. Los enfermeros que logran reconocer la existencia de ese significado espiritual pueden sentir empatía y facilitar la interacción de los padres con sus bebés, de manera que se destaquen en su papel de padres porque la empatía es una forma

de compasión, es decir, otra característica relacionada asociada a la espiritualidad personal bien desarrollada⁽³⁶⁾. Este estudio tiene la limitación de no considerar un sistema de salud en una perspectiva geográfica y cultural específica. En este estudio, nuestros participantes eran mujeres y musulmanas. No tuvimos participantes hombres o de otros orígenes religiosos. Por lo tanto, los resultados de este estudio pueden no reflejar la práctica de enfermería desde la perspectiva de enfermeros hombres y, especialmente, la intervención enfocada en la madre puede no reflejar las formas de intervención en otras religiones.

Conclusión

Desde el punto de vista de las enfermeras de este estudio, los esfuerzos para facilitar el vínculo madre-bebé pueden implementarse bien si los enfermeros tienen habilidades suficientes y cuentan con el apoyo de una infraestructura hospitalaria adecuada para que las madres se sientan cómodas mientras esperan a sus bebés prematuros. Otro aspecto importante es el apoyo de miembros de la familia, de los esposos y de personas alrededor de la madre para motivarla y aumentar su confianza. Los resultados de este estudio pueden formar la base para una compilación de intervenciones que pueden implementarse en unidades neonatales, enfocándose en los esfuerzos de vinculación entre madres y sus bebés prematuros. Los resultados de este estudio también sugieren la necesidad de procedimientos operativos estándar y organizados en el hospital en relación con los programas de intervención de enfermería para facilitar el vínculo madre-bebé, comenzando cuando la madre entra en la unidad neonatal o incluso antes. Según nuestro estudio, es importante primero estabilizar la salud mental de la madre para facilitar el vínculo. Por lo tanto, los enfermeros neonatales necesitan ponerse en contacto con otros enfermeros de otra unidad, como la sala de partos o la policlínica obstétrica para asegurarse de que la madre esté bien, especialmente si hay riesgo de parto prematuro.

Agradecimientos

Agradecemos a Henny Pratiwi Adi, directora del LPPM Unissula, y su equipo por la cooperación durante la fase de recolección de datos. Los autores también desean agradecer al Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP) y al Ministerio de Educación, Cultura, Investigación y Tecnología de Indonesia por el apoyo para la publicación de este artículo. Por último, agradecemos a los directores de los hospitales por proporcionar acceso para la realización de la investigación.

Referencias

1. Syamsu AF. Developmental Care Model (NIDCM) on mother's stress response, premature infants, and length of hospitalization in Neonatal Care. Kota Makassar: University of Hasanuddin; 2021.
2. Zhao T, Starkweather AR, Matson A, Lainwala S, Xu W, Cong X. Nurses' experiences of caring for preterm infants in pain: A meta-ethnography. *Int J Nurs Sci.* 2022;9(4):533-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.003>
3. Davila RC, Segre LS. A Nurse-based model of psychosocial support for emotionally distressed mothers of infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018;47(1):114-21. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.12.007>
4. You SY, Kim AR. South Korean nurses' lived experiences supporting maternal postpartum bonding in the Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020;15(1):1831221. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1831221>
5. Le Bas GA, Youssef GJ, Macdonald JA, Teague S, Mattick R, Honan I, et al. The role of antenatal and postnatal maternal bonding in infant development: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(6):820-9.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.08.024>
6. Ettenberger M, Bieleninik L, Epstein S, Elefant C. Defining attachment and bonding: overlaps, differences and implications for music therapy clinical practice and research in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733>
7. Mascheroni E, Ionio C. The efficacy of interventions aimed at improving post-partum bonding: A review of interventions addressing parent-infant bonding in healthy and at risk populations. *J Neonatal Nurs.* 2019;25(2):61-8. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.09.003>
8. Lorié ES, Wreesmann WJW, van Veenendaal NR, van Kempen AAMW, Labrie NHM. Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (intensive) care unit: A qualitative interview study. *Patient Educ Couns.* 2021;104(7):1518-25. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.007>
9. Hendrawati S, Fatimah S, Fitri SYR, Mardhiyah A, Nurhidayah I. Needs of Parents in Critically Ill Infants Care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Keperawatan.* 2018;9(1):43-57. <https://doi.org/10.22219/jk.v9i1.4651>
10. Doede M, Trinkoff AM. Emotional Work of Neonatal Nurses in a Single-Family Room NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2020;49(3):283-92. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.03.001>
11. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 5. ed. Los Angeles, CA: SAGE Publications; 2018.
12. Majumdar A. Thematic analysis in qualitative research. In: *Information Resources Management Association, editor. Research Anthology on Innovative Research Methodologies and Utilization Across Multiple Disciplines.* Hershey, PA: IGI Global; 2021. p. 197-220.
13. Utarini A. *Tak kenal maka tak sayang: Penelitian kualitatif dalam pelayanan masyarakat.* 3. ed. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2021.
14. Creswell JW. *Pengantar penelitian mixed method.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2020.
15. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care.* 4. ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2020.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. Welch MG, Barone JL, Porges SW, Hane AA, Kwon KY, Ludwig RJ, et al. Family nurture intervention in the NICU increases autonomic regulation in mothers and children at 4-5 years of age: Follow-up results from a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2020;15(8):e0236930. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236930>
18. Loewenstein K, Barroso J, Phillips S. The experiences of parent dyads in the Neonatal Intensive Care Unit: A qualitative description. *J Pediatr Nurs.* 2021;60:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.023>
19. Hariati S, Febriani ADB, Sutomo R, Lusmilasari L, McKenna L. Exploring Indonesian nurses' perspectives on preparing parents of preterm infants for hospital discharge: A qualitative study. *J Neonatal Nurs.* 2022;28(1):59-66. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.07.002>
20. Kim AR. Addressing the needs of mothers with infants in the neonatal intensive care unit: A qualitative secondary analysis. *Asian Nurs Res.* 2020;14(5):327-37. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.09.004>
21. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Dios-Aguado M, Yáñez-Araque B, Gallego BM, Moncunill-Martínez E. Nursing perspective of the humanized care of the neonate and family: A systematic review. *Child (Basel).* 2021;8(1):35. <https://doi.org/10.3390/children8010035>
22. Kubicka Z, Zahr E, Clark P, Williams D, Berbert L, Arzuaga B. Use of an internet camera system in the neonatal intensive care unit: parental and nursing perspectives and its effects on stress. *J Perinatol.* 2021;41(8):2048-56. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-00934-w>
23. Givrada S, Hartzella G, Scala M. Promoting infant mental health in the neonatal intensive care unit

(NICU): A review of nurturing factors and interventions for NICU infant-parent relationships. *Early Hum Dev.* 2021;154:105281. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105281>

24. Deys L, Wilson V, Meedya S. What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery.* 2021;101:103063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103063>

25. Mancini VO. The role of fathers in supporting the development of their NICU infant. *J Neonatal Nurs.* 2023;29(5):714-9. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.02.008>

26. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Gurrutxaga MIU. Developing a family-centered care model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A new vision to manage healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(19):7197. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>

27. Seiedi-Biarag L, Mirghafourvand M, Esmailpour K, Hasanpour S. A randomized controlled clinical trial of the effect of supportive counseling on mental health in Iranian mothers of premature infants. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):6. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03502-w>

28. Palazzi A, Meschini R, Medeiros MDM, Piccinini CA. NICU music therapy and mother-preterm infant synchrony : A longitudinal case study in the South of Brazil. *Nord J Music Ther.* 2020;29(4):334-52. <https://doi.org/10.1080/08098131.2020.1752777>

29. Khasanah NN, Rustina Y, Hariyati TS. The intervention models to alleviate stress among mothers of premature babies in the NICU: A systematic review. *Gynecol Obstet Perinatol.* 2021;20(5):63-75. <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2021-5-63-75>

30. Bry A, Wigert H. Stress and social support among registered nurses in a level II NICU. *J Neonatal Nurs.* 2022;28(1):37-41. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.03.010>

31. Brødsgaard A, Pedersen JT, Larsen P, Weis J. Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2019;28(17-18):3117-39. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>

32. Buek KW, Cortez D, Mandell DJ. NICU and postpartum nurse perspectives on involving fathers in newborn care: A qualitative study. *BMC Nurs.* 2021;20(1):35. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00553-y>

33. Cardenas SI, Morris AR, Marshall N, Aviv EC, Martínez García M, Sellery P, et al. Fathers matter from the start: The role of expectant fathers in child development. *Child Dev Perspect.* 2022;16(1):54-9. <https://doi.org/10.1111/cdep.12436>

34. van den Hoogen A, Eijsermans R, Ockhuijsen HDL, Jenken F, Maatman SMO, Jongmans MJ, et al. Parents' experiences of VOICE: A novel support programme in the NICU. *Nurs Crit Care.* 2021;26(3):201-8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12569>

35. Sadeghi N, Hasanpour M, Heidarzadeh M, Alamolhoda A, Waldman E. Spiritual needs of families with bereavement and loss of an infant in the Neonatal Intensive Care Unit: A qualitative study. *J Pain Symptom Manage.* 2016;52(1):35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.344>

36. Anderson MR. The spiritual heart. *Religions.* 2020;11(10):506. <https://doi.org/10.3390/rel11100506>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Nopi Nur Khasanah. **Obtención de datos:** Nopi Nur Khasanah, Iskim Luthfa. **Análisis e interpretación de los datos:** Nopi Nur Khasanah, Yeni Rustina, Dessie Wanda. **Análisis estadístico:** Nopi Nur Khasanah, Dessie Wanda, Iskim Luthfa. **Redacción del manuscrito:** Nopi Nur Khasanah, Yeni Rustina, Dessie Wanda, Iskim Luthfa. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Yeni Rustina, Dessie Wanda. **Otros (Revisor del manuscrito):** Nopi Nur Khasanah, Iskim Luthfa. **Otros (Análisis de la categoría codificación en subtema-tema):** Yeni Rustina.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recibido: 05.09.2023
Aceptado: 11.02.2024

Editor Asociado:
Juan Manuel Carmona Torres

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Nopi Nur Khasanah

E-mail: nopi.khasanah@unissula.ac.id

<https://orcid.org/0000-0002-4519-318X>