Entornos Psicológicamente Informados y Cuidados Informados por el Trauma en contextos neonatales, obstétricos y pediátricos: una revisión narrativa

Psychologically Informed Environments and Trauma-Informed Care in Neonatal, Obstetric, and Pediatric Settings: A Narrative Review

Isabel Cuéllar-Flores[1], Laura González-Riesco[2], Purificación Sierra-García[3]
[1] Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
[2] Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España
[3] Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Resumen: Los Entornos Psicológicamente Informados (EPI) y los Cuidados Informados por el Trauma *(Trauma Informed Care*, TIC, por sus siglas en inglés) constituyen enfoques emergentes orientados a integrar principios psicológicos y relacionales en el diseño, la organización y la práctica asistencial en los servicios de salud. Esta revisión narrativa analiza sus fundamentos teóricos, principios comunes y diferencias, así como la evidencia disponible sobre su aplicación en contextos sanitarios, con especial atención a neonatología, obstetricia y pediatría. Se describen los beneficios potenciales de estos modelos para la experiencia y el bienestar emocional de pacientes, familias y profesionales, junto con los principales desafíos para su implementación. Finalmente, se presentan ejemplos de buenas prácticas en el contexto español y se formulan recomendaciones para avanzar hacia sistemas sanitarios más humanizados, seguros y sensibles al impacto del estrés y el trauma.
Palabras clave: entornos psicológicamente informados; cuidados informados por el trauma; neonatología; obstetricia; pediatría; humanización de la asistencia.

Isabel Cuellar Flores 0000-0002-0734-7547 es doctora en Psicología y Psicóloga Clínica en el Hospital Clínico San Carlos y presidenta de la Sección de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Laura González-Riesco 0000-0003-0494-2399 es Psicóloga clínica especializada en niños y adolescentes. Máster en psicopatología infantil y adolescente. Coordinadora del equipo de interconsulta y enlace -Salud Mental Pediátrica, del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Purificación Sierra-García 0000-0003-3774-2975 doctora en Psicología y Profesora Titular de Psicología del Desarrollo de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Es coordinadora y supervisora del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED y ocupa el cargo de Vicepresidenta de la Asociación para la Salud mental Infantil desde la gestación (ASMI), filial de la WAIMH (World Association for Infant Mental Health).

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Isabel Cuellar Flores al email: icuellarflores@gmail.com

(cc) BY-NC-ND Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

Abstract: Psychologically Informed Environments (PIE) and Trauma-Informed Care (TIC) are emerging approaches aimed at integrating psychological and relational principles into the design, organization, and delivery of healthcare services. This narrative review examines their theoretical foundations, shared principles, and key differences, as well as the available evidence regarding their implementation in healthcare settings, with particular attention to neonatology, obstetrics, and pediatrics. The potential benefits of these models for the experience and emotional well-being of patients, families, and healthcare professionals are discussed, together with the main challenges associated with their implementation. Finally, examples of good practices within the Spanish context are presented, and recommendations are proposed to advance toward more humanized, safe, and trauma- and stress-sensitive healthcare systems.
Keywords: psychologically informed environments; trauma-informed care; neonatology; obstetrics; pediatrics; humanization of care.

Los entornos sanitarios constituyen contextos de alta complejidad emocional, organizativa y relacional, en los que la experiencia de la enfermedad, el cuidado y la atención sanitaria puede convertirse en una fuente significativa de estrés y sufrimiento psicológico para pacientes, familias y profesionales. Dentro de estos contextos, las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales se configuran como espacios de especial complejidad, en los que la atención se asocia a desafíos específicos para la salud mental de las familias y de los propios profesionales sanitarios. La evidencia muestra que las familias de recién nacidos hospitalizados en unidades neonatales presentan un mayor riesgo de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, riesgo que también se observa en familiares de menores ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos (Hay et al., 2025; Lopes-Junior et al., 2018; Malouf et al., 2022). En el ámbito obstétrico, la Organización Mundial de la Salud estima que una de cada cinco mujeres experimenta problemas de salud mental durante el periodo perinatal, subrayando además la relevancia de la experiencia de parto y el impacto de los partos traumáticos en mujeres y familias (Kranenburg et al., 2023; World Health Organization [WHO], 2018).

Como respuesta a estas necesidades, se han desarrollado intervenciones psicosociales desde múltiples perspectivas y modelos dirigidas a reducir el malestar emocional y promover el bienestar en contextos sanitarios de alta intensidad emocional. Aunque las intervenciones multicomponente han mostrado beneficios, persiste la necesidad de contar con marcos teóricos amplios que permitan integrar de forma coherente las acciones preventivas, clínicas y organizativas, más allá de intervenciones universales o puntuales.

En paralelo, los modelos asistenciales han evolucionado desde enfoques biomédicos reduccionistas hacia perspectivas biopsicosociales y de atención centrada en la persona, impulsadas por los movimientos de humanización de la asistencia sanitaria y la ética del cuidado (Luxford et al., 2011). En este marco, han emergido los Entornos Psicológicamente Informados (Psychologically Informed Environments, EPI) y los Cuidados Informados por el Trauma (Trauma-Informed Care, TIC), que enfatizan la necesidad de comprender el impacto del estrés, el trauma y la vulnerabilidad en la experiencia asistencial, así como promover prácticas y contextos que prioricen la seguridad emocional, la dignidad y las relaciones terapéuticas sensibles (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014; Sweeney et al., 2018), en las que se promueva prevención de la retraumatización

Aunque estos enfoques se han aplicado en diversos ámbitos de la salud, su potencial resulta especialmente relevante en neonatología, obstetricia y pediatría, donde la intensidad emocional, la vulnerabilidad y la exposición a experiencias potencialmente traumáticas son elevadas. Sin embargo, en el contexto español estos modelos siguen siendo poco conocidos y están escasamente sistematizados. El objetivo de esta revisión narrativa es ofrecer una visión integradora de los EPI y los TIC, analizar su aplicación en estos escenarios clínicos y destacar su contribución a una atención sanitaria más humanizada, preventiva y sensible al impacto psicológico de la experiencia médicosanitaria.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Entornos Psicológicamente Informados y Cuidados Informados por el Trauma: fundamentos conceptuales

Los EPI pueden definirse como contextos asistenciales u organizativos en los que la estructura, las prácticas profesionales y las relaciones interpersonales están diseñadas a partir del conocimiento psicológico sobre el funcionamiento emocional, relacional y conductual de las personas, especialmente en situaciones de vulnerabilidad, estrés o adversidad. Se trata de un marco amplio que surge como respuesta a la necesidad de humanizar los entornos asistenciales mediante la integración explícita del conocimiento psicológico en el diseño físico, organizativo y relacional de los servicios, incluidos los sanitarios. Su objetivo es crear contextos que no se limiten al abordaje de los aspectos biomédicos de la enfermedad, sino que consideren de forma sistemática las necesidades psicológicas y emocionales de las personas atendidas, sus familias y los y las profesionales que trabajan en dichos contextos (Dekker et al., 2023).

El modelo EPI no se circunscribe exclusivamente al ámbito de la salud mental, sino que se plantea como un enfoque transversal aplicable a múltiples dominios de la salud, con potencial para favorecer una atención verdaderamente transdisciplinar. En este sentido, los EPI permiten superar los límites disciplinares tradicionales, promoviendo un marco común que articula el cuidado físico, emocional y relacional dentro de las organizaciones sanitarias.

Los EPI se han constituido como una perspectiva facilitadora a la hora de integrar enfoques humanistas específicos de cuidado y atención, especialmente en contextos sanitarios.

Desde una perspectiva histórica, el modelo biomédico ha constituido el paradigma dominante en la organización y provisión de la atención sanitaria, con un énfasis prioritario en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas físicos. Sin embargo, el creciente reconocimiento del papel de las experiencias vitales adversas, el trauma psicológico y los determinantes sociales de la salud ha impulsado un cambio progresivo hacia enfoques más integradores. Los modelos con base psicológica plantean que los servicios deben diseñarse teniendo en cuenta la historia vital de las personas, su experiencia emocional y su contexto relacional, lo que puede favorecer una mayor empatía profesional, fortalecer la alianza terapéutica y promover procesos de recuperación y adaptación más ajustados.

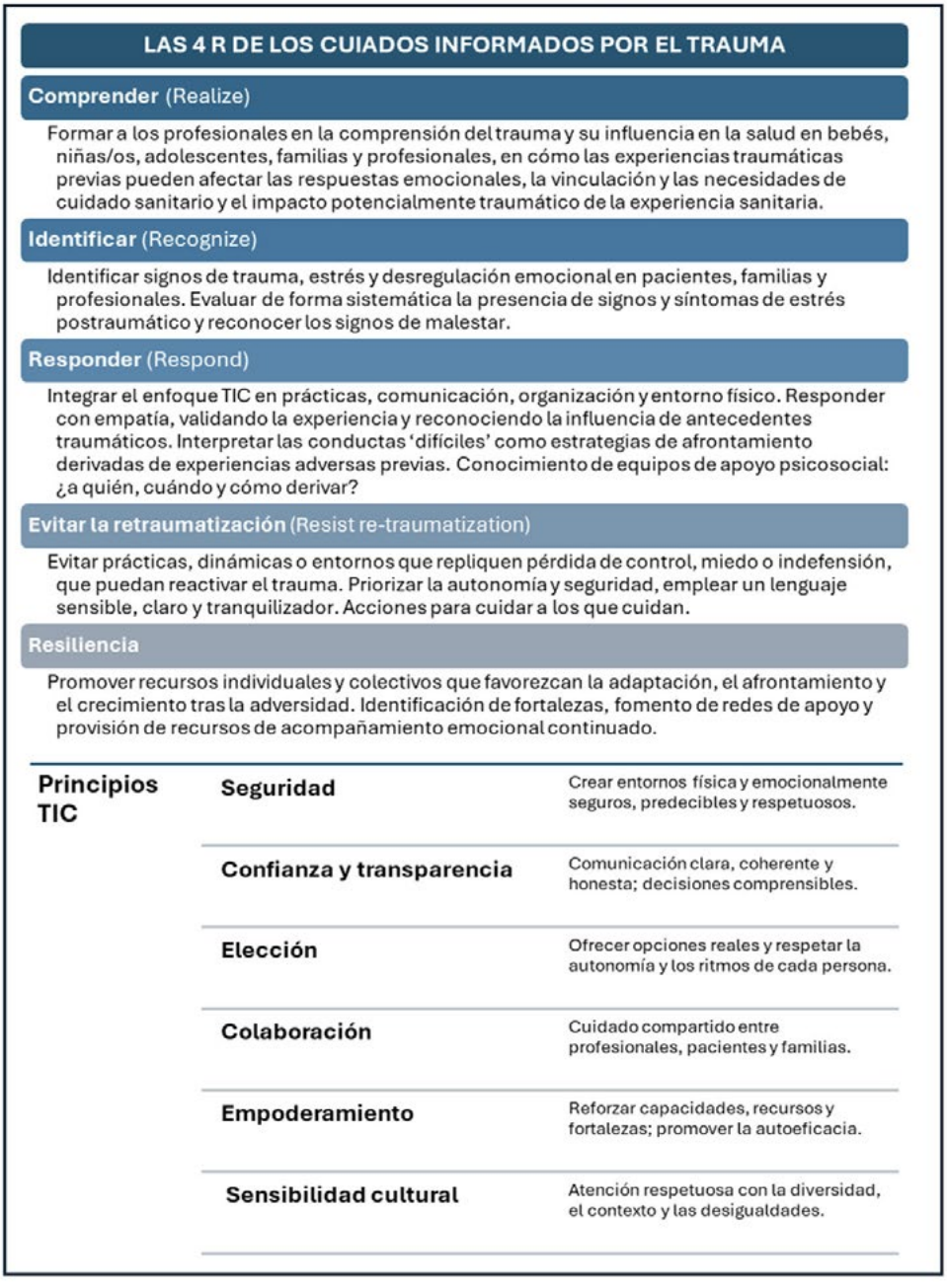
Uno de los desarrollos más relevantes en este ámbito es el modelo TIC (SAMHSA, 2014) que constituye un enfoque específico que se integra de manera coherente dentro del marco más amplio de los EPI. Este modelo parte del reconocimiento de que una proporción significativa de las personas que acceden a los servicios sanitarios y sociales han estado expuestas a experiencias traumáticas a lo largo de su vida, especialmente aquellas pertenecientes a colectivos vulnerabilizados o afectados por desigualdades estructurales. La evidencia muestra que la exposición al trauma —incluido el trauma temprano y el trauma vicario— puede afectar de manera profunda al desarrollo neurológico, biológico, psicológico y social si no se detecta de forma temprana o no se establecen mecanismos de protección y reparación adecuados (Mauritz et al., 2013).

El modelo TIC constituye un marco teórico integrador que reconoce el impacto de las experiencias traumáticas a lo largo del ciclo vital y su influencia en la salud mental, emocional y relacional de las personas. Desde esta perspectiva, se asume que el trauma no solo puede estar presente antes del contacto con los servicios sanitarios, sino que la propia experiencia asistencial y hospitalaria puede resultar potencialmente traumática, especialmente en poblaciones vulnerables como bebés, niños/as, adolescentes y sus familias. El modelo TIC se articula en torno a varios principios clave (SAMHSA, 2014): la comprensión del trauma y sus efectos, la identificación sistemática de signos de estrés y desregulación emocional, la respuesta empática y adaptada a las necesidades individuales, y la prevención de la retraumatización mediante prácticas que promuevan seguridad, autonomía y control. De forma transversal, el enfoque incorpora la promoción de la resiliencia, entendida como el fortalecimiento de recursos personales, familiares y comunitarios que favorecen la adaptación, el afrontamiento saludable y el bienestar psicológico. Uno de los objetivos del TIC es que la conciencia sobre el impacto del trauma guíe la organización y la práctica de los servicios, de modo que se reduzca el riesgo de retraumatización no intencional y de daños iatrogénicos. Para ello, el modelo se articula en torno a seis principios ampliamente consensuados: seguridad; confianza y transparencia; elección; colaboración; empoderamiento y sensibilidad cultural (Office for Health Improvement and Disparities, 2022). Es fundamental subrayar que

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

el TIC no equivale a la provisión de intervenciones terapéuticas específicas centradas en el trauma, sino que se refiere a un enfoque organizativo y relacional que impregna el conjunto del servicio. SAMHSA (2014) detalla que adoptar este enfoque implica: ser consciente del impacto generalizado del trauma y comprender las posibles vías de recuperación; reconocer los signos y síntomas del trauma en las personas involucradas en el sistema –pacientes, familias, profesionales-; responder integrando de forma consciente los conocimientos sobre el trauma en los protocolos, procedimientos y prácticas clínicas para mejorar y cambiar la práctica y, evitar y prevenir activamente la re-traumatización. En la figura 1 se resumen las principales características del enfoque TIC.

Figura 1. *Las cuatro R + Resiliencia y los seis principios de los Cuidados Informado sobre el Trauma (TIC)*



Elaboración propia.

https://doi.org/10.5093/cc2026a7
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Mientras los EPI ofrecen un marco general para comprender cómo el entorno puede modular el bienestar psicológico, el cuidado informado por el trauma aporta principios específicos —seguridad, confianza, colaboración, empoderamiento y sensibilidad cultural— que permiten operacionalizar dicho conocimiento en contextos asistenciales complejos (Centre for Early Child Development, 2021), ofreciendo una estructura especialmente adecuada para la implementación práctica de los principios del TIC, al trasladarlos al diseño de los espacios físicos, las rutinas asistenciales, los estilos de comunicación y los procesos de toma de decisiones.

Existe una creciente literatura basada en la práctica que respalda la utilidad de los EPI como soporte para la prestación de cuidados informados por el trauma, especialmente en contextos complejos y de alta vulnerabilidad (Cockersell, 2016; Nikopaschos et al., 2023; Revolving Doors Agency, 2019).

Es necesario, por otra parte, diferenciar estos enfoques de la psicología y la psiquiatría de interconsulta y enlace tradicionales, que se centran en la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales comórbidos en personas con enfermedades somáticas (Rodríguez-Quiroga et al., 2023; Rutledge et al., 2020). Mientras que la interconsulta opera como un dispositivo clínico especializado, con intervenciones directas e indirectas dirigidas a casos concretos, los EPI proponen una transformación cultural y organizativa de las unidades asistenciales en su conjunto. Desde esta perspectiva, se prioriza una visión preventiva, no patologizante e integral del ser humano, orientada a reducir el sufrimiento evitable y a mejorar la experiencia vivida de todas las personas implicadas en el proceso asistencial.

Aplicación de los EPI y los TIC en contextos clínicos

Neonatología

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) constituyen entornos de alta complejidad asistencial y emocional, en los que la aplicación de los EPI puede tener un impacto particularmente relevante. En el ámbito neonatal, este enfoque se ha descrito también desde la aplicación de los TIC (Sanders y Hall, 2018), aunque en este apartado se adopta el marco más amplio de los EPI (Atkins y Syed-Sabir, 2022), que permite integrar de forma transversal dimensiones organizativas, relacionales y culturales del servicio.

El modelo EPI se articula en torno a cinco elementos clave: (1) las relaciones como motor del cambio, (2) el apoyo y la capacitación del personal, (3) el entorno físico y los procesos asistenciales, (4) un marco psicológico compartido y (5) una práctica generadora de evidencia.

Las relaciones como eje central del cuidado

Los EPI enfatizan las relaciones como herramienta principal para la transformación de los servicios. En las UCIN, este principio adquiere una complejidad específica debido a la intervención simultánea de un amplio equipo multidisciplinar que atiende a los recién nacidos y a sus familias. Este equipo incluye profesionales de enfermería y técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería, medicina (principalmente neonatólogos/as, pero también cirujanos/as pediátricos/as, radiólogos/as, médicos/as rehabilitadores/as, entre otros), así como otros perfiles sanitarios como fisioterapeutas, psicólogos/as clínicos/as o logopedas. A ello se suman profesionales no sanitarios —personal de limpieza, celadores/as, personal administrativo— cuyo papel resulta igualmente relevante en la experiencia cotidiana de las familias.

La intervención de múltiples profesionales, con diferentes roles y tiempos de contacto, puede dar lugar a que madres, padres y otros familiares perciban una atención fragmentada, con mensajes diversos e incluso contradictorios. Desde el enfoque EPI, este riesgo se aborda promoviendo relaciones de trabajo sólidas, coherentes y coordinadas, que permitan ofrecer una experiencia asistencial integrada, comprensible y emocionalmente segura para las familias. La construcción de estas relaciones constituye, al mismo tiempo, un reto organizativo y una condición fundamental para la calidad del cuidado.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

Apoyo y capacitación del personal

Otro de los pilares del modelo EPI es el apoyo sistemático al personal sanitario, especialmente relevante en las UCIN por la elevada exposición a situaciones de sufrimiento, incertidumbre clínica y toma de decisiones complejas. El enfoque EPI propone integrar acciones explícitas de cuidado del personal, teniendo en cuenta el riesgo aumentado de desgaste profesional, estrés postraumático secundario y fatiga por compasión en estos contextos asistenciales.

La integración de psicólogos/as clínicos/as en las UCIN, con un mandato específico de apoyo al personal, puede facilitar la implementación de los principios EPI en este ámbito. Asimismo, la capacitación y la formación continuada en habilidades relacionales, comunicación con familias, comprensión del trauma y regulación emocional resultan claves no solo para mejorar la calidad asistencial, sino también para favorecer la motivación, la cohesión de los equipos y la retención del personal.

Entorno físico y procesos asistenciales

El cuidado del entorno físico y de los procesos asistenciales constituye otro elemento central del modelo. Los EPI plantean que las unidades deben configurarse como espacios que faciliten la interacción respetuosa y segura entre el personal, los pacientes y las familias. Esto implica no sólo aspectos arquitectónicos o decorativos —como la luz natural, el mobiliario o la reducción del ruido—, sino también políticas organizativas que reconozcan y atiendan las necesidades básicas de las familias.

En neonatología, ello incluye facilitar el acceso continuado a la unidad, disponer de espacios adecuados para el descanso, el aseo, la alimentación y la comunicación, así como garantizar lugares que favorezcan la interacción con el bebé, el contacto piel con piel, la lactancia materna y la extracción de leche. De igual modo, el modelo subraya la importancia de cuidar los espacios destinados al personal, asegurando que los tiempos de descanso estén protegidos y que las áreas de profesionales no se conviertan en una prolongación del entorno asistencial, sino en espacios reparadores.

Comunicación, participación y procedimientos

Desde el enfoque EPI, resulta igualmente imprescindible que el servicio ofrezca procedimientos claros y diversas oportunidades de comunicación que permitan tanto al personal como a las familias expresar ideas, inquietudes y necesidades sin temor a represalias. En el contexto de las UCIN, esto se traduce en prácticas como las reuniones de acogida, las reuniones familiares multidisciplinares, la interacción con las familias en contextos cercanos (por ejemplo, junto a la cuna o en la habitación si la madre permanece hospitalizada) y la posibilidad de que madres y padres participen en las rondas o pases clínicos, en formatos de pase participativo.

Asimismo, la organización de los espacios y los tiempos asistenciales debe responder a necesidades fundamentales del bebé, incluyendo el manejo del dolor, las oportunidades de juego y desarrollo, el consuelo y el sostén emocional, la adecuación del entorno sensorial y los cuidados al final de la vida cuando son necesarios (Dorenbos et al., 2012).

Marco psicológico compartido

Un elemento distintivo de los EPI es la necesidad de que el equipo sanitario comparta un marco psicológico común para comprender y analizar la experiencia de los bebés y sus familias. Esto implica poder describir las necesidades familiares en términos psicológicos y relacionales, evitando explicaciones simplificadoras o estigmatizantes, como etiquetar a determinadas familias como “difíciles” o reducir la comprensión a la existencia de un trastorno de salud mental.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Este marco también requiere que el personal disponga de espacios y tiempos para la reflexión conjunta, donde pueda explorar sus propias respuestas emocionales, las necesidades psicológicas de las familias y los bebés, y la interacción entre ambas en el trabajo cotidiano. De igual modo, los equipos directivos y las jefaturas deberían incorporar esta mirada al analizar las necesidades del personal a su cargo. Estas competencias pueden desarrollarse mediante actividades formativas, simulaciones clínicas, espacios de reflexión, sesiones de revisión psicológica y modelos de apoyo entre iguales. En este punto, el papel de los/as psicólogos/as clínicos/as, especialmente aquellos/as con formación en formulación psicológica, resulta clave para capacitar, acompañar y modelar estas habilidades en el conjunto del equipo.

Práctica generadora de evidencia

Finalmente, como en toda práctica asistencial eficaz, los servicios de neonatología que adoptan el enfoque EPI deben recopilar y analizar de forma sistemática los resultados de sus intervenciones, con el objetivo de identificar qué prácticas funcionan, promover el aprendizaje continuo y orientar la mejora de la calidad. Para ello, resulta necesario que la psicología clínica esté integrada de manera estable en el servicio y participe activamente en la evaluación, análisis e interpretación de la evidencia generada.

Las acciones promovidas desde los Cuidados Centrados en el Desarrollo y los Cuidados Centrados en la Familia —como el contacto piel con piel, las puertas abiertas 24 horas o la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)— constituyen enfoques consolidados y plenamente alineados con el modelo EPI. Asimismo, la integración activa de las familias en los cuidados, como propone el modelo *Family Integrated Care* (FICare), ha demostrado efectos positivos tanto en el estado clínico del recién nacido como en el bienestar familiar. No obstante, el marco EPI amplía estos modelos al incorporar explícitamente al análisis y a la intervención al conjunto del servicio, incluyendo su cultura organizativa, sus procesos y las condiciones de trabajo del personal.

Obstetricia

La atención obstétrica constituye el contexto sanitario en el que el enfoque TIC ha alcanzado un mayor desarrollo conceptual y aplicado (Benton et al., 2024). Este enfoque se alinea de manera natural con el modelo EPI, al priorizar el bienestar psicológico tanto de las personas usuarias del servicio —mujeres, madres y otras personas en proceso de gestación, parto y posparto— como de los y las profesionales sanitarios/as. Asimismo, reconoce la elevada prevalencia del trauma, su impacto a corto y largo plazo, y la necesidad de que los equipos sanitarios respondan con sensibilidad, compasión y competencia, previniendo la (re)traumatización durante la atención (SAMHSA, 2014).

La evidencia internacional señala de forma consistente los beneficios de la atención basada en el trauma para la salud física y mental de las mujeres, sus familias y los propios profesionales, así como la necesidad de integrar este enfoque de manera sistemática en los servicios de maternidad y en la atención a la salud mental perinatal (Hall et al., 2021). Desde la perspectiva EPI, este planteamiento implica no solo la aplicación de intervenciones clínicas individuales, sino también la transformación de los procesos asistenciales, la cultura organizativa y los estilos relacionales de los servicios obstétricos.

El trauma en el contexto perinatal

The Centre for Early Child Development (2021) desarrolló una guía de buenas prácticas para la implementación de cuidados informados por el trauma en el periodo perinatal. En este documento, el trauma se define como:

> un evento, una serie de eventos o un conjunto de circunstancias que un individuo experimenta como física o emocionalmente dañino o potencialmente mortal y que tiene efectos adversos duraderos en

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

el funcionamiento y el bienestar mental, físico, social, emocional o espiritual del individuo" (traducción propia) (Centre for Early Child Development, 2021, p. 7).

En el ámbito obstétrico se identifican de forma específica dos experiencias potencialmente traumáticas: el trauma asociado al parto y la muerte perinatal. Durante el parto pueden producirse intervenciones o situaciones inesperadas que resulten aterradoras o emocionalmente abrumadoras para la madre o su pareja, como episodios de riesgo vital para la madre o el bebé, procedimientos de emergencia, hemorragias, lesiones físicas significativas, trato deshumanizado, falta de información o comunicación agresiva o despersonalizada. Estas vivencias pueden dejar una huella psicológica persistente si no se abordan de forma adecuada.

Asimismo, el contexto obstétrico puede reactivar experiencias traumáticas previas de la mujer gestante o de su pareja, como abusos sexuales, experiencias adversas en la infancia o situaciones de violencia de género. Estas experiencias pueden emerger durante el embarazo, el parto o el posparto, generando respuestas emocionales y conductuales diversas que requieren una comprensión sensible por parte del personal sanitario. En no pocos casos, los servicios de maternidad constituyen el primer espacio en el que las mujeres revelan por primera vez experiencias de abuso o trauma previos.

Schoreder et al. (2025) señalan que los eventos vitales traumáticos son altamente prevalentes entre las mujeres embarazadas, especialmente en adolescentes, minorías raciales y sexuales, y personas con menor nivel socioeconómico. Además, el embarazo incrementa el riesgo de violencia de género por parte de la pareja, y aproximadamente un tercio de las mujeres informan que su experiencia de parto fue traumática. La presencia de antecedentes de trauma se asocia, a su vez, con un mayor riesgo de parto prematuro, aborto espontáneo, depresión posparto y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Principios de los TICen obstetricia

Numerosas organizaciones internacionales recomiendan de forma explícita la implementación de los principios de los TIC en la atención obstétrica, entre ellas Postpartum Support International, la Society for Maternal-Fetal Medicine y el American College of Obstetricians and Gynecologists (Schroeder et al., 2025). Desde el marco EPI, estos principios se integran como parte de un enfoque sistémico que atraviesa las prácticas clínicas, los procesos organizativos y las relaciones profesionales.

En la Tabla 1 se presentan los principios, acciones clave y ejemplos asociados con las cuatro "R" de la atención informada sobre el trauma —*Realize, Recognize, Respond, Resist re-traumatization*— ampliadas con el componente de resiliencia, aplicadas a entornos obstétricos.

Tabla 1. *Las cuatro R de los Cuidados Informado sobre el Trauma (TIC) + Resiliencia aplicado a entornos obstétricos*

Principio (4R + Resiliencia)	Ejemplos aplicados a servicios de ginecología y obstetricia
Comprender (Realize)	Durante el ingreso de una madre con antecedentes de parto traumático previo, el personal sanitario adapta la comunicación y los procedimientos, explicando cada intervención con antelación y ofreciendo espacios de escucha para reducir la ansiedad y favorecer un vínculo seguro con su bebé.
Identificar (Recognize)	Si una madre muestra reacciones de sobresalto o llanto intenso al oír los monitores en la unidad de neonatología, el equipo identifica estos signos como posibles manifestaciones de trauma y adapta la atención: reduce estímulos, ofrece apoyo emocional y facilita la presencia de una persona de referencia durante los cuidados del bebé

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Tabla 1. *Las cuatro R de los Cuidados Informado sobre el Trauma (TIC) + Resiliencia aplicado a entornos obstétricos. (Continuación)*

Principio (4R + Resiliencia)	Ejemplos aplicados a servicios de ginecología y obstetricia
Responder (Respond)	Cuando una madre reacciona con irritabilidad o desconfianza ante las indicaciones del personal, en lugar de etiquetarla como "poco colaboradora", el equipo considera que puede estar reviviendo sensaciones de pérdida de control asociadas a un parto traumático. Se procura ofrecerle información clara, escucha con empatía, opciones dentro del cuidado y tiempo para decidir, favoreciendo así una relación terapéutica basada en la seguridad y la confianza.
Evitar la retraumatización (Resist re-traumatization)	Antes de realizar una exploración física, el personal informa paso a paso de lo que va a hacer, pide consentimiento explícito y ofrece la posibilidad de detener el procedimiento en cualquier momento. Esta forma de actuar refuerza el sentido de control y reduce el riesgo de reexperimentar sensaciones traumáticas previas.
Resiliencia	Tras un parto instrumental complicado, el equipo obstétrico reconoce las emociones de miedo y frustración de la madre, resalta su fortaleza durante el proceso y la anima a compartir su vivencia en un grupo posparto. Además, se le ofrece una cita de seguimiento psicológico y recursos comunitarios para acompañar la recuperación emocional y prevenir síntomas de estrés postraumático.

Adaptado de Schroeder et al., 2025.

A estos principios, el American College of Obstetricians and Gynecologists (Royce et al., 2026), añade otras competencias profesionales en el ámbito de la obstetricia desde la perspectiva de integración de abordajes informados por el trauma en la formación médica:

a) Mantener la calma para modelar y promover la calma en la paciente.
b) En la información y la interacción incluir el nivel de detalle que permita la seguridad emocional y física de los pacientes.
c) Trabajar las interacciones y la atención desde los principios de cuidado y compasión por los pacientes y por uno mismo.
d) Conocimiento y manejo de habilidades de afrontamiento, de forma que se pongan en juego en la atención y el cuidado, pero también que puedan ser facilitadas al paciente para ayudar a que desarrollen fuerza y resiliencia.

Los EPI ante la muerte perinatal

Es ampliamente reconocido en las guías de atención en la muerte perinatal su carácter potencialmente traumático (Roberts et al., 2024). De hecho, el trauma emocional es frecuente durante la experiencia de la muerte perinatal, y hasta el 49% de los padres y madres cumplen los criterios para el TEPT, incluso años después de la muerte (Herbert et al., 2022). Por otra parte, la calidad y satisfacción con la atención sanitaria recibida influye en la salud mental materna tras una muerte perinatal (Cui et al., 2025; Demontigny et al., 2007).

En este contexto, la integración de los TIC y los EPI evitaría prácticas institucionales que puedan reactivar el sufrimiento —como la comunicación despersonalizada, la separación innecesaria del/la bebé fallecido/a o la falta de privacidad—, a la vez que promueven una atención compasiva, centrada en el vínculo, el acompañamiento emocional y el respeto a los tiempos de duelo (Berry, 2022).

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

Otros ejemplos prácticos de la aplicación de estos modelos en la muerte perinatal serían: el apoyo en la creación de recuerdos significativos (fotografías, cajas de recuerdos que incluyan huellas, pinza de cordón…), evitar habitaciones cercanas al llanto de bebés en obstetricia o utilizar señalizaciones o "código mariposa" como señal de respeto y para favorecer que todo el personal sanitario pueda brindar una atención empática y respetuosa ante el proceso de duelo de la madre y la familia (Mendoza-Añamise et al., 2025).

Recomendaciones operativas y vínculo con los EPI y TIC

Benton et al. (2024) sintetizan en ocho recomendaciones la aplicación de los TIC en situaciones de muerte o trauma perinatal: (1) detección sistemática del trauma, (2) mejora del acceso a la atención sanitaria, (3) comunicación clara, respetuosa y sensible, (4) consistencia y continuidad asistencial, (5) atención individualizada que reconozca la diversidad, (6) colaboración activa entre mujeres, familias y servicios, (7) capacitación específica de los y las profesionales para mejorar conocimientos y habilidades, y (8) supervisión y apoyo entre pares para el personal sanitario.

El modelo recomienda el uso de herramientas y preguntas de detección estandarizadas que faciliten la identificación del trauma y promuevan una conversación abierta y segura con los y las profesionales de la salud. No obstante, se subraya que la evaluación sólo debe realizarse cuando el profesional pueda ofrecer una escucha adecuada, un seguimiento posterior, opciones de atención apropiadas y, cuando sea necesario, derivación a servicios especializados. De este modo, se reduce el riesgo de retraumatización y se favorece un clima de seguridad, confianza y control percibido.

Desde el enfoque EPI, se enfatiza además la importancia de proporcionar información accesible, oportuna y comprensible sobre las distintas opciones de atención disponibles, tanto para las mujeres y sus familias como para los propios profesionales. En las salas de parto y en el posparto, los EPI buscan generar experiencias asistenciales que sean no sólo clínicamente seguras, sino también psicológicamente respetuosas y reparadoras.

Es relevante destacar que los principios de la atención informada sobre el trauma deben aplicarse de manera universal a todas las personas usuarias de los servicios, y no únicamente a aquellas que han sido identificadas explícitamente como supervivientes de trauma mediante procesos de evaluación. Esta perspectiva universalista es coherente con el enfoque EPI, que prioriza la prevención del sufrimiento evitable y la mejora de la experiencia asistencial global.

Finalmente, el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra recomienda aumentar la accesibilidad a intervenciones psicológicas basadas en la evidencia e informadas sobre el trauma para las mujeres en el periodo perinatal, así como implementar un enfoque holístico, personalizado e informado sobre el trauma en la atención a la salud mental perinatal (Easter et al., 2022; Law et al., 2021). Estas recomendaciones refuerzan la necesidad de integrar de forma estructural la psicología clínica en los servicios obstétricos como elemento clave para el desarrollo de entornos psicológicamente informados.

Pediatría

Los entornos pediátricos, y especialmente aquellos que implican hospitalización, procedimientos invasivos o cuidados intensivos, constituyen contextos asistenciales en los que los EPI resultan particularmente pertinentes. El diagnóstico, los tratamientos, la incertidumbre clínica y las separaciones asociadas a la atención sanitaria pueden convertirse en fuentes significativas de estrés tanto para los niños y niñas como para sus familias. Al igual que en neonatología y obstetricia, el impacto emocional de estas experiencias no se limita a la dimensión física, sino que incluye componentes psicológicos, relacionales y contextuales.

Desde el marco EPI, se parte del reconocimiento de que las respuestas emocionales intensas ante situaciones médicas son frecuentes y, en muchos casos, inicialmente adaptativas. Las reacciones de miedo, ansiedad, hiperactivación, evitación o bloqueo forman parte de los procesos de afrontamiento que permiten a los pacientes pediátricos y a sus cuidadores movilizar recursos personales y contextuales ante una amenaza real o percibida.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

La mayoría de las familias muestran trayectorias resilientes cuando cuentan con apoyos adecuados del entorno familiar, social y hospitalario. No obstante, en un subgrupo relevante estas respuestas persisten y pueden interferir en el funcionamiento cotidiano, en la adherencia a los tratamientos y en el pronóstico de salud a medio y largo plazo (Supelana et al., 2016). Los datos de prevalencia indican que aproximadamente el 35 % de los pacientes pediátricos presentan comorbilidad entre una enfermedad médica y problemas de salud mental . Si nos fijamos en enfermedades concretas, estas tasas aumentan hasta un 62% en niños/as y adolescentes con fibrosis quística, y al 50% de los pacientes oncológicos pediátricos (Cobham et al., 2020).

Trauma médico pediátrico como marco comprensivo no patologizante

El concepto de *Pediatric Medical Traumatic Stress* (PMTS) proporciona un marco comprensivo coherente con los principios de los EPI y la atención informada sobre el trauma o TIC. El PMTS describe el conjunto de respuestas psicológicas y fisiológicas de la infancia y sus familias ante el dolor, las lesiones, los procedimientos médicos y las experiencias asociadas a tratamientos invasivos o vividos como amenazantes (National Child Traumatic Stress Network, 2003). La percepción subjetiva de incontrolabilidad e imprevisibilidad asociada al proceso médico puede conducir a experimentar un estado de malestar persistente, de modo que se establece una relación bidireccional entre la enfermedad y el estrés, exacerbando los síntomas físicos y, en ocasiones, incluso pueden llegar a solaparse.

Al igual que ocurre con el trauma perinatal y obstétrico, el PMTS no constituye necesariamente una categoría diagnóstica, sino un modelo explicativo que permite entender las manifestaciones emocionales y conductuales en relación con los estresores propios del contexto sanitario, evitando interpretaciones patologizantes o culpabilizadoras.

Entre el 25%-38% de los niños y niñas con enfermedades médicas presentan síntomas de estrés médico traumático (Medrano et al., 2025), cumpliendo en algunos casos, criterios diagnósticos de TEPT (Pinquart et al., 2020) Este riesgo se incrementa en contextos de mayor complejidad clínica, como los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), que se asocian a una mayor probabilidad de síntomas de estrés postraumático a medio plazo (Hay et al., 2025; Marcev et al., 2024). Los síntomas de estrés vinculados a la experiencia médica, se asocian a mayor disfunción emocional, social y cognitiva (Beaulieu-Jones et al., 2022).

Existe abundante bibliografía que describe el impacto negativo en el bienestar general del paciente cuando los síntomas de estrés postraumático no se detectan y tratan a tiempo, tanto en los pacientes como en sus familiares. Por ejemplo, en un metaanálisis reciente (Pinquart, 2020), los síntomas de estrés traumático se asociaron positivamente con la gravedad de la enfermedad, la duración y la intensidad del tratamiento; también se han relacionado con malos resultados de los trasplantes, principalmente debido al incumplimiento de la toma de medicación y de las recomendaciones sanitarias debido a los síntomas de evitación del TEPT (Supelana et al., 2016).

Por otra parte, un elemento diferencial del trauma médico, compartido con neonatología y obstetricia, es la posibilidad de intervención temprana e inmediata. Desde el enfoque EPI, esta característica permite implementar estrategias preventivas, proactivas y escalonadas, ajustadas al nivel de necesidad, que favorezcan la regulación emocional, la sensación de control y la construcción de experiencias de cuidado psicológicamente seguras. Así, el especialista en psicología clínica, junto con otros profesionales sanitarios, colaboraría en promover respuestas adaptativas que mejoren el manejo de los síntomas de la enfermedad, el cumplimiento de las prescripciones sanitarias, la comunicación optimizada con los profesionales y la mejora de la calidad de vida.

En este sentido, Kazak et al. (2006) propone aplicar el Modelo de Salud Psicosocial Preventiva en Pediatría (PPPHM) para guiar la comprensión y el tratamiento del estrés postraumático médico pediátrico (PMTS), a través de un modelo de atención psicosocial que incluye medidas preventivas, y se aleja de la visión clásica centrada en la psicopatología, priorizando la facilitación de los procesos de adaptación más allá del control de los síntomas.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

Humanización, derechos de la infancia y coherencia con los EPI

La humanización de la atención pediátrica constituye un pilar fundamental de los EPI. Este enfoque concibe la atención sanitaria como un proceso integral que atiende simultáneamente a las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y relacionales del niño o la niña y su familia, promoviendo políticas, prácticas y entornos organizativos que reduzcan el sufrimiento evitable y protejan la dignidad humana.

En pediatría, la humanización se articula de forma inseparable con el reconocimiento de los derechos de la infancia. Tal como señalan Tripodi et al. (2017), la implicación activa del niño, niña o adolescente y su familia, la adaptación del entorno a sus necesidades evolutivas y la minimización del malestar y del trauma asociados a la enfermedad constituyen ejes centrales de una atención de calidad. La hospitalización introduce nuevas necesidades vinculadas a la atención sanitaria, pero no anula otras igualmente esenciales, como las necesidades de vínculo, juego, educación, participación y continuidad del entorno vital.

Estos principios están recogidos en marcos normativos internacionales, como la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados (Parlamento Europeo, 1986) y las *Guidelines on Child-Friendly Health Care* del Consejo de Europa (2011), que promueven una atención centrada en el menor y su familia, integrada, multidisciplinar y adaptada al desarrollo. Desde esta perspectiva, el niño o la niña deja de ser un sujeto pasivo para convertirse en un agente activo en su proceso de cuidado, con derecho a ser escuchado, a participar en la toma de decisiones de forma acorde a su capacidad y a recibir atención dentro de su entorno afectivo.

En consonancia con estos marcos, los modelos de *Child-Friendly Health Care* incorporan de manera explícita componentes psicosociales a la práctica clínica, integrando el apoyo emocional, la continuidad educativa y el juego como elementos esenciales de la experiencia hospitalaria. En España, el desarrollo reciente del *Manual de Buenas Prácticas en Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos* (Grupo HU-CIP, 2024) refuerza esta orientación y ofrece un marco operativo alineado con los principios EPI.

Integración de las "4R" y la resiliencia en entornos pediátricos

La aplicación de los principios de la atención informada sobre el trauma en pediatría, integrada dentro del marco TIC, permite estructurar respuestas coherentes a nivel organizativo, relacional y clínico. Al igual que en neonatología y obstetricia, la incorporación de las cuatro "R" —Comprender (*Realize*), Identificar (*Recognize*), Responder (*Respond*) y Evitar la retraumatización (*Resist re-traumatization*)— junto con el fortalecimiento de la resiliencia, ofrece una guía transversal para la práctica asistencial. Diversos estudios han demostrado mejoras en las actitudes y creencias del equipo sanitario tras la formación orientada a TIC (Davis et al., 2024; Cerny et al., 2023).

En la tabla 2 se presentan ejemplos de aplicación de las cuatro "R" adaptados a entornos pediátricos y, específicamente, a las UCIP.

En entornos pediátricos y UCIP, esto implica reconocer el contexto asistencial como un entorno de riesgo emocional; detectar de forma proactiva señales de malestar en niños, niñas, familias y profesionales; responder mediante una comunicación clara, coherente y anticipatoria, y evitar prácticas que aumenten el sentimiento de pérdida de control, amenaza o desamparo. De forma complementaria, el enfoque EPI promueve el refuerzo de las competencias parentales, la participación activa de las familias en los cuidados, la construcción de narrativas de sentido y continuidad, y el cuidado emocional de los equipos sanitarios, especialmente en contextos de alta carga asistencial.

En este marco, la integración de profesionales de la psicología clínica en los servicios pediátricos desempeña un papel clave, tanto en la atención directa a niños y familias como en el apoyo, la formación y la reflexión compartida del equipo, contribuyendo a consolidar una cultura asistencial psicológicamente informada y coherente con los principios de humanización, prevención y cuidado relacional.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Tabla 2. *Las cuatro R de los Cuidados Informado sobre el Trauma (TIC) + Resiliencia aplicado a entornos pediátricos*

Principio (4R + Resiliencia)	Ejemplos aplicados a Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas
Comprender (Realize)	• Formación del equipo en trauma pediátrico, desarrollo infantil y apego.• Reconocer la UCIP como contexto de riesgo emocional (separaciones, procedimientos invasivos, alarmas, incertidumbre) y re traumatización, tanto en pacientes y familias, como en los profesionales• Incorporar esta mirada en protocolos, acogida y toma de decisiones.
Identificar (Recognize)	• Incorporar sistemas de detección temprana de señales de estrés familiar (hiperalerta, bloqueo, evitación) (ej. cuestionarios de síntomas) • Identificación sistemática de señales de malestar en diferentes etapas del ciclo vital (cambios fisiológicos, conducta, sueño, dolor) (ej. escalas de dolor, delirium, etc.).• Valoración proactiva de desgaste emocional y fatiga por compasión en el equipo (ej. cuestionarios y escalas, reuniones orientadas). • Incorporar seguimiento post-UCIP para valoración de síndrome post-UCIP
Responder (Respond)	• Comunicación clara, anticipatoria y coherente entre profesionales (ej. pases participativos equipo multidisciplinar-familia).• Facilitar la presencia y participación activa de madres, padres y cuidadores en los cuidados (ej.).• Rutinas predecibles, preparación psicológica para procedimientos, lenguaje respetuoso.• Espacios y tiempos para acompañamiento emocional y toma de decisiones compartidas.Sistemas de auto cuidado y apoyo a los profesionales sanitarios.
Evitar la retraumatización (Resist re-traumatization)	• Minimizar separaciones innecesarias y restricciones no justificadas.• Evitar mensajes culpabilizantes o contradictorios hacia las familias.• Coordinar al equipo para reducir repeticiones de información dolorosa.• Cuidar el tono, la privacidad y el respeto en situaciones críticas o de final de vida. • Otros: Incorporación de Diarios de UCIP, implementación de Sistemas Aumentativos/alternativos de comunicación (SAACS) y protocolos específicos en pacientes pediátricos con trastornos del neurodesarrollo, particularmente Trastorno del Espectro del Autismo, y trastorno del desarrollo intelectual
Resiliencia	• Reforzar competencias parentales incluso en contexto crítico (qué sí pueden hacer por su hijo/a, promover la autonomía en los cuidados médicos parentales etc).• Colaboración y acceso a asociaciones y/o agrupaciones de apoyo mutuo.• Espacios de apoyo y supervisión emocional para profesionales.• Construir narrativas de sentido, continuidad y cuidado más allá de la UCIP.

Elaboración propia.

Buenas prácticas y experiencias en el contexto español

En el contexto español se han desarrollado en los últimos años diversas iniciativas alineadas con los principios de los EPI y TIC, especialmente en los ámbitos de la pediatría hospitalaria y la neonatología. Estas experiencias se inscriben en un movimiento más amplio hacia modelos de atención centrados en la persona y

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

la familia, que reconocen el impacto psicológico de los procesos asistenciales y la necesidad de abordarlo de forma sistemática y estructural dentro del sistema sanitario público.

Atención centrada en la persona, EPI y TIC en pediatría: Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

El Hospital Sant Joan de Déu Barcelona constituye un referente en la implementación de un modelo de atención pediátrica centrado en el paciente y la familia, alineado con los principios de los EPI. Este modelo parte del reconocimiento de que la experiencia hospitalaria pediátrica implica una carga emocional significativa y potencialmente traumática, para niños, niñas y adolescentes, así como para sus familias, que debe ser abordada más allá del plano biomédico.

La atención integral se articula desde entornos psicológicamente informados que integran la seguridad clínica con el cuidado emocional, la hospitalidad y el acompañamiento a las familias, alineados con los valores de "curar y cuidar" en los que se asienta el hospital. A lo largo de todo el proceso asistencial, y de forma transversal, el hospital diseña entornos, y ofrece recursos de apoyo emocional, y atención psico social y espiritual específica.

A continuación se detallan algunos ejemplos de acciones en cada uno de los elementos:

- Espacios de juego adaptados: el hospital cuenta con salas de juegos en cada planta de hospitalización, co-creadas con pacientes y familias para responder a las necesidades y propuestas reales de la infancia y adolescencia. Estos espacios buscan mejorar la experiencia hospitalaria desde una perspectiva psicológica y de bienestar emocional.
- Atención espiritual y religiosa: el Servicio de Acompañamiento Espiritual y Religioso (SAER) acompaña a las familias y les ayuda a reconstruir la narrativa que da sentido a sus vidas y a encontrar esperanza en el cuidado y el apoyo a su hijo/a enfermo/a desde la pluralidad de las prácticas religiosas o espirituales.
- Servicio de Mediación Intercultural: facilita la comunicación y el entendimiento entre el hospital y las familias de distintos orígenes culturales y lingüísticos, garantizando una atención integral y sensible a la diversidad.
- Aula Hospitalaria (Magnolia): garantiza la continuidad educativa de niños/as y adolescentes, incluyendo la atención educativa en la habitación, en el aula hospitalaria, así como adaptándose a posibles necesidades educativas especiales.
- Hospital Amigo (Sant Joan de Déu, 2024): El programa Hospital Amigo, pionero en España, engloba actividades de soporte emocional con dos objetivos principales: hacer que la experiencia hospitalaria sea lo más positiva posible y cumplir con la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado. Para ello, ofrece recursos terapéuticos y de humanización adaptados al tiempo de ingreso y a las necesidades de cada familia, como payasos de hospital, musicoterapia, arte expresivo, intervenciones asistidas con perros (CTAC), teatro social y magia.
- Voluntarios: equipo de más de 300 personas que dedican su tiempo a acompañar a niños/as y familias durante su estancia hospitalaria. Crean espacios de juego, descanso y bienestar sobre todo en unidades clave: urgencias, UCIP, neonatología, hospitalización, salud mental y paliativos.
- *Child Life* (Sant Joan de Déu, 2025): equipo que acompaña a niños, adolescentes y familias durante los procesos médicos y la hospitalización, ayudándoles a comprender lo que ocurre, reducir el miedo y favorecer la adaptación durante los procedimientos y hospitalización. A través del juego terapéutico, la preparación para pruebas y procedimientos promueve experiencias de atención seguras, comprensibles y emocionalmente contenidas.

Además, a través del Equipo de Experiencia del Paciente, la institución ha desarrollado un ecosistema estructurado de participación que integra a pacientes, familias y profesionales, promoviendo el empoderamiento, la toma de decisiones compartidas y el co-diseño de mejoras asistenciales. Estas estrategias incluyen la recogida sistemática de la experiencia del paciente, la participación de consejos permanentes de familias y jóvenes, y la incorporación de dicha perspectiva en ámbitos estratégicos de la organización.

Durante el 2025, el hospital ha impulsado un proyecto institucional de Atención Informada sobre el Trauma,

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

concebido como una estrategia transversal de prevención universal. El proyecto está liderado por las referentes de psicología clínica y psiquiatría del equipo de salud mental de enlace, y se desarrolla en colaboración con el área de docencia y el apoyo institucional del equipo de Experiencia del paciente. Se orienta a reforzar las competencias relacionales y emocionales de los profesionales y a promover una cultura organizativa basada en la seguridad psicológica, la empatía y la prevención de la re-traumatización.

Uno de los ejes del proyecto, consiste en una capacitación a todos los profesionales que trabajan en la institución (sean o no sanitarios), y se estructura en cuatro fases progresivas (sensibilización, aprendizaje, aplicación y sostenibilidad), articulándose en torno a los cuatro principios de la TIC definidos por la SAMHSA (2014): comprender el impacto del trauma, identificar sus manifestaciones, responder de forma empática y prevenir la re-traumatización. Esta experiencia, que será desplegada a lo largo del 2026, ilustra el potencial de los EPI y la TIC como marcos integradores para transformar la cultura asistencial en contextos pediátricos complejos.

Buenas prácticas en Entornos Neonatales Psicológicamente Informados: Hospital Clínico San Carlos

En el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos se desarrolló un proyecto de mejora de la experiencia de las familias desde el enfoque de los EPI, concebido como una intervención estructurada en el marco de la mejora de la calidad asistencial y como una práctica generadora de evidencia (Cuéllar-Flores et al., en prensa; Cuéllar-Flores et al., en proceso de evaluación).

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental comparativo, de un solo centro, con dos cohortes de familias de recién nacidos hospitalizados: una previa a la implementación de las acciones de mejora y otra posterior. El servicio es un dispositivo de nivel IIIb, con integración de prácticas de Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia, puertas abiertas 24 horas, acreditación IHAN 4D y la presencia de una psicóloga clínica a media jornada, lo que configura un contexto especialmente relevante para la aplicación de los EPI. Además, cuenta con un programa de acogida para hermanos/as de los bebés hospitalizados y hospitalización domiciliaria neonatal (Comunidad de Madrid, 17 agosto 2022).

El proyecto fue coordinado por psicología clínica y contó con la participación de profesionales de neonatología, enfermería y auxiliares, así como con la implicación directa de familias mediante entrevistas en profundidad y colaboración con la Asociación de Familias de Prematuros (APREM). A partir del análisis de la experiencia familiar mediante el cuestionario EMPATHIC-N (Ruíz González et al., 2023) y entrevistas cualitativas, se elaboró un mapa de experiencia y se diseñaron siete acciones de mejora orientadas a optimizar el bienestar emocional, la comunicación y los procesos asistenciales durante la hospitalización neonatal.

Las acciones incluyeron tanto la optimización de circuitos ya existentes (derivación a trabajo social, acceso temprano a recursos psicosociales) como medidas innovadoras, entre ellas los Diarios de UCIN (cuadernos de recuerdos que pueden prevenir el TEPT -Low et al., 2023), cartelería sobre salud mental perinatal, una campaña de sensibilización para profesionales en Cuidados Psicológicamente Informados Neonatales, lectura para bebés hospitalizados, un curso de habilidades de comunicación profesional y una Escuela de Familias. Todas las acciones se diseñaron desde un marco psicológico explícito y con una orientación relacional y preventiva.

Tras la implementación de las medidas, se observó una mejora significativa en la experiencia de las familias, particularmente en las dimensiones de participación familiar y actitud de los profesionales del EMPATHIC-N, así como en la recomendación global de la unidad. Estos resultados son especialmente relevantes si se considera que los niveles de satisfacción iniciales eran ya elevados, lo que sugiere que los EPI permiten identificar y mejorar aspectos cualitativos de la experiencia que no siempre se detectan mediante indicadores tradicionales de satisfacción.

En conjunto, esta experiencia aporta evidencia empírica sobre la viabilidad y utilidad del marco de los Entornos Neonatales Psicológicamente Informados en el sistema sanitario público, mostrando cómo un proceso participativo, liderado por psicología clínica e integrado en la práctica asistencial real, puede generar mejoras significativas en la experiencia de las familias en un contexto de alta vulnerabilidad emocional.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

Recomendaciones para la implementación de los Entornos Psicológicamente Informados y la Atención Informada sobre el Trauma

El desarrollo de los modelos de EPI y TIC requiere su integración en organizaciones sanitarias existentes, inscritas en un marco cultural y normativo determinado. La adopción de estos enfoques implica un cambio organizativo, cuyo alcance dependerá del grado en que las políticas, estructuras y prácticas previas estén orientadas a enfoques relacionales y centrados en la persona.

Los cambios pueden ser graduales, mediante la revisión de prácticas existentes, o transformadores, afectando a la cultura organizacional, la gestión de servicios y los modelos de liderazgo. Es habitual que surjan resistencias, comprensibles como respuestas defensivas ante la ambigüedad y la incertidumbre que implica la transformación (Kupers, 2011). Por ello, es necesario un marco psicológico compartido, incorporado a políticas, protocolos y rutinas, que garantice que los cambios prioricen las necesidades de pacientes y familias sobre las del sistema.

La implementación exitosa requiere liderazgo estable y comprometido, con capacidad para contener ansiedades organizacionales y modelar los principios psicológicos en la práctica cotidiana. Además, es esencial un plan operativo claro, con objetivos definidos, fases de desarrollo y mecanismos de evaluación continua que permitan monitorizar tanto la implantación real de las acciones como sus efectos.

Un pilar central es la integración estructural de la psicología clínica, que puede contribuir mediante:

- Intervención directa: evaluación y tratamiento psicológico de pacientes y familias, coordinado con otras disciplinas.
- Intervención indirecta: formación, consultoría o supervisión a otros profesionales sanitarios para que ofrezcan atención basada en principios psicológicos.
- Intervención organizacional o consultiva: diseño de procesos asistenciales, desarrollo de equipos, liderazgo clínico y fortalecimiento de la cultura organizacional (Dekker et al., 2023).

La modalidad indirecta, aunque menos visible, tiene gran alcance y es esencial para que los principios EPI y TIC permeen transversalmente la atención. La tabla 3 incluye recomendaciones para su integración en entornos pediátricos, neonatales u obstétricos.

Tabla 3. *Recomendaciones para la integración estructural de la psicología clínica en entornos pediátricos, neonatales y obstétricos*

• Incorporar explícitamente un marco psicológico y relacional en políticas, protocolos y decisiones clínicas.
• Diseñar y gestionar entornos físicos y sociales que promuevan seguridad emocional, participación y vínculo.
• Capacitar y acompañar al personal en la identificación de riesgos psicológicos y en estrategias de atención sensible al trauma.
• Establecer evaluación y monitorización rutinaria de la experiencia de pacientes y familias y del bienestar profesional.
• Promover evaluación psicológica proactiva de pacientes y familias.
• Garantizar acceso a tratamientos psicológicos coordinados y escalonados según necesidades.
• Consolidar prácticas de reflexión y mejora continua, fomentando la cultura de aprendizaje dentro del equipo y de la organización.

Las iniciativas descritas ilustran, desde aproximaciones complementarias, la viabilidad de implementar cambios organizativos, relacionales y culturales orientados a mejorar la experiencia y el bienestar emocional de pacientes y familias, así como el papel estratégico de la psicología clínica en su diseño, desarrollo y evaluación.

La tabla 4 muestra un resumen de las recomendaciones para la implementación de EPI y TIC en entornos pediátricos, neonatales y obstétricos.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Tabla 4. *Síntesis de recomendaciones, desafíos y elementos clave para la implementación de los enfoques de Entornos Psicológicamente Informados (EPI) y Cuidados Informados por el Trauma (TIC) en entornos pediátricos, neonatales y obstétricos*

Dimensión	Elementos clave	Ejemplos/Acciones prácticas
Marco organizativo y cultural	Integración de un enfoque psicológico y relacional en políticas, protocolos y rutinas	Revisión de prácticas existentes, establecimiento de cultura de seguridad emocional, liderazgo comprometido
Liderazgo y gestión del cambio	Grupo coordinador capaz de contener ambigüedad, tolerar incertidumbre y modelar principios psicológicos	Liderazgo estable, plan operativo claro, fases de desarrollo y seguimiento continuo
Integración de Psicología Clínica	Modalidades directa, indirecta y consultiva/organizacional	Atención directa a pacientes/familias; formación y supervisión de otros profesionales; participación en diseño de procesos y liderazgo clínico
Capacitación y desarrollo profesional	Formación en TIC, comunicación empática, identificación de riesgos psicológicos y manejo de malestar emocional	Cursos, talleres prácticos, supervisión, mentoría y reflexión de casos
Entorno físico y social	Diseño de espacios y procesos que favorezcan seguridad, participación y vínculo	Optimización de UCIN/UCIP, acceso a recursos familiares, rutinas predecibles, espacios de acompañamiento
Evaluación y monitorización	Evaluación continua de experiencia, satisfacción y bienestar emocional de pacientes, familias y profesionales	Encuestas validadas (EMPATHIC-N, PHQ-4), reuniones de equipo, indicadores de desempeño y calidad
Intervención psicológica proactiva y accesible	Identificación temprana de malestar emocional y provisión de tratamientos escalonados	Cuestionarios de detección, seguimiento post-alta, derivaciones a psicología clínica o servicios especializados
Prevención de retraumatización y fomento de resiliencia	Comunicación sensible, validación de experiencias, apoyo familiar y profesional	Lenguaje claro y respetuoso, participación activa de familiares, diario de UCIN, supervisión y autocuidado para el personal
Desafíos principales	Resistencia al cambio, limitaciones de tiempo y recursos, costes de adaptación, reconocimiento insuficiente de modalidades indirectas	Estrategias de liderazgo, formación sostenida, evidencia de impacto y políticas de soporte institucional

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e7, 1-22
https://doi.org/10.5093/cc2026a7

La implementación de EPI y TIC enfrenta, no obstante, barreras importantes. Por un lado la resistencia al cambio por parte de profesionales y estructuras organizativas. También las limitaciones de tiempo y recursos, que dificultan la formación y la atención centrada en la persona, así como los costes asociados al rediseño de espacios y al desarrollo de intervenciones psicológicas sistemáticas.

Se requiere además visibilizar el valor de la psicología clínica en modalidades indirecta y organizacional, más allá de la atención directa, y garantizar su sostenibilidad dentro de los sistemas sanitarios. Los psicólogos/as deben poseer una comprensión profunda del contexto clínico, patologías, tratamientos, impacto conductual y emocional, y habilidades para trabajar en equipos interdisciplinares. Al mismo tiempo, otros profesionales necesitan formación práctica en principios psicológicos y relacionales y en habilidades para abordar malestar emocional y trauma.

Por último, se precisa investigación aplicada para identificar componentes efectivos, evaluar su impacto y consolidar evidencia sobre la implementación y sostenibilidad de los modelos EPI y TIC en contextos pediátricos, neonatales y obstétricos.

Conclusiones

Este trabajo aporta evidencia desde la literatura disponible, así como desde las experiencias en nuestro país sobre la viabilidad y pertinencia de los EPI y la TIC en el contexto sanitario español, especialmente en el área materno infantil. La implementación y los resultados en centros de referencia como el Hospital Sant Joan de Déu y el Hospital Clínico San Carlos muestran que la integración de la perspectiva psicológica en la atención hospitalaria no sólo es viable, sino que, puede mejorar la experiencia de las familias, fortalecer la seguridad emocional y reforzar la participación activa de pacientes y cuidadores/as.

La adopción de estos modelos no solo beneficiaría a pacientes y familias, sino también al equipo sanitario, al proporcionar herramientas de manejo emocional, comunicación y prevención de desgaste profesional. La experiencia acumulada subraya que los EPI y la TIC constituyen un marco estratégico para humanizar la atención, integrar la psicología clínica en los equipos y mejorar resultados asistenciales en unidades de alta complejidad, lo que supone un indicador de calidad asistencial.

Finalmente, este trabajo respalda la expansión de estos enfoques a los servicios pediátricos y obstétricos, promoviendo la formación continua, la investigación aplicada y la consolidación de políticas organizativas que prioricen la seguridad emocional y la atención centrada en las personas como ejes fundamentales de la práctica clínica. En definitiva, los EPI y los TIC ofrecen un marco sólido para avanzar hacia sistemas sanitarios que no solo traten la enfermedad, sino que cuiden de las personas y de las relaciones que sostienen el proceso asistencial. Como señaló Ramón Bayés en su discurso de investidura como Doctor Honoris Causa (2009): *"las habilidades de comunicación y la validación de las biografías constituyen la tecnología punta para aligerar el malestar de las personas*", una afirmación que resume con precisión el espíritu de estos enfoques.

Referencias

Atkins, E. y Syed-Sabir, H. (2022). PIE in PICU and NICU: Developing psychologically informed environments. *Clinical Psychology Forum, 359*, 9–19. https://doi.org/10.53841/bpscpf.2022.1.359.9

Bayés, R. (2009). Discurso del profesor Ramón Bayes Sopena "Sobre la felicidad y el sufrimiento". Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). https://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,25101733y_dad=portaly_schema=PORTAL

Beaulieu-Jones, B. R., Bingham, S., Rhynhart, K. K., Croitoru, D. P., Singleton, M. N., Rutman, M. S. y Baertschiger, R. M. (2022). Incorporating a trauma-informed care protocol into pediatric trauma evaluation: The pediatric PAUSE does not delay imaging or disposition. *Pediatric Emergency Care*, 38(1), 52–58. https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002278

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Benton, M., Wittkowski, A., Edge, D., Reid, H. E., Quigley, T., Sheikh, Z. y Smith, D. M. (2024). Best practice recommendations for the integration of trauma-informed approaches in maternal mental health care within the context of perinatal trauma and loss: A systematic review of current guidance. *Midwifery, 131*, Artículo e103949. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103949

Berry, S. N. (2022). The trauma of perinatal loss: a scoping review. *Trauma Care*, *2*(3), 392-407. https://doi.org/10.3390/traumacare2030032

Centre for Early Child Development. (2021). *Trauma-informed care in the perinatal period: A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period*. NHS England y NHS Improvement. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/02/BBS-TIC-V8.pdf

Cerny, S., Berg-Poppe, P., Anis, M., Wesner, C., Merrigan, M. y LaPlante, K. (2023). Outcomes from an interprofessional curriculum on trauma-informed care among pediatric service providers. *Journal of Interprofessional Care, 37*(2), 288–299. https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2070142

Cobham, V. E., Hickling, A., Kimball, H., Thomas, H. J., Scott, J. G. y Middeldorp, C. M. (2020). Systematic review: Anxiety in children and adolescents with chronic medical conditions. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 59*(5), 595–618. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.010

Cockersell, P. (2016). PIEs five years on. *Mental Health and Social Inclusion, 20*(4), 221–230. https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2016-0022

Comunidad de Madrid (2022, 17 agosto). La Comunidad de Madrid ha ofrecido cuidados en su domicilio a cerca de 500 recién nacidos prematuros desde 2014. https://www.comunidad.madrid/noticias/2022/08/17/comunidad-madrid-ha-ofrecido-cuidados-su-domicilio-cerca-500-recien-nacidos-prematuros-2014

Consejo de Europa. (2011). *Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care* (Adopted by the Committee of Ministers on 21 September 2011 at the 1121st meeting of the Ministers' Deputies). https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1836421&Site=CM

Cui, N., Wu, S., Wang, X. y Sheng, L. (2025). Experiences and needs of family members of perinatal infant deaths: A meta-synthesis. *Frontiers in Public Health*, *13*, Artículo e1580039. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1580039

Cuéllar-Flores, I., Alonso, G. y Rodríguez M.J. (en prensa). Factors associated with anxiety–depressive symptoms, experience, and satisfaction among families in neonatology: a cross-sectional study. *Sage Open Nursing*.

Cuéllar-Flores, I., Alonso, G. y Rodríguez M. J. (en proceso de evaluación). Impacto de los entornos psicológicamente informados en la experiencia familiar en neonatología: estudio cuasiexperimental pre–post con cohortes independientes.

Davis, P. A., Hubbard, D., Gladdis, T., Nitkin, C., Hansen, K., Keith-Chancy, E., Godwin, J., Staggs, V., Babbar, S., Hardy, M., Ashbaugh, J. y Carter, B. S. (2024). Improving attitudes toward trauma-informed care in the neonatal intensive care unit through comprehensive multi-disciplinary education. *Journal of Perinatology, 44*(5), 650–658. https://doi.org/10.1038/s41372-024-01897-4

Dekker, J., Sears, S. F., Åsenlöf, P. y Berry, K. (2023). Psychologically informed health care. *Translational Behavioral Medicine, 13*(5), 289-296.

Doorenbos, A., Lindhorst, T., Starks, H., Aisenberg, E., Curtis, J. R. y Hays, R. (2012). Palliative Care in the paediatric ICU: Challenges and opportunities for family-centred practice. *Journal of Social Work in end-of-life y Palliative Care*, *8*(4), 297-315. https://soi.org/10.1080/15524256.2012.732461

Demontigny, F., Verdon, C., Meunier, S. y Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of women's Mental Health*, *20*(5), 655-662. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0742-9

Easter, A., De Backer, K., Fisher, L., Slade, P., Bridle, L., Challacombe, F., Davey, A., O'Mahen, H., Rayment-Jones, H., Holly, J., Sharp, H., Howard, L. M. y Sandall, J. (2022). *ESMI-III: The effectiveness and implementation of maternal mental health services: Interim report phase 1*. National Institute for Health and care Research.

Grupo de trabajo de certificación del Proyecto HU-CIP. (2024). *Manual de Buenas Prácticas en Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos*. https://hsanidad.org/bphucip

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Hay, R. E., O'Hearn, K., Zorko, D. J., Lee, L. A., Mooney, S., McQuaid, C., Albrecht, L., Henshall, D., Dannenberg, V. C., Flamenghi, V., Thibault, C., Lee, W. K., Shi Min Ko, M., Cree, M., St. Louis, J., Heneghan, J. A., Leung, K. K., Wood, A., López-Barón, E. … García Guerra, G. (2025). Systematic review and meta-analysis of prevalence and population-level factors contributing to posttraumatic stress disorder in pediatric intensive care survivors. *Pediatric Critical Care Medicine, 26*(4), 531–543. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003696

Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M. y MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 297*, 118-129. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026

Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A. y Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 343–355. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj054

Kupers, W. (2011). Dancing on the limen—embodied and creative inter-places as thresholds of be(com)ing: Phenomenological perspectives on liminality and transitional spaces in organisational and leadership. *Journal of Critical Organisational Inquiry, 9*(3–4), 45–59.

Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M. y Stramrood, C. (2023). Traumatic childbirth experience and childbirth-related post-traumatic stress disorder (PTSD): A contemporary overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 2775. https://doi.org/10.3390/ijerph20042775

Law, C., Wolfenden, L., Sperlich, M. y Taylor, J. (2021). *A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period*. NHS England and NHS Improvement.

Lopes-Junior, L. C., de Paula, M. A. D. R. y de Lima, R. A. G. (2018). Psychological and psychiatric outcomes following PICU admission: A systematic review of cohort studies. *Pediatric Critical Care Medicine, 19*(1), e58–e67. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001390

Low, S. Z. Q., Kirk, A., Mok, Y. H. y Lee, J. H. (2023). The use and impact of diaries in PICUs and neonatal ICUs: a scoping review. *Pediatric Critical Care Medicine*, *24*(2), e84-e90. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003122

Luxford, K., Safran, D. G. y Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations. *International Journal for Quality in Health Care, 23*(5), 510–515. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr060

Malouf, R., Harrison, S., Burton, H. A., Gale, C., Stein, A., Franck, L. S. y Alderdice, F. (2022). Prevalence of anxiety and post-traumatic stress (PTS) among the parents of babies admitted to neonatal units: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Medicine, 43*, Artículo e101233. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101233

Marcev, I., Lannon-Boran, C., Hyland, P. y McHugh Power, J. (2025). The factors associated with paediatric medical post-traumatic stress: A systematic review. *Journal of Health Psychology, 30*(11), 2860–2880. https://doi.org/10.1177/13591053241272214

Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N. y Van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*(1), Artículo e19985. https:doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985

Medrano, L., Bursch, B., Weiss, J. E., Jackson, N., McCurdy, D. y Hoftman, A. (2025). Medical post-traumatic stress disorder symptoms in children and adolescents with chronic inflammatory arthritis: prevalence and associated factors. *Children, 12*(8), Artículo e1004. https://doi.org/10.3390/children12081004

Mendoza-Añamise, Y. A., Manobanda-Gaibor, D. V., Buñay-Muñoz, N. P., del Cisne Lalangui-Eras, C., Torres-Rojas, S. G., Sánchez-Cusme, M. I. y Cajamarca-Palomo, L. M. (2025). Código Mariposa y Enfermería: revisión bibliográfica sobre prácticas de cuidado humanizado en situaciones de pérdida gestacional y neonatal. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, *8*(16), 493-519. https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0275

National Child Traumatic Stress Network. (2003). *Child traumatic stress: A fact sheet for parents, caregivers, and teachers*. https://www.nctsn.org/resources/child-traumatic-stress-fact-sheet-parents-caregivers-and-teachers

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Nikopaschos, F., Burrell, G., Clark, J., y Salgueiro, A. (2023). Trauma-informed care on mental health wards: The impact of power threat meaning framework team formulation and psychological stabilisation on self-harm and restrictive interventions. *Frontiers in Psychology, 14*, Artículo e1145100. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1145100

Office for Health Improvement and Disparities. (2022, 2 de noviembre). *Guidance. Working definition of trauma-informed practice*. https://www.gov.uk/government/publications/working-definition-of-trauma-informed-practice/working-definition-of-trauma-informed-practice

Parlamento Europeo. (1986, 13 de mayo). *Resolución sobre una Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados* (Doc. A2-25/86). Diario Oficial de las Comunidades Europeas C 148, 16.6.1986, p. 37. https://bienestaryproteccioninfantil.es/download/1287/europea/35165/carta-europea-sobre-los-derechos-de-los-ninos-hospitalizados-resolucion-del-parlamento-europeo-doc-a-2-25-86-doce-13-de-mayo-de-1986.pdf

Pinquart, M. (2020). Posttraumatic stress symptoms and disorders in children and adolescents with chronic physical illnesses: A meta-analysis. *Journal of Child y Adolescent Trauma, 13*(1), 1–10. https://doi.org/10.1007/s40653-018-0222-z

Revolving Doors Agency. (2019). *BCFT: Evaluation of the impact of psychologically informed environments (Report 3 of 4)*. Birmingham Changing Futures Together y Revolving Doors Agency. https://revolving-doors.org.uk/wp-content/uploads/2022/02/BHM-Evaluation-of-PIE-2019-3.pdf

Roberts, L. R., Nick, J. M., Sarpy, N. L., Peters, J. y Tamares, S. (2024). Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, *22*(10), 2003-2089. https://doi.org/10.11124/jbies-23-00149

Rodríguez-Quiroga, A., Artero, M. S., Álvarez-Mon, M. Á., y Mínguez, F. M. (2023). Actualización clínica de la psiquiatría de interconsulta y enlace. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13*(85), 5025–5033.

Royce, C. S., Sonn, T., Baecher-Lind, L., Chen, K. T., Fleming, A., Kim, C., Patel, S., Saint Louise, H., Schaffir, J., Madani Sims, S., Stephenson-Famy, A., Sutton, J. M. y Undergraduate Medicine Education Committee (2026). Integrating Trauma-Informed Approaches into OBGYN Medical Education: A Framework for Safer Learning and Care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 234*(2), 291-296.

Rutledge, T., Gould, H., Hsu, A., y Beizai, K. (2020). Consultation-liaison psychology: Training and research recommendations for this emerging interprofessional practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 51*(4), 383-389. https://doi.org/10.1037/pro0000312

Ruiz-González, C., Martín-Casas, P., Latour, J. M., Úbeda-Tikkanen, A., López-de-Uralde-Villanueva, I., Sánchez-Aparicio García, S. y Cuadrado-Obregón, N. (2023). Adaptación y validación española del Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N). *Anales de Pediatría, 99*(2), 79–152. 10.1016/j.anpedi.2023.04.010

Sanders, M. y Hall, S. (2018). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. *Journal of Perinatology, 38*, 3–10. https://doi.org/10.1038/jp.2017.124

Sant Joan de Déu. (2024). *Hospital Amic*. https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/colabora/proyectos/hospital-amic

Sant Joan de Déu. (2025). *Child Life, atención emocional al niño y niña hospitalizados*. https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/pacientes-familias/soporte-acompanamiento/child-life-atencion-emocional-nino-hospitalizado

Schroeder, B. E., Kuller, J. A. y Dotters-Katz, S. K. (2025). Reframing obstetric care through a trauma-informed lens: A narrative review of trauma-informed principles and clinical applications. *Pregnancy, 1*(5), Artículo e70081. https://doi.org/10.1002/pmf2.70081

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). T*rauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57*. United States Health and Human Services. Rockville. https://library.samhsa.gov/product/tip-57-trauma-informed-care-behavioral-health-services/sma14-4816

Supelana, C., Annunziato, R. A., Kaplan, D., Helcer, J., Stuber, M. L. y Shemesh, E. (2016). Posttraumatic stress disorder in solid organ transplant recipients: Current understanding and future implications. *Pediatric Transplantation, 20*(1), 23–33. https://doi.org/10.1111/petr.12628

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. y Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances, 24*(5), 319-333. https://doi.org/10.1192/bja.2018.29

Tripodi, M. F. (2017). Humanization of pediatric care in the world: Focus and review of existing models and measurement tools. *Italian Journal of Pediatrics, 43*, Artículo 76. https://doi.org/10.1186/s13052-017-0394-4

World Health Organization (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

Artículo recibido: 04/01/2026
Artículo aceptado: 24/05/2026

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912