



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA

“FAVORECIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO EN NEONATOS CON
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE SEGÚN LA TEORIA DE MERCER
EN UN HOSPITAL, CHICLAYO, 2017”

AUTORAS

BACH. ENF .CHUQUILÍN PAIS MARÍA BELÉN

BACH. ENF .IMÁN CORONADO SHARON ALEXANDRA

ASESORA

DRA. SANTA CRUZ REVILLA ROSALÍA

LAMBAYEQUE, ENERO 2018

“Favoreciendo el vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente
según la teoría de Mercer en un hospital, Chiclayo, 2017”

POR:

BACH. ENF .CHUQUILÍN PAIS MARÍA BELÉN

BACH. ENF .IMÁN CORONADO SHARON ALEXANDRA

Presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz

Gallo, para optar el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Dra. Clarivel Díaz Olano

Presidenta de Jurado

Lic. Dora Cieza Maldonado

Secretaria de Jurado

Lic. Rosa Larios Ayala

Vocal de Jurado

Dra. Santa Cruz Revilla Rosalía

Asesora

CHICLAYO, 08 DE ENERO DEL 2018

DEDICATORIA

*A Dios, por todos los regalos y bendiciones que nos da, y
ser la luz que guía nuestras vidas, fuente inagotable de
sapiencia y amor.*

*A nuestros queridos padres, quienes nos brindan siempre
su apoyo, cariño y comprensión, enseñándonos siempre
a ser perseverantes hasta alcanzar el éxito a través de
sus valiosos ejemplos.*

Las Autoras

A la memoria de mi abuelita María Antonia Toro

Pasapera, quién con su amor, cuidados y consejos me
ayudó a crecer como persona y hasta en la etapa final de
su vida, me hizo descubrir mi vocación que es el cuidado
de la persona. Gracias a ella soy todo lo que soy.

Sharon Alexandra Imán Coronado

AGRADECIMIENTO

*A las enfermeras del Hospital Nacional Almanzor
Aguinaga Asenjo y las madres de los neonatos con DAP
por brindar su información sincera y participar
activamente durante el desarrollo de la presente
investigación.*

*A nuestra querida asesora Dra. Santa Cruz Revilla
Rosalía, por darnos la oportunidad de conocerla, por su
ayuda y aportes brindados para la realización de esta
presente investigación.*

*A los miembros del Jurado, Dra. Clarivel Díaz Olano, Lic.
Dora Cieza Maldonado, Lic. Rosa Larios Ayala; y a todos
los que de alguna manera, han contribuido con sus
aportes para la realización de la presente investigación.*

Las Autoras

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
CAPITULO I:	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II:	
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL	11
2.3. MARCO CONTEXTUAL	31
CAPITULO III:	
MARCO METODOLÓGICO	35
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	35
3.2. TRAYECTORIA METODOLÓGICA.....	36
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	40
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	41

3.5. PROCEDIMIENTO	42
3.6. ANÁLISIS DE DATOS	44
3.7. CRITERIOS DE RIGOR CIENTIFICO	47
3.8. CRITERIOS ÉTICOS	48
 CAPITULO IV:	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
 CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	
CONSIDERACIONES FINALES	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APENDICE	84

RESUMEN

El nacimiento de un hijo sano es una situación esperada por los padres, cuando esto no ocurre y surgen complicaciones que requieren su hospitalización, genera en ellos ansiedad, incertidumbre y temor, más aún cuando es una cardiopatía como el ductus arterioso persistente; como referencial teórico Mercer R., “Adopción del Rol Materno”. Ello motivó a investigar: ¿Cómo se favorece el vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer en un hospital, Chiclayo – 2017? La investigación fue tipo cualitativa, acción – participación, trabajándose con una población muestral de 6 madres y enfermeras; utilizándose la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, en todo momento se tuvo en cuenta el rigor científico y los criterios éticos, se realizó el análisis temático que dio origen a cuatro categorías: Evidenciando las limitaciones para favorecer el vínculo afectivo madre – recién nacido, Estrategias para fortalecer el vínculo, Brindando educación para la salud, Evidenciando emociones madre – hijo durante estadía hospitalaria. Consideración final: los profesionales de enfermería identificaron ciertas limitaciones como estado del neonato y normas hospitalarias, sin embargo existen estrategias para establecer el vínculo afectivo: mamá canguro, a través del contacto piel a piel y la lactancia materna, uso del toque terapéutico y escucha activa. Es importante la educación que se brinda a la madre en el desarrollo del vínculo al igual que identificar las diversas emociones durante el cotidiano hospitalario como la alegría y el temor.

Palabras clave: Rol materno, neonato con ductus arterioso persistente, vínculo afectivo.

ABSTRACT

The birth of a healthy child is a situation expected by the parents, when this does not happen and complications arise that require their hospitalization, it generates in them anxiety, uncertainty and fear, even more so when it is a heart disease such as persistent ductus arteriosus; as theoretical referential Mercer R., "Adoption of the Maternal Role". This motivated to investigate: How is the affective bond favored in neonates with persistent ductus arteriosus according to Mercer's Theory in a hospital, Chiclayo - 2017? The research was qualitative type, action - participation, working with a sample population of 6 mothers and nurses; Using the semi-structured interview as a data collection technique, at all times the scientific rigor and ethical criteria were taken into account, the thematic analysis was carried out, which gave rise to four categories: Evidence of the limitations to favor the affective bond mother - newborn , Strategies to strengthen the bond, Providing education for health, Evidence mother - child emotions during hospital stay. Final consideration: nursing professionals identified certain limitations such as neonatal status and hospital norms, however there are strategies to establish the affective bond: kangaroo mom, through skin-to-skin contact and breastfeeding, use of therapeutic touch and active listening . It is important the education that is offered to the mother in the development of the bond as well as to identify the diverse emotions during the hospital daily as the joy and the fear.

Key words: Maternal role, newborn with persistent ductus arteriosus, affective bond.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se vive en un período de constante cambio y transformación, donde se cuestiona, qué es lo que pasa con el vínculo afectivo madre-hijo; cuando éste ingresa al servicio de Neonatología, también se recibe a una madre en estado de máxima preocupación, expuesta al impacto emocional por la hospitalización de su hijo, enfrentada a una realidad diferente (de la que imaginó), encontrándose con tecnicismos, personal de salud generalmente apurado y sobre todo, un bebé pequeñito, frágil, lleno de cables y sondas que, según la explicación dada a los padres, todo esto es necesario para ayudar a vivir a su hijo.

Las cardiopatías congénitas (CC) siguen constituyendo aún, uno de los problemas más frecuentes de malformaciones, las mismas que limitan la capacidad funcional, comprometiendo la calidad de vida. En España febrero – 2015, la incidencia es 8 de cada 1.000 recién nacidos vivos, siendo responsable de más muertes en el primer año de vida que cualquier otro defecto de nacimiento.¹

En Costa Rica, la mayor prevalencia de cardiopatías durante el año 2011 fue de tipo acianóticas, donde las más frecuentes han sido los defectos del tabique interventricular e interauricular, ductus arterioso persistente (DAP), estenosis valvular pulmonar y coartación de aorta.²

Olórtégui A., Adrianzén M. 2007, en su investigación: "Incidencia estimada de las cardiopatías congénitas en niños menores de 1 año en el Perú" entre los resultados se estimó que en el 2006 existieron 3 925 cardiopatías, de las cuales dentro de los tipos de cardiopatía congénita, las acianóticas fueron las más

frecuentes, representando aproximadamente el 83% de todas las cardiopatías congénitas, mientras que las cianóticas agrupan el 17%.³

En las estadísticas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) 2012 la incidencia del DAP representa el 19% de las cardiopatías, siendo ésta una de las más frecuentes, lo que coloca a los problemas del septo cardíaco como el área anatómica cardíaca más afectada.⁴; en el 2016, el Libro de Registro de egresos del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, evidencia el egreso de cinco niños con diagnóstico de DAP del total de niños egresados desde el mes de enero hasta el día 03 de junio, lo que confirma aún más que es un problema cardíaco predominante.

Cuando el bebé nace con ductus arterioso persistente, las expectativas maternas asociadas a un bebé nacido saludable cambian y entonces, la formación del vínculo puede demorarse porque el bebé no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento de éste. Las madres de recién nacidos con DAP demuestran menos conductas de apego que las madres de recién nacidos sanos; teniendo en cuenta que el vínculo afectivo es recíproco y duradero entre el bebé y su madre y en donde ambos, contribuyen a esta relación. A esto se suma, en un futuro, las limitaciones en ciertas actividades físicas del niño, sintiéndose en consecuencia excluido del grupo, además de los problemas socioemocionales como inseguridad, dependencia, aislamiento, miedo, entre otros.

Las madres de estos niños experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas tales como: ansiedad, depresión, culpa y desesperanza y dado que las

circunstancias a las que están sometidas son intensas, se prolongan en el tiempo.⁵ Este estado puede variar de acuerdo a situaciones como experiencias anteriores de la madre (abortos, nacimientos de hijos prematuros o con malformaciones, nacimientos múltiples, etc.), los cuales componen un factor determinante fundamental en el moldeamiento de su papel y conducta de vínculo maternal.

En esta investigación tuvimos que ver cómo el nacimiento de un neonato (prematureo o a término) y la separación materno-infantil (debida a la hospitalización) podían afectar la relación de apego. Para Bialoskurski, Cox y Hayes (1999), en un contexto hospitalario, las primeras interacciones que se espera ocurran entre la diada Madre-Hijo, cambian y se convierten en interacciones de una triada, en un cuarteto o más, debido a la presencia del personal médico y las enfermeras.⁶ Esta situación y la serie de sentimientos que desencadena, provocan una pérdida de autonomía, pasando a depender en mayor o menor grado al equipo de salud que cubre las necesidades de su hijo. Las madres abandonan sus rutinas diarias, trabajo, amigos, familia pasando a ser su única razón de vida, acompañar a su hijo de lejos, en una sala de espera con otras madres, que quizá pasan por una situación similar, en dónde hay momentos en las que se vuelven excluidas.

Los padres, en especial las madres, sufren con frecuencia sentimientos de culpa y depresión dadas las implicaciones sociales que el rol de madres les ocupa, ellas desean permanecer al lado de sus parejas e hijos, sin embargo deben regresar a sus compromisos laborales, interrumpiéndose la relación madre-hijo la cual no llega a producirse, creándose sentimientos de distanciamiento y dificultándose así

el comienzo de una relación de apego con su hijo, sin embargo, según los autores ya mencionados, el estado físico del bebé y los soportes técnicos que él requiere para sobrevivir, son las variables que pueden obstaculizar en mayor medida el establecimiento de la relación de vínculo materno-filial.

Según Alvarado, El Modelo de Enfermería Adopción del rol maternal según Mercer R., va más allá del concepto de la madre tradicional, porque recoge otros aspectos importantes como el amor y apoyo de la pareja, para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo.⁷

Las madres de los neonatos con DAP, manifiestan sufrimiento y miedo, por las barreras y los desafíos del medio físico, en el HNAAA, se ve a estos neonatos, en incubadoras, con monitores y respiradores; también se sienten de esta manera por las reglas informales y formales, los horarios de visita son de 3 a 4 de la tarde, para el ingreso a esta área restringida es con un mandil, mascarilla y gorro, el lavado de manos quirúrgico, las enfermeras restringen el acceso de la madre aduciendo que están en la visita médica y/o algún procedimiento; éstas son características que gobiernan el modo en que se debe realizar la visita, y la madre moldea su rol que desempeña de acuerdo a esto.

Sin embargo en algunos estudios, se evidencia que una de las dificultades que experimentan especialmente las madres de neonatos con DAP hospitalizados en Neonatología, es la incapacidad de poder establecer apropiadamente una relación de vínculo, las madres refieren estar incapacitadas para tomar contacto inmediato

con su bebé posterior al parto, sea por la misma cardiopatía y labilidad de ésta o por sus propias condiciones de salud.

Ello hace difícil el inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo y dificulta las visitas posteriores, mucho más la lactancia materna, por ello la madre se extrae la leche y la almacena en un frasco estéril, le da al personal de enfermería y lo guardan en la refrigeradora para cuando sea la hora de que el niño coma, ya sea por sonda o si éste puede succionar se le da vía oral; cuando el neonato pasó el estado de peligro, la madre puede ingresar, con todas las características que ya se mencionó para dar de lactar a su hijo, pero cuando esta oportunidad se les brinda a las madres, ellas mismas manifiestan no poder hacerlo, por miedo a que se les caiga o les pueda pasar algo.

Los neonatos con este tipo de malformaciones, así como de cualquier otra, necesitan cuidados y tratamientos especiales. Sin embargo, éstos se ven limitados; algunas veces por las estrictas pero necesarias medidas de bioseguridad establecidas por el personal de salud: horarios y visitas restringidas, ambientes esterilizados, etc., y otras por las propias madres, quienes al sentir rechazo por sus hijos justifican sus conductas y actitudes con respuestas como “no paso mucho tiempo con mi hijito”, “no puedo venir a verlo porque estoy trabajando”, “debo atender a mis otros niños”, “me da miedo cargarlo”, lo que provoca la ruptura del vínculo afectivo madre-hijo.

Además de lo mencionado, en la práctica no se observa la aplicación de intervenciones relacionadas con la teoría de Mercer R., quien recomienda el establecimiento del vínculo afectivo, ya que solo se centran en el cuidado físico

dejando de lado las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del niño, agudizando esta situación.

Por lo que ante esta problemática nos planteamos las siguientes interrogantes: ¿Cómo se puede mejorar la vinculación afectiva con estos niños? ¿De qué manera se podrán disminuir los factores que interfieren en el vínculo madre - hijo? ¿Cómo se aplica la teoría de Mercer R. en la vinculación afectiva? ¿Qué papel desempeña la enfermera en el fortalecimiento de los cuidados maternos?

Decidiendo investigar: ¿Cómo se favorece el vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer R. en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo – 2017? Teniendo como objeto de investigación Favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según Teoría de Mercer R. en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo – 2017. El objetivo de la investigación fue: Analizar el cómo se favorece el vínculo afectivo materno filial en neonatos con ductus arterioso persistente antes de aplicar la Teoría de Mercer R. en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y comprender como se favorece el vínculo afectivo materno filial en neonatos con ductus arterioso persistente luego de aplicar la Teoría de Mercer R. en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo – 2017.

La presente investigación se justifica en que se obtuvo evidencia científica, con el ánimo de realizar unas prácticas de enfermería congruentes, que logren el acercamiento y/o participación de la madre en el Servicio de Neonatología, facilitándoles el proceso del vínculo, el cual se reflejó en la calidad del cuidado de

enfermería que se brindó al neonato hospitalizado y a su familia teniendo en cuenta que el nacimiento de un bebé con DAP es generalmente inesperado y siempre un trauma emocional para las madres que esperaban luego del parto a un recién nacido sano, a menudo estas madres deben posponer el período inicial de la interacción con su hijo y cuando finalmente logran hacer contacto, pueden tener dificultad para desarrollar sentimientos de apego.

El Servicio de Neonatología no cuenta con un protocolo en dónde las madres de los neonatos con DAP leve – moderado, puedan ingresar a establecer el vínculo afectivo con sus hijos, aun sabiendo que es una relación específica, que perdura en el tiempo, según Mercer R., esta relación tiene efectos profundos en su desarrollo físico, psicológico y en el desarrollo intelectual que tendrá en los primeros años de vida.

Al niño obtener, una buena relación de vínculo con su madre sentirá el mundo como un lugar seguro para crecer de forma independiente, lleno de confianza hacia los demás, por el contrario, si un niño crece con una madre que no proporciona las condiciones necesarias para una fijación segura o en una situación de vínculo retrasado, él o ella podrán tener un desarrollo afectado sobre todo en las áreas emocionales, sociales, cognitivas y lingüísticas y esto lo observamos en los neonatos con DAP, por las limitaciones que el servicio y la propia enfermedad presentan, como las incubadoras, los monitores, los respiradores, o que el mismo niño se haga dependiente de estas máquinas.

Cabe anotar que frente a todas estas dificultades, aún existe un espacio en el Servicio de Neonatología, para el desarrollo de lactancia materna con neonatos hospitalizados que se encuentren en proceso de recuperación nutricional o “engorde”, por lo que es significativo que desde la disciplina se estudien y fortalezcan las diferentes modalidades de comunicación y de establecimiento del vínculo a través del conocimiento de valores culturales específicos, creencias, prácticas y experiencias de vida.

Además este estudio aportó especificidad a la investigación dado que los objetivos estuvieron dirigidos a comprender cómo se favorece el vínculo afectivo materno filial en neonatos con DAP. Así mismo al no existir antecedentes específicos de investigaciones realizadas en este contexto asigna originalidad al estudio.

Los resultados permitieron plantear estrategias que comprometen a todos los profesionales y/o estudiantes de enfermería, a través de un proceso de concientización y toma de responsabilidades en la génesis del fenómeno, a potenciar y fortalecer las habilidades necesarias para mejorar el vínculo afectivo madre-niño. Así mismo servirá como fuente de consulta para futuras investigaciones que permitan comprender e interiorizar el tema del vínculo afectivo en neonatos con DAP, poniendo en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y permitiendo sentar las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática señalada.

El alcance de estos resultados se constituirán en un aporte para que la Facultad de Enfermería de la UNPRG fortalezca la línea de investigación, permitiendo generar nuevos estudios que complementen los hallazgos. A nivel de la docencia, será de aporte para abrir espacios de discusión en asignaturas de pregrado que permitan a las estudiantes reflexionar sobre los resultados favoreciendo mejorar las prácticas de cuidado.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: Introducción; aquí se encuentra la problemática de la investigación, el problema, el objetivo y la justificación e importancia donde se da el por qué, el para qué y la importancia de la misma.

Capítulo II: Marco teórico; aquí se encuentra los antecedentes que dan respaldo a la investigación, la base teórica que dan referente a lo que se está investigando y el marco contextual da la referencia de la institución donde se realizó la investigación.

Capítulo III: Marco Metodológico; aquí se encuentran el Tipo de Investigación, Diseño de la Investigación, Población y Muestra, Técnica e instrumentos de recolección de datos, Análisis de los datos, Rigor científico el cual da la credibilidad a esta investigación y los Principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y Discusiones; aquí se encuentran las categorías y subcategorías con su respectivo análisis.

Y para finalizar las Consideraciones finales y Recomendaciones; aquí se encuentra la apreciación de las investigadoras respecto a los resultados obtenidos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CONCEPTUAL

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel Internacional

Serret M. (2014) en su tesis titulada El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres e hijos prematuros en una unidad neonatal, realizada en Terragona, España – 2014, cuyo objetivo fue conocer y analizar si las enfermeras dan respuesta a las necesidades de las madres y los padres para establecer una buena vinculación con sus hijos prematuros en una unidad neonatal, tuvo como resultado que los padres y madres tiene las necesidades de conocer acerca de: sus sentimientos ante el parto prematuro y el ingreso en la unidad neonatal, los efectos de su estructura, ambiente y normas, las relaciones personales que se establecen en ella; la percepción de la imagen de su hijo y su entorno próximo; y la vivencia de su relación con ellos; considerando que realmente las enfermeras dan respuesta a las necesidades de las madres y los padres para poder establecer una buena vinculación con sus hijos prematuros en la unidad neonatal.⁸

2.2.BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

Considerando que el estudio de la investigación es el favorecimiento del vínculo afectivo de neonatos con ductus arterioso persistente según Teoría de Mercer R. se empezará definiendo la vinculación afectiva:

Muñoz A. considera la vinculación afectiva como una relación recíproca, afectuosa y fuerte entre dos personas.⁹

La Vinculación afectiva es el proceso de unión que ocurre entre un niño y sus padres, especialmente la madre, que tiene importancia en la formación de los lazos afectivos que influyen posteriormente en el desarrollo físico y psicológico del niño.¹⁰

Es fundamental para un desarrollo afectivo sano y adecuado, que contribuyen al mismo tiempo al desarrollo social y cognitivo de los niños y niñas, constituyendo la base para las relaciones futuras que tendrán los pequeños en su vida. Es por ello que se debe prestar atención a los vínculos afectivos que se crean con los pequeños.

Estos vínculos son mucho más que la mera relación de parentesco, los vínculos afectivos son una expresión de la unión entre las personas, la unión de los padres con sus hijos e hijas. Una unión irrepetible e imprescindible, ya que este cariño va a estar presente en todas las tareas educativas, fortaleciéndolas, suavizándolas y equilibrándolas.

Además los vínculos seguros influyen en la capacidad de tener relaciones sanas en la vida adulta, ya que fortalecen la autoestima, la seguridad y la confianza de las personas. Por el contrario el establecimiento de vínculos afectivos inseguros contribuye a la inseguridad, falta de autoestima y de confianza y por lo tanto puede llevar a relaciones afectivas poco sanas en el futuro.

El primer vínculo afectivo y el más especial, aquel que va a marcar para toda la vida, es el que establecen los niños y niñas con los padres y/o adultos más

cercanos. Estos vínculos van a marcar su conducta, actitudes y pensamientos durante toda su vida. Los vínculos afectivos y las figuras de apego son necesarios para los pequeños, les ayuda a crecer sanos.

Para que los pequeños crezcan sanos y se desarrollen es fundamental que se sientan queridos y comprendidos, necesitan sentir que son aceptados por otras personas y que tienen el amor de estas figuras pase lo que pase.¹¹

El bebé nace con unos sistemas de conducta, preparados para entrar en acción frente a determinados estímulos, siendo más sensible a aquellos que provienen del ser humano. Básicamente¹¹:

- a) El equipo perceptivo, que le permite la orientación, siendo más sensible a la voz femenina, movimiento frente a lo estático, a lo que se asemeja al rostro humano¹¹.
- b) Equipo efector, le permite entrar en contacto con una figura y familiarizarse con ella: movimientos de la cabeza y de succión, aprensión, aferramiento y acción de alcanzar¹¹.
- c) Equipo de señales, le permite atraer la atención: Sonrisa, balbuceos, llanto y deambulación¹¹.

Todas estas conductas que en un principio se activan indiscriminadamente en el curso del primer año de vida sufren un desarrollo en interacción con el entorno y cuyo resultado es la discriminación en las respuestas, la complejización de la conducta y la integración de las conductas. Todo el sistema de conductas tiene la

función común de optimizar la proximidad del cuidador principal y el sistema existe para asegurar una organización interna estable. Al principio la meta es física y poco a poco es sustituida por componentes psicológicos “sentir la cercanía” del cuidador.¹²

Existen tipos de vínculo afectivo¹³:

- *Vínculo seguro*: La relación favorable hacia la madre observada en el hogar fue identificada por el evidente placer del bebé por el contacto físico, ausencia de ansiedad en relación con separaciones breves y un uso inmediato de la madre como una “base segura” para la exploración y el juego. Bajo circunstancias no familiares, en contraste, los bebés de este grupo usan a la madre como una base segura desde la cual explorar en los episodios pre separación.¹³

- *Vínculo inseguro evitativo o elusivo*: Se caracterizan por ser en su mayoría activamente ansiosos en casa. Permanecen enojados y exhiben malestar frente a las separaciones más breves. Por el contrario, en la situación extraña aparece un marcado comportamiento defensivo. Esto se ve en una insistente focalización en la exploración durante todo el procedimiento, junto con la supresión de las expresiones de rabia, ansiedad y afecto hacia la madre. Los bebés evitativos raramente lloran en los episodios de separación y, en los episodios de reunión evitan a la madre.¹³

- *Vínculo inseguro resistente o ambivalente:* En casa el bebé se observa activamente ansioso, pero también a menudo sorprendentemente pasivo. En condiciones no familiares, estresantes, aparece una preocupación exagerada hacia la madre y su paradero, con la exclusión del interés en el nuevo ambiente. Expresiones elevadas, confusas y prolongadas de ansiedad, y a veces también rabia, continúan durante todo el procedimiento. En la situación extraña estos bebés tienden a mostrar signos de ansiedad aún en los episodios preseparación, presentan mucho malestar con la separación y también en los episodios de reunión (se utiliza esta bibliografía por aportar evidencia científica y ser única edición) ¹³

- *Vínculo desorganizado:* Mary Main y Judith Solomon revisaron grabaciones de bebés encontrados “inclasificables” entre 1986 y 1990, y crearon la cuarta categoría de organización del vínculo, que se suma a las originales de Mary Ainsworth, indica la ausencia de comportamientos defensivos disponibles, o el uso de las conductas más extremas, como la auto agresión o la paralización. Main y Solomon (1986, 1990) describieron a esos niños como faltos de estrategia (Main, 1999). Son niños que parecen aturdidos, paralizados, que establecen alguna estereotipia, que empiezan a moverse y luego se detienen inexplicablemente (Bowlby, 1988). El comportamiento bizarro e inconsistente es más característico de los niños severamente descuidados por sus figuras paternas o maltratados (Fonagy, 1993). Este patrón se desarrolla también en parejas en las que la madre tiene

una grave enfermedad afectiva bipolar y trata al niño de manera imprevisible, o con madres que han sufrido experiencias de maltrato físico o abuso sexual durante la niñez, o la pérdida no resuelta de una figura parental durante esa etapa de la vida (Bowlby, 1988).¹³

El deseo de tener un hijo es una de las bases del vínculo, por ello, un embarazo deseado sin fisuras, es la mejor noticia. Si además ambos cónyuges participan activamente del proceso incorporando progresivamente al neonato en la interacción familiar, mucho mejor. Cuando la noticia provoca rechazo, lo más grave es que provenga de los dos.

También es grave si este proviene de la madre y si se prolonga durante varias semanas. Si es el padre el que rechaza probablemente las consecuencias se vean más tarde, quizá una actitud extraña del bebé respecto a él.

Otra circunstancia negativa puede ser los sentimientos ambivalentes de la madre. A veces no está segura de querer seguir con el embarazo, no sabe si lo desea o no. Si esta no resuelve el conflicto, el feto se sentirá inseguro.

Los niños procedentes de una madre que ha aceptado su embarazo, son por lo general, emocionalmente más sanos; por el contrario, las que lo han rechazado tienen vástagos más inseguros. Hay futuras madres que externamente parece que aceptan al neonato pero inconscientemente, no lo aceptan; hay otras que no lo

desean pero algo sucede cuando se enteran de que están embarazadas y se produce en ellas un intenso deseo de ser madres y aceptan todo lo que ello implica.

Esta cuestión, para una mujer, es muy delicada y sensible. En algunos casos, la no aceptación pasa inadvertida por ser inconsciente. Aparentemente lo desea y de hecho está convencida, pero algo interno dice que no. En los casos que la no aceptación es consciente, puede generar un fuerte sentimiento de culpa. No obstante, es importante remarcar que sólo cuando un sentimiento negativo perdura en el tiempo se convierte en algo nocivo para el niño, sobre todo si persiste a partir de sexto mes de embarazo.

Ansiedad, ambivalencia, miedos puntuales y de corta duración de la madre, no provoca efecto alguno salvo un poco de ansiedad positiva. Pero no debemos de olvidar, que el niño intrauterino no es ajeno al sentimiento de aceptación o de rechazo.

La idea que tenga cada uno de los progenitores de lo que significa ser padres, junto con la historia personal de cada uno de ellos, constituye la predisposición a un determinado vínculo.

El vínculo lo inicia la madre y el padre. Cada sentimiento, cada actitud que se consolida en el tiempo, va formando los diferentes hilos que constituirán el vínculo, sean lazos armónicos o no. Hay un aspecto, marcadamente cultural, al que no se

le presta ninguna atención y del cual se derivan implicaciones negativas, no sólo para el infante, sino inclusive para la relación de pareja.

En el proceso del embarazo, básicamente es la futura mamá la que asume una serie de cuidados. Se atiende a controles prenatales, a tratar de tener una buena y saludable dieta, dejar el tabaco y el alcohol, etc. No obstante no se atiende a la salud emocional de la madre y del padre, de la relación de la pareja y por lo tanto, tampoco se atiende a la salud emocional del infante actuando como si padres e hijo ya tengan la sabiduría infusa del cómo relacionarse y establecer un vínculo fuerte que constituya una base segura, primero para el feto y luego para el bebé.¹⁴

Sin embargo todo el vínculo desarrollado durante el embarazo se puede ver dañado o fortalecido con la presencia de alguna malformación congénita y el proceso de hospitalización que esta requiere, tal como es el caso de los neonatos con ductus arterioso persistente hospitalizados, que son los recién nacidos con una estructura vascular fetal que comunica la aorta con la arteria pulmonar principal cerca del origen de la rama pulmonar izquierda; la cual es esencial para la vida fetal y se debería cerrar espontáneamente después del nacimiento en la mayoría de los recién nacidos a término (RNT). Sin embargo, en los prematuros el cierre del ductus se produce con frecuencia más allá de la primera semana de vida, especialmente en aquellos que precisan ventilación mecánica.

El DA deriva del 6º arco aórtico. En el feto el ductus arterioso es el vaso por el que pasa el mayor porcentaje del gasto del ventrículo derecho (el 55-60% del gasto ventricular combinado fetal). Las prostaglandinas E1 (exógena), E2 e I2 producen y mantienen su relajación activa. Igualmente, otros productos interactuarían por vías de la citocromo P450-monooxigenasa o del óxido nítrico. Esta función es normal e indispensable para la vida fetal. La persistencia fetal del DA y su cierre espontáneo después del nacimiento es el resultado de una equilibrada y compleja interacción entre el oxígeno, factores neuro-humorales locales y circulantes y de las especiales características de la estructura del músculo liso de la pared ductal. Histológicamente, el DA posee una túnica media pobre en fibras elásticas y rica en fibras musculares lisas dispuestas en forma helicoidal, que le permiten contraerse y dilatarse. La presión elevada de oxígeno produce cierre ductal, mientras que la hipoxemia induce relajación. ¹⁴

Las prostaglandinas (PGE2) y prostaciclina (PGI2) circulantes y producidas localmente, muy elevadas en el feto, inducen vasodilatación del DA. Después del nacimiento, el brusco incremento en la tensión arterial de oxígeno inhibe los canales del calcio dependientes de potasio del músculo liso ductal, aumentando el calcio intracelular lo que condiciona la constricción del DA. Los niveles de PGE2 y PGI2 caen abruptamente. Las fibras musculares de la capa media se contraen, descendiendo el flujo sanguíneo luminal con isquemia de la pared interna, dando lugar al cierre definitivo del ductus. Los RN prematuros presentan disminución del número de fibras musculares, del tono intrínseco de la pared ductal y del tejido

subendotelial lo que va a facilitar que fracase el cierre del DA. Además, la sensibilidad a la alta presión de oxígeno es mayor en los RNT y cercanos al término. En contraste, a mayor edad gestacional (EG), menor es la sensibilidad del DA a los efectos vasodilatadores de las PGE2.¹⁴

A las 2-3 semanas de vida concluye el proceso de fibrosis de las capas media e íntima con el cierre permanente de la luz y la conversión del ductus en el ligamento arterioso. En el 90% de los niños nacidos a término el ductus arterioso está cerrado a las 8 semanas de vida. Los mecanismos exactos de estos procesos se conocen sólo parcialmente; entre los factores implicados destacan el aumento de la presión parcial de oxígeno (pO2) y la disminución de PGE2.¹⁴

Los problemas de DA, se clasifican como:

- *Silentes:* Pacientes que no presentan soplo ni datos de hipertensión arterial pulmonar y son diagnosticados solo por ecocardiografía.
- *Pequeños:* Pacientes con soplo continuo audible, insignificantes cambios hemodinámicos, sin sobrecarga en cavidades izquierdas ni hipertensión arterial pulmonar.
- *Moderados:* Pacientes con soplo continuo, pulsos amplios, sobrecarga de volumen en cavidades izquierdas, hipertensión arterial pulmonar leve a moderada. Con o sin datos de insuficiencia cardíaca leve (compensada).
- *Grandes:* Pacientes con soplo continuo, pulsos amplios, sobrecarga importante de volumen en cavidades izquierdas, hipertensión arterial

pulmonar moderada o severa, con datos clínicos de insuficiencia cardíaca descompensada.

Los síntomas van a depender de tamaño y las resistencias pulmonares manejadas por el paciente¹⁵:

- *Ductus pequeño menor de 1.5 mm.:* Generalmente no se presentan síntomas y el único hallazgo es la presencia de un soplo sistólico eyectivo en el foco pulmonar o en la región infra claviclar izquierda¹⁵.
- *Ductus moderado de 2 mm en la lactancia hasta 3,5 mm en la edad escolar:* Se presentan disnea, infecciones respiratorias recurrentes y disminución en el crecimiento. Se encuentra un soplo sisto-diastólico continuo o en maquinaria a nivel del foco pulmonar o de la región infra claviclar izquierda; el R2 está ligeramente reforzado y los pulsos son hiperdinámicos en forma difusa¹⁵.
- *Ductus grande mayores de 4 mm en la infancia:* Encontramos disnea, taquicardia en reposo, historia de infecciones respiratorias recurrentes y desnutrición crónica. Se observa hiperdinamia precordial a expensas del ventrículo izquierdo, punto de máximo impulso hacia la línea axilar anterior izquierda, presión de pulso amplia, soplo sistólico eyectivo en el foco pulmonar y soplo diastólico en foco mitral con R2 reforzado. Cuando se presenta hipertensión pulmonar y se invierte el cortocircuito se presenta cianosis.¹⁵

El signo clínico más frecuente es un soplo sistólico de eyección, con menos frecuencia continuo, que se ausculta mejor en región infraclavicular izquierda y borde paraesternal superior izquierdo que con frecuencia se irradia al dorso. La aparición del ductus se puede acompañar de: Precordio hiperactivo, taquicardia, pulsos saltones en región postductal, polipnea, apnea, hepatomegalia.¹⁶

Entre las complicaciones encontramos:

Insuficiencia cardiaca: Se presenta por sobrecarga de volumen y en los niños se manifiesta con retraso en el crecimiento, disnea y dificultad respiratoria. En los ancianos se asocia con fibrilación auricular. En los pacientes con PCA y datos de insuficiencia cardiaca, deben mejorarse las condiciones hemodinámicas con tratamiento farmacológico antes de la corrección¹⁷.

Endarteritis infecciosa: La incidencia de endarteritis y DAP en la edad pediátrica es muy baja, menor de 1 %, sin embargo, a partir del segundo y tercer decenios de la vida se incrementa al menos 0.45 % por año. Cuando la DAP se complica con endarteritis infecciosa, las vegetaciones generalmente se acumulan en el cabo pulmonar del conducto y se manifiestan como embolia pulmonar séptica. Aunque en la actualidad la endocarditis infecciosa en pacientes con DAP es una complicación poco frecuente, siempre debe tenerse en cuenta y sospecharse cuando existen manifestaciones clínicas sugestivas como embolismo pulmonar séptico. El antecedente de endarteritis bacteriana en un paciente con PCA con cortocircuito de

cualquier magnitud es un criterio para cierre del conducto arterioso. Es controversial la profilaxis antibiótica contra endocarditis bacteriana en pacientes en quienes no se lleva a cabo cierre del conducto arterioso, sin embargo, se han reportado casos subagudos en PCA sintomática y silente. La profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa en pacientes con PCA se recomienda en los siguientes casos¹⁷:

- Cuando no se realiza cierre, sin embargo, la decisión debe ser tomada en forma conjunta con el paciente, a quien se le debe informar la necesidad de una meticulosa higiene oral y atención dental regular.
- En pacientes complicados con síndrome de Eisenmenger.
- Durante los primeros seis meses después de la reparación con material protésico o dispositivos percutáneos.
- Si hay un defecto residual adyacente al sitio de reparación.

Hipertensión pulmonar: Se define como la presencia de una presión media en la arteria pulmonar mayor de 25 mm Hg en reposo o mayor de 30 mm Hg durante el ejercicio. La hipertensión arterial pulmonar con enfermedad vascular pulmonar parece estar relacionada con el tamaño de la comunicación; 50 % de los pacientes con comunicaciones grandes está afectado. El conducto arterioso aislado, amplio y con gran cortocircuito de izquierda a derecha es un factor de riesgo para hipertensión pulmonar. En los pacientes que la presentan se modifican los hallazgos clásicos de la exploración física. Desde el punto de vista hemodinámico, la

hipertensión pulmonar se clasifica como leve cuando se encuentra una presión media de arteria pulmonar de 25 a 40 mm Hg, como moderada ante cifras de 41 a 55 mm Hg y como severa cuando la presión media de la arteria pulmonar es > 55 mm Hg. El cateterismo cardiaco establece el diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar y el diagnóstico diferencial, determina la severidad y tiene un valor pronóstico mediante la prueba de reactividad vascular pulmonar. Los vasodilatadores que en la actualidad se utilizan en esta prueba son adenosina, prostaciclina o análogos y óxido nítrico. Los pacientes con respuesta son aquellos en quienes se alcanza una presión pulmonar media ≤ 40 mm Hg o cuando menos una disminución de 10 %. Es obligado descartar la presencia o definir el grado de enfermedad vascular pulmonar en pacientes con PCA y las siguientes condiciones¹⁷:

- Con cuadro clínico no característico de PCA.
- Ante saturación periférica menor de 90 % por oximetría de pulso debido a la inversión del cortocircuito.
- Ante URP > 8 unidades Wood. En estos casos, los pacientes deben ser evaluados con prueba de vasorreactividad pulmonar, angiografía pulmonar en cuña y oclusión temporal del conducto, para establecer la posibilidad de reversibilidad. Hay que recordar que la biopsia pulmonar no tiene suficiente valor predictivo para el diagnóstico de enfermedad vascular pulmonar.¹⁷

Diagnóstico: Dentro de los principales medios de diagnóstico encontramos¹⁷:

- *Electrocardiograma:* En Ductus pequeños puede ser normal, en Ductus mayores se observa crecimiento de cavidades izquierdas y signos de hipertensión pulmonar como P picudas, y S profundas en V5 y V6¹⁷.
- *Radiografía de tórax:* Normal en Ductus pequeños, en Ductus mayores puede observarse aumento en el flujo pulmonar, cardiomegalia, aumento del botón aórtico y pulmonar¹⁷.
- *Ecocardiograma:* Determina la presencia del defecto, su tamaño, y si hay repercusión hemodinámica¹⁷.
- *Cateterismo cardiaco:* Su realización solo se hará en casos donde este indicado el cierre percutáneo o en pacientes con signos clínicos y ecocardiográficos de hipertensión pulmonar importante¹⁷.

Tratamiento: Depende de: la edad del paciente y el diámetro del ductus¹⁷.

RN pretérmino <28 semanas DAP > o igual a 1,6 mm de diámetro y en RN pretérmino de 29-35 semanas DAP > o igual a 2 mm de diámetro¹⁷:

- Indometacina 0,2 mg/kg dosis inicial, seguida de 0,1 mg/kg cada 12 horas hasta completar 3 dosis.
- Ibuprofeno a dosis de 10 mg/kg/IV dosis inicial, seguido de dos dosis de 5 mg/kg/IV cada 24 horas.
- Control ecocardiográfico al terminar el ciclo.

- En reapertura se puede repetir y si es fallido el cierre farmacológico y hay *repercusión hemodinámica se debe llevar a cirugía.*

RN a término con DAP > o igual a 3 mm¹⁷:

- *Medidas anti congestivas inicialmente y si no hay mejoría cierre quirúrgico.*

RN a término DAP <2 mm¹⁷:

- Observación clínica
- Si hay signos de hiperflujo pulmonar iniciar diuréticos e IECA.
- Con control de los síntomas vigilancia clínica por tendencia natural al cierre espontáneo.

Lactante < 6 meses DAP >3 mm¹⁷:

- *Cierre quirúrgico*

En niños >6 meses DAP < 3 mm¹⁷:

- Cierre percutáneo con dispositivo tipo resorte metálico y cierre quirúrgico si no hay esta posibilidad.

Escolares y adolescentes DAP >4 mm¹⁷:

- Cierre percutáneo con dispositivos tipo resorte metálico o Amplatzer vs. cierre quirúrgico.
- Apéndice N°01

Se centrará en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo¹⁸, siendo necesario que la enfermera favorezca el establecimiento del vínculo afectivo aplicando la teoría de Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema¹⁹.

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar

la tensión en la dualidad madre- niño”. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño¹⁹.

2. El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata¹⁹.
3. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal¹⁹.

Estadios de la adquisición del rol maternal¹⁹:

- a. *Anticipación*: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol¹⁹.
- b. *Formal*: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre¹⁹.

- c. *Informal*: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros¹⁹.
- d. *Personal*: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal¹⁹.

El interés de la teoría de Mercer R. va más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

Actualmente la atención binomio madre – hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Mercer R. a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería.¹⁹

Es por eso que en el hacer diario de enfermería, ella debe de buscar la manera de fortalecer el vínculo de la madre y su hijo, para que la madre desempeñe su rol

materno desde el nacimiento; el vínculo afectivo que se crea con el niño se fortalece y se da el proceso de aceptación de su condición de salud.

Las investigadoras definen el favorecimiento del vínculo afectivo de neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer R., como el beneficio obtenido de una relación estrecha que se crea entre la madre y el niño enfermo, este vínculo es muy importante para el crecimiento físico y desarrollo psicoemocional, si es que se da el apego antes de que el neonato naciera, desde el vientre de la madre, donde toda la familia manifiesta su alegría ante la llegada de un niño en el hogar, desde aquí parte el fortalecimiento del vínculo, entonces cuando el neonato ingresa al Servicio de Neonatología, por una cardiopatía, en este caso por la persistencia del ductus arterioso, en dónde se presenta un rompimiento de este vínculo, ya que esta cardiopatía involucra una estructura vascular fetal que comunica la aorta con la arteria pulmonar principal cerca del origen de la rama pulmonar izquierda; la cual es esencial para la vida fetal y se debería cerrar espontáneamente después del nacimiento en la mayoría de los recién nacidos a término (RNT).

Sin embargo, en los prematuros el cierre del ductus se produce con frecuencia más allá de la primera semana de vida y también dependerá de su condición de salud, especialmente en aquellos que precisan ventilación mecánica, por lo tanto, se ve necesario este alejamiento de la madre con su hijo, y es aquí donde la actividad de enfermería es primordial, ya que en la Teoría que se ha basado este objeto de estudio es la de Mercer R., ella se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Las define como las personas encargadas

de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

Esta teoría ayudará a que la madre desde que sabe que está embarazada, comience a desarrollar su rol, fortaleciéndolo de mes a mes, hasta tener a su niño en sus brazos, en dónde ella misma, al saber cómo desempeñará su rol, estará más segura de cargar a su hijo, de darle de lactar, de sentir un amor grande por él, de esta manera el niño a futuro podrá desarrollarse psicoemocionalmente estable; pero si el niño presenta DAP, este rol se ve interrumpido por su condición de salud, entonces es ahí donde se debería de ver el actuar de enfermería, para poder facilitar el acceso a que se siga fortaleciendo ese rol y ayudando a que la madre se sienta segura de estar con su hijo, para que cuando regrese a casa pueda darle los cuidados necesarios para su recuperación.

2.3. MARCO CONTEXTUAL

El Servicio de Neonatología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo cuenta con potencial humano calificado entre ellos: 2 Médicos Neonatólogos , 8 Enfermeras especialistas, 11 Enfermeras generales con tiempo de servicio prolongado y 11 Técnicos de Enfermería, quiénes están programados en UCI, UCIN I, UCIN II y la demanda del servicio está dada por recién nacidos, con diferentes patologías, malformaciones congénitas, prematuridad, problemas respiratorios, sepsis, etc., los cuáles son hijos de padres con seguro dependiente.

Como recursos materiales hay: 19 incubadoras, 29 cunas las cuales siempre están ocupadas.

UCI cuenta con 2 enfermeras permanentes que se encargan del cuidado de neonatos, 4 incubadoras preparadas para recibir a neonatos que necesiten de ventilación mecánica.

UCIN I cuenta con 2 enfermeras permanentes que se encargan del cuidado de los neonatos.

UCIN II cuenta con 3 enfermera permanente que vela por el cuidado de los neonatos. En este servicio las madres tienen acceso a estar con sus bebés desde las 8 am – 7 pm

La relación entre el personal de salud es agradable, trabajan y se apoyan mutuamente.

La mayoría de los neonatos hospitalizados suelen ser prematuros, algunos de ellos referidos de otros hospitales.

Las madres de estos niños son de distintas edades, algunas jóvenes y otras añosas, algunas de ellas procedentes de lugares alejados.

Dependiendo de la condición del niño, la madre tiene acceso a visitar a su niño durante la lactancia y dependiendo del lugar donde se encuentra.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se utilizó técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. También fue de índole interpretativa porque se realizó con grupos pequeños de personas, cuya participación fue activa durante todo el proceso investigativo. La investigación cualitativa no pretende explicar ni transformar la realidad sino comprenderla, para lo cual debe hacer una lectura que trascienda los fenómenos para develar sus significados e intereses. Por lo tanto, el desarrollo de una investigación cualitativa transcurre en el ambiente natural en que suceden los hechos y en que se considera como componente fundamental el contexto en el cual se sitúa el hecho social.²⁰

La presente investigación se llevó a cabo en el Servicio de Neonatología del HNAAA con madres de hijos con DAP y con enfermeras del servicio, en el cual se incorporó el relato de las participantes. Es decir sus experiencias, creencias, actitudes, pensamientos y sensaciones tal y como fueron sentidas y expresadas por estas a través de la entrevista semiestructurada ya que se enfocó en comprender y profundizar como se favorece el vínculo afectivo materno filial en neonatos con ductus arterioso persistente luego de aplicar la Teoría de Mercer R., analizándola desde la perspectiva de los sujetos de la investigación en el Servicio de Neonatología de HNAAA, en relación al cuidado holístico.

3.2. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Fue una Investigación Acción Participación: Las tres fases esenciales de los diseños de investigación-acción son: observar (construir un bosquejo del problema y recolectar datos), pensar (analizar e interpretar) y actuar (resolver problemas e implementar mejoras), las cuales se dan de manera cíclica, una y otra vez, hasta que el problema es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente, Stringer, 1999.

La investigación participativa abarca seis momentos²¹:

Primer momento:

Sostiene que el montaje institucional y metodológico de la investigación.

Según Le Boterf, este momento consiste en la discusión del proyecto de investigación con la población y sus representantes; en la definición preliminar y provisional del proyecto: objetivos, propósitos, conceptos, hipótesis, métodos; en la delimitación del área de estudio y la organización del proceso de investigación, incluyendo la asignación de tareas, la selección y capacitación de investigadores, la definición de los recursos necesarios y la calendarización de actividades.²¹

Las investigadoras a partir de las observaciones realizadas sobre el favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer en un Hospital y apoyándose en un marco teórico inicial, estuvieron atentas a detectar elementos nuevos e importantes durante el estudio,

que permitieron enriquecer la investigación y así designar actividades a corto plazo para los sujetos de la investigación.

Segundo Momento:

Análisis situacional. Consiste en realizar un análisis preliminar del área de estudio y de la población sujeto de la investigación. Este momento tiene como propósito lograr un primer acercamiento a la población y recoger información sobre su estructura social, así como de la percepción de la población sobre su realidad y sus problemas.

En la investigación se tomó en cuenta las características del servicio de Neonatología tales como estructura física, aspectos administrativos, de organización, carga laboral, características del personal enfermero como la edad, sexo, condición laboral, estado civil, aspectos culturales, capacitaciones sobre el tema, tiempo de servicio, así como la gravedad del ductus arterioso de los neonatos, sistema de apoyo con los que cuentan y aspectos culturales.

Tercer Momento:

Priorización. Consiste en llevar a cabo un análisis crítico de los problemas considerados prioritarios por el grupo o población que participa en la investigación, así como de las posibles causas que lo generan. Deberán escogerse aquellos de mayor interés para el grupo.²¹

Las investigadoras analizaron y comprendieron cómo es el favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer, desde la perspectiva del profesional de enfermería y de las madres de los neonatos con ductus arterioso persistente, además de lo observado durante la ejecución de la investigación, se buscó priorizar, ampliar y comprender cómo se da cada proceso y las relaciones entre los elementos que participaron en el favorecimiento del vínculo afectivo según la Teoría de Mercer.

Cuarto Momento:

Búsqueda de alternativas de solución. Una vez que se han identificado los problemas y se ha decidido sobre cuál interesa actuar, es necesario empezar el análisis de las posibles alternativas para solucionar los problemas priorizados. Es importante que el grupo seleccione aquellas alternativas que consideren de mayor urgencia y las que tienen mayor factibilidad.

Las investigadoras en el estudio tuvieron como fuente de información al profesional de enfermería y a la madre de los neonatos con ductus arterioso persistente, así como los casos observados durante la recolección de información, cuyo proceso se realizó en varias semanas, empleando entrevistas semiestructuradas a profundidad para ambos sujetos de estudio en los momentos adecuados, de esta manera se logró desarrollar alternativas para dar solución al favorecimiento del vínculo afectivo y que los sujetos comprendan la importancia del mismo.

Quinto Momento:

Planificación y ejecución de un plan de acción. El grupo debe elaborar y comprometerse con un plan de acción que dé respuesta a la situación encontrada en los momentos anteriores.

En la investigación se analizaron los diferentes discursos obtenidos que permitieron identificar las distintas apreciaciones y opiniones que manifestaron el profesional de enfermería y las madres de los neonatos con ductus arterioso persistente durante la entrevista, las mismas que ayudaron en la elaboración de las consideraciones finales por las investigadoras.

Sexto Momento:

Evaluación, retroalimentación y toma de decisiones. Este momento debe ser permanente a lo largo de todo el proceso de investigación, sin embargo una vez ejecutado el plan es necesario medir los avances, logros, la efectividad de lo planificado. Esto servirá de base para tomar las decisiones. Este es un momento importante, pues es lo que da permanencia a la investigación a través de la identificación de nuevas inquietudes y nuevos problemas.²¹

En el estudio las investigadoras buscaron asociar sus experiencias personales y conocimientos adquiridos, con la información obtenida a través de los discursos del profesional de enfermería, se logró establecer generalizaciones naturales, generar supuestos, descubrir relaciones y conceptos sobre el

favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer, en base a las emociones, sentimientos y percepciones que brindaron los sujetos de estudio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

En la presente investigación la población estuvo conformada por los neonatos con DAP y sus madres; y las enfermeras que cuidan a estos niños en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Los participantes reúnen los siguientes criterios de inclusión:

- Enfermeras que laboran en el servicio de neonatología al menos 6 meses; nombradas y contratadas para asegurar su compromiso en el cuidado del establecimiento del vínculo- materno filial.
- Neonatos en el período de 7 a 30 días de hospitalización con ductus arterioso persistente leve – moderado del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo – 2017.
- Madres de los neonatos en el período de 7 – 30 días de hospitalización.

Muestra:

La muestra estuvo delimitada mediante la técnica de Saturación y Redundancia. Cuando al revisar nuevos datos (entrevistas, sesiones, documentos, etc.) ya no encontramos categorías nuevas (significados diferentes); o bien, tales

datos “encajan” fácilmente dentro de nuestro esquema de categorías (Neuman, 2009). A este hecho se le denomina saturación de categorías, que significa que los datos se convierten en algo “repetitivo” o redundante.²²

Se tomó en cuenta los discursos de las enfermeras y madres de los neonatos del Servicio de Neonatología; que desearon participar voluntariamente de la investigación (Apéndice N° 02), teniendo en cuenta que de ser repetitivas y de no aportar nuevos datos, se obviarán y se coleccionará las evidencias informativas más relevantes.

3.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio, en la presente investigación se utilizó como técnica de recolección de datos en primera instancia la Entrevista semiestructurada (Apéndice N° 03), la cual se aplicó a las enfermeras, y a las madres de los neonatos con ductus arterioso persistente del período de 7 – 30 días de hospitalización en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Según Hernández Sampieri (2006), se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas).

Burns, afirma que la entrevista semiestructurada es una reunión para intercambiar información entre una persona y otra mediante preguntas y respuestas respecto a un tema, entrevista que se caracteriza por no ser limitada previamente, aunque el tema preliminarmente es definido. La entrevista aplicada fue de manera

anónima con un seudónimo, se recolectaron datos de las madres y enfermeras participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico donde se enfocaron una serie de preguntas para cada participante. Esto con el fin de saturar datos, recolectando la información suficiente para entender el área de interés.²³

3.5.PROCEDIMIENTO

Para poder llevar a cabo la presente investigación, se solicitó autorización del Director del HNAAA y Jefa de Enfermeras del Servicio de Neonatología.

En primer lugar se presentó una solicitud acompañada de tres copias anilladas y en CD de la investigación, en la oficina de capacitación dirigida al Director del HNAAA solicitando permiso para que se autorice la realización de la investigación. Una vez aprobada se emitió un documento con la autorización y el derecho de un pago en el Banco de la Nación. Luego se informó a la Jefa de servicio de Neonatología que la investigación se llevaría a cabo en el servicio mencionado con las madres de hijos con DAP y enfermeras a cargo del servicio.

Seguidamente, antes de realizar la entrevista a las madres, se les explicó sobre que trataba, haciendo énfasis que es totalmente anónima. Asimismo se pidió su consentimiento informado a las madres de niños con DAP, para lo cual se explicaron los objetivos de la investigación y de esta manera se logró la confianza para realizar dicha investigación. La entrevista fue grabada a través de un celular. Se logró realizar en un ambiente tranquilo, privado, en un tiempo de duración no mayor a 15 minutos.

Las investigadoras fuimos al Servicio de Neonatología del HNAAA, a observar si habían neonatos con DAP y si sus madres se encontraban en la misma sala, esto orientó en la valoración de la presencia del vínculo materno filial en los pacientes en estudio, también se valoró en forma directa a los profesionales de enfermería si permitían que este vínculo sea posible, desde el momento que el neonato con DAP ingresa al Servicio de Neonatología, haciendo el seguimiento durante 7 días consecutivos en turno de mañana y tarde en este servicio del HNAAA, que permitió comprender como se establece el vínculo afectivo o si ella misma no se permitía establecer su rol maternal en los días de observación: desde el primer día hasta el sétimo día consecutivo, para ver progresivamente las manifestaciones de la madre, enfermera y neonato con DAP.

Se tomó como referencia un instrumento validado, la entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a las enfermeras, y a las madres de los neonatos con ductus arterioso persistente del período de 7 – 30 días de hospitalización en el Servicio de Neonatología de un hospital, la entrevista fue en dos momentos, para seguir obteniendo información, de cómo se va establecimiento el vínculo, este procedimiento se realizó para comprender cómo se daba el vínculo afectivo antes de participar en el Plan de Acción.

En base a los resultados se planificó el Plan de Acción, teniendo como referente teórico los principios de la Teoría de Mercer R., luego de aplicarse éste nuevamente se procedió con la recolección de datos para comprender si este vínculo había sido favorecido y el proceso ocurrido.

La bitácora, documento donde se registró el nombre del paciente a quien se le asignó un seudónimo, permitió mantener la confidencialidad y anonimato de los pacientes durante el estudio.

Para la recolección de datos primero se grabaron las entrevistas y luego se transcribieron de manera fidedigna en el programa de Microsoft Word, programa informático orientado al procesamiento de textos.

Las entrevistas y las observaciones se hicieron en dos momentos.

Antes de la acción, para conocer la realidad y plantear las estrategias dadas por las investigadoras que serán a beneficio de establecer el vínculo materno filial.

Después de la acción para conocer los cambios, si es que la información dada al personal de enfermería y a las madres de los neonatos con DAP, lograron captar la información y poder aplicarla para establecer el vínculo.²⁴

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos es una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. El análisis de datos cualitativos, según Burns, consta de tres etapas: La descripción, análisis e interpretación.²³ La primera etapa es más importante en los estudios cualitativos que en los cuantitativos. Los investigadores de estudios cualitativos se detienen en la fase descriptiva el mayor tiempo posible antes de empezar el análisis y la interpretación, porque necesitan familiarizarse profundamente con los discursos.

Al realizar el análisis del presente trabajo de investigación, implicó el repaso y asimilación de los discursos, de manera pormenorizada, y considerándose para ello las tres etapas propuestas por Burns.²³

La primera etapa es el preanálisis, la cual consiste en la organización del material a analizar.²³ En el presente estudio, se realizó las revisiones de las entrevistas grabadas, escuchándolas, hasta profundizar en los datos, para ello se repitieron con la frecuencia necesaria para poder no solo entender sino también internalizar los discursos, de tal manera que la familiaridad con los mismos permitieron una mejor contextualización semántica, que facilitó su análisis a la luz del conocimiento de las bases teóricas.

La segunda etapa es la codificación, la cual consiste en realizar una transformación de los datos brutos a los datos útiles, Burns refiere que en esta etapa se realizará el filtro de discursos, fragmentación de los mismos y la extracción de unidades significativas.²³ Éstas en el presente trabajo, se obtuvieron de los discursos, utilizando el método de recorte. Al fragmentar los discursos, se obtuvieron 29 fragmentaciones significativas, relacionadas directamente con los sujetos y objeto de estudio; seguidamente, se procedió a agrupar por similitud semántica, dando lugar a la codificación y agrupamiento que tuvo un constructo de hasta tres intentos, quedando con una propuesta final, después de haber reintentado “encarcelar” los fragmentos con la mayor propiedad posible de similitud.

Finalmente, la última etapa fue la de categorización, que consiste en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en grandes categorías y

subcategorías²³; una vez obtenido los datos, se procesaron con el análisis temático relacionado al contenido, codificando y clasificando los temas que dieron origen a las grandes categorías y subcategorías preliminares o empíricas: en primera instancia, tres con ocho subcategorías para luego de un análisis de los discursos a la luz de la teoría pertinente, establecer cuatro grandes categorías científicas y subcategorías correspondientes.

El proceso de categorización tiene etapas; a su vez, cada etapa está constituida por un conjunto de actividades y operación, esquemáticamente puede representarse de la siguiente forma:

1. Reducción de datos:

- El análisis de los datos cualitativos es una tarea ardua y compleja por la forma en que generalmente aparecen: en forma textual, dispersos, vagamente ordenados.
- Separación de unidades: Determinación de criterios de separación espacial, temporal, temática, gramatical, conversacional y social.
- Identificación y clasificación de elementos: Agrupamiento físico, creación de metacategorías, obtención de estadísticos de agrupamiento y síntesis.
- Síntesis y agrupamiento: Categorización y codificación.

2. Disposición y transformación de los datos:

El investigador que esté llevando a cabo un análisis de datos cualitativos debe optar por tratar de establecer algún procedimiento de disposición y transformación de

dichos datos, que ayude a facilitar su examen y comprensión, a la vez que condicione las posteriores decisiones que se establecerán tras los análisis pertinentes.

3. *Obtención de resultados y verificación de conclusiones:*

Las tareas de obtención de resultados y verificación de conclusiones implican el uso de metáforas y analogías, así como la inclusión de viñetas donde aparezcan fragmentos narrativos e interpretaciones del investigador y de otros agentes. Aquí se va a dar un proceso para obtener resultados, un proceso para alcanzar conclusiones y por último verificación de conclusiones y estimación de criterios de calidad.²⁵

3.7.CRITERIOS DE RIGOR CIENTIFICO

Los criterios de rigor científico fueron de suma importancia, porque fueron tomados en cuenta para el tipo de investigación cualitativa en que está enfocado este trabajo, detallándose a continuación:

- *Confidencialidad:* Se protegió a los participantes del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, utilizando las iniciales de sus apellidos o nombres, con el fin de que sus identidades no sean relacionadas con la información que brindaron y que las mismas no sean jamás divulgadas, permitiendo a la vez una mejor calidad en la recolección de los datos por parte del informante, brindándonos una información más cercana a la realidad.

- *Confiabilidad:* Se evaluó la calidad de los instrumentos a través de una validación realizada por juicio de expertos en el Servicio de Neonatología, a través de pruebas estadísticas y la revisión del contenido de los instrumentos.
- *Credibilidad:* La investigación será reconocida como “real” y “verdadera” porque fue realizada con madres con hijos con DAP y enfermeras que expresaron sus propias opiniones sobre el favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente. Asimismo, la investigación a través de observaciones y conversaciones prolongadas con las madres y enfermeras (sujetos de estudio), recolectaron información.

Se produjeron hallazgos que fueron reconocidos por las mismas, como una verdadera aproximación sobre lo que ellas piensan y sienten. Por lo tanto, los resultados podrán ser transferidos a otros centros de estudios o escenario con iguales características.

3.8.CRITERIOS ÉTICOS

La condición de persona es el fundamento ontológico real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética personalista, principios que operan como ayuda y guías de la acción al tomarse en consideración en cada decisión relativa con el paciente y en la investigación con seres humanos.²⁶

La investigación en salud requiere garantizar derechos de las personas, es por ello que durante la presente investigación se puso en práctica los principios éticos

fundamentales que guiaron la conducta ética de las investigadoras. Se consideraron los siguientes principios²⁶:

- *Principio de Beneficencia:* La presente investigación pretendió conocer cómo está el vínculo afectivo y orientar a las madres acerca de la importancia de sus cuidados durante todo el proceso de hospitalización por la que pasa su hijo. Las actitudes que mostraron las enfermeras frente a las diversas situaciones que viven las madres. Además, todos los datos obtenidos, no se emplearon con otros fines para los cuales no hayan sido establecidos al momento de la recopilación, tampoco serán alterados o modificados, proporcionando de esta manera datos fidedignos para que puedan ser empleados como base para investigaciones futuras.
- *Principio de Respeto:* Fue respetada toda opinión y decisión de las madres y las enfermeras que participaron en la investigación, esto permitió que ellas colaboren con el proceso de investigación con total libertad.
- *Principio de Justicia:* Todas las madres y enfermeras que participaron de esta investigación fueron incluidos en todos los talleres por igual, trabajando a la par con los demás principios ya mencionados.
- *Voluntariedad:* Toda madre y enfermera tuvo la plena potestad de decidir acerca de su participación y colaboración de la presente investigación a través de la firma del consentimiento informado.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar los resultados y discutir el Favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer en un Hospital, surgieron cuatro grandes categorías; las cuáles se presentan a continuación cada una con sus respectivas subcategorías:

- I. EVIDENCIANDO LAS LIMITACIONES PARA FAVORECER EL VÍNCULO AFECTIVO MADRE – RECIÉN NACIDO
 - 1.1.Estado crítico del neonato: Oxigenoterapia y ventilador mecánico
 - 1.2.Normas restringidas de visitas al Recién Nacido
- II. ESTRATEGIAS PARA FORTALECER EL VÍNCULO
 - 2.1.Propiciando el apego a través de mamá canguro
 - 2.2.Toque terapéutico y escucha activa
- III. BRINDANDO EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- IV. EVIDENCIANDO EMOCIONES MADRE – HIJO DURANTE ESTADÍA HOSPITALARIA
 - 4.1.Demuestran felicidad
 - 4.2.Sienten miedo las madres al primer contacto con su bebé
 - 4.3.Brindan apoyo emocional a la madre para establecer el vínculo afectivo

El vínculo es un instinto biológico destinado a garantizar la supervivencia de los recién nacidos, es el lazo que se establece entre el recién nacido y su madre. Cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y la replicación. El separar a los recién nacidos es una práctica dañina y estresante tanto para el recién nacido como para la madre. Esto puede dejar secuelas y afectar al neurodesarrollo infantil y al vínculo, del cual va a depender en buena parte la salud emocional del niño.

Asimismo, numerosos estudios demuestran que la manera en que se desarrolla el cerebro está fuertemente afectada por las relaciones tempranas del bebé, especialmente las que establece con sus padres. Por lo tanto, las relaciones de apego son la base que va a posibilitar la confianza y seguridad en uno mismo así como la capacidad de tener relaciones afectivas próximas, de procurar y recibir atenciones y de cuidar a los otros.²⁷

Pero para identificar el “FAVORECIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO EN NEONATOS CON DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE SEGÚN LA TEORIA DE MERCER EN UN HOSPITAL, CHICLAYO, 2017”; es necesario analizar cada categoría:

I. EVIDENCIANDO LAS LIMITACIONES PARA FAVORECER EL VÍNCULO AFECTIVO MADRE – RECIÉN NACIDO

Durante el embarazo, probablemente las madres estén al pendiente sobre cómo evitar las complicaciones durante este proceso, el trabajo de parto y el parto, y preservar su salud y la de su bebé. Sin embargo, también es importante que

comprendan que existen determinadas complicaciones y problemas de salud que no se pueden prevenir, independientemente de la buena evolución del embarazo.

Es imposible que las madres gestantes estén completamente preparadas para las complicaciones durante el parto o para descubrir que su hijo tiene un problema médico o una anomalía congénita. No obstante, aprender sobre los problemas de salud en los recién nacidos y la importancia que tiene el desarrollo del vínculo puede favorecer su pronta recuperación, a pesar de las limitaciones que puedan existir por los diferentes procedimientos que se realicen en el pequeño y los horarios que establece el hospital.

1.1.Estado crítico del neonato: Oxigenoterapia y ventilador mecánico

El periodo que rodea y sigue al nacimiento de un bebé con cardiopatía se caracteriza por un sentimiento de irrealidad: las madres se enfrentan a la imposibilidad de tener las vivencias esperables y deseadas, sobre todo por la ausencia del hijo sano a su lado, un hijo que muchas veces no verá hasta pasadas muchas horas. El impacto de este nacimiento supera los procesos de mentalización y los padres perciben una serie de imágenes y sentimientos que no integran.⁸

La distancia física dificulta en los padres el reconocimiento del niño como su propio hijo, suscitando en ellos sentimientos de culpa⁸, porque no expresan sus sentimientos como deseaban y sienten que no desempeñan adecuadamente el rol de padres.

“... cuando hablamos del vínculo afectivo, realmente en los prematuros que tienen problemas de ductus a veces es bien limitado

por lo menos en este hospital, muchos de ellos son ductus dependientes de oxígeno y otros que no pero el vínculo no se da como debería ser, es limitado, por 5 a 10 min que en algunos casos hay observación por la madre y otros ya cuando el bebé está un poquito más estable, le permitimos que lo toque....” D3

“... bueno depende, es que a veces puede ser un prematuro que está con una cardiopatía congénita y que está en incubadora y de repente es un poquito más difícil sacarlo o por los mismos procedimientos invasivos, la monitorización, pero si se puede permitir por lo menos unos minutos , se permite tocarlos...” D4

El tratamiento específico del ductus arterioso y la alimentación que recibirá el neonato es determinado por el médico, basándose en la edad del paciente, la gravedad de la enfermedad (ductus pequeño o grande) y los síntomas que presente. En función de esto, para el tratamiento se puede tomar la opción de observar y controlar periódicamente al niño o bien realizar un tratamiento dirigido al cierre del ductus, mientras que para la alimentación se toma en cuenta el uso de sondas, biberón o la lactancia exclusiva de la madre.

“.... cuando el tratamiento es quirúrgico, las trabas para el vínculo son aún mayores...” D2

La mayoría de las madres y padres descubren que involucrarse en el cuidado de su bebé les aporta una sensación de control y les ayuda a fortalecer el vínculo con éste, transmitiéndole a la vez seguridad y afecto.

El rol del equipo de profesionales en las unidades neonatales es propiciar el desarrollo de comportamientos maternos y paternos naturales, entrenando a la madres y a los padres en la observación y el aprendizaje de las conductas y respuestas de su hijo para intervenir en los cuidados del mismo, de manera que, al mismo tiempo que se va integrando a los padres y madres en el cuidado de su bebé, se les enseña a identificar y comprender su lenguaje corporal. ⁸

El ductus arterioso o conducto arterioso es un pequeño vaso que comunica la aorta con la arteria pulmonar. Está normalmente abierto en el feto, pero se cierra justo después del nacimiento (en la mayoría de los casos durante los primeros tres días de vida, aunque puede permanecer abierto hasta varios meses después).

La persistencia de este conducto condiciona un 'cortocircuito' entre la circulación sistémica y la pulmonar: se produce la mezcla de sangre oxigenada de la circulación sistémica que va por la aorta y la sangre con poco oxígeno que circula por la arteria pulmonar, lo que al final produce que al organismo se envíe sangre con menos oxígeno del normal. Esta anomalía es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Entonces es por ello que el vínculo se ve afectado ya que cuando el neonato nace debe ir directamente al pecho de la madre porque el neonato así se sentirá protegido, incluso con el propio olor de la madre que es clave en este sentido.

Pero cuando el neonato nace con DAP, el personal de salud tiene que velar por la salud de éste, es por ello que debe recalcar a la madre la importancia de un buen lavado de manos simple que es considerado el procedimiento único y más

importante en la prevención de la diseminación de las infecciones, muy a pesar de que en el binomio madre – neonato debe hacer una simbiosis porque éste necesita de alguien que lo proteja, ya que esto hará un adecuado vínculo afectivo y tendrá una base segura para que se desarrolle sus potencialidades que vienen innatas. Como puede valorarse en lo expuesto:

“ ... Facilitamos lo que es el lavado de manos, eso permite que tengan contacto con su bebé. Que lo puedan tocar, es rara vez que se ve en este servicio que pueda, un niño conectado a máquinas, podemos hacer que ellas lo alcen, pocas veces se ve, lo tratamos de hacer e alguna forma pero en forma general ese vínculo está totalmente afectado, en relación a un papá o mamá de un bebé normal o de una cesárea que inmediatamente el niño va a pasar a su lado...” D4

El vínculo afectivo no es un flechazo, sino una relación que se construye durante meses y años a base de contacto físico y cariño diarios.

Si está en la incubadora, la madre debe pasar todo el tiempo que pueda con su bebé, establecer de alguna manera este vínculo, abrazar a su hijo, el contacto produce beneficios profundos y duraderos, así como desarrollar la lactancia materna, que libera oxitocina, esa hormona “cariñosa”.

El roce hace el cariño y así en poco tiempo se creará el vínculo, la madre siente que necesita de su hijo tanto como él de su madre y será su figura o una de sus figuras

de vínculo. Un excelente vínculo en los primeros meses da seguridad al neonato para atreverse a explorar y a relacionarse con su propio mundo.

1.2. Normas Restringidas de visitas al Recién Nacido

Un recién nacido con ductus arterioso persistente siempre debe tratarse para evitar las complicaciones, que no sólo incrementan la morbilidad, sino que también son potencialmente letales.

Los profesionales de enfermería deben elaborar estrategias para facilitar el vínculo desde el momento del diagnóstico de una cardiopatía de DAP y en los primeros días posparto. Tal como señala Mercer R. la enfermera tendrá un papel esencial durante el establecimiento del vínculo en la familia. Se debe dar apoyo emocional e informar sobre el contacto piel con piel y las ventajas de la lactancia materna. Las posibilidades futuras de estos niños dependerán del nivel de estimulación, de la gravedad en la que se encuentren y de la aceptación de los padres. Debemos respetar las etapas emocionales por las que atraviesa la familia, especialmente los padres, pues de ellos dependerá la integración correcta del bebé.

“... Bueno el vínculo afectivo en pacientes con ductus arterioso que mayormente son pacientes complicados, están en el área crítica como la UCI, lo que es el vínculo afectivo se ve interferido, las madres tienen acceso a esta unidad de acuerdo a horarios...” D4

La UCI neonatal combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar cuidado especializado para los pacientes más pequeños.

Algunos recién nacidos requieren cuidado en una UCI y dar a luz a un bebé enfermo o prematuro puede ser algo inesperado para cualquier madre.²⁸

El entorno inadecuado, los sonidos extraños y el equipo en la UCI pueden ser abrumadores, sumado a ello, las limitaciones que tienen los padres por las normas que establece el hospital (horario de visita, acceso limitado), provocando reacciones diversas en ambos progenitores, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de los padres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como también en la comunicación con los profesionales que asisten al bebé.⁸

Por ello, los miembros del equipo de la UCI del HNAAA colaboran con los padres para desarrollar un plan de cuidado para los recién nacidos de alto riesgo, favoreciendo de esta manera al desarrollo del vínculo afectivo, el cual mejorará la salud del neonato y transmitirá a los padres tranquilidad y felicidad al compartir momentos en familia.

II. ESTRATEGIAS PARA FORTALECER EL VÍNCULO

La vinculación de los padres, especialmente de la madre en el cuidado de sus hijos que se encuentran hospitalizados ha cobrado una gran relevancia en los últimos años, permitiendo fortalecer la esperanza de vida que tienen los padres acerca de sus hijos con alguna patología, que necesitan más que de la alta tecnología, una atención enfatizada en el amor.

Sumado a ello, el personal de salud que labora en áreas críticas como UCI, ayuda a crear estrategias para fortalecer el vínculo afectivo, el cual es el primer lazo para

brindar un correcto desarrollo físico y emocional al neonato, favoreciendo a través del contacto piel a piel y verbal.

2.1.Propiciando el apego a través de mamá canguro

El cuidado madre canguro es una forma especial de cargar a su bebé en contacto piel a piel, de esta manera se fortalece el vínculo madre-hijo y se favorece a la pronta recuperación del bebé.²⁹

Mercer R. con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta que el concepto de "madre tradicional" va más allá, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo.³⁰

“... en caso de la persistencia de ductus arterioso, hay mamás que se quedan y hacen inclusive mamá canguro, les ponemos una sillita al lado de la incubadora, el bebito baja, o se queda en cunita para estudio o en observación o con su medicamento...” D1

“... procuramos que la madre se mantenga informada que se puede hacer mamá canguro, justamente tenemos un bebé que tiene una cardiopatía congénita, con él estamos haciendo mamá canguro y está lactando pero si lo tenemos con su control de oximetría de pulso constante, para verificar si baja la saturación o no...” D4

“... aun cuando está en estado crítico le hacemos ingresar a la mamá, que la mamá tenga contacto con su bebé, si el niño está con ventilación mecánica y nosotras vemos que lo puede tolerar cuando lo sacamos, en ese momento nosotros podemos hacer que la mamá tenga contacto con el bebé...” D1

“...por ejemplo los padres ingresan en la tarde cuando tenemos más tiempo, cuando el médico ya terminó de pasar la visita, cuando ya dio los informes, la mayoría de los procedimientos son en la mañana ya en la tarde podemos hacer que la madre tenga contacto con la madre...” D6

En la actualidad, se considera que la práctica del método canguro es una de las intervenciones más útiles de las que disponemos para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el recién nacido inmaduro para mejorar su desarrollo. Además, favorece el vínculo de los padres con sus hijos y el conocimiento mutuo e incrementa la confianza y el grado de competencia de ambos.⁸

2.2.Toque terapéutico y escucha activa

El contacto piel con piel sumado a la comunicación que se tiene con el neonato, le brinda seguridad, tranquilidad y propicia fuertes vínculos emocionales, lo cual repercute positivamente en su desarrollo.

“... yo veo que la madre le habla y en algunos dependiendo su condición, la madre lo puede tocar, ya en ese momento que le diga quién es, que le cante, que le dé palabras de ánimo, que lo esperan en

casa, el amor que le tienen, y de ahí si está ventilando bien lo puede cargar y sino ahí no más, solamente contacto táctico y verbal...” D5

“... en las posibilidades de los casos tratamos de lo posible tengan un contacto para que se de este vínculo afectivo porque va a mejorar parece mentira que al momento la mamá lo acaricia o incluso nosotros cuando nosotros lo acariciamos cuando está llorando el bebé se tranquiliza...” D4

El personal de enfermería busca comunicarse con el recién nacido porque le gusta prestar cuidados y porque reconoce su dependencia física y emocional, además de la necesidad de la formación del vínculo con el recién nacido y la familia de este.³¹

Además la aplicación de los toques terapéuticos ha mostrado su efectividad en el tiempo de estancia y en la presentación de complicaciones.³²

Es necesario reforzar las actitudes y comportamientos positivos del profesional de enfermería hacia los padres, de manera que estos permitan el surgimiento de una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía, que les permita proporcionar un cuidado que ayude a los padres adaptarse a la unidad, y fomentar su capacidad de ser padres de un recién nacido en condiciones de alto riesgo biológico.³³

Todo ello está avalado en la Declaración Mundial de los Derechos del Niño Hospitalizado, de 1998 en el Art. 21: «Hay que hacer todo lo posible para que un recién nacido hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres, o padres sustitutos, cuando sea necesario y han de tener la posibilidad de ausentarse de su trabajos sin perjuicio para ellos.»⁸

III. BRINDANDO EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La mayoría de los recién nacidos con DAP van a casa con indicaciones médicas y cuidados estrictos; la enfermera es uno de los profesionales que forma parte del equipo multidisciplinar de la UCI, ella acompaña y comparte con estos padres y madres y sus hijos prematuros las 24 horas del día y, por tanto, tiene la oportunidad de recoger e integrar toda la información relevante acerca del bebé y su familia. Vive con ellos sus angustias, miedos y emociones. Por lo tanto el personal de enfermería se encarga de enseñarles a los padres, principalmente a las madres, quienes son las cuidadoras principales de estos niños, a brindar un cuidado de calidad a sus bebés durante la administración del tratamiento y la alimentación, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.

La educación de las madres sobre los cuidados que deben realizar en casa cuando el neonato sea dado de alta tiene resultados en perfeccionar algunas prácticas para que se realicen en forma más segura, aumenta la conciencia materna sobre el comportamiento del infante y la empatía maternal.³⁴

“... antes que se vayan de alta, más o menos 15 o 10 días a la mamá se le va enseñando como darle, por lo general el tratamiento son polvitos que se le dan en sobrecitos, ya vienen preparados, ella está mirando, observando, nosotras les hacemos entrar y para eso el bebito ya está en intermedios II, Inclusive se les da con todas las técnicas de asepsia para que ellas puedan alimentar a sus bebés y le puedan dar el tratamiento, ya se van adiestradas...el día del alta el médico le da los sobrecitos y la mamá ya

sabe que tiene que darle uno o dos, o el horario que tiene que seguir, según lo que indica el cardiólogo...” D2

Todo se ve reflejado en la orientación que brindan las enfermeras que laboran en el HNAAA hacia los padres, para que vayan a casa con la seguridad que el cuidado que le brinden a su bebé será el adecuado y favorecerá a su pronta recuperación tanto física como emocional.

Es una valiosa oportunidad de hacer visible y jerarquizar el rol educador del enfermero ante la comunidad. Desde el punto de vista de sanitario, trabajar en la educación de las familias es una efectiva estrategia de promoción y prevención en salud, que impacta a largo plazo y trasciende en beneficios para la sociedad en su conjunto.³⁵

IV. EVIDENCIANDO EMOCIONES MADRE – HIJO DURANTE ESTADÍA HOSPITALARIA

Posiblemente no haya momento más fascinante y misterioso a la vez que el primer encuentro del bebé y su madre. Sin dudas, un momento creador para ambos. Las primeras miradas, los primeros olores, las primeras caricias, sonrisas y palabras, los primeros gestos de desconcierto, malestar y satisfacción, los primeros movimientos, los primeros besos y abrazos, los primeros arrullos y silencios, irán tejiendo la trama intersubjetiva sobre la que se irá enlazando el vínculo primario que guiará los vínculos posteriores en la vida. Varios investigadores han enfatizado el encuentro de naturaleza “animal” entre el recién nacido y su madre, y la capacidad de éste para encontrar intuitivamente el seno materno y se les deja a sus propios recursos.

4.1. Demuestran felicidad

Es bueno que la madre abrace a su hijo nada más al nacer, para que se establezca entre ellos un fuerte lazo afectivo, ya que el sentimiento de felicidad maternal no llega como arte de magia, si al principio la mujer no se siente feliz junto a su bebé, no ha de sentirse culpable por ello, ya que está pasando por algo que padecen muchas madres cada día, mucho más la madre de un bebé con un ductus arterioso persistente.

Si el bienestar del bebé es lo primordial para la felicidad materna, a su vez esa felicidad es una de las causas del bienestar de su bebé.

Sin duda que esto se ve reflejado en lo manifestado en el siguiente discurso:

“... Siempre, siempre cuando hay vínculo afectivo, ten la plena seguridad de que hay unas experiencias valiosísimas de la madre, lo primero que observas es que ella está feliz y contenta...” D1

“...en su primer contacto casi siempre sus emociones afloran, empiezan a llorar, “Gracias señorita”, es una cosa indescriptible en cuanto a la actitud de la madre que pone, creo que es la mujer más feliz y totalmente comprensible, es un contacto así muy muy muy íntimo en ese momento que ellas tienen, entre madre – hijo ...” D3

“... Yo a veces veo a las madres felices cuando se les permite tener contacto con sus hijos...” D7

Además al nacer el cerebro del recién nacido y el de la madre están bañados en un mar de hormonas que se activaran frente al primer encuentro, afectando profundamente al vínculo y que en un futuro juzgarán un papel importante en las relaciones sociales que establezca el bebé conforme crezca.³⁶

Así la oxitocina, la vasopresina, la prolactina, y las endorfinas que también se producen durante el trabajo de parto influyen de forma decisiva en la formación del vínculo, haciendo que la madre al ver y tocar (abrazar) a su bebé se sienta enamorada de él, gracias a la oxitocina que es la hormona del amor, la vasopresina (hormona de la monogamia) se activa, generando en la madre el sentimiento único de felicidad por su hijo, y la necesidad de permanecer siempre a su lado.³¹ Estas experiencias se manifiestan de la siguiente manera:

“... Las madres manifiestan que sienten que su bebé se da cuenta que está a su lado, porque se mueve cuando llega a verlo... cada día amo más a mi bebé, refieren...” D8

“ ... Las madres que dicen que si inmediatamente le entregue a su bebé, pero después de las mamás se acercan a sus bebitos de una u otra manera, te preguntan todo, que hago, como lo hago, como lo cojo, lo estoy haciendo bien, lo estoy dañando, están muy atentas a lo que tú les dices, eso es muy importante como tú las orientes, la confianza que les puedas dar, para que ellas se sientan seguras y puedan mantener este vínculo y fortalecerlo, es muy importante...” D4

Estas manifestaciones para la investigadora son evidencia que la felicidad materna y los sentimientos en general no solo son percibidos por las madres sino también por los hijos, el primer encuentro refiere Mercer R. va a ser decisivo para el desarrollo del vínculo madre-hijo, ya sea por los diversos mecanismos fisiológicos como el DAP, psicológicos y emocionales que se activan frente al primer encuentro y juegan un papel importante en las relaciones que el recién nacido establezca en su vida futura.

4.2.Sienten miedo las madres al primer contacto con su bebé

Tener un bebé es una gran felicidad, pero cuando llega con alguna enfermedad siempre requiere de atención médica, por lo que es común que aparezcan sentimientos como miedo, enojo, depresión o culpa, ante la incertidumbre de su estado de salud. Sin embargo, la llegada del primer bebé supone aparte de una gran felicidad, una serie de miedos, que la madre vive especialmente. Cuando una mujer se convierte en madre, empieza una etapa llena de cambios y trabajo, mucho trabajo. En ocasiones, la responsabilidad puede llegar a abrumar y a hacerle sentir que no puede con todo.

Todas estas circunstancias se unen con el bajón hormonal del posparto, una situación normal en la mujer, que produce cambios en la percepción de sus emociones, ya que es una situación ante la que nunca se había enfrentado.

La falta de experiencia se resuelve con el tiempo y en breve, la madre primeriza verá que los miedos se disipan y cada día disfruta más y más de su bebé.

El principal miedo de las madres primerizas es que el bebé presente algún problema de salud, y cuando la madre se entera de que su bebé ha nacido con una malformación cardíaca como es el DAP, entra en un estado de negación hasta llegar a la aceptación, en dónde poco a poco empieza a hacer el rol de madre.

Es importante superar estos sentimientos, ya que los neonatos con ductus arterioso persistente también son muy perceptivos a las emociones de sus padres sobre todo de la madre.

Aunque el neonato pueda parecer frágil, es necesario empezar a fomentar el lazo afectivo, que determinará gran parte de su desarrollo físico y emocional. Así lo exteriorizan los sujetos de estudio:

“... Tienen bastante miedo, difícil que una mamá venga bien segura, miedo porque respira así, se pone negrito, llora y no coge el pezón...” D1

“... Las mamás tienen miedo, todas ellas esperan un niño sano, cuando nace un niño con una patología, como el ductus arterioso en el grado que sea tienen miedo de tocarlos muchas veces a su bebes, evitan hacerlo muchas de ellas...” D4

“... Si, si se ha visto casos pero son pocos, son pocas las mamás muy temerosas, más las mamás que son primerizas, mamás que tienen un feto valioso después de 4 o 5 pérdidas o abortos, y es su primer hijo que viene y viene con este problema, temen hasta tocarlos...” D5

“...Tienen miedo tocarlos porque piensan que si los tocan se van a complicar o los bebitos van a empezar a llorar...” D6

La responsabilidad de cada uno, es cumplir con el deber de asumir las consecuencias de nuestros actos. Ser responsables también es tratar de que todos nuestros actos sean realizados de acuerdo con una noción de justicia y de cumplimiento del deber en todos los sentidos. Asimismo, los valores son la base de nuestra convivencia social y personal, por lo cual la responsabilidad es un valor, porque ella depende la estabilidad emocional, ayudar a las madres a controlar su miedo, para que así obtengan valor y puedan asumir el rol materno, además de ella depende la estabilidad de las relaciones personales. La responsabilidad es valiosa, porque es difícil de alcanzar.

Asimismo para que la madre adolescente pueda asumir una maternidad con responsabilidad, nos apoyamos en Mercer citado por Marriner³⁷, con su teoría adopción del rol materno, centrándose en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

4.3.Brindan apoyo emocional a la madre para establecer el vínculo afectivo

La maternidad se refiere a la relación de madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo. Esta relación comienza con la concepción, y se extiende a través de los ulteriores procesos fisiológicos del embarazo, nacimiento, alimentación y asistencia. Todas estas funciones se acompañan de reacciones afectivas, que son, hasta cierto grado, típicas de la especie o varían individualmente, pues están inseparablemente relacionadas, en cada mujer, con la personalidad total.³⁸

Cabe mencionar que la maternidad en hijos con DAP es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de las madres, así como de los padres de familia, la sociedad y el hijo, ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica.³⁸ En sí la maternidad implica cambios en su identidad como mujeres. El tener un hijo con ductus arterioso persistente cambia mucho más los aspectos de su vida, debido a que el ser mamá será su nueva identidad para siempre, esta puede ser vivida de muchas formas. Hay algunas mujeres para las cuales la maternidad de un hijo con DAP es algo maravilloso y la viven de forma placentera ya que recurren a los cuidados dados por la enfermera y el médico, enfrentando su miedo para desarrollar fuerza, fortaleza para su bebé, pero para algunas otras, el ser madres de un hijo con DAP se vuelve aterrador por muchos factores. Así lo experimentan las enfermeras que han visto a las madres con DAP y lo manifiestan en los siguientes discursos:

“...Muchas de ellas tienen bastante temor incluso de alzarlo, de tenerlos alzaditos, me doy cuenta que ellas tienen bastante cuidado, bastante temor y la labor nuestra está en orientarlas educarlas pero si las mamitas muestran bastante temor...” D4

“... Hasta que poco a poco ya van viendo su evolución, tienen miedo a mirarlos con el oxígeno, o con la sonda en la boquita, con las vías periféricas, tienen miedo e mirarlo así, hasta que se adapten ya van tomando un poquito más de confianza pero si hay casos...” D5

Por la inseguridad y el temor hay que procurar siempre que sea posible, pedir ayuda y aceptarla cuando la necesitemos, y el papá y los familiares deberían estar atentos a ello, incluyendo el personal de salud, sobre todo los que están a cargo de bebé. Si fuera posible, la mamá ha de encontrar un tiempo (aunque sea mínimo) para su cuidado y bienestar, para relajarse. Que el entorno de la madre facilite esto y sobre todo lo que la acompañe y escuche, es importante. Lo cual se refleja en los siguientes discursos:

“... El que el personal de enfermería favorece o ayudamos a fortalecer el vínculo afectivo que se ve severamente resquebrajado durante este tiempo de hospitalización de estos pequeños, nosotros permitimos el ingreso a la madre tal vez por un tiempo mayor al que está establecido en algunas ocasiones, conversamos con ellas, etc...” D4

“... Tratamos de que haya una relación bastante estrecha a pesar de los límites que pone el horario de visita...” D4

Cabe considerar ante lo manifestado, que la aceptación del rol materno se da cuando la madre de un hijo con DAP experimenta sentimientos de confianza, competencia; entonces la forma como desempeñará su rol constituirá una fuente de seguridad y satisfacción para ambos.

Por otra parte, el vínculo afectivo que establece el recién nacido con sus padres, se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja. La madre y el niño tienen una vida en común durante nueve meses de la gestación. Es así cuando nace el niño afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido.³⁹ Así se descubre en la siguiente expresión:

“... Este cambio fue algo difícil, porque cuando estamos solteras hacemos lo que sea. Ahora aprendo lo que se sufre al ser madre, fue difícil aceptarlo. ... Cuando nació tenía miedo de hacerle doler su ombligueto; no sabía... pero ahora trato de estar más tiempo con mi bebé, mientras me dejen y darle todo mi amor” D9

En línea con lo manifestado para la investigadora, el desarrollo del vínculo afectivo entre el binomio madre-hijo será el paso previo para poder darse una adopción del rol materno en las madres de hijos con ductus arterioso persistente, ya que el bebé se encuentra presente desde la gestación, se solidifica en el momento del parto y el primer mes seguido a ello, de lo cual van a depender los cuidados que la madre le brinde.

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES

Después de analizar los resultados, el estudio evidenció:

- Las enfermeras del servicio de neonatología evidenciaron que existen limitaciones para favorecer el vínculo afectivo madre – recién nacido, por su estado crítico del neonato en oxigenoterapia y ventilación mecánica, asimismo, las normas del hospital son rígidas, que no permiten acercarse a la madre por temor a la contaminación.
- Las enfermeras en su cotidiano profesional utilizan estrategias para fortalecer el vínculo afectivo: propiciando el apego a través de mamá canguro, lo que permite que la madre esté en contacto piel a piel y le de lactancia materna. Asimismo se utiliza el toque terapéutico y la escucha activa en beneficio del recién nacido.
- Los profesionales de enfermería para desarrollar el vínculo afectivo madre – niño, brindan educación a la madre y a la vez les van enseñando cómo alimentarlo, les enseñan técnicas de asepsia para poder alimentarlos sin que el niño tenga complicaciones y esta enseñanza va de acuerdo a la disposición de la madre y la indicación médica.
- Los profesionales de enfermería observan que el propiciar el vínculo afectivo madre – hijo, las madres tienen diversas emociones durante el cotidiano hospitalario: alegría, manifestada por la madre por las experiencias que ella tiene al tener cerca a su hijito; de igual manera que algunas madres sienten miedo al tener el primer contacto con su bebé al verlo frágil, porque ellas

esperaban un bebé sano. Asimismo las enfermeras brindan apoyo emocional a las madres para que puedan establecer el vínculo afectivo cuando ven que está temerosa en alzarlo por ser muy pequeñito.

RECOMENDACIONES

- A la enfermera jefe del servicio de neonatología, seguir implementando en todo tipo de neonato la norma técnica de la atención inmediata al recién nacido, la cual establece el contacto piel a piel desde el momento del nacimiento, si el neonato no pudiese establecer ese contacto por su estado de salud, facilitar a la madre mayor flexibilidad en los horarios para la permanencia durante la estadía hospitalaria del mismo con las respectivas medidas de bioseguridad, todo ello realizado en conjunto con el personal de enfermería del servicio de manera que se refuerce la atención humanizada y se comprometa a fomentar el desarrollo del vínculo afectivo, estableciéndose como una de sus prioridades dentro de sus cuidados la educación a las madres sobre la condición del niño para el cuidado adecuado del bebé.
- A las docentes de instituciones formadoras de profesionales de Enfermería, para que busquen herramientas que promuevan en los estudiantes tanto de pre grado como post grado la adquisición de habilidades y actitudes positivas para no ser tan rígidos en el cumplimiento de las normas establecidas en el hospital y brindar mayor accesibilidad para establecer el vínculo afectivo madre – hijo.
- A la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, para que dentro de las actividades de Investigación fomenten a los estudiantes realizar otros estudios en busca de herramientas que permitan el favorecimiento del vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer, ya que es herramienta necesaria para el cuidado enfermero en todas las dimensiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montagud V. Cardiopatías Congénitas. Fundación Española del corazón. [actualizada febrero 2015; citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatias-congenitas.html>
2. Benavides A, Faerron J, Umaña L, Romero J. Epidemiología y registro de las cardiopatías congénitas en Costa Rica. Rev Panam Salud Pública. 2011. [citado 26 mayo 2016]; Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a05.pdf>
3. Olortegui A, Adrianzen M. Incidencia estimada de las cardiopatías congénitas en niños menores de 1 año en el Perú. Vol. 68. N° 2. 2007. [citado 26 de mayo del 2016]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000200003&script=sci_arttext
4. Uribe A, Díaz C, Cerrón C. Características epidemiológicas y clínicas de las cardiopatías congénitas en menores de 5 años del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Enero - Diciembre 2012. Universidad San Martín de Porres. 2015 [citado 26 mayo 2016] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100007&script=sci_arttext
5. Jiménez F, Loscertales M, Martínez A, Barbancho M, Lanzarote D, Macías C, Nieto C. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto

emocional y familiar. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. Vox paediatrica, 11,2 (27-33), 2003. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/padres de recién nacidos en ucin.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/padres_de_recien_nacidos_en_uhin.pdf)

6. Mencionado en: Ortiz A, Borré A, Carrillo S, Gutierrez G. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. Revista Latinoamericana de Psicología. volumen 38. No 1. 2006. [citado 26 mayo 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05.pdf>
7. Blanco L, Martínez J, Villate E. Fortalecimiento del vínculo afectivo de la triada padre-hijo-madre a través del curso de preparación para la maternidad y la paternidad “un proyecto de vida”: un estudio de caso. Universidad de Colombia. 2014 [citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47259/1/536287-536341-536252.2014.pdf>
8. Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. Universitat Rovira Y Virgili. Terragona. 2014 [citado 26 mayo 2016] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285312/Tesi%20Maria%20Serret%20Serret.pdf;jsessionid=E099D7B292AD0401E814F91324EB3276.tdx1?sequence=1>

9. Muñoz A. El vínculo Afectivo. CEPVI. [citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia-infantil/desarrollo/el-vinculo-afectivo>
10. Rodriguez C. Vinculación Afectiva. ONsalus. [citado 25 junio 2016] Disponible en: <http://www.onsalus.com/definicion-vinculacion-afectiva-30650.html#ixzz4C5FnCZE4>
11. Los vínculos afectivos. Portal de la Educación Infantil. [citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.educapeques.com/escuela-de-padres/escuela-de-padres-los-vinculos-afectivos.html>
12. Urizar M. Vínculo afectivo y sus trastornos. [actualizada mayo 2012; citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>
13. Mencionado en: Repetur K. Quezada A. Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Revista Digital Universitaria. Vol. 6 N° 11. [actualizada noviembre 2005; citado 18 junio 2016] Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf (se utiliza esta bibliografía por aportar evidencia científica y ser única edición)
14. Rojas S, Pujol J. Los Vínculos Afectivos: lazos que nos unen en el bienestar y el dolor. 2009. [citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.sedibac.org/MATERIAL-CONGRESO/CD/PDF/Pujol-Rojas.pdf>

15. Echeverría O. Cardiopatías congénitas. [citado 18 junio 2016] Disponible en:
http://www.academia.edu/7265993/CARDIOPATIAS_CONGENITAS_L_IBRO
16. Ruiz MD, Gómez E, Párraga MJ, Angeles M., Guzmán JM. Ductus arterioso persistente. Asociación Española de Pediatría. 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36.pdf>
17. Arias LG, Peralta ML, Lázaro JL, León JL, Benítez ZM et. al. Guía de práctica clínica: persistencia del conducto arterioso. Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social. México 2012 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im124t.pdf>
18. Adopción del rol maternal. Desarrollo del conocimiento en enfermería. [actualizada enero 2014; citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/adopcion-del-rol-materno.html>
19. Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Vol. 2. N° 1. [actualizada Octubre 2011; citado 18 junio 2016] Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706>
20. Pineda B, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación: Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 2da Edición. Washington D.C (EE.UU.): Ediciones OPS, OMS; 2010.

21. Pineda E., Alvarado E., Canales F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2 Ed. 1994.
22. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc. Graw Hill. 5° ed.; 2010 Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
23. Burns, Nancy, Kerouac S. Investigación en Enfermería. Ed. ELSEVIER España S.A Tercera ed. Madrid España. 2009.
24. Monje C. Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. 2011.
25. Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM. Jul-Dic 2005; XV (2):133-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
26. Sgreccia, E. La Bioética Personalista en Vida y Ética. Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Santo de Buenos Aires, 2010.
27. Morillo J, Montero L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Enferm. glob. n.19. Venezuela: 2010[Internet]. [Acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200019
28. Unidad neonatal de cuidados intensivos. Children's Hospital. Stanford. 2017. Disponible en:

<http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=unidaddecuidadosintensivosneonatalesucin-90-P05498>

29. El método madre canguro. Kentucky. 2015. Disponible en: <http://chfs.ky.gov/NR/rdonlyres/3DD2D8A8-FD01-4F34-843A-1859FDFFEF3E/0/KangarooCareHandoutSPANISH.pdf>
30. Alvarado L., Guarín L., Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Universidad de Santander – UDES. Colombia. 2011. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706>
31. Langona L., Barbosa M., Pinto M. Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo ideal, lo real y lo posible. Rev. Latino-Am. Enfermagem. SCIELO. 2011. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_11.pdf
32. Domínguez R., Albar J., Tena B., Ruiz T., Garzón J., Rosado A., Gonzales E. Efectividad de la aplicación de toques terapéuticos en el peso, las complicaciones y los días de estancia, en recién nacidos pretérmino ingresados en una unidad de neonatología. Enfermería Clínica. ELSEVIER. España. 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-efectividad-aplicacion-toques-terapeuticos-el-S1130862108000119>
33. Sifuentes A., Parra F., Marquina M., Oviedo S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia

- intensiva neonatal. Enfermería global. no.19. SCIELO. Murcia – España.
jun. 2011. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200014
34. Amaya I., Suárez M., Villamizar B. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas. 2005. Disponible en:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
35. Soria R. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. 2012. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educaci%C3%B3n-a-los-padres-del-reci%C3%A9n-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
36. Olza, I. De la teoría del vínculo a la neurobiología del apego. [Internet]. [Acceso 18 de mayo del 2013]. Disponible en:
<http://www.quenoosseparen.info/articulos/perjuicios/teoriavinculo.php>
37. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Editorial. Elsevier. Barcelona: 2011
38. Climent G. Vulneración de Derechos Humanos de madres adolescentes. La mediación de las relaciones familiares.2011. [Internet]. [Acceso 12 de noviembre de 2017]. Disponible en:
<http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/161/251>
39. Urizar M. Vínculo afectivo y sus trastornos. Bilbao-España: 2012 [Internet]. [Acceso 12 de mayo de 2017]. Disponible en:
<http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/vinculoafectivo.pdf>.

APÉNDICE

N° 01:



UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente, Yo

..... de

forma voluntaria acepto participar en la investigación titulada ““Favoreciendo el vínculo afectivo en neonatos con ductus arterioso persistente según la Teoría de Mercer en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo – 2017”, realizado por estudiantes de la facultad de Enfermería de la UNPRG, cuyo objetivo es, comprender como se favorece el vínculo afectivo materno filial en neonatos con ductus arterioso persistente luego de aplicar la Teoría de Mercer .Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

1. La participación será espontánea y el uso de datos de nuestra entrevista será solo para fines de la investigación
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por los investigadores.
3. Los investigadores estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.

4. La información brindada será utilizada solo para fines de trabajo científico.
5. Todo lo expresado en la entrevista, será de estricta confidencialidad entre los investigadores.

Chiclayo,..... Del 2017

Entrevistador

Enfermera

DNI:

N° 02:



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA



Guía de Entrevista – Semi Estructurada a Profundidad dirigida a Enfermeras
del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga

Asenjo antes de ejecutar el plan de acción

La presente entrevista tiene como objetivo, obtener información acerca de la vinculación afectiva en neonatos con ductus arterioso persistente del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo para poder comprender como se favorece al desarrollo de este vínculo. Estos datos serán usados solo para fines de investigación, y se mantendrán en el anonimato.

Se agradece su gentil colaboración.

I. DATOS INFORMATIVOS

- Pseudónimo: _____ Edad: _____
- Especialidad: _____
- Años de servicio: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

- ¿Cómo se desarrolla la relación de afecto en madre - neonatos con ductus arterioso persistente?
- ¿De qué manera la madre favorece la relación afectiva?

N° 03:



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA



Guía de Entrevista – Semi Estructurada a Profundidad dirigida a madres de neonatos con ductus arterioso persistente del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo después de ejecutar el plan de acción

La presente entrevista tiene como objetivo, obtener información acerca de la vinculación afectiva en neonatos con ductus arterioso persistente del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo para poder comprender como se favorece al desarrollo de este vínculo después de haber aplicado la teoría de Mercer. Estos datos serán usados solo para fines de investigación, y se mantendrán en el anonimato.

Se agradece su gentil colaboración.

III. DATOS INFORMATIVOS

- Pseudónimo: _____ Edad: _____
- Grado de instrucción: _____

IV. DATOS ESPECÍFICOS

- ¿Cómo es el desarrollo del afecto que tiene con su bebé?
- ¿Qué cambios han surgido en el desarrollo de esta relación?

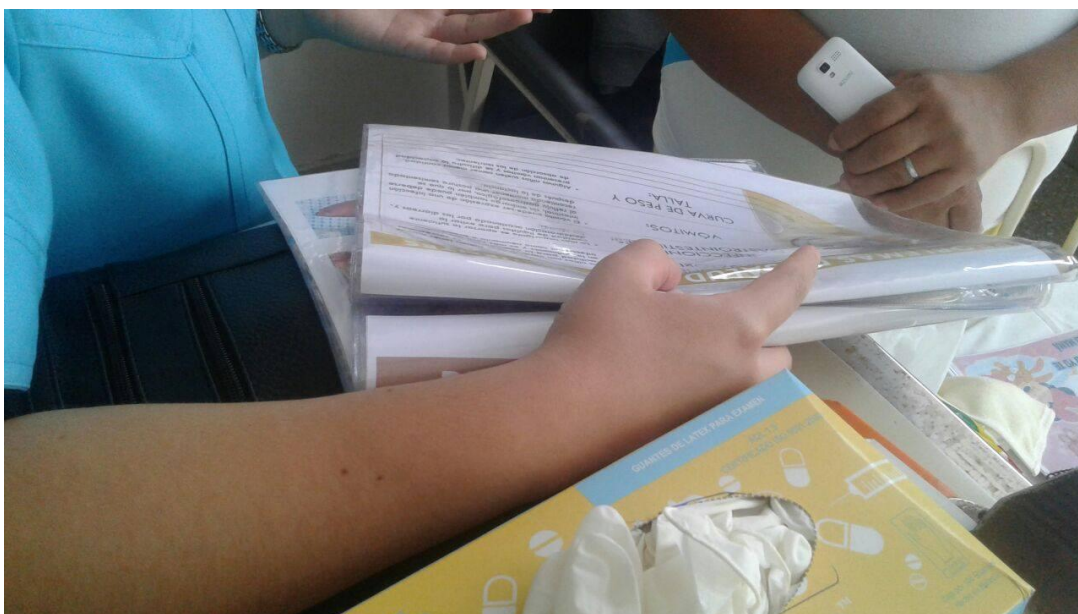


Fig. 1. Explicación del tema por Bach. Enf. Chuquilín Pais

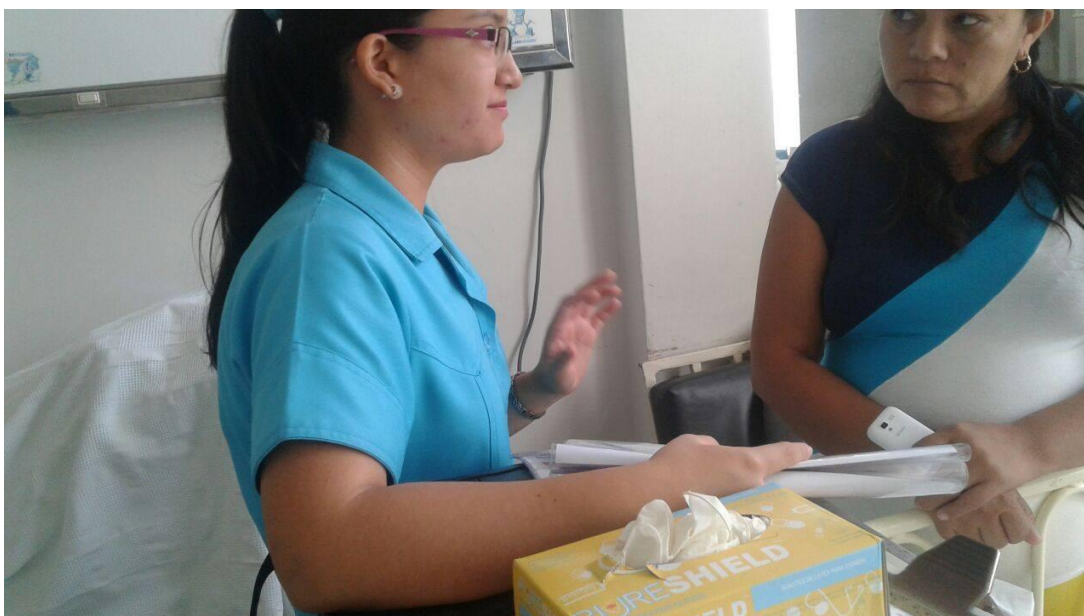


Fig. 2. Explicación del tema por Bach. Enf. Chuquilín Pais

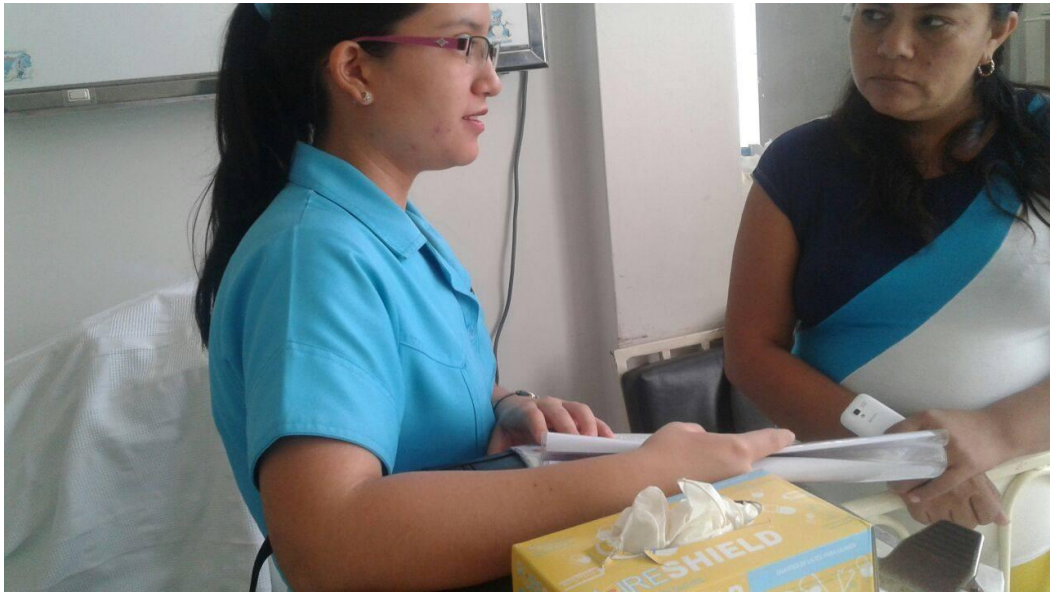


Fig. 3. Explicación del tema por Bach. Enf. Chuquilín Pais

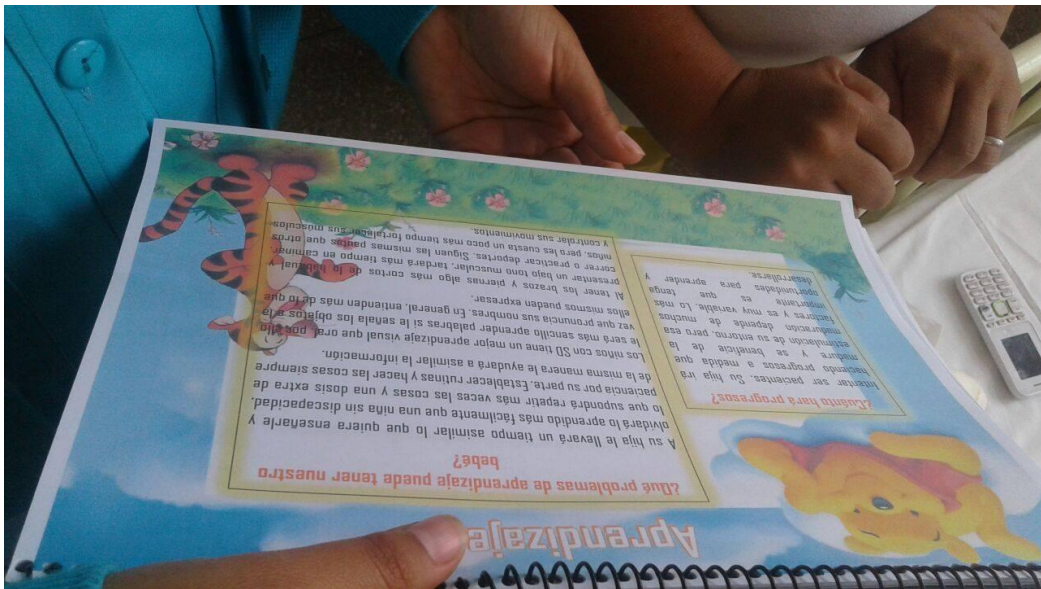


Fig. 4. Explicación del tema por Bach. Enf. Imán Coronado



Fig. 5. Explicación del tema por Bach. Enf. Imán Coronado

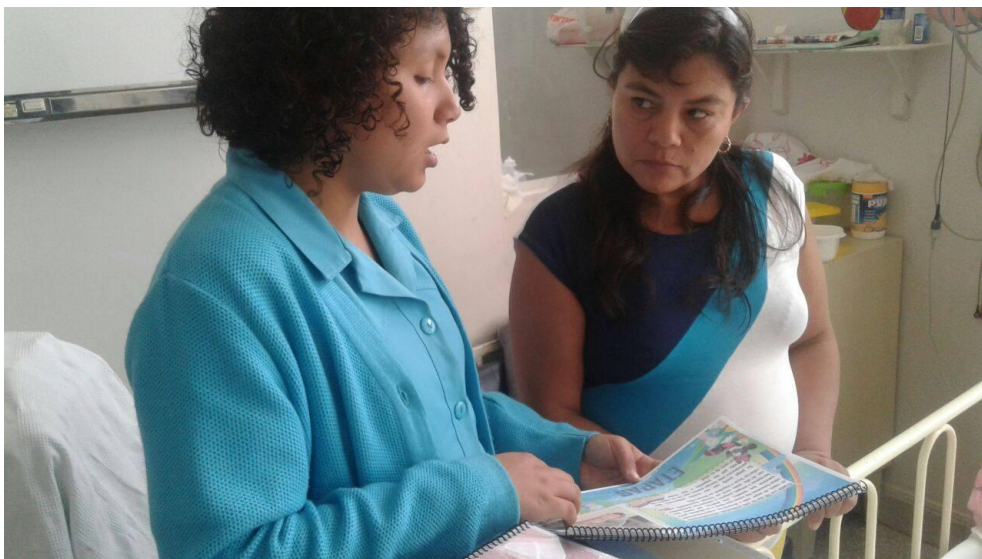


Fig. 6. Explicación del tema por Bach. Enf. Imán Coronado

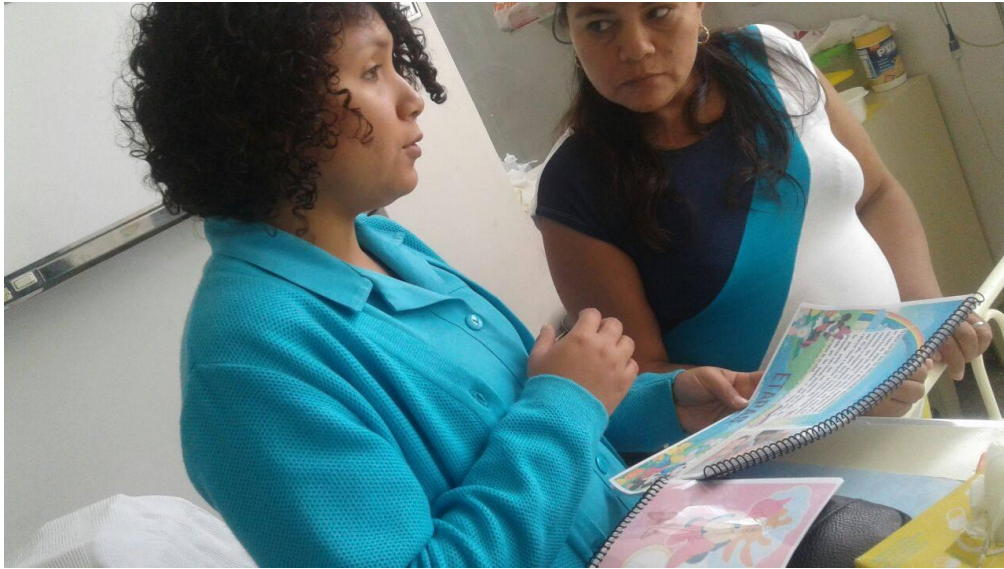


Fig. 7. Explicación del tema por Bach. Enf. Imán Coronado

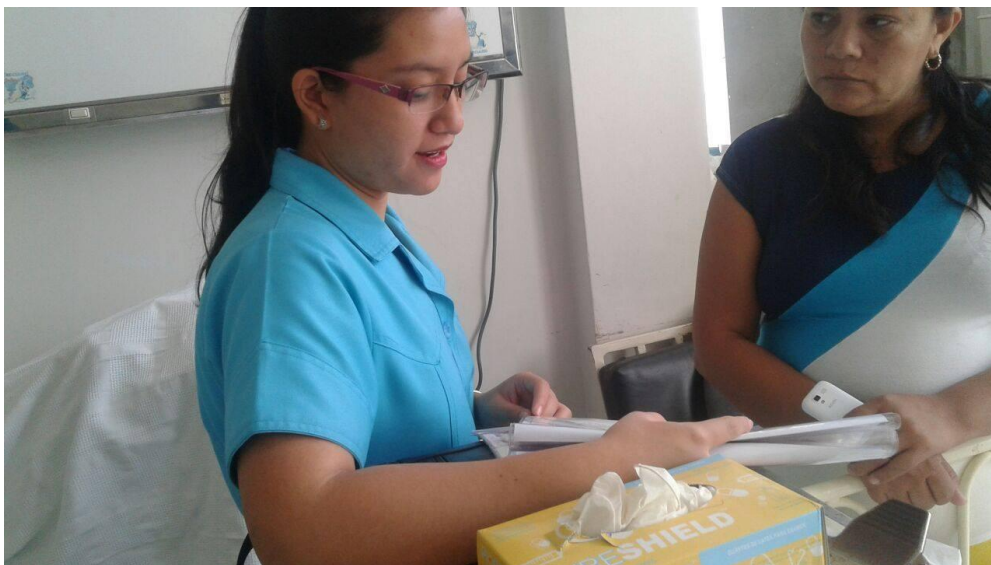


Fig. 8. Explicación del tema por Bach. Enf. Chuquilín Pais



Fig. 9. Explicación del tema por Bach. Enf. Chuquilín Pais