



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUÍZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA



TESIS

VÍNCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL: ENTRE MADRES
Y NEONATOS PREMATUROS DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN UN “HOSPITAL DE ESSALUD”
CHICLAYO-2017
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. Enf. Quispe Acosta Fiorela Genelly

Bach. Enf. Yuyas Nuntón Jéssica Yesenia

ASESORA:

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla

Lambayeque, 2018

TÍTULO DE TESIS

VÍNCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL: ENTRE MADRES Y
NEONATOS PREMATUROS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN UN
“HOSPITAL DE ESSALUD” CHICLAYO-2017

Presentado por:

Bach. Enf. Genelly F. Quispe Acosta

AUTORA

Bach. Enf. Jéssica Y. Yuyas Nuntón

AUTORA

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla

ASESORA

Aprobado por el Jurado:

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco

PRESIDENTA

Mg. Ana Medalid Deza Navarrete

SECRETARIA

Lic. Dennie Shirley Rojas Manrique

VOCAL

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPITULO I INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO	8
2.1. Tipo de Investigación	9
2.2. Enfoque de la Investigación	10
2.3. Población y Muestra	13
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	14
2.5. Análisis de los Datos	17
2.6. Rigor Científico	18
2.7. Principios Éticos	20
CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
I. VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL FAVORECIDO POR ESTRATEGIAS DE CONTACTO MATERNO	25
1.1. Fortaleciendo el vínculo afectivo materno-filial mediante el método Mamá canguro	27
1.2. Afianzando el vínculo afectivo materno-filial mediante la estrategia de Lactancia materna	32
1.3. Consolidando positivamente el vínculo afectivo materno-filial mediante expresiones verbales y no verbales	38
II. EL VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL CARACTERIZADO POR EMOCIONES POR PARTE DE LA MADRE	46
2.1. Experimentando felicidad al tenerlo por primera vez en brazos	48
2.2. Manifestando tristeza a través del llanto por condición de salud de su hijo	50
2.3. Sienten culpa ante el nacimiento de su niño prematuro	53
III. BARRERAS QUE LIMITAN EL ESTABLECIMIENTO DEL VINCULO AFECTIVO MATERNO FILIAL	57
3.1. Condición de salud del recién nacido prematuro	58
3.2. Miedo de la madre para establecer el vínculo afectivo materno filial	63
3.3. Ambiente inadecuado de la unidad neonatal	66
3.4. Accesibilidad restringida de la madre por normas institucionales	70
CAPITULO IV CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
APÉNDICE	86

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes nos brindan un apoyo incondicional, y porque nos enseñaron que gracias al trabajo con amor y voluntad se puede llegar al éxito.

A nuestras madres, que nos apoyaron y nos permitieron comprobar empíricamente que la mejor medicina es “El Amor”.

A nuestras docentes de la Facultad de Enfermería, quienes con sus orientaciones nos motivan a ser mejores personas cada día, y a brindar un cuidado enfermero de calidad.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por las fuerzas para seguir adelante, afrontando retos día a día.

A nuestra asesora Dra. Rosalía Santa Cruz Revilla, por el tiempo dedicado, por su apoyo y por habernos guiado siempre en el desarrollo de esta investigación hasta llegar a finalizarla.

A todas aquellas personas que, nos apoyaron con su participación y nos permitieron enriquecer la presente investigación.

RESUMEN

El nacimiento de un bebé prematuro interrumpe un proceso de vinculación afectiva entre los padres y su hijo, generando en ellos una ruptura de roles, angustia elevada y una pérdida de control sobre la situación. Analizando esta problemática, se generó la necesidad de investigar ¿Cómo es el vínculo afectivo materno-filial, entre madres y neonatos prematuros del Servicio de Neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017?, con el objetivo de comprender el vínculo afectivo que existe entre madres y neonatos; esta investigación es de tipo cualitativa con un enfoque de estudio de caso, donde se tuvo en cuenta el rigor científico y los principios éticos; la muestra estuvo conformada de 16 madres determinada por saturación; para la recolección de los datos se utilizó la guía de entrevista semiestructurada y observación participante. Los resultados fueron analizados temáticamente develando subcategorías y categorías, las cuales son: vínculo afectivo materno-filial favorecido por estrategias de contacto materno, caracterizado por emociones por parte de la madre y barreras que limitan el establecimiento del vínculo afectivo materno-filial; culminándose con la consideración final: Existen diferentes métodos que ayudan a establecer el vínculo afectivo materno-filial, como método de mamá canguro, lactancia materna y las expresiones verbales y no verbales, que permiten consolidar la interacción entre madres y neonatos.

PALABRAS CLAVES: Vínculo afectivo, neonatos prematuros, estrategias, emociones y barreras.

ABSTRACT

The birth of a premature baby interrupts a process of affective bonding between the parents and their child, generating in them a break of roles, high anguish and a loss of control over the situation. Analyzing this problematic, generated the need to investigate What is the mother-child affective bond between mothers and premature neonates of the Neonatal Service in a Hospital of ESSALUD Chiclayo-2017? with the aim of understanding the affective bond that exists between mothers and neonates; this research is of qualitative nature with a case study approach, where scientific rigor and ethical principles were taken into account; the sample consisted of 16 mothers determined by saturation; The semi-structured interview guide and participant observation were used to collect the data. The results were analyzed thematically revealing subcategories and categories, which are: maternal-filial affective bond favored by maternal contact strategies, characterized by emotions on the part of the mother and barriers that limit the establishment of the maternal-filial affective bond; culminating with the final consideration: There are different methods that help to establish the maternal-filial bond, such as kangaroo mom's method, breastfeeding and verbal and non-verbal expressions, which allow to consolidate the interaction between mothers and newborns.

KEY WORDS: Affective bond, premature neonates, strategies, emotions and barriers.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Se sabe que el nacimiento de un nuevo integrante de la familia simboliza alegría, celebración y expectativa, siempre y cuando llegue con salud y confort; sin embargo, no todos los bebés nacen sanos y fuertes, hay algunos que por complicaciones en el transcurso del embarazo nacen antes de tiempo, presentando inmadurez de sus diversos sistemas lo que genera un inconveniente para adaptarse al medio externo, provocando complicaciones, por lo que necesitan ser internados en una unidad de cuidados especiales, generando una separación anticipada y prolongada del trinomio familiar, debido a la hospitalización del recién nacido.

En la actualidad el número de casos de prematuridad en el mundo y en el Perú se ha venido incrementando en los últimos años, constituyéndose como una de las grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales¹. De tal manera que el nacimiento prematuro de un bebé interrumpe un proceso de vinculación afectiva entre los padres y su hijo desde la concepción, generando en ellos una ruptura de roles, angustia elevada y una pérdida de control sobre la situación.

Cuanto más inmaduro se encuentra el bebé en el momento del nacimiento hay menos probabilidades de que sobreviva, lo que significa que requiere de una atención más especializada con tecnología moderna y estancias hospitalarias más prolongadas², constituyendo un suceso vital estresante para los padres; esta situación y los sentimientos que la acompañan provocan una pérdida de autonomía,

al depender en mayor o menor grado del equipo de salud que cubre las necesidades de su hijo.

En estas circunstancias, los padres abandonan sus rutinas diarias, trabajo, amigos, familia, y su única razón de vida se centra en acompañar a su hijo de lejos, en una sala de espera en la que a veces se vuelven invisibles, solitarios, convirtiendo ese espacio en su segunda casa.

La hospitalización de un bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), produce una intensa sacudida emocional en los padres y en sus familias, quienes durante este proceso pueden llegar a presentar reacciones tales como: negación, proyección e irritabilidad o enojo, situaciones que explicarían el rechazo al diagnóstico, la atribución de la responsabilidad de la enfermedad a otros o a sí mismos, como mecanismos de enfrentamiento del miedo y la impotencia propios de esta circunstancia³.

El servicio de la UCIN, es considerada como un espacio de sufrimiento tanto del niño como de los padres; es un lugar poco accesible, debido a las restricciones propias del servicio y de la visión del personal de salud en referencia a la condición del menor hospitalizado; incluyendo que los horarios de visitas son insuficientes en relación al tiempo que debe de pasar una madre con su menor hijo, ya que la ruptura fuerte en el proceso de vinculación genera en los niños, trastornos del desarrollo mental, motor, y afectivo.

Sin embargo, la incorporación y autorización del ingreso de los padres y madres a estas unidades ha tenido lugar a través de un proceso lento, logrado gracias a los cambios en la concepción y los paradigmas del personal que tiene a su cargo el cuidado del recién nacido grave o críticamente enfermo⁴. Muestra de esto es que en el servicio de Neonatología, existe una gran población de madres con hijos prematuros, que al interactuar con ellas demostraron preocupación, desesperación y angustia, al saber que sus hijos eran de esa condición, tal es el caso de una señora que refirió: “Al principio fue fuerte yo no me esperaba que iba a hacer así; al inicio de su hospitalización no me dejaban verla mucho y eso me dolía, sentía tristeza, lloraba todo el día y eso me preocupaba y me martirizaba; pero con el pasar del tiempo me permitieron el acceso para ver a mi niña pero solo en los horarios de visita, incluyéndome en su cuidado de alimentación; donde le brindaba mi amor.”

Hay que señalar además, de la incertidumbre, la angustia, el estrés, y la tristeza que sienten estos padres, agregándole a ello el sentimiento de culpa materno que muy habitualmente acompaña a esta situación y que hace más difícil enfrentarla: culpa por no haber tenido un hijo nacido a término, y, en cambio, sí un bebé débil y enfermo, que se ve sometido a un entorno agresivo por la necesidad de múltiples tratamientos médicos; culpa por no poder cuidar personalmente al hijo, que está sometido a un cuidado "socializado", realizado por muchos profesionales⁵.

Cabe resaltar que el H.N.A.A.A es un hospital de referencia a la cual llegan personas de distintos lugares, muestra de ello se tiene el ejemplo de una señora procedente de Piura, la cual refiere: “yo era atendida en el hospital de Piura, donde me dijeron que mi bebé estaba en posición podálica, además tenía RPM y no podía tener un parto normal, pues me tenían que hacer una cesárea. Por tal motivo me derivaron al H.N.A.A.A; al inicio fue difícil, no quería venir pues tenía que dejar a mi familia y vivir sola en un lugar que no conozco; después de la cesárea fue algo muy duro pues no podía tener a mi bebé cerca tal como me lo esperaba, y después de días pude estar con ella, no por mucho tiempo, pero el poco tiempo que paso con ella le doy todo mi amor y cariño.”

A partir de la realidad antes mencionada nos planteamos las siguientes interrogantes: ¿Realmente los padres están preparados para tener un hijo prematuro? ¿Los padres desarrollarán un adecuado vínculo afectivo con sus hijos en ese estado? ¿Los padres reciben apoyo emocional adecuado ante dicha situación? Por lo que se decidió investigar: ¿Cómo es el vínculo afectivo materno-filial, entre madres y neonatos prematuros del servicio de neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017?, el objetivo que guio la presente investigación fue: Comprender el vínculo afectivo que existe entre madres y neonatos prematuros.

Tener un hijo prematuro e ingresado en la UCI neonatal es una de las experiencias más traumáticas que puede haber para los padres. Es normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión. Algunas veces, la hospitalización del neonato hace pensar a los padres que no quieren a su hijo y se asustan de tener dicha sensación⁶.

La hospitalización de un recién nacido, por prematuridad u otras patologías, es un estrés psíquico muy significativo para las familias, que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo materno-filial e incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior del neonato⁵.

Por esta razón se enfatizará la importancia de abordar la temática de “Vínculo Afectivo materno-filial: entre madres y neonatos prematuros del servicio de neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017”; el cual nos permitirá como estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, comprender la relación materno-filial que ejercen las madres con sus hijos prematuros.

Así mismo este estudio contribuye en la formación académica y humana de los estudiantes y futuros profesionales de enfermería ya que cumplen y desarrollan el rol de investigación en la salud, lo cual dio un enfoque más cercano a la realidad en la que estamos trabajando y a través de ello transformarla. A las docentes de la

facultad de enfermería para que adopten estrategias que puedan motivar, concientizar, incidir y reforzar tanto en ellas como en los estudiantes sobre un enfoque transformador, que es holístico e integral; así mismo servirá como fuente para futuras investigaciones, y de esta manera ser los agentes multiplicadores de dicha investigación.

Este informe presenta un total de cuatro capítulos y está estructurado de la siguiente manera:

CAPÍTULO I Introducción: Aquí se encuentra la problemática de la madre e hijo prematuro en relación al vínculo afectivo que existe entre ellos; así mismo los objetivos que guiaron la investigación, la justificación por la cual se realiza la investigación y cuáles son los aportes para enfermería.

CAPITULO II Marco Metodológico: Describe el tipo de investigación realizada, asimismo el método utilizado en el enfoque de la investigación fue estudio de caso, la población estuvo conformada por las madres que tienen neonatos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, la muestra que se obtuvo fue por saturación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, la técnica e instrumento de recolección de datos utilizada, fue la entrevista semiestructurada y la observación participante; el análisis de los resultados fue temático, y por último el rigor científico y los principios éticos.

CAPITULO III Resultados y Discusión: Aquí encontramos las categorías y subcategorías.

CAPITULO IV Consideraciones finales y Recomendaciones

REFERENCIAS

ANEXOS

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación fue de tipo cualitativa, la cual consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos, tal y como son sentidas y expresadas por las personas y no como el investigador las observa⁷.

Polit y Hungler, mencionan que la investigación cualitativa no intenta medir la extensión de los fenómenos, sino que busca describir qué existe, cómo varía en las diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes, describiendo como las personas dan sentido a su entorno social y en qué manera lo interpretan⁸.

La presente investigación permitió comprender el vínculo afectivo materno-filial entre madres y neonatos prematuros en el Servicio de Neonatología en el H.N.A.A.A.- Chiclayo, facilitando estudiar los acontecimientos sociales, como procesos ligados a un contexto y el significado que los sujetos en estudio le dan; analizando e interpretando las conductas observadas; y las manifestaciones vertidas por las madres entrevistadas.

2.2. Enfoque de la Investigación

El enfoque de la presente investigación fue de tipo “Estudio de Caso”, según Polit⁸. Es un método de investigación a profundidad sobre individuos, grupos, instituciones u otras entidades sociales, que enfatiza la interpretación en el contexto; la cual se emplea como una herramienta para estudiar representaciones o puntos de vista dentro de un fenómeno complejo.

El estudio de caso orientó para la realización de un análisis más detallado, en un determinado campo seleccionado por las investigadoras comprendiendo el vínculo afectivo materno-filial, madre y neonatos prematuros del servicio de neonatología describiendo la situación prevalente en el momento de realizarse el estudio.

El estudio de caso comenzó en la *fase exploratoria*, con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Inicialmente existieron algunas preguntas o puntos críticos que se fueron explicando, reformulado o eliminando en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada por las investigadoras.

Por lo anterior, esta fase sirvió para determinar aspectos de la realidad que explique los puntos críticos y con ellos establecer una visión de apertura ante la captación del problema, teniendo un contacto previo con la población a estudiar,

para abordar la realidad seleccionada, explorándola anteriormente con una entrevista piloto con previa validación.

La segunda fase fue la *delimitación del estudio*, pues una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, las investigadoras, recolectaron ordenada y sistemáticamente la información, utilizándose instrumentos de recolección de datos, como la entrevista semiestructurada abierta a profundidad, que le permitió a las madres tener una mayor libertad de expresar sus experiencias y emociones, con la finalidad de validarla de tal manera que permitió cumplir con el objetivo.

Las entrevistas fueron grabadas en una grabadora, con previo consentimiento informado, utilizando seudónimos para cada una de ellas, y guardando así la privacidad de las entrevistadas.

La tercera fase fue la del *análisis sistemático y la elaboración del informe*, consistió en unir la información obtenida, la cual fue transcrita de forma narrativa de acuerdo al objeto de estudio trazado para luego hacerla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre las relevancias e importancia de lo que se ha relatado, culminándose con la elaboración del informe.

La investigación se desarrolló tomando en cuenta los siguientes principios que abarca el estudio de caso, citado por Menga Ludke y Andre⁹.

a) Se dirigen al descubrimiento, a pesar que el investigador parta de algunos presupuestos teóricos iniciales, él procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio.

Partiendo de ello las investigadoras nos basamos en nuestra base teórica inicial, pero abierta en ideas nuevas que se encontraron en nuestro objeto de estudio el vínculo afectivo materno-filial, entre madres y neonatos prematuros del servicio de neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017

b) Enfatizan la interpretación en el contexto, este es un principio básico para una comprensión más completa del objeto en estudio, para esto es preciso tener en cuenta el contexto en que él se sitúa. Por lo que en nuestra investigación se interpretó los datos obtenidos en el contexto en el que se desenvuelve los sujetos de la investigación: madres y neonatos prematuros.

c) Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda, las investigadoras revelaron la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatizó la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. Por lo que se vio presente en la investigación, al analizarse los fragmentos que involucraron a nuestro estudio como componentes vinculados uno con otros.

d) Usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar el estudio de caso, las investigadoras recurrieron a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos y en situaciones variadas. Por lo que, en esta investigación, se tuvo en cuenta una fuente vital de cómo es el vínculo afectivo materno filial, entre madres y neonatos prematuros del servicio de neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017, así mismo se utilizó la observación participante, para obtener mayor información sobre el sujeto de estudio.

e) Revelan experiencias vicarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales. Las investigadoras relataron sus experiencias durante el estudio caso, resultado de lo manifestado por las madres de familia, de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales.

f) Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. En la presente investigación los datos fueron transcritos en forma narrativa, tal y como fueron expresados, para que sean accesibles a toda persona que tenga interés hacia la investigación.

2.3. Población y Muestra

La población estuvo constituida por 25 madres que tienen hijos prematuros de 28-32 semanas del Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Chiclayo 2017, en los meses de agosto y setiembre del mismo año.

Criterios de inclusión:

- Madres que tengan edades entre 20-35 años, que tengan hijos prematuros de 28-32 semanas hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Madres que deseen participar voluntariamente, que sus hijos se encuentren hospitalizados en dicho servicio.
- Madres que visiten diariamente a sus hijos prematuros, hospitalizados en dicho servicio.
- Neonatos prematuros de 28-32 semanas, que se encuentren hospitalizados en dicho servicio.

La muestra estuvo conformada por las madres de neonatos prematuros de 28-32 semanas hospitalizados en el servicio de neonatología. La muestra se saturó con 16 madres.

2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

En la presente investigación para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada abierta a profundidad, observación participante y como instrumento la guía semiestructurada a profundidad y cuaderno de notas respectivamente.

Se solicitó mediante un documento, el permiso respectivo a las autoridades del servicio de UCIN del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, donde se les informó el objetivo de la investigación.

Para la validación de los instrumentos, se realizó un estudio piloto, el cual constituye una prueba preliminar de las entrevistas, que se realizó con las madres que tenían sus hijos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología del H.N.A.A.A y que no formaron parte del estudio, realizándose esta aplicación en los meses de marzo y abril del 2017, obteniendo que al inicio las preguntas no permitían una mayor profundización en lo que se pretendía investigar y de acuerdo a los resultados obtenidos se logró modificar, anular o incrementar algunas preguntas para su mejor comprensión del objeto de estudio.

La aplicación de las entrevistas estuvo a cargo de las investigadoras, teniendo en cuenta los principios éticos, estas se realizaron de la siguiente manera:

Se realizó una primera reunión con las madres, donde se les solicitó su libre participación en la investigación, previa explicación del objetivo en estudio y se coordinó la fecha, hora y lugar para el desarrollo de la entrevista.

En un segundo momento se realizó la segunda reunión en un ambiente tranquilo y libre de interrupciones audiovisuales y auditivas que permitió realizar la entrevista

de manera fehaciente y eficaz, donde al obtener las respuestas sean espontáneas y de manera clara.

En esta investigación se utilizó como instrumento la guía de entrevista semiestructurada a profundidad, pues mediante este instrumento se obtuvo la información deseada; ésta se caracterizó por la indagación intensa, por medio de preguntas abiertas, dando lugar a que los entrevistados tengan mayor libertad de expresión para que puedan expresar su punto de vista, sentimientos y perspectivas sobre el objeto de estudio; permitiéndonos a nosotras las investigadoras explorar a profundidad el objeto de estudio.

Así mismo, se utilizó la técnica de la observación participante que se basa en la capacidad del investigador de observar y analizar el objeto de estudio, realizándose en el momento de entrevistar a las madres, durante la interacción entre madre e hijo y del servicio de neonatología del H.N.A.A.A; el cual nos permitió conocer las características del contexto social, y de este modo definir nuevas preguntas y una nueva forma de formularlas.

Esta recolección de datos se obtuvo y se llevó a cabo de la siguiente manera: en primer lugar se seleccionó a las madres según los criterios de inclusión mencionados anteriormente, a la vez se les explicó en términos claros y sencillos en qué consistía la investigación, luego se aplicó la entrevista individualizada, aplicándose el sondeo, proporcionándose respuestas a las preguntas abiertas,

brindando información útil para llegar así al contenido deseado que responda al objeto de estudio en investigación; los datos se obtuvieron por medio de las entrevistas grabadas para posteriormente ser registradas, con la previa autorización del entrevistado. Simultáneamente se realizó la observación participante, plasmando en un cuaderno de campo, los gestos, sentimientos, emociones y actitudes que las madres desarrollaron en el momento de la entrevista.

2.5. Análisis de los Datos

Para realizar el análisis de datos se tuvo en cuenta lo enunciado por Hernández R.¹⁰, quien propone que, en el proceso cualitativo, la recolección y el análisis de datos ocurren prácticamente en paralelo, siguiendo un esquema propio. Esta es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos, es la fase más importante del proceso de la investigación e implica trabajar los datos recopilados, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir qué es importante y en qué van a aportar a la investigación.

En esta investigación, el análisis fue de tipo temático, el cual es altamente inductivo, es decir, los temas emergen de los datos y no son impuestos por los investigadores. Este tipo de análisis se realizó partiendo de datos textuales, para luego descomponer en unidades y proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías, siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre estas y en función de criterios preestablecidos¹⁰.

Luego de obtener la información recolectada por medio de las entrevistas, se transcribió de forma detallada cada discurso, tal cual lo ha manifestado el entrevistado para luego ser leído y releído uno por uno, anexando también la descripción de lo observado por parte de las investigadoras.

Posteriormente se procedió a la descontextualización donde las declaraciones se separaron en segmentos que constituyen las unidades de significado; es decir, se realizó la categorización para finalmente desligar subcategorías y categorías asignándoles un seudónimo, con la finalidad de mantener su identidad en el anonimato.

Finalmente se realizó un análisis respectivo de cada categoría y subcategoría confrontándolo y verificándolo con la teoría.

2.6. Rigor Científico

El rigor científico entendido como la capacidad de utilizar la información de manera eficiente y eficaz, permite valorar una aplicación escrupulosa y minuciosa de dicha recolección de datos.

Considerando lo mencionado por Guba y Lincoln, citados por Polit y Hungler⁸, en esta investigación se incluyeron los siguientes criterios:

Credibilidad: Se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participan en dicho estudio y por aquellos que experimentan o están en contacto con el fenómeno investigado. En consecuencia, la información obtenida de la recolección de datos se plasmó en forma veraz, considerando todo lo observado y lo referido por los participantes.

En esta investigación se aplicó la credibilidad, manifestado por la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados lo que hace referencia a que todos los datos de la investigación sean aceptables, es decir, creíbles.

En esta investigación se aplicó dicho criterio, ya que se citó a la madre para confirmar su discurso.

Bajo este rigor científico; en esta investigación los datos obtenidos durante la entrevista se presentaron como tal y sin prejuicio.

Confidencialidad: Es la protección que se da a los participantes en un estudio a fin de garantizar que sus identidades no sean relacionadas con la información que proporcionen y que aquellas jamás se divulguen. En la investigación, la información obtenida de los sujetos se mantuvo en reserva, asegurando en todo momento el anonimato y asignando códigos a los testimonios brindados por cada uno de ellos.

En la presente investigación, sólo las personas autorizadas tuvieron acceso a la información que se obtuvo de los participantes. Se mantuvo en todo momento en el

anonimato a quienes se les entrevistó, respetando así su dignidad humana y su voluntad.

Confiabledad: Se refiere a la consistencia de los resultados a través de información relevante y fidedigna. En esta investigación, la información obtenida por los participantes no se manipuló ni alteró, mostrando los contenidos emitidos en forma natural, espontánea y sin incorporación de prejuicios por parte de las investigadoras.

2.7. Principios Éticos

Cuando se trabaja con seres humanos como sujetos de investigación científica debe tenerse mucho cuidado de asegurar el respeto a sus derechos En la presente investigación se consideraron los principios éticos abordados según Belmont¹¹:

Principio de Beneficencia: Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños¹¹.

En lo que respecta a la presente investigación la información que se nos brindó se usó para describir la realidad y en base a ello, se pudo plantear alternativas de solución.

En nombre de este principio ético, no se dañó a los objetos de estudio, siendo los resultados utilizados favorablemente.

Respeto a la Dignidad Humana: Este principio comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información¹¹. Asimismo, se respetó el derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio o los procedimientos específicos. Bajo este criterio, se brindó una explicación detallada de la investigación, su justificación y el objetivo a los que se pretende llegar, haciendo firmar en ambos casos, un consentimiento informado.

El respeto a las personas en esta investigación estuvo basado en el anonimato que fue fundamental al momento de redactar los relatos manifestados por cada uno de los participantes a dicha investigación, así también como su libre voluntad de participar o retirarse de la investigación en estudio.

Principio de Justicia: este principio incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad. Los participantes del presente estudio fueron tratados de manera justa, sin discriminación, antes, durante y después de su colaboración, sin interferir más de lo necesario en su intimidad y cumpliendo todos los acuerdos establecidos. De igual forma, se respetó el derecho de los sujetos de investigación a que la información que proporcionen sea mantenida en la más estricta confidencialidad mediante el anonimato¹¹.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El generar un vínculo consciente con el niño y la madre antes del nacimiento, permite el disfrute de la relación, la seguridad para él y la prevención de cualquier alteración causada por la ignorancia, facilitando su entrada en este mundo. También es un aprendizaje para los progenitores respecto a su propia relación y a la que establezcan o mantengan con los demás¹².

El vínculo afectivo es la base del bienestar del recién nacido, de él va a depender la forma en que se vincule con el otro y las demás formas de relacionarse¹².

Considerando las diversas formas y dificultades del vínculo afectivo, la presente investigación pretende comprender cómo es el vínculo afectivo materno-filial entre madres y neonatos prematuros del servicio de neonatología de un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017. Con este objetivo se recolectó datos mediante la observación participante y entrevistas semi-estructuradas aplicadas a las madres de los neonatos prematuros. Habiéndose definido este objeto de investigación como la relación de unión y amor que se da entre la madre y su hijo prematuro, obteniendo respuestas recíprocas para el fortalecimiento de lazos parentales, las cuales se manifiestan mediante palabras y gestos que expresan respeto y cuidado. Después de realizar el análisis de los datos, se obtuvo como resultado las subcategorías y categorías que se resumen de la siguiente manera:

I. VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL FAVORECIDO POR ESTRATEGIAS DE CONTACTO MATERNO

- 1.1. Fortaleciendo el vínculo afectivo materno-filial mediante el Método Mamá canguro
- 1.2. Afianzando el vínculo afectivo materno-filial mediante la estrategia de Lactancia materna
- 1.3. Consolidando positivamente el vínculo afectivo materno-filial mediante expresiones verbales y no verbales

II. EL VÍNCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL CARACTERIZADO POR EMOCIONES POR PARTE DE LA MADRE

- 2.1. Experimentando felicidad al tenerlo por primera vez en brazos
- 2.2. Manifestando tristeza a través del llanto por condición de salud de su hijo
- 2.3. Sienten culpa ante el nacimiento de su niño prematuro

III. BARRERAS QUE LIMITAN EL ESTABLECIMIENTO DEL VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL

- 3.1. Condición de salud del recién nacido prematuro
- 3.2. Miedo de la madre para establecer el vínculo afectivo materno-filial
- 3.3. Ambiente inadecuado de la unidad neonatal
- 3.4. Accesibilidad restringida de la madre por normas institucionales

Las categorías y subcategorías mencionadas, se discuten a continuación con fundamentación de la literatura.

I. VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL FAVORECIDO POR ESTRATEGIAS DE CONTACTO MATERNO

Las personas que esperan un hijo, suponen que tanto la gestación como el parto tendrán un curso normal, por lo que casi nunca están preparadas para un nacimiento prematuro¹².

Para los padres, el nacimiento prematuro de un hijo, se trata de una experiencia traumática, cambia las expectativas en torno a la paternidad y maternidad. Estas experiencias emocionales, acompañarán a la familia toda la vida, influyendo en la crianza y en la propia identidad del niño. Los nueve meses que dura un embarazo no es sólo un periodo de tiempo en el que el bebé madura físicamente, sino que es el tiempo en el que los padres se preparan psicológicamente para la nueva situación. Sin embargo, las restricciones en la alimentación y los cuidados de la salud entrenan a la futura madre en el cuidado del bebé y preparan para las necesidades y renunciaciones que acompañan a la nueva etapa vital. La irrupción del bebé prematuro rompe este proceso de adaptación hacia la maternidad.

Según Ramona M. explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo¹³.

Pasando así por los cuatro estadios de adquisición del rol maternal, donde hace referencia al primer estadio **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 rol. **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 madre. **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 futuros. **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 maternal¹⁴.

Por lo que convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él, con el fin de obtener el bienestar del hijo¹³.

Una vez que la madre asume su rol maternal y afianza la seguridad con su hijo se empieza a desarrollar la vinculación materno filial, éste se expresa mediante el amor, que es un sentimiento de afecto, positivo y de internación; es receptivo, escrutador e inquisitivo. Es así como el amor, se expresa en mil gestos, como el hablar, cuidar, corregir, mirar, abrazar, besar y mimar.

Existen diferentes formas de establecer este contacto y darse de forma simultánea, dentro de ellos tenemos el contacto físico, visual y auditivo. Es por ello que el encuentro piel a piel proporciona un periodo especial de estado de alerta, sumamente agradable para la madre y tranquilizador para el recién nacido. Por lo que es importante recordar que el contacto piel a piel ha generado mejoras en la supervivencia en los niños; existiendo así métodos que permiten fortalecer y afianzar el vínculo materno filial, entre ellas tenemos a las siguientes subcategorías:

1.1.Fortaleciendo el vínculo afectivo materno-filial mediante el método

Mamá canguro

El desarrollo del recién nacido es el resultado entre la dinámica biológica y la configuración de un sistema psicosocial, que se establece desde un principio entre la diada madre e hijo¹⁵.

El nacimiento de un hijo prematuro puede producir un gran impacto en la familia, más aún si el bebé requiere de apoyo tecnológico para mejorar la calidad de vida. Por lo que es necesario fortalecer y favorecer el contacto precoz entre la diada, ya que el bebé considera a su madre como su habital natural, su refugio donde encuentra seguridad y tranquilidad, además de la posibilidad de estrechar el vínculo afectivo¹⁵.

Una de las maneras más fiables, seguras y efectivas, es mediante la práctica de Mamá Canguro, que según Charpak, se basa en potenciar el contacto entre la madre y su bebé recién nacido para proporcionarle calor, estimulación afectiva y apoyo emocional, promoviendo así el vínculo afectivo; así mismo la lactancia materna lo que permite ir reduciendo la estancia hospitalaria; además la aceptación y tolerancia de la madre en cuanto a la crianza del bebé, los cuales demuestran reacciones conductuales cuando se encuentran en el contacto piel a piel con su madre tales como: manos abiertas, sonrisas, sueño profundo y alerta tranquila que favorecen la relación binomial y la lactancia materna.

Este proceso además de fortalecer el vínculo afectivo materno filial, favorece al desarrollo psicomotriz del bebé, lo estimula a nivel auditivo, visual, olfativo y le brinda la sensación de bienestar y protección, que reducen episodios de llanto, beneficiando un mejor descanso y sueño¹⁶.

Es por ello que las madres al realizarlo se sienten muy felices ya que ellas demuestran y sienten que este método les ayuda a acercarse más a su bebé; lo cual se aprecia en los siguientes discursos:

“Lo abrazo, lo cargo en mi regazo, trato de que su carita este en mi pecho, hago que sus manitos peguen por mi cuerpo y yo meto mi mano por su batita y le voy frotando su espaldita, sus costillitas y les beso en sus cabecitas, por sus fontanelas y siento que me responden” (Aries)

“Hago de mamá canguro al igual que a veces lo realiza mi esposo, ahí lo siento más el contacto es más directo lo tengo en mi regazo y es como una partecita de mí que está viva, ahí le canto, ahora ya abre sus ojitos me mira cuando le hablo, cuando le hago caricias o muecas el coloca su carita de alegría y me sonríe” (Tauro).

Como se sabe el Método de Mamá Canguro, es una técnica con grandes beneficios para los bebés prematuros, está inspirada en los marsupiales que nacen inmaduros y continúan su crecimiento fuera del útero, a resguardo de la madre, hasta que están preparados para integrarse a su medio. Consiste en colocar al bebé en el pecho desnudo de la madre favoreciendo el contacto piel con piel entre ambos, esta tiene diferentes beneficios tanto emocionales, neurológicos, ayuda a la mejora de los signos vitales, favorece su desarrollo

psicomotor y sobre todo refuerza y afianza el vínculo primero entre la diada y luego en la triada si se sigue practicando en casa¹⁷.

Guitierrez y Galleguillos, manifiestan que la posición canguro y el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación madre e hijo, porque crea en la madre detectar y responder de mejor manera frente a las señales del bebé¹⁸.

Esto se valida con el antecedente internacional de Prast, M. del 2012, realizado en Barcelona, con un estudio de investigación denominado “Fortaleces el vínculo madre-hijo en unidades neonatales: parámetros para su evaluación”, que tuvo como objetivo valorar el efecto del método canguro, sobre el desarrollo del RN, y la facilitación del vínculo, buscando captar la atención del niño prematuro extremo como elemento de desarrollo del vínculo y como elemento preventivo de morbilidad psíquica y orgánica, concluyéndose que la mayoría de los bebés reconocen a sus padres mostrando comportamientos de autorregulación y organización conductual (relajación muscular, respiración, eupneica y rítmica con saturación cuando están en canguro), con la mayor implicación de los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales, tiene más importancia su influencia sobre el vínculo

temprano con sus hijos, por su presencia, por los modos de interacción afectiva y por el soporte emocional¹⁵.

Como se es consciente por las manifestaciones vertidas por las madres, ellas se sienten felices de realizar este método, ya que sus beneficios psicoactivos del contacto piel a piel en los recién nacidos prematuro ofrece un mayor bienestar, desarrollando en ellos tranquilidad y la confianza de las madres durante su práctica.

También manifiestan su satisfacción de conectarse piel a piel, además de ser emocionante y gratificante ya que es un alivio y reconocimiento de mejora de la salud de sus bebés. Para ellas este método es útil ya que enriquece los lazos afectivos con sus hijos, ellas lo comprueban cuando ellos reaccionan ante dicho vínculo¹⁸.

Lo cual se corrobora mediante la observación realizada por las investigadoras:

En el ambiente de UCIN, se observa que las madres al tener a su niño en brazos, contacto piel con piel, ellas les cantan, les hablan fijamente mirando

a los ojos, les hacen caricias, les dicen palabras bonitas y ellas muestran cara de felicidad y tranquilidad, así mismo los niños responden moviendo sus manitos, piececitos y hasta conciliando el sueño.

Por lo tanto, se puede afirmar que la práctica de Mamá Canguro, es satisfactoria para las madres, pues permite tener el contacto piel a piel, donde se sienten competentes, satisfechas y seguras de poder brindar protección y cuidados al bebé, favoreciendo una relación de apego más segura y confiada, donde las madres pueden participar del cuidado de su hijo prematuro y no ver como inconveniente o barrera a la hospitalización de sus bebés.

1.2. Afianzando el vínculo afectivo materno-filial mediante la estrategia de Lactancia materna

En los últimos años, la lactancia materna es considerada la mejor forma de alimentación natural exclusiva para el neonato hasta los 6 meses de edad. La asociamos muy merecidamente con la epidemiología, porque influye en la reducción de la tasa de morbilidad infantil, en los indicadores de salud de enfermedades infecciosas, y por otro lado no menos importante, mejora el desarrollo cognitivo; constituyendo un factor de protección celular, provee protección inmunológica de valor incalculable contra una larga lista de enfermedades (infecciones respiratorias, alergias, enfermedades del intestino,

meningitis, síndrome de muerte súbita del lactante, diarrea y neumonía) y humoral, fortaleciendo la afiliación materno filial¹⁹.

Gómez A, define a la leche materna que es el alimento mejor tolerado por el prematuro, con un vaciado gástrico más rápido y menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales. Así mismo, está demostrado que los prematuros alimentados con leche materna, sometidos al Método Canguro, sufren menos infecciones nosocomiales ya que permanecen en contacto piel a piel con su madre lo más pronto, de forma continua y prolongada posible. La madre segrega Inmunoglobulinas, específicas frente a los gérmenes de su piel y frente a los gérmenes del área neonatal que ella ha ido incorporando y que son los responsables de las infecciones nosocomiales. Así, amamantando a su hijo, le nutre y lo protege²⁰.

Los niños prematuros son personas muy inmunocomprometidas al nacimiento. La gran variedad de componentes inmunológicamente activos en la leche materna, tales como la Ig A secretora, lisozima, lactoferrina e interferón, protege al recién nacido muy inmaduro frente a la infección. Los componentes inmunológicos de la leche materna se han encontrado en mayor concentración en el calostro que en la leche humana madura y dichos componentes están en concentraciones más elevadas en la leche de madre de niños prematuros comparada con la leche materna de recién nacidos a término. E aquí donde radica la importancia del periodo de exposición crítica para la

alimentación con leche materna y el hecho de la administración de calostro durante la introducción y avance de la alimentación enteral en el periodo postnatal precoz²¹.

La leche de madre de prematuro contiene una serie de aminoácidos que son necesarios para el correcto desarrollo del SNC del prematuro; su aporte en aminoácidos potencialmente tóxicos que sobrecargarían a su inmadura función renal es menor; contiene una serie de sustancias que le han hecho catalogar al pecho materno como un órgano inmunitario. Además, al alimentar a su hijo con su propia leche, la madre es consciente de que desempeña un papel importante en los cuidados del niño y, cuando éste se coja al pecho, podrá relacionarse mucho más íntimamente con él. La relación madre e hijo continuada y estrecha se considera muy importante²¹.

La importancia de la lactancia materna como estrategia para fortalecer el vínculo afectivo materno filial, es reconocida por las madres en sus siguientes discursos:

“Por ahora está en UCIN 2, es mejor pasas más tiempo con la bebé, porque su alimentación es cada 2 o 3 horas y estoy desde las 8 de la mañana hasta las 6 de la tarde, casi todo el día, pero si es más tiempo, es más fortalecedor, la ves que va mejorando, al momento de tratar de

que ella succione y comience a jalar la leche que tengo en mis senos”

(Géminis)

“El día de hoy la he cargado, la he tenido en mis brazos, le he tratado de dar de lactar, al inicio no podía coger mi seno, pero luego poquito a poco, empezó a mamar, bueno ahí recién la he tenido a la bebé, he sentido su calor y ella ha sentido el mío” (Cáncer)

“Lo coloco en mi regazo, le doy lechecita en una jeringa y succiona fuertecito, eso me alegra cuando lo veo, mi leche le está ayudando... está más recuperadito mi tesorito tan pequeñito, está recuperando su peso para su talla, porque ya le doy seno directo” (Leo)

“Ahora ya le puedo dar mi leche directo, antes tenía un poquito de dificultad y le daba por jeringuita, pero ahora ya no incluso le hago botar su chanchito.” (Tauro)

En los discursos, las madres relatan sus experiencias de emoción y esperanza, apreciar que con la lactancia materna el estado de salud de sus bebés progresa favorablemente; percibiéndolas sanas, hermosas, ganar peso, etc. Además, ellas reconocen que sus bebés son capaces de reconocerlas y de percibir el amor, la protección y la fortaleza para seguir estableciendo el vínculo afectivo materno-filial. Para la madre dar de lactar permite mantener

el equilibrio emocional y perfecciona su nivel de percepción para detectar las reacciones y emociones de su hijo, logrando obtener confianza y seguridad para realizar los cuidados básicos del neonato.

Ellas son conscientes que dar de lactar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. Es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva.

Esto se puede validar con el antecedente internacional de Sardón C. del 2014, en Barcelona, realizó una investigación titulada “Vínculo afectivo al nacimiento. Apego seguro”, que tuvo como objetivo explicar la importancia del vínculo afectivo entre padres y recién nacido y el apego seguro, concluyéndose que las madres entrevistadas manifestaron pensamientos positivos al someterse al contacto piel con piel, para ellas fue una vivencia muy emotiva, expresaron una alta satisfacción y una forma efectiva de iniciar precozmente la lactancia materna²².

Esto se puede corroborar con la observación realizada por las investigadoras:

Las madres se encuentran en las sillas del servicio dando de lactar a sus bebés, quienes permanecen succionando y digiriendo su leche, algunos con paciencia y otros si son más tragones, ellas al ver eso, manifiestan enfermera mi niño está mejor, porque mama un poquito más y tiene más fuerza al succionar, y me siento feliz y contenta por dicho resultado.

En la observación mencionada se puede evidenciar que el pico de la relación madre e hijo tiene un camino gratificante a través de la lactancia materna, ya que es aquí donde se dan las manifestaciones de contacto piel con piel, de caricias, de hablar, de mirarse el uno al otro. Pues si esta experiencia se desarrolla todos los días, se despierta en los bebés una sensación de familiaridad y reconocimiento, dejándolos placenteramente seguros y tranquilos de la protección y cariño que sus madres les brindan.

La o el recién nacido dispone de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de apego con su madre. Puesto sobre el abdomen de su madre, la o el recién nacido instintivamente rozará buscando el pezón pues sus reflejos sensoriales y motores están suficientemente desarrollados para reconocer el olor que emana del pezón, visualizarlo y lamerlo, y dar un pequeño impulso con las piernas y brazos hasta lograr acoplarse vigorosa y armónicamente. La madre, se encuentra especialmente predispuesta para compartir emociones con su bebé y para aprender conductas maternas, tales como entregar cuidado físico y afecto a su bebé; las que se

estimulan cuando se facilita el contacto con la o el bebé. El contacto piel a piel estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la lactancia materna. Por el contrario, la falta de contacto neonatal está asociada con la disminución de la lactancia materna y consecuencias en la capacidad futura de la o el bebé para establecer vínculos interpersonales al carecer de la experiencia vinculante primaria con su madre. Será importante evaluar la interacción materno neonatal para identificar las necesidades de apoyo en esta etapa clave de la vida de la o el recién nacido²³.

1.3. Consolidando positivamente el vínculo afectivo materno-filial mediante expresiones verbales y no verbales

Desde el nacimiento, la madre y el niño sostienen un diálogo gestual, diálogo que se estimula, orienta y perfecciona, mientras que más se dé un vínculo e interacción entre la diada.

Como se sabe el nacimiento es un momento traumático: el bebé sale de un mundo líquido, de sonidos familiares de altas frecuencias, y entra en contacto con el aire, un mundo poblado de bajas frecuencias y voces extrañas. El bebé incluso se extraña de su propia voz, que oye por primera vez. Tomatis A. define que oír es la percepción pasiva de los sonidos, mientras que escuchar es un acto

voluntario que requiere del deseo de usar el oído para enfocar los sonidos seleccionados. También nos habla de una fase de evolución ontogenética de la escucha, del periodo fetal al periodo adulto, es decir desde la escucha intrauterina en un medio líquido, a la escucha aérea del recién nacido, del niño y del adulto. Una vez instalado en el vientre de la madre, el bebé sólo podía ver algo de luz, igual que después del nacimiento, ya que su visión no es mucho mejor: apenas ve más allá de unos centímetros, y solo reconoce la luz. Sin embargo, su audición es perfecta, y se encuentra sumido de golpe en un mundo nuevo de ruidos. A veces, se ha llamado a este momento traumático el “parto sónico”, en que comienzan a agregar progresivamente frecuencias cada vez más bajas hasta escuchar todo el rango de los sonidos, donde incluye el sonido de la voz de su madre. Una buena manera de minimizarlo es el parto acuático, traer al mundo al bebé en un medio líquido²⁴.

Entonces, la voz de la madre es un remanso de paz, como una vuelta al útero, un lugar sonoro feliz y tranquilizador. Después, durante toda nuestra vida, la voz de la madre será igualmente un oasis de consuelo.

Además de las frecuencias propias de la voz de la madre, durante el embarazo el feto está en constante contacto auditivo con el ritmo cardíaco de la madre, y con su ritmo de respiración; después del nacimiento, la voz de la madre mantiene y transmite estos ritmos, que refuerzan el efecto de la propia

voz, especialmente en los prolongados abrazos que el bebé reclama (durante la lactancia, mientras lo acuna, método canguro, etc.)²⁵.

Esto se puede evidenciar a través de los discursos de las madres:

“Me gusta hablarle, les canto y me responden con sus ojitos cuando los abre y los cierra. Y mi esposo también le habla...y siento que ellos nos comprenden porque se mueven, cuando estaban en mi vientre”.

(Venus)

“Cuando ingreso con mi esposo a verlo, le hablamos no lloramos porque ellos sienten, me di cuenta porque cuando le digo algo, se pone a manotear, mover sus manitos, sus piecitos, o llora” (Virgo)

“Me gusta mucho hablarle, verlo sonreír, me gustaba ver cuando habría sus ojitos y me miraba, le decía que estaba contenta de verlo, de conocerlo, de saber cómo es, le hacía cariñito, jueguitos, y me lo demostraba cuando él se sonreía y me movía sus manitos”. (Géminis)

*“Al momento que lo acercaron es como si hubiera escuchado su corazoncito latir, lo besé en la frente, le dije **“te amo, saldremos de esta, eres fuerte mi amor”** (Leo)*

“Cuando entro siempre le hablo, mi tesoro pronto te recuperarás y saldremos a casa, a que conozcas tu cuarto, es color celestino, con el Mickey mouse, tienes peluches, juguetes, papá ya quiere jugar contigo a la pelota, pero recupérate, papá y yo te amamos mucho, la abuelita quiere conocerte y sé que te va a consentir demasiado”
(Júpiter)

El hablar y la interacción continua entre la diada, constituye una especie de manto sonoro que envuelve al niño como una manifestación afectiva de la presencia de la madre y la posibilidad de identificarse con ella. Es sabido que en la vida del niño la voz de la madre tiene efectos tranquilizantes sobre él y este es capaz de reconocerla. Pues la interacción verbal favorece al desarrollo emocional, y sirve de base para una vida futura de equilibrio en las emociones, los afectos y la personalidad.

En el mundo de las relaciones sensoriales que madre e hijo comparten es sorprendente darse cuenta de que el hijo por nacer percibe las actitudes de su madre hacia él ya sean estas de amor o de rechazo. Esas actitudes pueden tener una profunda influencia sobre su desarrollo y su futuro psíquico²⁴.

En estas expresiones observamos que las madres se comunican con sus hijos a través de palabras cariñosas, como: “mamá te ama mucho” “mi tesorito recupérate”, la voz de la madre, es un sonido agradable y tranquilizador, es por

ello que los contactos que se tengan con él bebé, deben estar acompañados de palabras afectuosas y reconfortantes.

También es importante recalcar que la música terapia es una estimulación tanto intrauterina que fortalece el vínculo y extrauterina que afianza este proceso. La música opera como un neurotransmisor iterativo; actuando a nivel de la hipófisis del feto y de los neonatos hospitalizados.

El uso de la musicoterapia en la UCIN, considera a esta técnica como una intervención terapéutica tan importante como el programa mamá canguro y los cuidados centrados en el neurodesarrollo; estas intervenciones junto con la musicoterapia han mostrado mejorar el desarrollo psicomotor, cognitivo y el crecimiento sano en los pacientes prematuros. Es por ello que las madres también transmiten seguridad, confianza y tranquilidad a sus bebés al momento de cantarles²⁶. Esto se evidencia en las siguientes entrevistas:

“Yo empecé a cantarle “a la ruru a la ruru ra, vas a estar bien mi niño, sabes que te amo ya”. (Tauro)

“Le canto una canción a su oidito, la misma que le cantaba cuando estaba en mi vientre “a la nanita nana nanita ella nanita ella, mi niño tiene sueño bendito sea, bendito sea. Fuentecita que corre clara y

*sonora, ruiseñor que en la selva cantando llora, calla mientras la cuna
se balancea''' (Leo)*

La música puede causar estabilización de signos vitales como la tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, así como una mejoría en los niveles de estrés, un apego mayor a la lactancia materna y de paso fortalecer el vínculo entre la madre y el neonato²⁷.

Esto se puede evidenciar cuando las madres refieren que se sienten felices y satisfechas al comprobar y sentir que sus niños se sienten más tranquilos e incluso logran conciliar el sueño cuando ellas les cantan. También sienten que hay un apego más fuerte, pues cuando ellas llegan por segunda o tercera vez al servicio es como que si los niños las esperaran alertas y empiezan a llorar y cuando ellas empiezan a cantar se tranquilizan.

El intercambio de miradas es un medio de comunicación poderoso entre los seres humanos, pues expresa mucho de lo que siente una persona. Mirar fijamente a otra persona genera una reacción de excitación, varía dependiendo del contexto, puede ser vista como una amenaza o como atracción.

Los ojos revelan si la sonrisa es falsa, la clave para distinguir una sonrisa fingida y una real es observar la mirada, cuando la sonrisa es honesta los ojos se hinchan y se generan patas de gallo. Si hay interés se dilata la pupila, cuando

algo nos llama la atención nuestras pupilas se dilatan, si por el contrario algo nos aburre se contraen²⁸.

Es por eso la importancia de hablar mirando directamente a la persona, manteniendo el contacto ocular, sin desviar la mirada, ni dejarla perdida, pues es un indicador de que se está atendiendo y colocando interés de lo que se dice. Es así que se considera a la mirada como la primera fase de interacción entre la madre y el neonato; siendo este el camino que los guiará hacia una vinculación afectiva entre ambos.

“Me gustaba mucho cuando lo veía sonreír al bebé, cuando abría sus ojitos y me miraba, le decía que estaba contenta de verlo de conocerlo de saber cómo es, le hacía cariñito, lo cargaba” (Géminis)

“yo estoy feliz, me da ganas de llenarla de amor, de ver cada movimiento, cada gesto que hace la bebé, al momento de hablarle y decirle lo mucho que la queremos y que deseo verla sanita” (Tierra)

*“Sé, que eres fuerte y saldrás de esta”, “que eres valiente”, mami **está contigo**, eso le digo siempre mirándolo a los ojos, el siempre cuando hago eso, me aprieta el dedo con su manita, o se acurruca un poquito más en mi brazo” (Tauro)*

Bowlby J., habla que para que el bebé pueda crecer sano física y mentalmente, requiere de una relación cálida, íntima y continuada con su madre, en donde ambos encuentren satisfacción y placer. Pero debido a las limitaciones y complicaciones del recién nacido prematuro, la madre se enfrentará a serias dificultades para decodificar y responder adecuadamente a las señales que le mande el bebé, como un elemento de ayuda se apoyará en la mirada de su hijo, para lograr una mejor comunicación y consecuentemente desarrollar una conducta de apego de calidad.

Es sabido que la mirada es un poderoso elemento para establecer el vínculo afectivo. El vínculo madre e hijo se establece de manera en el cruce de las miradas entre ellos. Los ojos son el medio que hablan y transmiten de forma silenciosa muchas “palabras”. Al mirarse mutuamente madre e hijo se confirman, se comunican, utilizando entre ellos un código secreto que le pertenece solo a ellos dos. Para la madre es crucial mirar a los ojos a su hijo, pues que ellos correspondan a dicha mirada es tener la seguridad de que se ha podido establecer comunicación²⁸.

Mirarlo mientras ella lo alimenta le resulta mucho más factible y placentero a la madre. Encontrarse con su mirada, hablarle mientras lo amamanta, transforma un acto de sobrevivencia biológica en un acto de amor que nutre, el cuerpo y el alma. Al realizar el proceso de amamantamiento se revive el momento antes del nacimiento cuando madre e hijo eran uno solo. Y ahora los

episodios de mirarse fijamente y estar contacto cara a cara tienen una duración e intensidad que reafirma el proceso de interacción no verbal de la diada.

El final del episodio lo marca el propio niño al evitar el contacto ocular o pasando a un estado de llanto, o cansado. Si la madre insiste en mantener la interacción más allá del umbral respectivo, este tipo de relación puede tener implicaciones para el desarrollo del bebé.

No solo se trata de una actividad placentera para madre e hijo, sino mediante el contacto ocular y el intercambio estimular las regiones del cerebro del niño que reciben las expresiones afectivas maternas, experimentando un aumento de opiáceos, endógenos, fenómeno que mediatiza el proceso de vínculo afectivo del niño hacia la madre²⁸.

II. EL VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL CARACTERIZADO POR EMOCIONES POR PARTE DE LA MADRE

Es importante saber que el vínculo afectivo se empieza a crear desde el embarazo, cuando los padres aceptan al futuro bebé y empiezan a quererlo, cuando la madre lo siente como un ser único, sintiendo todos los cambios y movimientos que el bebé genera dentro de su organismo, cuando le dan un nombre e imaginan cómo será.

Cuando el bebé nace, hay que volver a crear el vínculo con ese niño real, creándose el primer encuentro como el momento de la felicidad suprema. El parto les ha provocado oleadas de oxitocina, una hormona que corre como amor por sus venas, y acarician gozosamente al recién nacido. Éste, permanece en un estado de “alerta tranquila(o)”: acurrucado sobre el vientre de la madre, escuchando el sonido reconfortante de su corazón, chupetea el pezón y la mira fijamente a los ojos.

Pero también hay muchas madres que no pueden vincularse a su bebé en ese momento: un parto agotador, un bebé con problemas, una cesárea o un bebé prematuro.

El bebé nacido antes de las 35 semanas de gestación es inmaduro, por lo que es frecuente que presente dificultades para respirar, regular temperatura y para comenzar a alimentarse. Los cuidados entregados a los bebés prematuros dentro de las unidades de neonatología, están orientados principalmente a apoyar a los niños en estas tres funciones esenciales²⁹.

El tener un bebé prematuro e ingresado en la UCIN es una de las experiencias más traumáticas que puede haber para los padres. Es normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión. Algunas veces, la hospitalización del neonato hace pensar a los padres que no quieren a su hijo y se asustan de tener dicha sensación.

Las subcategorías que se identifican dentro de esta categoría son las siguientes:

2.1.Experimentando felicidad al tenerlo por primera vez en brazos

El proceso de maternidad de por si es un proceso con distintos matices y construcción de vínculos, donde se ven sumergidos los sentimientos de las madres.

La llegada del primer hijo es una experiencia que cambia tu vida en múltiples aspectos, pero si hablamos del corazón, experimenta sensaciones nunca antes vividas. Los sentimientos que despierta tener un hijo pueden llegar a sorprenderte y a cambiarte, por lo que hace que experimenten un nuevo tipo de amor, un vínculo tan fuerte, un apego tan intenso como nunca antes sintieron. La naturaleza de este amor no se puede comparar con ninguna otra relación. Es una nueva forma de entrega, sin límites y sin condiciones³⁰.

Se va generando en la madre el sentimiento de responsabilidad, es algo que tampoco se puede comparar con nada. Le hace comprender que es un ser indefenso que depende pura y exclusivamente de ella, y que es ella quien debe velar por su sano y feliz desarrollo, que implica desde su alimentación, su salud emocional y física, su baño, su aprendizaje, etc.

Ponce B., la mayoría de madres hablan de ‘enamoramiento’ con su bebé casi nada más de verlo, sienten una emoción y una felicidad intensa. Ese amor ayuda a la madre a que pueda identificarse con lo que pasa con su bebé, a comprenderlo, a empatizar con él y a asumir la gran tarea que comienza³¹.

Algunas madres cuentan al recordar esos momentos. Esto se manifiesta en las siguientes entrevistas:

“Pero al momento de tenerlo en mis brazos sentí una emoción fuerte, me nació el instinto de madre y mi esposo también como le digo, se sintió contento de ver a su hijo.” (Géminis)

“Yo estoy feliz cuando pongo su cabecita en mi pecho y ellos se acurrucan y me siento feliz” (Aries)

“Fue muy emocionante, estaba feliz por tenerlo en mis brazos, bueno es decir en mi regazo, aunque sea por un momento.” (Leo)

Uno de los mejores sentimientos que trae un hijo es la maravillosa sensación de que ya nunca vas a estar sola, siempre vas a gozar de la compañía de ese pequeñito que llena tu vida de alegría, por el cual darías todo solo por verlo sonreír. Las mamás sienten alegría, esperanza, emoción profunda, algunas

lágrimas en los ojos por alguna complicación, enfermedad del neonato, ternura, amor infinito y gratitud. Experimentan un sentido nuevo de la vida.

Si hay un amor que podamos llamar verdadero es el amor sincero de una madre, un amor que a su vez es eterno e infinito. Que se va a ir fortaleciendo con el convivir con su menor hijo, desarrollando y consolidando el vínculo afectivo materno filial³⁰.

2.2. Manifestando tristeza a través del llanto por condición de salud de su hijo

Tener un bebé prematuro es una de las vivencias más duras en la vida de una pareja, tanto si es el primer bebé como si no lo es, porque es algo que nadie espera y para lo que nadie está preparado.

Desde el positivo del test, los padres se hacen a la idea de que el embarazo durará más o menos nueve meses, que el parto sucederá al final de ese término y que en uno o dos días, si el parto ha sido en el hospital, podrán volver a casa ya no como pareja, sino por fin como familia.

Pero el primer golpe que te llevas es el de la sorpresa, nada positiva, de que tu bebé va a tener que nacer ya, antes de tiempo. No están preparados para ello todavía, no es el momento. Empezando a sentir, miedo, dolor, frustración, viendo y viviendo como todas las expectativas que os habíais hecho se esfuman, y esta suele desfogarse en llanto³².

Un nacimiento prematuro, como cualquier nacimiento, involucra muchas emociones. Sus emociones pueden fluctuar de choque a la pena, llanto, tristeza a la esperanza, pánico a la culpa, y de amor a alegría. Sin embargo, cualquier sentimiento positivo puede fácilmente ser enmascarada por el miedo y la preocupación por su bebé. Esto se ve manifestado por las madres como:

*“Al verla que la llevaban a la incubadora, es una emoción
inexplicable, tristeza, ganas de llorar de ver a un ser tan pequeñito que
llevaste dentro, está enfermito” (Cáncer)*

*“Lo llevaron y lo colocaron en una incubadora (llora
desconsoladamente, frunce el ceño) es prematuro señorita, de 32
semanas” (Leo)*

“por mi culpa él está enfermito (llora desconsoladamente), también me siento triste y se me viene una desesperación única” (Libra).

En el antecedente de López M. en el 2014, en Chimbote, realizó una investigación titulada “Sentimientos de las madres con hijos prematuros hospitalizados”, tuvo como objetivo analizar los sentimientos de las madres de recién nacidos pre términos. Los resultados reflejan sentimientos de miedo, pena, soledad, frustración, culpa, desconfianza y preocupación³³. Por lo que en nuestra investigación las madres entrevistadas también demuestran y expresan dichos sentimientos ante la situación de salud de sus bebés prematuros.

Cuando se habla de un parto prematuro, se establecen las medidas necesarias para brindar los cuidados apropiados al bebé y a la madre. La evaluación inmediata del bebé es el primer paso para establecer sus necesidades. Por lo general, los bebés prematuros son incapaces de coordinar la succión y la deglución y necesitan ser alimentados para recibir leche materna. Dependiendo del grado de prematuridad del bebé, es posible que no comience a respirar inmediatamente después de su nacimiento o que su esfuerzo respiratorio sea inadecuado para la expansión torácica y la oxigenación corporal, con lo cual deberá recibir el apoyo y la asistencia necesaria para que supere esta deficiencia.

Muchos describen el viaje de trabajo de parto prematuro y paseo posterior nacimiento es como una montaña rusa. Cueste lo que cueste, paseos en montaña rusa siempre llegan a su fin, y a través del amor y apoyo, este viaje puede tener un resultado positivo³⁴.

Del mismo modo esta atención es importante para la supervivencia de su bebé, su traslado a la sala de recién nacidos de atención especial puede ser doloroso. Más allá de toda la preocupación acerca de su salud, puede perderse la experiencia de alzar y amamantar al bebé y formar un vínculo con él después del parto. No podrá sostenerlo ni tocarlo siempre que lo desee, ni tampoco puede llevarlo a la habitación, lo que genera en la madre preocupación, angustia, dolor y hasta llorar del miedo³⁵.

Toda esta situación puede llevarse de forma calmada y tranquila si hay una red de apoyo que te brinde un respaldo de fuerza y seguridad, caso contrario terminaríamos desencadenando emociones como la culpa.

2.3.Sienten culpa ante el nacimiento de su niño prematuro

Una situación inesperada como es el nacimiento de un bebé antes de tiempo, da como resultado la experiencia de “perder el control de sí misma”, que representa perder el control ante el manejo de una situación dada, que

supuestamente iba a ser controlada por la madre, debido al rompimiento brusco entre el bebé y la madre.

Además, cuando la madre hospitaliza a su recién nacido y tiene contacto inicial con nuevas situaciones, equipos y personas de la unidad, allí surgen sentimientos muy variados como la negación frente a la situación del recién nacido, llevándola incluso a no aceptar o a evitar comprender la información que obtiene del equipo de salud, presentando sentimientos de inferioridad, depresión, hostilidad, frustración, ira o culpa³⁶.

Un factor que influye en la pérdida del control, y de la tristeza es el desconocimiento del “nuevo rol”, que se caracteriza por la incapacidad inicial para comprender qué está sucediendo con el bebé en un momento determinado y cómo funciona todo lo que le están haciendo, por su misma condición de salud.

Para estas madres, la pérdida del autocontrol, descritas anteriormente, representa una ruptura con la vida que llevaban antes de nacer el bebé. Este cambio implica iniciar una vida nueva con un recién nacido prematuro, que se caracteriza por ser, inesperada, obligatoria, difícil y nueva³⁶.

La madre tiene muchos vacíos de conocimiento en cuanto a la crianza de su bebé, es inexperta y temerosa del manejo de su hijo recién nacido. Las madres

también viven sus culpas con el mayor terror conocido. Sentirse culpable y responsable de los problemas de la persona a la que más amas en este mundo es tremendamente doloroso y mucho más si se trata de sus hijos.

Cuando se hospitaliza al recién nacido prematuro en la UCIN y el equipo de salud incorpora a la madre facilitando las visitas, promoviendo la lactancia materna, involucrándola en el cuidado; con el transcurrir del tiempo, y la permanencia en el ambiente de la unidad, va adquiriendo el aprendizaje en el cuidado y la percepción que va teniendo de la mejoría de la salud de su hijo, lo que lleva a que se sienta, que se acostumbró o adaptó a la condición de la hospitalización del recién nacido. Sin embargo, a veces no es lo suficiente, que aun así su miedo y temor ante este proceso se pone en manifiesto, y el sentimiento de culpabilidad se hace presente. Esto se evidencia en las siguientes manifestaciones:

“Señorita, pero yo creo que es mi culpa, le voy a contar la verdad fui una desarreglada en el embarazo, comía mucho, me daban demasiados antojos, y me siento culpable si algo le pasa a mi bebé, por mi culpa él está enfermito” (Libra)

“Lo llevaron y lo colocaron en una incubadora, es prematuro señorita”. (Leo)

“¡Mi niño, mamá está contigo!, tu eres fuerte y perdóname por lo que te hice, no fue mi intención” (Marte)

Las diferentes barreras durante la hospitalización, constituyen otro cambio fundamental que marca una ruptura en la vida de estas madres, es una realidad presente y genera dependencia de otros, sin importar su habilidad para manejar la situación; esta imposibilidad de cuidar a su bebé por sí mismas despierta sentimientos de impotencia, temor, culpa, frustración y tristeza³⁷.

Durante la hospitalización de los recién nacidos prematuros, las madres presentan dificultades del rol, pero ellas están dispuestas a aprender a cuidar a su hijo con el fin de alcanzar su independencia como cuidadoras y de esta manera fortalecer el establecimiento del vínculo afectivo entre ellas y sus bebés.

Las madres evitan los efectos negativos de su estilo de vida para poder tener la capacidad de cuidar de sus hijos y así en parte poder aliviar su sentimiento de culpa. Pues harán todo lo que está en sus manos para poder aliviar de una u otra forma el dolor, de sus recién nacidos. Muchas veces este tipo de aptos puede ser beneficioso ya que ayuda a fortalecer el vínculo entre la diada³⁷.

III. BARRERAS QUE LIMITAN EL ESTABLECIMIENTO DEL VINCULO AFECTIVO MATERNO-FILIAL

El vínculo o lazo afectivo que se forma entre un bebé y sus cuidadores principales se conoce como apego. La calidad de estas primeras relaciones afectivas generará en el bebé sentimientos de seguridad y confianza y asentará las bases sobre el modo en que se relacionará con las personas de su entorno en el futuro.

El nacimiento prematuro se considera de por sí un acontecimiento traumático de gran repercusión emocional. Los padres/madres no se encuentran preparados ni física ni emocionalmente para la separación tan temprana de su hijo/a, ni para la interrupción de su proceso psicológico, y muchas veces se lamentan por no haber podido experimentar la etapa final de su embarazo³⁸.

La hospitalización de un recién nacido, por prematuridad u otras patologías, es un estrés psíquico muy significativo para las familias, que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo materno-filial e incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior del neonato⁵.

Gutiérrez y Galleguillos, plantean que la separación materno-infantil, asociada a la hospitalización del recién nacido prematuro, altera y obstaculiza las primeras interacciones madre-bebé, originando que el establecimiento de la relación de apego, que por definición está basada en la expresión y regulación emocional

diádica, se vea afectada¹⁸. Este planteamiento coincide con la generalidad de estudios realizados por UNICEF, donde se consideran que los procedimientos médicos, la aplicación del aparataje tecnológico en el tratamiento de los recién nacidos prematuros, el no contar con espacios físicos para albergar a las familias, las dificultades económicas que afrontan los padres y los preconceptos que se difunden con respecto a ellos, constituyen barreras para el contacto temprano entre la madre y su bebé prematuro³⁹.

Aunque las barreras se presentan como un desafío diferente en cada Unidad Neonatal, las exigencias y los objetivos deben ser los mismos, teniendo como base el priorizar las necesidades de los neonatos prematuros junto a sus familias y el cuidado que ellos requieren.

En esta categoría queda evidente que tras analizar los datos obtenidos por la entrevista y observación aplicadas a las madres que tienen sus hijos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A-Chiclayo, existen barreras que limitan las diversas formas para fortalecer el vínculo afectivo con su bebé, tal y como se detalla en las siguientes subcategorías:

3.1. Condición de salud del recién nacido prematuro

El periodo neonatal es una etapa trascendental para la relación de los padres con su hijo, en especial para la madre, pues estos momentos de mayor

sensibilidad son necesarios para el fortalecimiento de sus vínculos maternos iniciados durante el embarazo, etapa en la que ella y su bebé estuvieron estrechamente relacionados, siendo indispensable para ambos la continuidad de esta unión después del parto.

Esta vinculación afectiva entre el binomio madre-hijo, según Gutiérrez, cobra mayor relevancia cuando se trata de un bebé prematuro, quien, por sus condiciones de inmadurez, necesita de largos periodos de hospitalización y de múltiples intervenciones de diagnóstico y tratamiento, lo cual conforma una barrera física bien definida que limita la conexión que este bebé debería establecer con su madre. No obstante, muchas veces el sistema sanitario actual no entiende a la diada madre-bebé como algo inseparable, ni contempla la necesidad de contacto que existe entre ambos, incurriendo en un grave error al considerarlos como seres independientes, cuando son más bien un único ser que requiere aún mucho tiempo hasta dejar de necesitarse el uno al otro¹⁸.

Por ello, Montes, afirma que el acercamiento entre madre y neonato prematuro es importante cuando es realizado sin límites en cuanto a edad gestacional y a pesar que el niño precise de ventilación mecánica convencional, de soporte respiratorio o presente catéteres centrales, siempre que la presión arterial y el resto de parámetros fisiológicos sean estables. Si esto no sucede, el contacto de los padres a través de las ventanas de la incubadora y el acompañamiento continuo es sumamente valioso⁴⁰.

Superada la inestabilidad y aunque continúe la gravedad de la condición de salud en que se encuentren los bebés prematuros, los padres podrán acariciar a su bebé, además de iniciar pequeñas maniobras que las afiancen en su papel de protagonistas, como el tocar, hablar, cantar y eventualmente tomar en brazos a su hijo, para que se vayan conociendo y fortaleciendo la vinculación iniciada en la etapa anterior; sin embargo, una realidad contraria se aprecia en los siguientes discursos:

“Al inicio no pude verlo, ya que como era prematuro tenía que estar en la incubadora, entonces solo lo vi de espaldita, y ahí mismo se lo llevaron, ya que no podía estar expuesto al ambiente...” (Escorpio)

“La enfermera me ha dicho que aún no puedo tocarla, ni cargarla porque antes de nacer mi bebé ha absorbido líquido y eso le ha dañado su respiración y es por eso que esta así con ayuda...” (Sagitario)

“Si me dejaban entran con mi esposo a ver a mi niña; pero al ingresar solo podíamos hacer eso: verla, no lográbamos tocarla ni cargarla; solo era verla y por corto tiempo.” (Capricornio)

Cuando las madres se ven impedidas de tocar a sus hijos prematuros, se constituye una barrera para el establecimiento del apego temprano, lo cual podría ocasionar que el vínculo afectivo entre ambos se vea frustrado.

Una manera eficaz de reconstruir la relación de los padres con el mundo corporal y emocional de su bebé, es a través del masaje, técnica que además de facilitar el desarrollo cerebral del prematuro, ofrece seguridad emocional, asegura un contacto íntimo y familiar, y ayuda a aumentar la tolerancia del bebé al tacto de forma paulatina. Los bebés prematuros que han recibido las ventajas del masaje y del contacto corporal con sus padres, aumentan más rápido de peso, regulan más pronto la temperatura y la respiración y tienen un mejor desarrollo físico y neurológico que los bebés que no lo han recibido⁴¹.

Además, cuando las madres están en contacto con sus neonatos prematuros hospitalizados, estos reducen ciertos comportamientos, como el llanto o la agitación, ante los procedimientos invasivos, además de disminuir su tiempo de permanencia en la UCIN, confirmándose que el contacto madre-bebé no produce alteraciones en las respuestas fisiológicas del prematuro que impliquen riesgos en su estado clínico, al contrario, constituye una buena alternativa al cuidado en incubadora⁴².

Así mismo, el aplicar el tacto nutritivo en los bebés prematuros estables, que consiste en pases de contención que le permiten al neonato sentir la cercanía física y emocional de sus padres. En el caso de bebés muy pequeños o muy inestables que no soportan la manipulación, se debe utilizar el tacto terapéutico, conocido también como pranoterapia, que es un masaje “sin contacto”, en el que la imposición de manos se produce de 5 a 10 centímetros del cuerpo del

bebé. Se trata de acariciar al pequeño, pero sin tocarlo, utilizando solamente la energía de los padres. Aunque esta técnica puede parecer poco fiable, está permitida por el Consejo Nacional de Enfermeras de Inglaterra⁴³. A pesar de ello, esta fundamentación no se ha incorporado plenamente en el H.N.A.A.A-Chiclayo, pues se evidenció que para ejercer el contacto piel a piel solo se podía dar con aquellos neonatos prematuros que se encuentren estables.

Este es otro aspecto en donde el estado clínico del bebé influye en la práctica del Método Canguro, limitando así la ejecución del vínculo afectivo, lo cual se aprecia en el siguiente discurso:

“Al inicio cuando queríamos hacer mamá canguro; algunas no podíamos cargar a nuestro bebé y otras madres solo lo cargaban por poco tiempo; ahora que nuestro bebé ya está mejor nos permiten pasar más tiempo con él, porque en su caso sólo es para completar su peso...” (Acuario)

Lo mencionado por la madre entrevistada indica, que los bebés prematuros que se encuentran hospitalizados y que ya lograron su estabilidad no se realiza el Método Canguro de forma adecuada, como afirma Charpark, este método debe aplicarse 24 horas del día en prematuros con un peso de 800 y 2000 gramos, que no presenten patologías graves y que hayan logrado la estabilidad hemodinámica¹⁶.

De igual manera, el tiempo empleado para la realización del Método Canguro en la Unidad Neonatal en estudio podría no ser el suficiente para que se manifiesten sus efectos positivos. Según Gómez, salir de la incubadora para realizar el cuidado supone cierto estrés para el bebé, por lo que es conveniente que permanezca entre 90 y 120 minutos como mínimo realizando la técnica, pues menos tiempo de contacto piel a piel no parece ofrecer ventajas⁴⁴.

En términos generales, es importante comprender que el solo hecho de que la madre sostenga y acompañe a su bebé, asegura un contacto íntimo y familiar proporcionando seguridad emocional, siendo esto esencial para el desarrollo físico y psíquico de un bebé frágil. Cabe resaltar que el estado de salud del bebé prematuro no es la única forma de impedir la realización del vínculo afectivo, sino que también depende de las condiciones sentimentales y/o emocionales en las que se encuentre la madre para realizarlo.

3.2.Miedo de la madre para establecer el vínculo afectivo materno filial

A lo largo de su permanencia en la Unidad Neonatal, los padres y madres viven y manifiestan diversos e intensos sentimientos y emociones que acompañan al proceso de aceptación y adaptación a su realidad. Entre éstos se describe la culpa, la angustia, la tristeza, el miedo, el nerviosismo o el estrés por todo el entorno y por la información que van recibiendo acerca del estado de su hijo. Díaz, refiere que las vivencias “no intencionales” no surgen en el

hombre cuando éste establece relaciones con los objetos de la realidad, sino que son causadas o provocadas psíquicamente en él, ya sea por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea o por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida como es el vivenciar la hospitalización de sus hijos recién nacidos prematuros⁴⁵.

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“A los dos días después que nazca pude verlo, porque al día siguiente no estaba recuperada, es más yo ni siquiera pregunté por él porque tenía miedo”

(Piscis)

“Antes de que mi niño naciera y me operen, el doctor me dijo los riesgos que corría mi niño al momento de nacer; bueno si se llega a adaptar al ambiente eso sería bueno, de no ser así pues tenía riesgo de morir; en ese momento es el miedo que tienes, no sabes si tu bebé va a resistir a la vida o

no...” (Aries)

“Siento ganas de llorar al ver a mi hijo tan pequeño y tengo miedo al pensar que le puede pasar algo...” (Escorpio)

En estos discursos, las madres expresan sus vivencias que experimentan al sentir miedo, temor sobre el bienestar de su pequeño hijo; estos sentimientos se crean por circunstancias provocadas por un nacimiento prematuro. Aunque el conflicto emocional se inicia, en el embarazo, con distintas complicaciones y hospitalizaciones que evidencian la condición de riesgo del bebé; el verdadero sufrimiento, comienza en el momento del parto, cuando definitivamente se han perdido las esperanzas de tener un hijo sano⁴⁶.

El bebé es separado de sus padres para ser llevado inmediatamente a la UCIN, con el objetivo de recibir la asistencia médica intensiva necesaria, para aumentar sus posibilidades de sobrevivir y adaptarse al mundo. A esta separación se le acompaña un sentimiento de irrealidad, que las madres enfrentan a la imposición de un nacimiento y a la pérdida de todos aquellos momentos que tanto habían deseado y soñado, sobre todo por la ausencia del hijo a su lado, un hijo que muchas veces no verán hasta pasadas algunas horas⁴⁷.

Además, el propio nacimiento de un hijo/a y el nuevo rol parental que se va a adquirir generará inevitablemente una situación de estrés. Y si a ello se le agrega un estímulo de la prematuridad, la situación se vuelve más estresante y resulta inaceptable. Ya que la primera información respecto a la situación y pronóstico del bebé, muchas veces no sea comprendida crece el temor por la vida de éste; y a la vez hay un sentimiento de desesperanza y de inseguridad que se produce al no saber qué pasará a largo plazo⁴⁸.

Desde el ingreso a la UCIN se visualizará más las barreras físicas e institucionales que serán un punto clave para limitar aún más el vínculo afectivo, tal y como se detalla en la siguiente subcategoría.

3.3.Ambiente inadecuado de la unidad neonatal

El ambiente de la UCIN se ha descrito como un factor estresante en sí mismo, la tecnología, las alarmas, los monitores, el personal sanitario preparado para las situaciones críticas, y la dinámica de la unidad impresionan.

Al entrar por primera vez en una UCIN, los padres y madres se sienten asustados, experimentan una falta de control sobre la situación, que les genera mucha angustia y una sensación de irrealidad, todo ello sumado a que la disposición del aparataje y la propia dinámica de la unidad supone una barrera física entre ellos y su hijo/a⁴⁹.

La hospitalización del bebé prematuro en la Unidad Neonatal como una condición en la que intervienen factores biológicos, ambientales y sociales, que unidos a la complejidad de los cuidados y al aparataje tecnológico necesario, hace que los espacios se limiten y den a la unidad un aspecto muy técnico, frío, poco amigable y con poco espacio para las visitas³⁹.

En ese sentido, es evidente que para poder responder a las demandas que se derivan de la atención centrada en la familia, se necesita abordar cambios trascendentes en las Unidades Neonatales, siendo de carácter prioritario los relacionados con el funcionamiento y la estructura física de las instituciones, las que en nuestro departamento y a nivel nacional, siguen conservando diseños arquitectónicos antiguos que no responden a las nuevas demandas en el cuidado neonatal.

Las zonas de hospitalización deben reservar un espacio para la presencia de los padres y eventualmente de los familiares, amoldándose al estado clínico del niño: crítico inestable, crítico estable y de cuidados medios o de pre alta; según sea la situación, los padres acompañarán, estarán o convivirán con su hijo, por lo que el espacio se ajustará a estas necesidades, siendo ideal que los padres gozaran de cierta intimidad para poder desarrollar sus capacidades parentales y vincularse exitosamente con su hijo⁵⁰.

En general, las construcciones modernas de las Unidades Neonatales se hacen sobre este concepto psicoterapéutico y familiar, pero de cualquier manera e independientemente de la estructura que tengan, las instituciones hospitalarias adaptarán su funcionamiento para poder responder a los requerimientos del niño y su entorno familiar; sin embargo, esta no es la realidad del Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A - Chiclayo, lo cual se aprecia a continuación:

“...En el lugar donde hacemos mamá canguro, hay otras mamás que están dando de lactar a sus hijos y otras que salen y eso nos incomoda porque el lugar es muy pequeño para todas las madres que estamos ahí, pero aun así tratamos de adecuarnos...” (Escorpio)

“El área en donde vemos a nuestros bebés es pequeña, y tal vez no tengamos la comodidad adecuada, pero tratamos de conservar la privacidad de cada madre...” (Sagitario)

En estos discursos, las madres expresan la necesidad de contar con un ambiente apropiado que facilite el contacto directo y prolongado entre madre y bebé, dónde se permita personalizar el entorno donde interactúan los padres con el neonato, como parte del cuidado centrado en la familia. Asimismo, mencionan que favorecer el contacto piel a piel propio del Método Canguro, requieren de un área destinada únicamente para su ejecución, que proporcione intimidad y privacidad a la madre y su bebé, y la oportunidad de realizar el método de forma permanente, respetando un periodo de tiempo no menor a 90 minutos para que la diada pueda disfrutar de sus beneficios³⁹.

Hoy en día, la mayoría de los hospitales generales se construyen con habitaciones individuales, para cumplir con el derecho psicosocial a la intimidad de los pacientes. En las Unidades Neonatales, una nueva estructura en la que se respetará ese derecho, facilitaría la óptima vinculación y mejoría

del apego, características que redundarían en un mejor futuro para el niño y su familia.

Según Arizcun, para asegurar la presencia continua de los familiares en las Unidades Neonatales, estas permanecerán abiertas durante todo el día y contarán con un ambiente cómodo y acogedor, habilitándose zonas de despacho para atender a los padres, así como espacios de descanso y servicios higiénicos propios, siendo el objetivo de esta estructuración, el lograr un escenario muy parecido al hogar⁵⁰. No obstante, se pudo observar que el Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A -Chiclayo, cuenta con un espacio limitado, lo cual dificulta la permanencia de los padres al lado de las incubadoras en las que están sus bebés; además, carece de elementos básicos, como sillas, para que las madres puedan estar cómodas durante su estancia en la Unidad Neonatal. Esta realidad se aprecia a continuación:

En el área de UCIN llegan las madres para realizar mamá canguro, pero ante la demanda que existe en el hospital, algunas madres lo tienen que realizar de pie; debido a la falta de mobiliario y al espacio que presenta este servicio; lo cual se observa la incomodidad por parte de las madres para tener el contacto con su bebé. Así mismo llegan las madres que se encuentran hospitalizadas que al querer estar con su bebé, sólo se quedan un diminuto tiempo, esto por falta de comodidad debido a que no tienen donde colocar los

sueros, sumándole a ello la presencia de los dolores y malestares que ellas aún presentan

Esta observación reafirma el obstáculo que representa el inadecuado entorno arquitectónico y la escasa dotación de mobiliario de esta y muchísimas Unidades Neonatales existentes en la actualidad, para la demanda incrementada de madres con niños hospitalizados y que además coexisten con otras barreras institucionales que imposibilitan o dificultan la permanencia constante, el contacto pleno de la diada y la participación activa de la familia en el cuidado del bebé.

Cabe resaltar que las barreras institucionales a las que se hace referencia también incluyen los horarios de visita y la restricción de la entrada de los familiares más allegados, lo cual se describe en la siguiente subcategoría.

3.4. Accesibilidad restringida de la madre por normas institucionales

Uno de los temas más importantes para los padres y las madres es el estar físicamente cerca de sus hijos/as, por ello, la separación del bebé les supone una situación muy estresante. Cuando el bebé es trasladado a otro hospital, muchas veces la madre pide la alta voluntaria para poder estar cerca de él aun poniendo en riesgo su propia salud. En los casos en los que el prematuro es ingresado en el mismo hospital, el alta suele suponer un periodo de gran tristeza

para los progenitores ya que deben abandonar el hospital y en él a sus hijos/as, algo que no habían planeado durante el embarazo.

El proceso vincular comienza a desarrollarse desde el periodo prenatal y se extiende al periodo peri y posnatal, por ello, en la medida en que se establezca precozmente, influirá de forma positiva en las habilidades parentales y en el desarrollo de una relación segura por parte del niño, en especial si se trata de un recién nacido prematuro, en quien no sólo originan alteraciones relacionadas al grado de inmadurez, sino también aquellas que afectan su dimensión afectiva y psicológica, propia de la gestación interrumpida.

La UNICEF, refiere que el neonato prematuro tiene el derecho de recibir los cuidados que le proporcionen sus padres, quienes además formarán parte del equipo responsable de la atención a sus bebés, pues para el desarrollo del niño estará ligado en gran parte a la calidad de la interacción que tenga con los miembros de su entorno próximo³⁹. A pesar de ello, en la actualidad siguen existiendo barreras para el libre acceso de la familia a las Unidades Neonatales, permitiendo el ingreso solo a los padres para cumplir con las normas institucionales existentes, lo cual manifiestan las madres en sus discursos:

“Las enfermeras nos dicen que las visitan son solo para los padres...”

(Capricornio)

“Sólo nos hacen entrar a la mamá y al papá, los otros familiares no pueden entrar, que está prohibido nos dicen...” (Acuario)

Y estos discursos se pueden confirmar con la siguiente observación:

Una señora llega al servicio de neonatología, y pregunta al personal sobre el estado de salud de un bebé, éste pregunta ¿cuál es la relación familiar que tiene con el bebé? La señora responde: “es mi nieto y quisiera saber cómo se encuentra”, a lo que le contestan: “ese tipo de información solo se le puede brindar a la mamá o al papá y son ellos los únicos que pueden entrar aquí de visita...”

Como se aprecia, existen restricciones para el ingreso de familiares al Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A- Chiclayo; y, además, los padres son considerados como “visita”, pues aún persiste la idea de incluir en esta categoría a toda persona que no está hospitalizada y es ajena a la institución. Ante esto, se enfatiza que la presencia de la familia NO incrementa el riesgo de infección del prematuro y que los padres NO son visita, por el contrario, su permanencia y la de otros parientes junto al neonato prematuro, facilita la integración del nuevo ser en la familia, lo cual es fundamental, pues es el entorno donde crecerá y se desarrollará el bebé, protegiendo así su calidad de vida. Una transformación basada en el cambio de actitud, permitiría al personal de salud brindar un cuidado centrado en la familia, el cual implica un nuevo

enfoque en el manejo del niño, donde los padres participan en la atención que se brinda al bebé, posibilitando la interacción entre ellos y el fortalecimiento del vínculo afectivo³⁹.

Para lograr que este escenario sea una realidad, es preciso también superar barreras como los horarios de visitas rígidos, promoviendo la práctica de una política de puertas abiertas a la familia, sin horarios restrictivos, de forma que los padres tengan libre acceso a la Unidad Neonatal durante 24 horas del día; sin embargo, esto no sucede en la institución donde se realizó el presente estudio, lo cual se demuestra en la siguiente observación:

*Una de las enfermeras del servicio se acerca a los padres y les dice:
“señores solo unos minutos más por favor y luego pasan a retirarse porque
tengo que cambiar a los bebés”*

Y en los discursos brindados por las madres:

*“Me gustaría pasar más tiempo con mi bebé, porque solo son unos
minutos y el tiempo no nos alcanza...” (Piscis)*

*“A veces el tiempo que nos dan para quedarnos con nuestro bebé es muy
corto, y a veces se reduce porque las enfermeras nos dicen que tienen que dar
tratamiento y nos piden que salgamos...” (Sagitario)*

“Yo quisiera estar todo el día a lado de mi hijito, pero tengo que volver a esperar la hora de visita de mañana; no nos podemos quedar porque no hay espacio y además nos dicen que ellos lo cuidaran toda la noche, pero ellos no le darán el cariño que yo le puedo dar...” (Escorpio)

Estos discursos describen el descontento que experimentan las madres ante el horario de visitas en la Unidad Neonatal, las cuales se realizan por periodos cortos de tiempo y especificados previamente, de 9:00 a.m. a 12:00m y de 3:00pm a 6:00pm, los cuales pueden postergarse, acortarse o anularse cuando así se disponga, quebrantando lo dispuesto por la Carta Europea de los Derechos de las Niñas y los Niños Hospitalizados, que expresamente declara: es derecho del niño a estar acompañado de sus padres o de la persona que lo sustituya, el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria; y el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos⁵¹.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONSIDERACIONES FINALES

- Existen diferentes métodos que ayudan a establecer y reforzar el vínculo afectivo materno-filial, como el método de mamá canguro, lactancia materna y las expresiones verbales y no verbales, que permiten consolidar la interacción entre madres y neonatos.
- El vínculo afectivo materno-filial también se ve caracterizado por las emociones que las madres experimentan, teniendo así la felicidad que ellas sienten cuando lo tienen en brazos por primera vez, así mismo la tristeza a través del llanto por la condición de salud de su hijo, y también sienten culpa ante el nacimiento de su niño prematuro.
- Existen diversas barreras que limitan establecer el vínculo afectivo materno-filial entre madres y neonatos prematuros, como la condición de salud en la que se encuentre el bebé prematuro; así mismo el miedo que tienen las madres para establecer dicho vínculo; agregándole a ello un ambiente reducido en la Unidad Neonatal y por último la poca accesibilidad de los padres a este servicio por las normas institucionales.

4.2. RECOMENDACIONES

A la **enfermera jefa** del servicio de Neonatología para que gestione, diseñe y cumpla las normas establecidas de forma que le permita transformar de manera progresiva este servicio y sea apropiado para el recién nacido y su familia, de tal manera que favorezca la integración y establecimiento del vínculo afectivo materno-filial y que le permita eliminar las barreras existentes.

A las **enfermeras** del servicio realizar capacitaciones y seguimiento en previa coordinación con la posta o centro de salud en donde reside la madre y el neonato prematuro para evitar futuras complicaciones al alta.

A las **madres** que mediante la capacitación sobre la importancia del método canguro y lactancia materna, tomen conciencia y pongan en práctica dichas estrategias para fortalecer el vínculo afectivo materno-filial durante y después de la hospitalización de su niño prematuro.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

1. Gómez C, Carballo M., Olmo A. Dificultades biosociales de la gran prematuridad. Accesado el 25 de setiembre del 2015. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-15236/prematuridad.pdf>
2. Melgarejo G. Efectividad de un programa educativo en el incremento de Conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado del prematuro. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2011.
3. Arenas Y, Salgado C, Eslava D. Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos. Revistas en actualizaciones en enfermería [Internet]. 2004. [Accesado el 16 de mayo del 2016]; 8(2). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-82/enfermeria8205-vivencias/>
4. Serret M. El Cuidado Enfermero del Vínculo y el Apego Entre Padres, Madres e Hijos Prematuros en una Unidad Neonatal [Tesis Doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili, Departamento de Enfermería, 2014.
5. Fernández I, Palanca I, González I, Malalana A, Contreras A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. Revista Iberoamericana de Psicología [Internet]. 2014. [Accesado el 25 de setiembre del 2015]; 109:1-8. Disponible en: <http://dialnet-LaSaludMentalDelRecienNacidoHospitalizado-4678922.pdf>.
6. Olza I. El Vínculo en Prematuros. Holistika.net [sitio web]. 2006 [Accesado el 17 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/el_vinculo_en_prematuros.asp

7. Sandoval C. Investigación cualitativa. Scielo [en web]. Colombia. 2012. [Acceso el 15 de octubre del 2015]. Disponible en: http://epistemologia-doctoradounermb.bligoo.es/media/users/16/812365/files/142090/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf
8. Polit D. Hungler B. Introducción a la investigación en ciencias de la Salud. 6° ed. México.: McGraw-Hill Interamericana. 2000.
9. Ludke M, y André M. La Investigación en Educación: Abordajes Cualitativos 3° Ed. Sao Paulo: EPU; 1998.
10. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ta ed. Mc Graw Hill International; México: 2010.
11. Informe Belmont Principios éticos y directrices para la Protección de sujetos humanos de Investigación. [en web] 1976. [Accesado el 27 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont_report.pdf
12. Perdomo Y, García M, Arias C. Significado del vínculo afectivo en madres y sus bebés prematuros o con bajo peso al nacer del municipio de Cartago Valle del Cauca. [Internet].2016. [Accesado el 27 de enero del 2018]. 1-20. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/4093/1/DDMPSI29.pfd>.

13. Ortiz R, Villarreal V, Flores Y. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante. Scielo [En línea]. 2016. [Accesado el 8 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/teorizaciones2.pdf>
14. Alvarado L, Guarín L, Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Merced al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Cuidarte. [En línea]. 2011. [Accesado el 8 de febrero del 2018]; 2(1):57 Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706>.
15. Prats M. Fortalecer el vínculo madre-hijo en unidades neonatales: Parámetros para su evaluación. [Tesis Doctoral]. Hospital Universitari Vall d'Hebron 2012.
16. Charpak N. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación canguro y departamento de epidemiología y estadística. [En línea]. 2007. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: http://fundacioncanguro.co/descargas/guias_evidencia.pdf
17. Beneficios del método Madre Canguro para bebés prematuros. [En línea]. 2010. [Accesado el 8 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/recien-nacido/beneficios-del-metodo-madre-canguro-para-bebes-prematuros>
18. Guitierrez L, Galleguillos D. Desarrollo del vínculo de apego en la diada madre-bebe prematuro, que practicaron el método madre canguro (MMC) en la unidad de neonatología del hospital San José. [Tesis]. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2011.

19. Morillo J, Montero L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Scielo [Internet]. 2010. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200019&script=sci_arttext&tlng=en
20. Gómez A. Lactancia materna en prematuros. Bol. Pediatr [Internet]. 1997 [Accesado el 27 de enero el 2018]; 37(161):147-152. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/161/BolPediatr1997_37_147-152.pdf
21. Aguayo J. Lactancia materna en prematuros: Nuevas evidencias. [En línea]. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es/docs/congresos/2011Avila/MR.pdf>
22. Sardón C. Vínculo afectivo al nacimiento. Apego seguro. [Tesis]. Barcelona: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2012.
23. MINSA. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Perú. [En línea] 2017. [Accesado el 8 de febrero del 2018].1-56. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat_gu_i_lactancia.pdf
24. Tomatis. Que es el método Tomatis. Chile [En línea]. Santiago: Chile; 2016. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.tomatis.cl/quienes-somos/que-es-el-metodo-tomatis/>
25. Velasco S. Musicoterapia con neonatos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [Tesis Doctoral] Valladolid; 2016.
26. Martínez V, Gutiérrez J. Musicoterapia en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: experiencia benéfica para el binomio. ScienceDirect [Internet].

- 2015[Accesado el 27 de enero del 2018]; 29(3):95-98. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000333>
27. Cantero F. La voz de la madre. Solohijos.com [En línea]. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.solohijos.com/web/la-voz-de-la-madre/>
28. Barriguete J, Casamadrid J, Salinas. Apego, self de crianza y ceguera. Observación de bebés. [Libro electrónico] México; 2000.p. 139-149. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=3rICWtp89WoC&pg=PA142&lpg=PA142&dq=El+v%C3%ADnculo+madre+e+hijo+se+establece+de+manera+en+el+cruce+de+las+miradas+entre+ellos.&source=bl&ots=kRIIHtR7Pz&sig=vtTloBC80Cqb2uc4Vlq-cZxyBvk&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwja9cGRuuJZA hVypVkKHfTHAJ4Q6AEIJjAA#v=onepage&q=El%20v%C3%ADnculo%20madre%20e%20hijo%20se%20establece%20de%20manera%20en%20el%20cruce%20de%20las%20miradas%20entre%20ellos.&f=false>
29. Alvarado L, Guarín L, Cañón 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. Cuidarte: Revista de Investigación Escuela de Enfermería UDES. [Internet].2011 [Acceso 15 de enero de 2018]. p.195-201. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4563154.pdf>.
30. Antonacci C. Los sentimientos que despierta tener un hijo. [En línea]. Accesado el 27 de enero del 2018. Disponible en:

<https://www.vix.com/es/ij/6993/los-sentimientos-que-despierta-tener-un-hijo>

31. Ponce B. Los sentimientos encontrados que produce la maternidad. [En línea].
Accesado el 27 de enero del 2018. Disponible en:
https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/relacion-padres-e-hijos/2011-11-10/los-sentimientos-encontrados-que-produce-la-maternidad_588400/.
32. Cuando tu bebé nace prematuro y nada es como esperabas. Bebés y más. [En línea]. 2016. [actualizada 17 de diciembre del 2017]. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/recien-nacido/cuando-tu-bebe-nace-prematuro-y-nada-es-como-esperabas>
33. López M. Sentimientos de las madres con hijos prematuros hospitalizados. In Crescendo. Ciencias de la salud Vol. 01, N 02, 2014, p. 263 – 270.
34. Lidiando emocionalmente con el nacimiento prematuro de su bebe. [En línea]. 2015. Accesado el 27 de enero del 2018. Disponible en:
<http://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/premature-delivery-emotions/>
35. Villamizar B, Vargas C, Rueda E. Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. Revista Cuidarte [Internet]; 2014. [Accesado el 27 de enero del 2018]; 5(2):782-791.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181010.pdf>
36. El cuidado de un bebé prematuro: lo que los padres deben saber. Healthy children.org [En línea] 2016. [Accesado el 27 de enero del 2018]. Disponible

en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/preemie/Paginas/caring-for-a-premature-baby.aspx>

37. Gallegos J, Reyes J, Silvan C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagen*. [En línea]. 2013. [Accesado el 27 de enero del 2018]; 21(6):1360-1366. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf
38. Iriarte R, Carrión T. Experiencias de los grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enferm* [En web] 2013. [Accesado el 15 de diciembre del 2017]; 16(2):20-25. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80416/>
39. UNICEF. Derechos de los recién nacidos prematuros-derecho 9: que sus familias los acompañen todo el tiempo. [sitio web]. 2011. [Accesado el 27 de diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_Dcho9.pdf
40. Montes M, Martínez M, Plascencia M, Plascencia M, Mendoza Z, López I. et al. Práctica clínica del contacto piel a piel en Neonatología. Sociedad Iberoamericana de Neonatología [En web] 2012. [Accesado el 5 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.siben.net/images/files/4pielapiel.pdf>
41. Secretos de una madre. La importancia del masaje en bebés prematuros desde un punto de vista emocional. *Elbebe.com* [En web] 2011. Accesado el 5 de

enero del 2018. Disponible en: <https://www.elbebe.com/bebes/masaje-infantil-fuente-de-bienestar-emocional-y-de-salud-para-bebe>

42. González S. el desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. [Tesis]. Chile: Universidad del país Vasco, Facultad de Medicina, Departamento de Neurociencias, 2009.
43. Penagos M, Berrón R, García M, Zaragoza J, Berrón R. El sistema inmune del recién nacido. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas. [Internet]. 2010 [Accesado el 5 de enero del 2018]; 12(2):63-68. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2003/al032e.pdf>
44. Gómez A, Pallas C, Aguayo J. El método de la madre canguro. El Parto es Nuestro. [En web] 2007. [Accesado el 10 de enero del 2018] 1-23. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/legal/el_metodo_madre_kanguro.pdf
45. Díaz R. El hombre y sus vivencias. [En web]. 2007. [Accesado el 10 de enero del 2018]. Disponible en: <http://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>
46. Moreno C. Intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto. [Tesis]. Bogotá: Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, 2006.
47. Alba C, Aler I, Olza I. Maternidad y salud, ciencia, conciencia y experiencia. Informes, Estudios e Investigación [En Web]. 2008. [Accesado el 10 de enero del 2018]. 1(1):1-176. Disponible en:

<https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/1290/MATERNIDAD%20Y%20SALUD.pdf?1380099698>

48. Martínez J. Historia de la neonatología y los desafíos del siglo XXI. Rev Med Clin. Condes. [Internet] 2008. [Accesado el 20 de enero del 2018] 19(3):152-157. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2008/3%20julio/01NEONATOLOGIA-1.pdf
49. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma [Internet] 2010. [Accesado el 20 de enero del 2018] 2010(26):15-27. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/196127/262943>
50. Arizcun J, Valle M, Arrabal M. El enmarque en los servicios de neonatología de los problemas y programas de las discapacidades pediátricas. [En Línea]. 2005. [Accesado el 17 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/el_enmarque_en_los_servicios_de_neonatologia_de_los_problemas_y_programas_de_las_discapacidades_pediatricas.pdf
51. Carta Europea sobre los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados. Lectura fácil.net. [En línea] 1986. [Accesado el 17 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.lecturafacil.net/media/resources/Carta_infants_hospitalitzats_cast_LF.pdf

APÉNDICE



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....

....declaro participar libremente en el proyecto de investigación *Vínculo Afectivo Materno-Filial, Entre Madres y Neonatos Prematuros del Servicio de Neonatología en un "Hospital de ESSALUD" Chiclayo-2017* desarrollada por las bachilleres de la Facultad Enfermería de la U.N.P.R.G, con el objetivo de que pueda ser estudiado y, eventualmente utilizado con fines educativos y de entrenamiento en la investigación. Asumiendo que la información obtenida será solamente de conocimiento de las investigadoras y que el informe final de la investigación será publicado, sin mencionar los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirarme en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Investigadora

Firma

Madre de Familia

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Presentación:

Señoras madres de familia, como ya le hemos comunicado, estamos realizando nuestra tesis sobre el vínculo afectivo de madres y neonatos prematuros, para ello solicitamos su colaboración para realizar una entrevista, el cual tiene como objetivo comprender cómo es el vínculo afectivo entre madres y neonatos prematuros.

Teniendo en cuenta que la finalidad de la entrevista es obtener, de manera sistemática y ordenada, información acerca de la población con la que se trabaja, sobre las variables objeto de la investigación o evaluación

TÍTULO

Vínculo Afectivo Materno-Filial, Entre Madres y Neonatos Prematuros del Servicio de Neonatología en un “Hospital de ESSALUD” Chiclayo-2017

OBJETIVO:

- Comprender el vínculo afectivo materno filial, entre madres y neonatos prematuros de 28-32 semanas del servicio de neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo-2017

PREGUNTAS:

1. Relátame usted que sintió cuando tuvo contacto con su bebé
2. En qué momento usted tiene la posibilidad de establecer su vínculo afectivo.
3. Actualmente como es la relación entre su bebé y usted
4. Las enfermeras le permiten el acceso al servicio para que establezca su vínculo.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERIA



GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

I. INFORMACIÓN BÁSICA

- **TÍTULO:** “Vínculo Afectivo Materno-filial: Entre Madres y Neonatos Prematuros del Servicio De Neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017”
- **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** ¿Cómo es el vínculo afectivo materno-filial: entre madres y neonatos prematuros del servicio de neonatología en un Hospital de ESSALUD Chiclayo-2017?
- **OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:** Comprender el vínculo afectivo que existe entre madres y neonatos prematuros.
- **SITUACIÓN A OBSERVAR:** Actitudes, comportamientos, posturas que adopten las (os) investigados en relación al objeto de la investigación.

II. DATOS GENERALES

Fecha:

Hora:

III. MOMENTOS DE LA OBSERVACIÓN

**Observación en la UCIN al momento de la
interacción entre madre y su hijo:**

**Observación durante las entrevistas a las
madres:**

**Observación de la respuesta de los neonatos a la
interacción con su madre:**

Observación realizada por:
