



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUÍZ GALLO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSTGRADO**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL “ENFERMERÍA
MATERNO INFANTIL CON MENCIÓN EN
NEONATOLOGÍA”**

**“EL CUIDADO ENFERMERO CON LA
PARTICIPACIÓN FAMILIAR A NEONATOS DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN
UN HOSPITAL DEL ESTADO”**

AUTORES

**Lic. Enf. Neli Antonieta Bravo Díaz.
Lic. Enf. Cinthia Ruth Lazo Ramos.**

ASESORA

Dra. Lucía Aranda Moreno.

**LAMBAYEQUE – PERÚ
2017**

**“EL CUIDADO ENFERMERO CON LA PARTICIPACIÓN
FAMILIAR A NEONATOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTERMEDIOS EN UN HOSPITAL DEL ESTADO”**

Presentado por:

Neli Antonieta Bravo Díaz

Cinthia Ruth Lazo Ramos

Aprobado por:

Mg. Rosa Violeta Celis Esqueche
Presidente

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino
Secretaria

Mg. Dora Violeta Cieza Maldonado
Vocal

Dra. Lucía Aranda Moreno
Asesora

DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada en primer lugar a Dios:

Su gracia y su amor están siempre presentes en mi vida.

A mi padre Cipriano:

Su gran fuerza, lucha y amor hacia todos sus hijos, es un ejemplo de fortaleza y constancia a seguir.

A mi madre María Elena:

Porque ella siempre está a mi lado brindándome su apoyo, y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mis hermanos Víctor, José, Luz, Rosa, Sara, Bety, Isabel y Magali:

Por su cariño y palabras de aliento, para seguir adelante y por su compañía física, moral y espiritual.

DEDICATORIA

A mis padres por su invaluable apoyo, ternura y cariño que siempre me dan y hacen de mí una mejor persona.

A mi esposo por su comprensión y paciencia, por haber estado a mi lado, y al lado de mi adorado Adrián todo este tiempo de estudio y desarrollo profesional y personal que me ha permitido lograr mis objetivos.

CINTHIA

AGRADECIMIENTO

Ante todo, agradecemos a Dios todo poderoso, por darnos la sabiduría, la claridad y la fuerza para lograr esta meta.

A nuestros compañeros de estudio, con quienes compartimos ratos alegres y momentos tristes, pero jamás abandonamos la meta.

A nuestra Asesora quien nos ha guiado y orientado con sus conocimientos para que este trabajo se haga realidad y por su amistad y confianza que nos ha brindado.

A nuestros profesores, por su valioso tiempo y por compartir sus conocimientos, por sus apropiadas orientaciones y proporcionarnos la oportunidad de continuar cosechando experiencia.

A nuestros jurados por sus aportes y sugerencias que han permitido mejorar el presente estudio.

A nuestros familiares por darnos el valor para llegar a la meta, por su incansable espíritu de lucha siempre presente, hasta en los momentos más difíciles y colaborar con nosotros en todo momento.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
RESÚMEN	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	17
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	29
3.1 Tipo de Investigación.....	29
3.2 Abordaje Metodológico.....	29
3.3 Escenario.....	32
3.4 Sujetos de investigación	34
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.6 Análisis de datos	37
3.7 Criterios éticos.....	38
3.8 Criterios de Rigor científico	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1 Caracterización de los informantes y escenario	43
4.2. Categorías y subcategorías.....	44
4.3. Discusión de los resultados.....	45
CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	78
Consideraciones Finales	79
Recomendaciones	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	98

RESÚMEN

La enfermera ve a la persona como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad; donde la persona está en relación constante con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella donde debe participar la familia; sin embargo, no hay estudios que reflejen esta realidad, por eso esta investigación cualitativa, con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivo caracterizar y comprender el cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital. La muestra, determinada por los criterios de saturación y redundancia, fue de 16 sujetos de estudio (11 enfermeros y 5 familiares del neonato). Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, validada por prueba piloto, el análisis de datos fue a través del análisis de contenido temático, guardando criterios de rigor científico y éticos. Obteniendo cinco categorías: La participación de la madre en la satisfacción de las necesidades básicas del neonato, educando sobre cuidados especiales, promoviendo el vínculo afectivo, la relación de ayuda y la participación de la familia y la satisfacción profesional logrando la recuperación del neonato con la participación de la madre. Concluyendo que el cuidado de enfermería con participación del padre/madre es un cuidar de forma humanizada y que involucra la mirada holística, la acogida, la relación de vínculo y la comunicación entre la enfermera-padre/madre-neonato. La filosofía del cuidado centrado en la familia está inculcada en las prácticas de cuidado del equipo de enfermería, hecho que potencia las oportunidades de enseñanza/aprendizaje.

Palabras claves: cuidado, enfermería, neonato, familia, padres, vínculo afectivo.

ABSTRACT

The nurse takes care for person like a unique being whose multiple dimensions form a unity; where the person is in constant relation with his environment or his immediate environment, either outside or inside around where the family should participate; however, there are not studies that reflect this reality, so this qualitative research, with approach study of the case, had such as objective characterize and understand the nursing care with the family participation to the newborns UCIN at Hospital. The sample, determined by the criteria of saturation and redundancy, was 16 subjects of study (11 nurses and 5 relatives of the neonate). For the collection of data, a semi-structured interview was used, validated by pilot test. Data analysis was based on the analysis of thematic content, always keeping criteria of scientific and ethical rigor.

Getting the five categories: The participation of the mother in the satisfaction of the basic needs of the newborn, educating about special care, promoting the affective bond, the relationship of help and the participation of the family and the professional satisfaction achieving the recovery of the newborn with the participation of the mother. Concluding that nursing care with the participation of the father/mother is caring in a humanized way and that it involves the holistic view, the welcome, the relationship of bond and the communication between the nurse-father/mother-neonate. The philosophy of family-centered care is inculcated in the care practices of the nursing team, which enhances teaching / learning opportunities.

Keywords: care, nursing, neonate, family, parents, affective bond.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La necesidad de aparatos tecnológicos para la asistencia a los neonatos de riesgo hace necesaria la internación en Unidades de Cuidados Intermedios (UCIN). Es innegable los avances proporcionados por el desarrollo tecnológico, científico y terapéutico de estas unidades para la supervivencia de los recién nacidos de riesgo, pero también forma parte de esta realidad el aumento de la incidencia de infecciones cruzadas y de enfermedades iatrogénicas, y el establecimiento de un ambiente restringido y tenso. Se añade a este hecho la interferencia de la internación en la relación entre madre-hijo, especialmente en el establecimiento de vínculo y en la participación de los padres en el cuidado con el hijo¹.

Los padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN, pueden llegar a presentar conflictos emocionales, provocados por: La condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado y la separación del binomio padres - hijo. Los conflictos que presentan los padres de recién nacidos hospitalizados en una UCIN se incrementa al no conocer los ambientes, el funcionamiento de diferentes equipos y las diferentes actividades que desarrolla el personal asistencial encargado de brindar servicios especializados, así como la poca comunicación e interacción que se desarrolla con los familiares, puesto que la principal atención se focaliza en el recién nacido crítico².

Por ello es importante profundizar sobre la participación de los familiares en el cuidado de enfermería en la UCIN, orientada hacia la educación e información de los

servicios ofrecidos en esta unidad; para ayudar a los padres en esta etapa, permitiendo involucrarlos en el proceso de recuperación de su hijo.

Al respecto Reeder⁴, afirma que la enfermera debe tener presente su ayuda a la complementación de papeles, lo cual permitirá que los padres los desempeñen bien. Además, la enfermera puede favorecer el proceso de comunicación mutua de los padres al valorar y aclarar sus dudas, preocupaciones, y hablar sobre los temas que deseen.

El recién nacido, requiere de sus padres para obtener un cuidado integral, ya que la hospitalización de un recién nacido en estado crítico, condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior. Es fundamental para los padres sentirse integrados en la toma de decisiones, información, cuidados y tratamientos que recibe su hijo; se trata de favorecer la participación de ellos como un miembro más del equipo de salud. La oportunidad de los padres de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, los ayuda a disminuir su estrés y ansiedad y brindan la oportunidad de ofrecer un adecuado cuidado del egreso hospitalario. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del recién nacido, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada³.

A pesar de la importancia establecida sobre la participación de los padres en el cuidado del neonato, aún existen instituciones de salud que no lo toman en cuenta. Tal es el caso del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú, donde se observa que en la UCI y en Cuidados Intermedios, el acceso a los familiares es muy limitado, permitiéndose el ingreso en la mayoría de las veces, sólo a los padres en momentos de

la visita médica y a la madre en horarios de lactancia, siempre y cuando el neonato tenga tolerancia oral; en ciertos casos se observa que hay enfermeras que permiten a la madre tocar a su niño previo lavado de manos y por breves momentos, luego insisten a la madre para que abandonen la unidad.

Cuando la madre insiste con obtener información sobre la evolución de su niño suelen responder “tiene que consultar con su médico tratante, él es el único autorizado para informarle”. Con frecuencia se les escucha explicarle a la madre que, si permanece mucho tiempo junto al niño, existe el riesgo de contaminarlo.

La infraestructura de la Unidad de cuidados Intermedios de Neonatología del Hospital de la Policía Nacional del Perú en estudio es pequeña, de aproximadamente 4 x 4 metros de perímetro, en este ambiente se encuentran 02 incubadoras, la mayoría de las veces ocupadas, además de ello hay 3 o 5 cunas con bebés con alguna patología; una enfermera y una técnica de enfermería y en horas de visita de los familiares de estos niños hospitalizados, siempre hay como mínimo dos madres de los neonatos. Toda esta gama de equipos y personas circulan en esta pequeña unidad de neonatología, reduciendo quizá el espacio para albergar a más de uno o dos pares de padres de neonatos hospitalizados, que podrían permanecer en dicha unidad visitando o participando con el cuidado de sus pequeños neonatos.

Por ser una institución de salud que cuenta con una clasificación de categoría de establecimiento Nivel III-1, atiende a un mayor porcentaje de neonatos en estado crítico por lo tanto las restricciones del acceso a los padres es más visible, escuchándose de los

padres comentarios como: “las enfermeras se limitan a referenciar a la madre con el médico para que le sean despejadas sus dudas, pero, aunque intentan tranquilizarnos con sus palabras no informan ni despejan nuestras dudas”. Otro aspecto importante relacionado con la información, es que a medida que la madre conoce la evolución de su hijo, desea que se le permita participar en sus cuidados e ir mejorando las condiciones de salud de su bebé, para su pronta recuperación y la adaptación frente a la hospitalización: “quiero darle de lactar a mi bebé”, “quiero cambiarle el pañal”, etc. Si el equipo de salud mejora la información que suministra a los padres, podría mejorar la experiencia de hospitalización del recién nacido.

Frente a la problemática mencionada, surgen algunas preguntas: ¿La enfermera permite que el familiar llegue cerca de su paciente en la UCIN?, ¿Por qué la enfermera no permite ingresar a la madre por mayor tiempo en la UCIN?, ¿Qué piensa la enfermera respecto al vínculo materno y el importante rol que desempeñaría la madre en el cuidado de su hijo?, ¿Qué impide a la enfermera autorizar el ingreso de la madre al lado de su hijo? De la situación mencionada surge la interrogante de investigación científica: ¿Cómo es el cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en un Hospital del estado 2017?

El Objeto de estudio de esta Investigación es el cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital del estado. Y los objetivos de la Investigación: Caracterizar y comprender el cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital del estado.

Asimismo, esta investigación se justifica porque actualmente, la participación de los padres en el cuidado neonatal se ha convertido en parte fundamental del cuidado centrado en la familia⁵ y siendo función de la enfermera cuidar al neonato en forma holística, esto significa cuidar en equipo y con la participación del familiar más cercano; es por eso que el presente estudio pretende develar el cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital del estado.

Los resultados, bajo el contexto mencionado por las enfermeras, contribuyen a promover el vínculo afectivo paterno filial como una forma de satisfacer la necesidad de amor y pertenencia, para ello debe tener un marco teórico y conceptual coherente con el paradigma transformador de la enfermería. Bajo la óptica del paradigma de la transformación y de la apertura hacia el mundo, la enfermera ve a la persona como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad; donde la persona está en relación constante con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella donde debe participar la familia; sin embargo, no hay estudios que reflejen esta realidad, por eso se justifica este estudio.

La importancia radica también, en que al develar el objeto de estudio; es decir, el cuidado de la enfermera al neonato, con la participación de la madre y familia, los resultados servirán básicamente, de reflexión a las enfermeras sobre su cuidado, así mismo servirá para que lo reconozcan como un factor importante al proceso de adaptación del recién nacido, ya que lo que se quiere es un recién nacido bien cuidado con un entorno biopsico saludable, resaltando el impacto existencial que tiene el

nacimiento de un hijo y la participación de los padres en su cuidado como uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.

Finalmente, este estudio es importante porque servirá de base para futuras investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad del cuidado de enfermería, jerarquizando nuestra profesión y más importante aún, revalidar la necesidad del rol de enfermería en el cuidado al neonato con participación del familiar.

Este informe se ha estructurado en cinco capítulos: en el primero se presenta la introducción, en el segundo la base teórica que sustenta el estudio, en el tercero se expone el método utilizado para la investigación, en el cuarto se presentan las categorías, subcategorías y la discusión de las mismas comparadas con antecedentes de investigación y en el quinto capítulo se presentan las conclusiones, recomendaciones y sugerencias a las que dio lugar esta investigación.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Las investigadoras han tenido en cuenta diversos autores para profundizar los conceptos: Para el cuidado, Watson (2012); enfermería, según Waldow (2010); neonato, por Toeusch (2001), familia según Bustamante (2006) y UCIN según la Norma Técnica de Salud para la Atención Neonatal (2013)

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-persona. El cuidado implica conocer a cada ser humano aquellas necesidades que le están alterando ya sea físicas, psicosociales y espirituales la cual exige un gran esfuerzo en la atención de la persona con el fin de brindar un servicio de calidad favoreciendo el óptimo estado de salud de la persona.⁶

Las investigadoras han creído conveniente fundamentar también la importancia del cuidado sobre la base de la teoría de Watson, la cual lo define como “Una manera de ser y de estar en relación con otros, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación”. Considera, también, que son las acciones seleccionadas por la enfermera dentro de una experiencia transpersonal, la cual permite la apertura y el desarrollo de las capacidades humanas; implica valores, deseos y el compromiso de cuidar. Esta relación transpersonal busca proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior tanto del que recibe el cuidado como del que cuida.⁷

Para las investigadoras el cuidado es la esencia de la práctica de la enfermería; por tanto, el cuidado brindado al neonato en UCIN, conlleva dimensiones como interacción, empatía, afecto, orientación, habilidad técnica, ética, estética, responsabilidad, entre otras. Así mismo este proceso incluye los comportamientos y actitudes demostradas en las acciones que le son pertinentes, los cuales se traducen en conocimientos, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, capacidad de decisión, consideración y respeto.

Keyla, citando a Watson, invita a cambiar la actuación frente al paciente para volver a las raíces del cuidado, el cual debe ser delicado y frágil. El autor invita a ser creativos, a tener amor a la profesión, a vivir el momento del cuidado transpersonal. También llama a crear una experiencia de aprendizaje desde el arte, usa nuevas modalidades terapéuticas, hacer visible lo invisible de Enfermería. Según refiere crear un cuidado es un acto humano, un acto de amor, bondad, afecto y empatía, el cual busca el bienestar integral de la persona hospitalizada.⁸

Definitivamente los cuidados que brinda la enfermera durante su ejercicio profesional deben ser acompañados de un amor incondicional, caracterizado por la excelencia. No solo debe cuidar al cuerpo sino también ha de ofrecer una atención humanística, holística, creativa y diferenciada de otros tipos de cuidados, porque lo realiza teniendo conocimientos científicos por establecer una relación terapéutica. Por tanto, existirá una comunicación e interacción entre el familiar del neonato y la enfermera.

El foco principal de la Enfermería está basado en diez factores de cuidado, derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos. Esos factores son: 1) practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente; 2) ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado; 3) cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser; 4) desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza; 5) estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos; 6) uso creativo del ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección; 7) comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje; 8) crear un ambiente protector en todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz; 9) asistir a las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial, el cual potencializa la alianza mente, cuerpo y espíritu; 10) estar abierto y atento a la espiritualidad y a la dimensión existencial de su propia vida.⁸

Ante los cuidados que brinda la enfermera al neonato en UCIN, se deben practicar los factores referidos por Watson, que permite rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal. Además, la autora describe el papel importante que cumplen las enfermeras al momento de realizar sus cuidados, el cual la ayudará a adoptar cambios positivos, a su vez mostrar y reconocer su sensibilidad y sus sentimientos hacia el neonato en UCIN. Así mismo se desarrollará una relación de ayuda y de confianza entre

el familiar del neonato y la enfermera, de tal manera que ella fomentará una comunicación eficaz e incorporará valores humanísticos que facilitan la promoción de un cuidado holístico. Por lo tanto, la enfermera debe reconocer que este es la prioridad durante su ejercicio profesional.

Watson citada por Marriner, acota que la enfermera debe interesarse por entender la salud, la enfermedad y la experticia humana con conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, así como con cierto grado de pasión. Ella debe fomentar y restablecer la salud, así como prevenir la enfermedad, buscando la empatía en la relación enfermera paciente, en este caso relación enfermera y familiar del neonato, que se traduce en el cuidado.⁹

Para las investigadoras, es muy importante que la enfermera durante el cuidado hospitalario se base en un compromiso verdadero con el neonato y los familiares del neonato, así mismo debe fundamentarse en principios éticos, basados en el respeto a la dignidad de la persona con conocimientos científicos.

Para las autoras el cuidado construye valores los cuales son, actitudes que se brinda al neonato y su familia. Por tanto, es necesario que la enfermera comprenda la importancia de respetar la vida y sobre todo debe tener conocimientos que sirvan para mejorar la calidad del cuidado, durante la hospitalización del neonato, lo cual está ligado a todos los procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento médico. Ello implica, también, cumplir reglas y soportar los diferentes procedimientos dolorosos que son aplicados para mejorar el estado de salud del menor y conservar su vida. En estas

circunstancias, es vital que la enfermera ofrezca un cuidado humanizado, con un trato digno y afectuoso para generar confianza en la familia del neonato que está a su cargo y así pueda disminuir el temor, el miedo, entre otras situaciones que genera el proceso de la enfermedad, la hospitalización y la desvinculación de los padres como del entorno cotidiano del paciente.

La familia es otro concepto clave en este estudio, se tomó en cuenta los aportes de Bustamante¹⁰ quien focaliza a la familia como objeto de cuidado en salud, lugar donde se forman y aprenden hábitos y costumbres que influyen en el proceso salud enfermedad. Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. La familia es la red más estrecha y cercana de apoyo social y, en consecuencia, la unidad de cuidado básico. Cada miembro de la familia experimenta el proceso salud/enfermedad en función de la etapa vital en la que se encuentre. El cuidado eficaz del paciente requiere por tanto ampliar la atención a la familia. Cada familia es un mundo, es decir que concentra un sinnúmero de situaciones, relaciones, vivencias, valores y normas, que debe hacer reflexionar al profesional de enfermería acerca de la idea de que la familia es un espacio donde se produce una simbiosis entre el desarrollo físico, psicoemocional, interpersonal y el entorno social. Esto obliga a que las intervenciones de enfermería sean intrínsecamente un proceso integral con una visión y un abordaje holístico.¹¹

La aparición de un proceso patológico de alguno de los miembros de la familia obliga a reajustar dentro del sistema. Esta adaptación al cambio, puede producir un nivel de responsabilidad que limite la facultad y la independencia de sus miembros consecuentemente, la actividad de la familia, se centre en la enfermedad.¹²

Por su parte, las investigadoras afirman que la familia, es la célula fundamental de la sociedad, que no es reemplazable para la maduración y existencia de la persona, está compuesta por dos o más personas en donde interactúan de forma que permite el logro de los objetivos comunes. Es aquí donde es valorada por sí misma, no por lo que puede dar, es decir si hay una persona que sufre de alguna enfermedad, la familia debe quererlo y aceptar su condición, ya que esa condición es fuente de unión y comunión de toda la familia, como también debe contribuir en el cuidado de este, recibiendo las instrucciones y la debida comunicación por parte del equipo de salud en especial de la enfermera para ayudar en la evolución de la persona.

En esta investigación, se considera la participación de la familia en el cuidado al neonato hospitalizado en una UCIN, por lo que el familiar se convierte en familiar cuidador. Se denomina familiar cuidador a la persona, que realiza una tarea necesaria para el paciente hospitalizado, en este caso estarán constituidos por la madre, el padre y los abuelos del neonato. Lo que es evidente es que por un tiempo habrá que reorganizar la vida familiar para adaptarse a la nueva situación.¹² A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales del familiar cuidador.

Consideramos como cuidador/a familiar hospitalario, aquella persona que, unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad acompañamiento y de atender a las necesidades de su familiar hospitalizado. Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario junto al paciente, en esta situación el neonato.¹³

Al respecto Espina,¹² explica que los familiares cuidadores parecen comprender a la perfección el lenguaje analógico o no verbal, tanto del enfermero como de cuantos como él se relaciona; así, están atentos a las necesidades hasta el punto de adelantarse a las peticiones de ayuda y ofrecer soluciones viables. Establecen una relación empática con el enfermo y les transmiten esperanza y un buen humor.

Al respecto, las investigadoras afirman que el familiar cuidador es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad. En este sentido, para la presente investigación se considerará a familiar cuidador como aquel que participa en los cuidados de enfermería al neonato hospitalizado en UCIN.

En el primer contacto que establece la enfermera con el familiar cuidador es fundamental que ambos se conozcan, que se llamen por su nombre, que la enfermera pregunte el grado de parentesco del familiar y que entablen una comunicación fluida. Para los familiares el hospital es un lugar ajeno a su cotidiano, en donde tal vez sea la primera vez que están realizando el papel de familiar cuidador y acompañante.¹¹

Si bien el nacimiento de un hijo o hija representa un importante cambio en distintos aspectos de la vida de la mujer y de su pareja. Supone un reto que puede generar distintos estados emocionales, sentimientos y percepciones según la experiencia, las habilidades y la forma de ser de la persona para afrontar las situaciones nuevas. Está comprobado que, en general, el embarazo y el nacimiento de un bebé generan muchos miedos, dudas e inseguridades que hay que tratar para procurar el bienestar de la madre, de su pareja y del recién nacido.^{15, 16}

Este tiene que vivir en un nuevo ambiente al que se va adaptando a través de un proceso en el que experimenta cambios y estabiliza funciones importantes para el futuro. Toesch lo define como todo neonato sano, sin enfermedad posible ni probable y con una edad inferior a 28 – 30 días. El cambio más importante que debe soportar él bebe es la transición de la circulación placentaria a la respiración independiente. El proceso de pasar de la vida extrauterina es un ajuste fisiológico completo, que hace que las primeras 24 horas sean críticas, ya que pueden aparecer complicaciones, como dificultad respiratoria, circulatoria e hipotermia. Este periodo es donde se da la mayor morbimortalidad de todas las etapas de la edad infantil.¹⁷

Para las autoras el recién nacido está en una etapa en la cual requiere como objetivo supervisar que el proceso de adaptación de este se realice en forma normal comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. La supervisión del proceso de adaptación implica detección de alteraciones que se salen de lo normal. Estas deben ser evaluadas para precisar si son

expresión de una patología o una variación del proceso normal. Para esto se requiere una cuidadosa observación de la alteración y de las condiciones clínicas que presenta el recién nacido.¹⁵

La Norma Técnica de Salud para la Atención Neonatal¹⁸, establece que los criterios de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales son los siguientes:

- Pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Síndrome de Dificultad Respiratoria aguda con requerimientos de oxigenoterapia con $FiO_2 < 0,35$ y/o SDR leve. - RN que requiere vigilancia cardiorrespiratoria y/o monitorización de saturación de oxígeno. - RN que requiere administración parenteral de medicamentos y/o fleboclisis. - RN que requiere gastroclisis o alimentación enteral por bomba y/o nutrición parenteral. - RN con problemas metabólicos e hidroelectrolíticos. - RN prematuro estabilizado en crecimiento. - RN con requerimiento de fototerapia y/o incubadora. - RN potencialmente crítico o con una condición que amenace su estabilidad o bienestar. - RN que requiere cuidados especiales de enfermería. - Recién nacidos con malformaciones congénitas que requieren monitorización y/o cuidados especiales de enfermería.

Además, la norma mencionada indica que los profesionales responsables de la atención neonatal deben: Registrar los datos del recién nacido/a. Al ingreso a los ambientes de hospitalización neonatal. Realizar la evaluación clínica y estabilización inicial. Monitorizar al neonato hospitalizado, según condición clínica. Realizar la evaluación médica permanente del neonato hospitalizado. La frecuencia de las

evaluaciones médicas del neonato hospitalizado dependerá de la condición clínica y severidad del compromiso del paciente; pudiendo requerir en los casos más severos de evaluación médica permanente para monitorizar la evolución y respuesta a las intervenciones realizadas y decidir cambios en las indicaciones terapéuticas. Brindar cuidados integrales al neonato hospitalizado, a través de la evaluación y monitoreo del neonato, a cargo de los profesionales de enfermería con el apoyo del personal técnico de enfermería. Se busca integrar a la familia para su participación activa en la atención del neonato hospitalizado.

Asimismo, brindar cuidados integrales al neonato hospitalizado, a través de la evaluación y monitoreo del neonato, a cargo de los profesionales de enfermería con el apoyo del personal técnico de enfermería. Se busca integrar a la familia para su participación activa en la atención del neonato hospitalizado. Promover y proteger el inicio precoz de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva. Informar en forma oportuna, completa y veraz a la familia. Sobre la condición del neonato: diagnósticos actualizados, necesidad de tratamientos indicados y pautas sobre el pronóstico a mediano y largo plazo; así como la importancia de la lactancia materna y necesidad de apoyo familiar al neonato durante su hospitalización; así como la integración de la familia en la atención neonatal, etc. Y orientar y/o realizar los trámites de inscripción al sistema de aseguramiento que corresponda. Completar los formatos de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento (SIS u otro si corresponde) ¹⁸.

Finalmente, la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios, define la unidad de cuidados intermedios como una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de estabilidad, pero que su estado aun reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las unidades de hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en cuidados intensivos¹⁹.

CAPÍTULO III

III. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo de investigación.

La presente investigación es de tipo cualitativa, porque tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno es decir permite abordar aquellos aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana en su totalidad y dentro del contexto de quienes lo viven.^{20, 21, 22}

Por lo tanto, esta investigación cualitativa permitió describir, analizar y comprender los acontecimientos, hechos y fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería al neonato en UCIN con la participación del familiar, lográndose interactuar con las enfermeras y los familiares del neonato hospitalizado en UCIN.

3.2 Abordaje Metodológico: Estudio de Caso.

El tipo de abordaje metodológico que se utilizó en esta investigación, fue el estudio de caso.²³ Este enfoque permitió a las investigadoras realizar un proceso de indagación sistemático, profundo y a detalle del cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital del estado, acercándonos a la realidad de los sujetos de investigación, con el fin de una eficiente obtención de datos para la investigación.

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta las fases propuestas por Nisbet e Walt citado por Ludke²⁴.

Fase exploratoria o abierta: el presente estudio de caso partió de algunos interrogantes que las investigadoras se plantearon a partir de la realidad observada durante el ejercicio profesional, quienes se trazaron preguntas con respecto al cuidado de enfermería al neonato con participación del familiar, estas preguntas se examinaron en base a literatura; luego se entrevistó a algunas enfermeras y familiares cuidadores de dichas áreas, lo que conllevó a tener mayor información con respecto a la problemática, que permitió investigar sobre el objeto de estudio.

Fase sistemática o de delimitación del estudio: Después de haber identificado todo el contexto del problema, las investigadoras recolectaron los datos en forma sistemática, utilizando una entrevista semi-estructurada a profundidad, haciendo uso de una grabadora digital, en la que se recolectó la información con exactitud, estuvieron dirigidas a los sujetos de estudio hasta lograr la saturación de datos.

El análisis sistemático y la elaboración del informe: En esta fase se llevó a cabo el análisis del contenido y transcripción de los relatos brindados por los familiares cuidadores y las enfermeras, se identificaron y clasificaron los temas, lo cual permitió elaborar un informe en forma narrativa.

Los principios del abordaje metodológico en el que se basó esta investigación fueron los siguientes²⁵:

La “interpretación en el contexto”, conllevó a las investigadoras, a una comprensión integral del contexto, y con el fin de lograr este principio, se realizó una detallada descripción del escenario en el que se desarrolló el estudio, así como una caracterización de los sujetos con el fin de comprender aspectos generales del problema en su contexto natural.

Además, se buscó “retratar la realidad en forma compleja y profunda”, las investigadoras identificaron el problema de una manera holística, además se resaltó la complejidad de las situaciones, así como la interrelación de los componentes del objeto de estudio. Las investigadoras retrataron la profundidad de la realidad, la esencia de la verdad acerca del cuidado de enfermería al neonato con la participación del familiar.

También “se revelaron experiencias secundarias, pero importantes y permiten generalizaciones naturales”. Para cumplir con este principio, las investigadoras plasmaron la realidad existente de los sujetos de estudio en el escenario planteado, lo que permite a otros lectores reconocer o trasladar dicha realidad a otro contexto parecido en el que se desarrolló esta investigación y realizar la generalización naturalística.

Por último, los relatos del estudio de caso “utilizaron un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación” para ello, las investigadoras realizaron un relato narrativo con un lenguaje sencillo y

comprensible, que permitirá la accesibilidad a las diferentes personas interesadas en el tema de investigación.

Las investigadoras intentaron relacionar los datos encontrados con la literatura consultada y antecedentes de la investigación, a través de datos, que son fruto de lo manifestado en las entrevistas por los sujetos de investigación sobre cuidado de enfermería al neonato con la participación del familiar, a fin de comprender el fenómeno en estudio.

3.3 Escenario de Estudio:

El escenario es el servicio de UCIN del hospital en estudio, el que es el establecimiento de salud de mayor complejidad (Nivel III-1) y de referencia nacional del sistema de salud policial, hospital docente que brinda atención de salud especializada e integral, con calidad, calidez, equidad y eficiencia, con un recurso humano calificado y acorde con el desarrollo tecnológico y científico; contribuyendo de esta manera a satisfacer las necesidades de salud y mejorar la calidad de vida de su población usuaria.

El Policial., está ubicado en el distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima.

Asimismo, está categorizado como hospital Nivel III-1, que, de acuerdo a la NTS N° 0021-MINSA/DGSP V.03 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” aprobada mediante R.M. N° 546-2011/MINSA del 13JUL2011, es

responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la prevención, sanación, recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad.

La procedencia mayoritaria de la demanda hospitalaria son los distritos que tiene Lima Metropolitana, los cuales se extienden por el norte con la provincia de Chancay, por el sur con Pucusana, por el este con la comunidad Campesina de Jicamarca y Huarochirí, por el oeste con el Océano Pacífico. Respecto al nivel educativo de los familiares con derecho (padres, esposa e hijos), no se dispone de dicha información.

El personal titular PNP, conformado por personal en situación de actividad y de retiro, constituye aproximadamente el 40% de la población demandante. Las remuneraciones de este grupo varían de S/ 2 000 a 6 000 nuevos soles (total bruto), según el grado que ostenten.

3.4 Sujetos de estudio:

Los sujetos investigación, estuvieron conformados por 11 enfermeras, que corresponden al total de enfermeros que laboran en la UCIN del hospital mencionado. Además, se entrevistaron a 5 familiares (entre madres y padres) de los neonatos hospitalizados en la UCIN del mencionado hospital. Para contar con una muestra homogénea, las enfermeras y los familiares debieron cumplir los siguientes criterios de selección:

Para las enfermeras:

- Enfermeras de UCIN con un tiempo de experiencia laboral no menor a un año en el servicio.
- Enfermeras de UCIN que desearon participar de forma voluntaria en el estudio.

Para los familiares del neonato

- Padres, madres, tíos o abuelos de los neonatos con un tiempo mínimo de 5 días de hospitalización de la UCIN mayores de 18 años.
- Padres, madres, tíos o abuelos de los neonatos con edades entre los 18 a 75 años.
- Padres, madres, tíos o abuelos de los neonatos que desearon participar de forma voluntaria en el estudio.

Se excluyó del estudio, a los familiares que no entienden ni hablan el idioma español. También a aquellos familiares con problemas psiquiátricos, como:

esquizofrenia y depresión, referido por el jefe de la familia; así mismo, a los adultos mayores, que, por las características propias de su edad, no aportarían al estudio, y a los familiares que participaron en la prueba piloto.

El tamaño de la muestra se determinó por los criterios de saturación y redundancia, y la muestra fue elegida, por conveniencia.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada, ²⁶ lo que permitió a las investigadoras tener amplia libertad para realizar las preguntas y sus intervenciones, para ello se utilizó como instrumento una guía de entrevista (Anexo N°01 y 02) elaborada por las investigadoras, la cual tiene 2 preguntas abiertas.

La entrevista se diseñó de acuerdo al objeto de estudio y se ejecutó de manera personalizada a los sujetos de investigación, explicándoles su desarrollo en forma breve y sencilla, previa firma del consentimiento informado (Anexo 03). Se realizó en un ambiente privado del hospital, en el horario de 10 am a 5 pm, en los días de lunes a sábados, el tiempo promedio fue de 20 minutos, con un tiempo mínimo de 15 minutos y máximo de 30 minutos.

Cada unidad de análisis fue protegida con códigos, cada sujeto de estudio que participó, fue identificado con un pseudónimo: E001, E002...E0011 para el caso de las enfermeras; M001, M002...M005 y P001, P002...P005 siendo P de padre

y M de madre, para el caso de los familiares y así proteger la identidad de las personas. Se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida por cada persona, de manera que se le comunicó al sujeto de estudio que los datos obtenidos permanecerán con las investigadoras, aproximadamente 3 años, para luego proceder a eliminarlas.

La guía de entrevista fue validada²⁷ mediante prueba piloto. Esta se realizó en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, institución que tiene similares características del contexto; en él se comprobó la comprensión de las preguntas planteadas en el instrumento, con un número aproximado de 6 sujetos (3 enfermeras y 3 familiares) los mismos que no formaron parte del estudio de investigación; así como, se constató que las respuestas de los mismos, respondieron al objeto de estudio, por lo tanto no fue necesario replantear el instrumento y, por consiguiente, generamos confiabilidad completa del instrumento a utilizar.

3.6. Análisis de datos

Este se realizó mediante el análisis de contenido,^{28,29} lo que permitió sintetizar y comparar la información mediante la lectura y relectura de los discursos para identificar, analizar y discutir la información recolectada y a la vez dar respuesta a las interrogantes planteadas en la formulación del problema de estudio. Además, ayudó a cuantificar los mensajes o contenidos en categorías y sub categorías, permitiéndonos comprender el objeto de estudio.

En tal sentido se tuvieron en cuenta las siguientes etapas:

1) Pre análisis: En esta etapa, se organizó el material a analizar, en la que se diseñaron y definieron los ejes del plan, lo cual permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. Se tuvieron en cuenta, los objetivos de la investigación, selección de muestra, que estuvo conformada por las enfermeras que laboran en UCIN y familiares del neonato, además se realizó una revisión de la literatura con la finalidad de seleccionar información o datos más importantes. En ese sentido, aquí se realizó una lectura superficial de los relatos vertidos las entrevistas, por las enfermeras y familiares (unidad de análisis), organizándolos por códigos: E001, E002...E0011 para el caso de las enfermeras; M001, M002...M005 y P001, P002...P005 siendo P de padre y M de madre, para el caso de los familiares. Luego se seleccionó los datos más relevantes y relacionados con el objeto de estudio, logrando dar una idea general de los resultados.

2) Codificación: después de la lectura y relectura de los relatos, se clasificaron los datos, según ideas que fueron sobresaliendo, asignándoles un código (001, 002, 003...037); además se realizó el cambio del material original, es decir del lenguaje "Emic" al lenguaje "Etic", obteniéndose así 38 unidades de significado, que reflejan los cuidados de enfermería a los neonatos con participación de los familiares.

3) Categorización: en esta etapa las investigadoras agruparon las unidades de significado, por similitud en cuanto a su significado, estableciendo así, las categorías empíricas, que luego fueron contrastadas con la literatura, los antecedentes y con el punto de vista de las investigadoras, llegando a establecer 5 categorías de estudio, con sus respectivas unidades de significado, los cuales se colocaron algunos discursos que fueron los más resaltantes, ya que existió similitud en los discursos.

Además, para asegurar una mayor validez de los resultados, se realizó la triangulación de informantes,²⁹ por que se entrevistaron a diferentes sujetos (enfermera, padre y madre) en cada entrevista, lo cual permitió obtener una visión más completa y profunda del objeto de estudio.

3.7. Criterios éticos:

En esta investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos.³⁰

El respeto a las personas o autonomía: La aplicación de este principio permitió lograr que las enfermeras y los familiares acepten de manera voluntaria participar en el estudio propuesto; en todo momento a cada uno de los sujetos de estudio se les consideró como un ser personal, formado en valores y principios, cuidando que no sean dañados en ninguna circunstancia y para ello se les presentó la hoja informativa con un lenguaje claro y sencillo. Una vez cumplido los aspectos anteriores y reafirmando el respeto a los derechos que a ellos les

asiste, se les hizo firmar el consentimiento informado, orientada a comprometer así su participación plena en esta investigación.

Otro principio es de confidencialidad, este principio significa que los datos consignados en las entrevistas estuvieron plenamente protegidos. Para ello se utilizó códigos para cada sujeto de estudio (unidad de análisis) como: E001, E002...E0011 para el caso de las enfermeras; M001, M002...M005 y P001, P002...P005 siendo P de padre y M de madre, para el caso de los familiares y así consecutivamente hasta completar la muestra, para proteger la identidad de los sujetos de estudio.

Finalmente, se tuvo en cuenta el consentimiento informado, donde los sujetos de estudio conocieron detalladamente la naturaleza de la investigación, los procedimientos que se utilizaron para obtener la información, los derechos de los cuales gozaron, los riesgos, los beneficios, los costos e incentivos y criterios de confidencialidad; todo ello con un lenguaje claro y sencillo, de tal forma que permitió adoptar decisiones informadas; dirigidos a la firma del consentimiento informado.

3.8. Criterios de rigor científico

Durante toda la indagación cualitativa se pretendió realizar un trabajo de calidad que cumpla con el rigor de la metodología de la investigación. Los criterios que comúnmente se consideran para garantizar la calidad científica de un estudio cualitativo son: la credibilidad, la confirmabilidad y transferibilidad.²⁷

En la siguiente investigación se utilizaron los siguientes criterios de rigor científico:

- **La credibilidad:** Este criterio se resaltó, porque la información estuvo fundamentada con base científica, además la información que se recolectó de los sujetos de estudio fue captada de la mejor manera mediante un grabador de voz, para garantizar la fidelidad de los discursos. Asimismo, se realizó la revisión minuciosa de las transcripciones de las entrevistas y se ejecutó el chequeo de los participantes, que consistió en presentar las transcripciones de las entrevistas a los sujetos para que tengan la oportunidad de agregar, modificar o quitar datos según crean conveniente sobre el objeto de estudio y así, las investigadoras tuvieron oportunidad de preguntar a profundidad algunos aspectos poco abordados. La credibilidad se aplicó también con la disminución de los sesgos de la investigación, evitando que las creencias y opiniones de las investigadoras afecten la claridad de las interpretaciones de los datos.

Finalmente, se realizó la triangulación de sujetos, esto permitió reunir la información y hacer un cruce dialéctico de las diferentes percepciones sobre los cuidados de enfermería a los neonatos con participación de los familiares y así se obtuvo una visión profunda del objeto de estudio.

- **La confirmabilidad:** para cumplir con este principio se realizó el chequeo de participantes, además un registro detallado los pasos que las investigadoras siguieron en relación con el estudio, esto facilitará que los resultados de la

presente investigación posiblemente sean utilizados como referencias científicas en otras investigaciones de esta naturaleza.

- **La transferibilidad:** para dar cumplimiento a este criterio las investigadoras describieron claramente el escenario donde se realizó el estudio y las características de los sujetos de investigación, de tal modo que permita al lector establecer comparaciones y transferencias de los hallazgos a un contexto diferente al de la esta investigación.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS INFORMANTES Y DEL ESCENARIO

Las familias que participaron en el estudio, se caracterizaron: el 80 % de los informantes son madres del neonato y el 20 % son padres del neonato; lo que significa que la participación en el cuidado sigue teniendo como protagonista a la madre; según la edad, el 20% tienen edades menores a 30 años, y el 80 % tiene edades entre 30 y 40 años; según el estado civil: todos son casados; en cuanto al grado de instrucción, el 100% tiene grado de instrucción superior; en la ocupación un 60% son policías y un 40 % son amas de casa; por otro lado, el 40% tienen dependencia económica del esposo policía; con respecto al diagnóstico del neonato el 25 % tiene prematuridad de 32 semanas, pequeño para la edad gestacional, el 25 % Estenosis Duodeno-Ileal + Post operados de Resección Ileal + Anemia Moderada + Sepsis Severa, el 25 % Síndrome dismórfico: Microtia bilateral – Fisura palatina + Microsomía hemifacial+ Síndrome de Goldenhar y el 25% tiene Cardiopatía congénita; finalmente en relación al ámbito de residencia todos viven en zona urbana.

Las enfermeras que participaron en el estudio, se caracterizaron: el 82 % son de sexo femenino y el 18 % son de sexo masculino; según la edad, el 27 % tienen edades entre 30 y 40 años de edad y el 64 % tienen edades entre 40 y 50 años de edad y 9% menos de 30 años; según el estado civil, el 18 % es divorciado, el 18 % es soltero y el 64 % son casados; por otro lado según los años de trabajo, el 18 %

tiene menos de 10 años de experiencia laboral, el 46 % entre 10 y 20 años y el 36 % entre 20 y 25 años. Finalmente es importante resaltar que solo el 36 % tienen el título de especialista en Cuidado Enfermero en Neonatología, el 9 % el título de especialista en Cuidados Intensivos Neonatales y ninguna tiene estudios de maestría en ciencias de enfermería.

4.2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS:

En esta investigación se buscó caracterizar y comprender el cuidado enfermero con la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital policial; para ello, luego de realizar el análisis de los datos, se obtuvo como resultados finales, 5 categorías, las cuales se detallan a continuación:

CATEGORÍA I: LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL NEONATO

La participación en la satisfacción de la alimentación del recién nacido.

La participación en el cuidado de las eliminaciones del recién nacido.

CATEGORÍA II. EDUCANDO

SOBRE CUIDADOS ESPECIALES DEL NEONATO

Educando sobre la alimentación por sonda orofaríngea.

Educando sobre la administración de medicamentos.

CATEGORÍA III. PROMOVRIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO EN EL NEONATO

Fomentando el apego mediante la modalidad canguro con el padre y madre.

Fomentando el afecto de la madre y del padre con el neonato.

CATEGORÍA IV. EMERGEN LA RELACIÓN DE AYUDA Y LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL NEONATO

Emerge la confianza en la relación de ayuda de la enfermera hacia la madre del neonato.

Emerge la comunicación en la relación de ayuda de la enfermera hacia la madre del neonato.

CATEGORÍA V. EMERGE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL LOGRANDO LA RECUPERACIÓN DEL NEONATO CON LA PARTICIPACIÓN DE LA MADRE.

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

CATEGORÍA I: LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL NEONATO

La importancia de la participación materna y de los padres en el cuidado del neonato hospitalizado en UCIN es apuntada por todos los entrevistados y está en

consonancia con los estudios desarrollados^{31, 32} y con las recomendaciones para su implantación en las unidades neonatales, desde el cuidado intensivo hasta el alta hospitalaria^{33, 34}.

Los beneficios de la participación materna y de los padres son ampliamente reconocidos, siendo apuntada la ganancia ponderal del niño, la reducción del tiempo de internación³¹, en las conductas comportamentales y cognitivas del bebé y el modelaje de la arquitectura del cerebro³² bien como benéfica para el tratamiento y recuperación del niño hospitalizado³⁵.

También, los resultados de estudios controlados demostraron esos efectos clínicos, tales como la reducción de la dependencia del ventilador, mejoría de la ganancia ponderal, inicio de la succión no nutritiva más tempranamente, auto regulación, mejoría neurocomportamental, reducción del tiempo de hospitalización y de costos del cuidado³⁶.

En general los estudios sobre la inserción de la familia en la asistencia al neonato hospitalizado están centrados en la participación materna, hechos comprensibles, pues históricamente la mujer ha asumido el papel social de responsable por el cuidado de la familia. En un estudio sobre la vivencia paterna en unidad de terapia intensiva pediátrica, aprehendieron que el padre, al participar del cuidado del hijo hospitalizado con cardiopatías congénitas, vivía esa experiencia percibiéndose como tomador de decisión, en el papel de apoyador de la esposa e hijo e intentando conciliar esa vivencia con su cotidiano en el trabajo.

Esos significados reflejaban el papel del hombre en la sociedad, como el de detentor del poder y proveedor de la familia³⁴.

Los profesionales de salud deben ofrecer soporte consistente y patrones de calidad de la asistencia, basado en respeto, responsabilidad y en las necesidades de la familia³⁶. En ese sentido con relación al cuidado de enfermería a los neonatos con participación de los familiares, los entrevistados afirman que la participación de las madres / padres en la unidad neonatal, favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo, constatamos que está de acuerdo con aquellos atribuidos por los enfermeros envueltos en el cuidado del niño hospitalizado, entrevistados en algunos estudios^{33, 37}.

De similar manera, en un estudio cuantitativo con enfermeras de algunos hospitales y maternidades del municipio de São Paulo, se verificó que todas las entrevistadas relataron que es importante la participación de la madre en la asistencia al recién nacido pretérmino, apuntando que la madre provee de estímulos primordiales para la evolución benéfica y rápida del hijo, que presenta mayor ganancia ponderal y se recupera más rápidamente, coadyuvando en el desarrollo físico, mental y afectivo del niño. La separación del binomio madre- hijo fue citada como factor que afecta el crecimiento físico y mental del niño. Las enfermeras apuntaron como ventaja la ganancia ponderal y la posibilidad de reducir el tiempo de internación³³.

Tal aspecto también es constatado en la investigación cualitativa que analiza el significado para enfermería de la extensión de la participación de las madres en el cuidado, en una unidad pediátrica con sistema de alojamiento conjunto, en un hospital público de Cascavel, Paraná. Los entrevistados enfatizaron que esa participación trae muchos beneficios, dentro de ellos la recuperación más rápida del niño³⁷.

La participación de las madres, según las entrevistadas, está en el cuidado dirigido a satisfacer las necesidades básicas del recién nacido, entre ellas, la satisfacción de la alimentación, mediante la lactancia materna, dando lugar a la primera subcategoría, la misma que se detalla a continuación.

La participación en la satisfacción de la alimentación

Alimentar a un recién nacido es una tarea satisfactoria para las madres, es un proceso que permite reforzar la relación de confianza entre el hijo y su madre y que es de vital importancia para el desarrollo emocional del recién nacido ya que el contacto piel con piel, la voz, la mirada de su madre y su compañía brinda seguridad, placer y tranquilidad al recién nacido.

Las enfermeras entrevistadas afirman que la participación de la madre está en el cuidado para satisfacer las necesidades básicas, principalmente, en la alimentación del recién nacido a través de lactancia materna. Tal como se evidencia en los discursos de las enfermeras:

“...la participación de la mamá es ayudarnos con la alimentación, que es la lactancia, que siga participando en eso, está viendo si le falta ropita, si la ropa está limpia o está sucia...” (E004)

“...Si está la mamá y puede dar de lactar al bebito, se le hace pasar a la mamá se le explica cómo darle la leche materna, cuál es la técnica correcta de la lactancia y se le hace que participe también de los cuidados para que haya todavía ese afecto de madre- hijo... Si está a veces el papá y también tiene interés en verlo, se le hace pasar un ratito para que también interactúe con el recién nacido...” (E005)

“Si existe la posibilidad de que ellas le puedan dar su leche o la toma, que le den su pecho, si es que pueden recibirlo y si no, enseñarles a que le puedan dar la fórmula, si es que ellos están con la alimentación artificial...” (E010)

Para muchos padres que se inician en el proceso de la maternidad/paternidad, alimentar a su recién nacido genera la duda sobre si realmente están haciendo de manera correcta la alimentación, dado que para ellos es difícil poder percibir si esta necesidad ha sido satisfactoria o cubierta para el bebé.

Por lo tanto, es importante guiarlos acerca de algunos aspectos a observar y cómo actuar en consecuencia, para poder resolver adecuadamente las cuestiones alimentarias y fortalecer su autoestima en relación a la posibilidad de cubrir esta necesidad básica de su hijo. Las enfermeras de UCIN, logran guiarlos, y se evidencia en el siguiente:

“...a la mamá se le tuvo que enseñar cómo darle de lactar, educación sanitaria, cómo coger el biberón y la desinfección del mismo, como debería ser el lavado de manos, y sobre todo pues la educación continua...” (E001)

Los discursos de las enfermeras son corroborados por los de las madres, al expresar su participación en las actividades dirigidas a cuidar en la satisfacción de las necesidades de alimentación del recién nacido, que se evidencia en el siguiente discurso:

“...yo he participado dándole de lactar cada cierta hora, con el cambio de pañales, el procedimiento adecuado para lavarse las manos de menos de quince minutos para lavarse, también poder tener contacto con el mandil quirúrgico y si estoy agripada en este ejemplo ponerme mi mascarilla...” (M002)

Cabe destacar que el significado del cuidar parece diferir entre los actores sociales involucrados en ese proceso. En las entrevistas realizadas a las madres de prematuros durante la internación en la UCIN, se percibió que el concepto de "cuidar" de las madres es diferente del expresado por los profesionales. Para las madres, cuidar está relacionado al sentimiento de afecto, mientras que los profesionales relacionan el cuidado a la ejecución de procedimientos técnicos, a la atención de las necesidades fisiológicas del niño y a la orientación de la familia.

“...la madre viene a verla, tratamos de educarla, tratamos de incentivarla a que permanezca más tiempo con nosotras para poder enseñarle estos cuidados...” (E006)

“Con los papás básicamente el contacto, es educarlos y animarlos a que pierdan el miedo y el temor; que su bebé esté hospitalizado eso no quiere decir que necesariamente va a estar sólo bajo nuestro cuidado, sino que el cuidado es compartido y se necesita mucho involucrar a los papás para ayudar a brindar un mejor cuidado.” (E005)

Aunque la participación de los padres dentro de la UCIN sea limitada en función de la condición clínica inestable del bebé, lo que muchas veces imposibilita la manipulación de éste, se percibe la iniciativa de algunos profesionales en propiciar a la madre oportunidades de participar del cuidado al hijo. Esta participación no está solo en la lactancia materna, se presenta también en el cuidado de las eliminaciones del recién nacido, dando lugar a la siguiente subcategoría.

La participación en el cuidado de las eliminaciones del recién nacido.

La eliminación de meconio (coloración verde oscuro) del recién nacido en condiciones normales inicia luego del nacimiento, dentro de las primeras 24 – 36 h y permanece hasta que se elimina totalmente y comienzan las deposiciones de transición (coloración verde claro) coincidentemente con el principio de la bajada de la leche materna y los cambios en el sistema digestivo que esto provoca en el recién nacido.

Las enfermeras entrevistadas manifestaron que facilitan la participación de las madres en el cuidado de las eliminaciones, les motivan a participar en el cambio

de pañal, como una manera de fomentar el vínculo afectivo y el apego entre madre e hijo, como demuestran los testimonios a seguir:

“En cuanto ingresan las mamás, les hago participar en que le cambie supañal, porque a veces las mamitas ni siquiera saben cambiar el pañal...” (E010)

“...se trata de que la madre participe, en cuanto al cambio de pañal, el apego de la madre con el niño...” (E008)

“...a la mamá se le tuvo que enseñar la forma de cambiar el pañal, y, sobre todo, la educación continua...” (E001)

“...netamente es para la lactancia materna y el cambio del pañal del que se encarga la mamá, porque la atención acá es limitada con la familia, mayormente todo lo hacemos nosotras”. (E001)

Los discursos de las enfermeras se corroboran con lo expresado por las madres, en relación a su participación en el cuidado de la eliminación del recién nacido, lo que se evidencia en el siguiente discurso:

“...le cambio los pañales, le cambio la ropa, le cambio la ropa, también le doy el biberón cuando tengo que darle, le acomodo también el oxígeno, todo eso...” (M003)

Pero la participación no es solo de la madre, en los discursos de los entrevistados encontramos que también existe participación de otros familiares

como el padre o la abuela, haciendo el papel de la madre, en aquellas situaciones en que hay ausencia de la madre por enfermedad o muerte. Así lo muestran los siguientes discursos:

“...entraba la abuelita y ella era la que hacía el papel de la mamá, quien murió en sala de operaciones por una preclamsia severa... la abuela era bien colaboradora, apoyaba bastante, venía al hospital todos los días; el papá cuando no trabajaba venía, hasta que las gemelas salieron de alta y el papá se las llevó...”
(E002)

“...hemos tenido hace poco un bebé que no estaba la mamá ni estaba el papá, en este caso hemos tenido que hacer participar a la abuelita, que era el familiar que venía, lo hemos hecho pasar, lo hemos hecho cargar, no lo hemos podido hacer lactar porque es la abuelita, pero sí cargar para que haya ese afecto hacia el pequeño...” (E004)

Estos discursos se corroboran con los expresados por algunos padres, como los siguientes:

“...bueno lo único que si realicé es el cambio de pañal, nada más el primer día...” (P001)

“...yo he participado dándole de lactar cada cierta hora, con el cambio de pañales, el procedimiento adecuado para lavarse las manos de manos o menos de

quince minutos para lavarse, también poder tener contacto con el mandil quirúrgico y si estoy agripada, ponerme mi mascarilla...” (M002)

La participación de las madres en los cuidados de higiene y confort del bebé se muestra como una estrategia capaz de minimizar miedos y angustias vivenciados por ellas durante el período de internación del hijo, disminuyendo el sufrimiento y contribuyendo a su fortalecimiento, en lo que se refiere al ejercicio de su papel materno. Esta participación refuerza la comprensión de la madre que también está contribuyendo al restablecimiento de la salud del bebé.

“Resolver todas las dudas que tenga, se conversa con la madre y si tuviera otros hijitos se conversa también sobre eso porque las mamás vienen estresadas preocupadas por sus otros bebés que tienen en casa...” (E004)

“Pero no es solamente eso, sino permanecer con ella, enseñándole los cuidados básicos como: cambiarle el pañal, que su bebé sienta el calor de su mamá, que su mamá y su papá están ahí; que pueda percibirlo, así como lo percibió intraútero creo que también ayudaría en algo su bebé...” (E006)

En conclusión podemos decir que los entrevistados, tanto enfermeros como padres/madres de familia identifican la importancia de su presencia en la UCIN por que evidencian efectos muy positivos no solo en el mejoramiento de su bebé, sino también en los padres generando un ambiente de confianza entre padres/madres con el profesional de enfermería que propicia oportunidades de

educación sanitaria y el promover vínculos afectivos entre los padres/madres e hijos, dando nacimiento a la siguiente categoría.

CATEGORÍA II. EDUCANDO SOBRE CUIDADOS ESPECIALES DEL NEONATO

En las unidades de cuidados intermedios de nuestros hospitales, los tiempos de permanencia de los padres en contacto con sus hijos son tan cortos que pueden generar en ellos sentimientos de incompetencia para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de sus recién nacidos. Todo esto como resultado de las características ambientales de la UCIN, la apariencia del recién nacido, las políticas de visita de estas unidades y al desconocimiento sobre el manejo adecuado de sus hijos en ese momento.

Por otro lado, es una experiencia desgastante y desafiante el hecho de tener un nacimiento de un recién nacido de riesgo, considerando que el nacimiento de un niño por naturaleza genera grandes cambios en la familia. En este momento, los padres de los bebés pasan por una experiencia difícil y única, cabiéndole a la enfermera hacerlos participar del cuidado, apoyándolos y compartiendo sus dudas, miedos e inseguridades y, consecuentemente, generando la afectividad y seguridad.

Esta seguridad y afectividad, la enfermera lo logra mediante la enseñanza de los procedimientos nuevos y algo complicados, pero necesarios, que deben aprender los padres. De allí que, las enfermeras entrevistadas en la UTIN, afirman haber

enseñado a las madres y padres algunos de estos procedimientos, haciéndolos participar del cuidado, apoyándolos y compartiendo sus dudas, en la enseñanza de la alimentación por sonda nasogástrica y de la administración de medicamentos, que dan lugar a dos subcategorías que se detallan a continuación.

Educando sobre la alimentación por sonda orogástrica.

En las etapas iniciales de la vida, la alimentación por vía enteral conlleva una serie de procesos que involucran al recién nacido y al cuidador primario que provee el alimento: la madre. En situaciones especiales, los neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) no están en condiciones clínicas de alimentarse por succión y surge la necesidad de modificar los procesos naturales, incorporando otras alternativas de nutrición e involucrar a otros actores: los enfermeros.

“...la madre viene a verla, tratamos de educarla, tratamos de incentivarla a que permanezca más tiempo con nosotras para poder enseñarle estos cuidados de alimentación por sonda...” (E006)

“...la madre me preguntaba si estaba tomando su lechecita por su sonda, cómo estaba, qué habían dicho los médicos... que sí estaba tomando su leche. Me había traído su medicamento y me había dicho: Si ya estaba mejorando con lo que se le estaba dando; me preguntaba si cuando se va a su casa se va ir con la sondita y quería ver cómo le dábamos de tomar su leche y eso yo creo que es importante...” (E004)

Los discursos de las enfermeras son corroborados con los referidos por la madre en el siguiente discurso:

“...me enseñaron como darle leche por la sonda, de estimularle la succión para que tome su leche con el biberón, de allí el cambiado de ropita, de su pañalito...”

(M005)

Los discursos vertidos por las enfermeras y corroborado por la madre de familia, evidencian la dedicación que tienen las enfermeras para invertir tiempo en enseñarles a darle su alimentación por sonda orofaríngea, a estimularle la succión, frente a la posibilidad que el recién nacido tenga que ir con la sonda orofaríngea a su hogar, después del alta hospitalaria. Por lo que la madre tendría que continuar con la alimentación enteral en su hogar.

Este es un método de alimentación empleado cuando la succión no es posible, ya sea por problemas de estructura y función del sistema digestivo. Consta en introducir el alimento a través de una sonda gástrica que llegue al estómago, salteando la porción inicial del tracto digestivo. Es responsabilidad de enfermería seleccionar un instrumento adecuado.

Las enfermeras de la UCIN, se preocupan por enseñar algunos procedimientos que consideran necesarios porque las madres lo tendrán que realizar en su hogar, después del alta, además de la alimentación enteral, las enfermeras les enseñan la administración de medicamentos, mismo que se detalla en la siguiente subcategoría.

Educando sobre la administración de medicamentos.

La comunidad Europea de Naciones (1986), reconoce que la enfermera puede o debe diseñar numerosas estrategias que le permitan vincular a la madre como gestora del cuidado básico en el niño hospitalizado, por tanto, la participación de la madre en el cuidado de su niño hospitalizado ha sido considerada como un derecho ganado para ésta.

La presencia de la madre durante la hospitalización del niño justifica la puesta en marcha de todo un plan de incorporación en la valoración de las necesidades alteradas relacionadas con la experiencia de salud, la planificación y ejecución de cuidados; así como la evaluación de los resultados, correspondiendo a la enfermera liderar su ejecución, en el que la educación constituye un elemento importante para lograr una adecuada participación de los familiares.

Dentro de la planificación de los cuidados, las enfermeras entrevistadas, tuvieron en cuenta la enseñanza a las madres de la administración de medicamentos en situaciones especiales, como, por ejemplo, en caso de que el recién nacido se tenga que ir a casa con la sonda orogástrica, esto se evidencia en los siguientes discursos:

“...si tenemos cuidados especiales como la administración de algún medicamento en especial supongamos que por sonda oro gástrica y el bebéamerite que vaya de alta con este dispositivo, bajo el cuidado y supervisión de la mamá pues se le orienta como tiene que ser el manejo, hasta que ella pierda el

miedo; en un inicio, lo hace el personal, la mamá va observando y posteriormente a la mamá se le va animando a que lo realice progresivamente ella sola bajo la supervisión del personal...” (E005)

Las enfermeras entrevistadas, planifican y ejecutan actividades en las que involucran a los padres de los recién nacidos para el cuidado en la administración de los medicamentos prescritos como una manera de promover el vínculo afectivo entre padres e hijos, tal como se muestra en los siguientes discursos:

“...participa en el tratamiento, de repente comprando la medicina, le explicamos que está recibiendo tratamiento, cuidando la vía que tiene en el momento que hace los cuidados...” (E004)

“Con los papás básicamente el contacto, es educarlos y animarlos a que pierdan el miedo y el temor; que su bebé esté hospitalizado eso no quiere decir que necesariamente va a estar sólo bajo nuestro cuidado, sino que el cuidado es compartido y se necesita mucho involucrar a los papás para ayudar a brindar un mejor cuidado.” (E005)

El papel de las madres y de los padres es primordial, especialmente la vinculación afectiva y de apego que se establece desde el mismo momento del nacimiento, y que ejercerá una influencia sobre determinadas potencialidades de los hijos/as en el futuro. Para ello es fundamental que, además de llevar a cabo una correcta higiene o alimentación, los neonatos dispongan de tiempo de dedicación por parte sus progenitores, precisamente para poder alcanzar un

vínculo potente que pueda proporcionar seguridad física y emocional, además de permitir a las madres y a los padres conocer mejor a su hijo/a para poder identificar su comportamiento y sus necesidades, sobre todo de favorecer el apego. Esta situación felizmente si lo realizan y se verifica cuando surge la siguiente categoría.

CATEGORÍA III. PROMOVRIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO EN EL NEONATO

El vínculo afectivo o “Bonding” es un término establecido por dos Pediatrías americanos, Klaus y Kennell, quienes aseguraron que el vínculo materno es el lazo que se crea entre la madre y su hijo desde las primeras semanas de embarazo. Se alarga durante toda la vida y se construye a partir de las experiencias de apego que el bebé experimenta: estímulos y reacciones mutuas entre el niño y la madre; que producen seguridad, sosiego, consuelo y placer en ambos.

Para las autoras, el vínculo afectivo que establece el recién nacido con sus padres, se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja; la madre y el niño tienen una vida en común durante los nueve meses de la gestación. Es así que cuando nace el hijo afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido.

El Vínculo es el lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo, lo inicia la madre y el padre, cada sentimiento, actitud que sea

consolidado en el tiempo, va formando los diferentes hilos que constituirán el vínculo, sean lazos armónicos o no.

La vinculación afectiva o apego consiste en una relación emocional íntima entre dos personas, que se caracteriza por el afecto mutuo y el deseo de mantener proximidad. Las principales funciones del apego consisten en favorecer la supervivencia, la seguridad, la protección y el correcto desarrollo social.

Pero para identificar la forma como las enfermeras promueven este vínculo afectivo entre la madre y el padre con su hijo; es necesario analizar cada subcategoría:

Fomentando el apego mediante la modalidad canguro con el padre y lamadre.

Al hablar de "apego" nos referimos a un mecanismo preprogramado que activa toda una gama de comportamientos posibilitando la vinculación bebé-madre con el objetivo biológico de proveer de la proximidad, protección y seguridad del cuidador y que permitirá la exploración de lo desconocido. Entre las múltiples investigaciones realizadas; Bowlby, en su teoría del apego demuestra que el vínculo se establece por el impulso innato que lleva a la madre a proteger al bebé, está basada en que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño viene determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

El vínculo afectivo materno/paterno filial es el que promueve la protección, la supervivencia y la continuidad de la especie al asegurar los cuidados maternos durante la infancia. Uno de los métodos para favorecer el apego es el método canguro. El apego proporciona seguridad emocional al niño: se siente aceptado y protegido incondicionalmente.

Las enfermeras entrevistadas están conscientes de los beneficios del apego mediante la modalidad “canguro”, para proporcionar seguridad emocional al neonato, para que se sienta aceptado y protegido incondicionalmente, ellas promueven la participación tanto de la madre como del padre, así lo demuestran los siguientes discursos:

“...ambos papás se involucraron con el cuidado de su bebé siendo una bebida de 700 gramos me acuerdo, entonces, la mamá ayudaba en el canguro, el papá ayudaba también en el canguro y cuando ellos se fueron, se fueron bien hábiles en el cuidado de su bebé, y la bebida las veces que ha regresado, se le ha visto bien cuidadita sin ninguna complicación...” (E009)

“...en una oportunidad hicimos con el papá, hicimos papá canguro, pero fueron por horas, un día, dos días, pero sólo papá canguro, pero el resto siempre ha sido mamá canguro” (E001)

“...La mamá colaboraba bastante hizo el programa de mamá canguro, se hospitalizó para hacer mamá canguro a su bebé, y ayudó a la bebé porque se fue de alta con 2,100 gramos de peso...” (E002)

“...en un bebe que tenga estancia larga, por ejemplo, los que están haciendo mamá canguro, los que tengan sonda, en que participan las mamás con el bebé...”
(E011)

Los discursos de las enfermeras entrevistadas se corroboran con los descritos por los padres y que se detallan a continuación:

“...desde hace dos días estoy en el programa mamá canguro y el día de ayer eh salido de alta, pero tuve la opción de quedarme acá en el hospital para darle calor a mi bebé, incluso a pesar de su tamaño; el día de hoy eh logrado darle de amamantar, ha tenido buena succión a pesar que es pequeñita a amamantado muy bien...” (M004)

“...he participado en mamá canguro, dándole leche por la sonda, estimulando la succión para que tome su leche con el biberón, de allí el cambiado de ropita, de su pañalito...” (M005)

La organización mundial de la salud (OMS), en su programa Método Madre Canguro (MMC), señala que es un procedimiento "que fomenta la salud y el bienestar, tanto de los recién nacidos prematuros, como de los nacidos a término". En estudios examinados, el momento del inicio del Método Madre Canguro (MMC) varía desde apenas acaecido el parto hasta algunos días después del nacimiento. Un inicio tardío significa que los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer ya han superado el periodo de máximo riesgo para su salud. Por lo tanto, la duración diaria y general del contacto piel a piel fluctúa desde algunos

minutos (por ej., 30 minutos al día como promedio) hasta prácticamente las 24 horas del día, y desde unos pocos días hasta varias semanas.

Cuanto más duran los cuidados, más fuerza adquiere la posible asociación directa y causal entre el MMC y los resultados obtenidos. Además, en los casos en los que el MMC se dispensa a lo largo de un periodo de tiempo prolongado, suele ser la madre, en lugar del personal de enfermería o la incubadora, la encargada de aplicarlo.

Los beneficios del contacto madre-bebé fueron evidenciados en un estudio en Colombia que investigó estados comportamentales de recién nacidos prematuros (RNPT) en soporte ventilatorio durante el cuidado de la madre canguro (CMC). Se encontró que esta práctica en lactantes intubados favorece el sueño profundo y contribuyó a la disminución significativa del dolor en recién nacidos. Este hallazgo refuerza la recomendación del uso de canguro en el cuidado de los recién nacidos prematuros, añadiendo el cuidado del bebé, ayuda a los padres y la familia extendida.

Pero, el MMC no es la única estrategia que las enfermeras de la UCIN promueven entre los padres y sus hijos hospitalizados, ellas fomentan el afecto entre ellos motivándoles que les hablen, que les canten, entre otras actividades, dando lugar a la subcategoría siguiente.

Fomentando el afecto de la madre y del padre con el neonato

Las manifestaciones de afecto son esenciales para el sano desarrollo emocional del niño, por cuanto le brindan la seguridad, la confianza y el dinamismo que requiere para enfrentar lo que le ocurre en la vida, le permiten aprender a manejar sus emociones y a entender los sentimientos propios y ajenos a medida que va creciendo. Además, las manifestaciones de afecto contribuyen, sin lugar a dudas, a desarrollar sus áreas física y cognitiva. En efecto, el afecto sirve de propulsor del desarrollo motor y del pensamiento en la medida que estimula la memoria y la atención, por medio del contacto físico y visual con su madre y su padre. Ya desde el primer lazo afectivo, que surge entre la madre y el bebé cuando este nace, se propicia su proceso de aprendizaje.

Es importante destacar que las enfermeras consideran importante promover la transmisión de afecto de los padres a los hijos a través de actividades como hablarle, cantarle y no solamente los procedimientos de satisfacción de las necesidades de higiene al cambiarle el pañal y alimentación con la lactancia materna, entre otras. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“...estaban pendiente de la bebé no sólo para su cuidado, sino también para transmitirle su afecto, hablarle, cantarle, entonces no sólo es actividad manual lo que puedan a hacer, sino también el acompañamiento a su bebé...” (E009)

“... les decimos a las madres que los carguen, que los conversen, que les hablen, que aproveche el tiempo que está con su bebito porque después el bebito

se queda solo, y ellas en realidad son las que deben dar más estímulo a sus bebés para más apego de la mamá con el bebé...” (E010)

“...el caso del padre, no ha visto todo el día a su pequeña y de repente ha venido de su trabajo y quiere compartir un rato con ella, y yo creo que ese vínculo no debe perderse, entonces... yo lo eh dejado pasar y le eh explicado, el señor me decía si estaba comiendo, si estaba tomando su lechecita por su sonda, cómo estaba...” (E004)

“...hemos tenido hace poco un bebé que no estaba la mamá ni estaba el papá, en este caso hemos tenido que hacer participar a la abuelita, que era el familiar que venía, lo hemos hecho pasar, lo hemos hecho cargar, no lo hemos podido hacer lactar porque es la abuelita, pero sí cargar para que haya ese afecto hacia el pequeño...” (E004)

“...Si está la mamá, se le hace que participe también de los cuidados para que haya todavía ese afecto de madre- hijo... Si está a veces el papá y también tiene interés en verlo, se le hace pasar un ratito para que también interactúe con el recién nacido...” (E007)

Los discursos de las enfermeras entrevistadas se corroboran con los descritos por las madres y que se detallan a continuación:

“...es importante mi presencia en UCIN, estar ahí con mi bebé, viendo cómo se va desarrollando día tras día, dándole mi calor de madre, todo eso, me hace

querer más a mi hijo, y eso es parte importante tanto para él como para uno misma, porque una ya al verlo como se va desarrollando paso a paso y apoyarlo es darle seguridad. Bueno es importante tanto papá como mamá que se comprometan. (M004)

“...Yo creo que es muy importante porque las licenciadas nos dan esa oportunidad para tener contacto con nuestros hijos y quizás verlos y ellos de alguna manera sentirnos, pero yo agradecida con todas las licenciadas porque también me ayudaron a luchar por mi hija y me daban también ánimos y ese es un rol muy grande que quizás no todo el personal de salud lo va a experimentar, en este caso las licenciadas toman un rol muy importante...”. (M002)

Los lazos afectivos entre el recién nacido y sus padres comienzan a desarrollarse durante el embarazo, aunque es después del nacimiento cuando se establece una relación recíproca entre ellos que irá fortaleciéndose día a día. Cuando en este periodo inicial, se produce una separación hay una interferencia en el proceso de apego que afectará a la futura relación entre padres e hijos.

En consecuencia, es importante, que los profesionales de enfermería promuevan espacios que fomenten el afecto entre el neonato y sus padres, de tal manera que, esos lazos afectivos que se iniciaron a desarrollarse durante el embarazo, se continúen fortaleciendo y se supere la separación ocasionada por los problemas de internamiento en UCIN.

El ingreso en la UCIN de un recién nacido prematuro, con algún defecto congénito o enfermedad grave, provoca en los padres sentimientos de frustración, incapacidad, culpa, miedo y un gran estrés. Los profesionales de enfermería, por su relación cercana con los padres, pueden proporcionar cuidados centrados en la familia estableciendo una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización, a aprender a cuidar de sus hijos y en algunos casos, a afrontar la pérdida y el duelo.

Esta relación de ayuda terapéutica efectiva que deben desarrollar los profesionales de enfermería, y, que menciona Cuesta et al, se evidencia en los discursos vertidos por las entrevistadas en este estudio, dando nacimiento a la categoría relación de ayuda y la participación de la familia en el cuidado del neonato, que se detalla a continuación.

CATEGORÍA IV. EMERGEN LA RELACIÓN DE AYUDA Y LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL NEONATO

El profesional de Enfermería debe procurar los espacios de escucha para conocer las expectativas de los padres y retroalimentar el cuidado para el bienestar, fortaleciendo, así, la comunicación padres-enfermería como pilar fundamental para el cambio de paradigma que se precisa. Asimismo, a través del proceso de cuidado, el enfermero (a) debe convencer a los padres que pueden afrontar la incertidumbre causada por la separación de su hijo.

Para entender la relación de ayuda y la participación de la familia en el cuidado del neonato, es necesario describir las siguientes subcategorías:

Emerge la confianza en la relación de ayuda de la enfermera hacia la madre del neonato

En los discursos de los profesionales, presentados en esta categoría, fue posible comprobar que, en su mayoría, consideran la presencia de los padres en la UCIN y la confianza en la relación de ayuda de la enfermera y la madre, fundamentales. Afirman que, además de favorecer el contacto piel a piel, la presencia de los padres es esencial para la formación del vínculo y que la participación en el cuidado del RN permite su aprendizaje, lo que contribuye a la disminución del tiempo de internación y favorece la continuidad del cuidado domiciliar. Por ejemplo, extracto de discurso a seguir:

“... la presencia de los padres/familiares es beneficioso, nos permite conocerlos mejor, orientarlos mejor, la confianza de todas maneras que se llega a tener con ellos, permite llegar mejor y que ellos puedan comprendernos. Esa confianza también les va a permitir soltarse a los papitos y hacer todas las preguntas, todas las dudas que tengan con uno o con otro personal constantemente...” (E005)

La presencia materna en la Unidad neonatal no sólo debe permitirse o tolerarse, sobre todo debe ser valorada por el equipo como una oportunidad para el establecimiento de la confianza mediante el diálogo y reducción de la ansiedad

materna. Pero no solamente los profesionales de enfermería reconocen los beneficios de la presencia de los padres/familia en la UCIN y la confianza entre la enfermera y la madre, ellos también lo reconocen como algo muy importante y beneficioso para ellos y para darle seguridad a su bebé, como se puede constatar en el extracto de discurso siguiente:

“Yo me siento bien al hacerle los cuidados también a mi hijita, me gusta hacerlo y estoy con usted señorita que veo que están que me lo ve, me lo atiende estoy contenta, por lo menos puedo tener esa confianza de decir que mi bebe está atendida... A mí me parece bien que nos dejes estar cerca de mi bebé, para uno también ir aprendiendo y viendo como le hace la enfermera, cómo le atiende para uno también poder hacerlo, a mí me parece eso bien que nos dejen estar por lo menos ahí para estar viendo”. (M003)

“...Yo creo que es muy importante porque las licenciadas nos dan esa oportunidad para tener contacto con nuestros hijos y quizás verlos y ellos de alguna manera sentirnos, pero yo agradecida con todas las licenciadas porque también me ayudaron a luchar por mi hija y me daban también ánimos y ese es un rol muy grande que quizás no todo el personal de salud lo va a experimentar, en este caso las licenciadas toman un rol muy importante...”. (M002)

Lo expresado por las enfermeras y las madres participantes en este estudio evidencian que la relación de ayuda de la enfermera hacia la madre y la participación de esta en los cuidados a su recién nacido, son beneficiosos tanto

para la madre como para su hijo, porque le genera confianza a la madre y seguridad al recién nacido.

Además de la confianza, emerge la comunicación que se produce en la relación de ayuda de la enfermera hacia la madre, lo que da origen a una nueva subcategoría, la misma que se detalla a continuación.

Emerge la comunicación en la relación de ayuda de la enfermera hacia la madre del neonato

El diálogo como herramienta en la preparación de la familia fue citado por algunos profesionales, siendo éste fundamental en el establecimiento de confianza en la relación entre los profesionales-familia-bebé, contribuyendo en el establecimiento de vínculos. Un estudio de los familiares de los pacientes ingresados en la UCIN identificó que las necesidades de seguridad y de información son los más importantes de todos los demás, como la falta de información adecuada conduce a sentimientos de inseguridad y ansiedad, que puede afectar negativamente a las familias a hacer frente a la situación. Esto se evidencia en los discursos siguientes:

“estar en UCIN, me hizo sentir muy tranquila, porque sé, cómo está avanzando mi bebe; no es como que esté en otra habitación, y sea otro mundo, el no saber o imaginarme de repente puede estar mal, o de repente no saber cómo está mi bebé. Uno, que me comunica, estoy comunicada sé de su avance; otro, que me hace sentir importante como mamá, porque, soy su mamá y se ha desarrollado dentro

de mí y uno como madre siempre quiere seguir cuidando a los hijos, así crezcan, así tengan la edad que tengan y más aún si nacen prematuros. Más que todo es la importancia que uno tiene por naturaleza de querer cuidar a los hijos.” (M004)

La madre, resalta la comunicación, como componente clave para promover el vínculo afectivo entre padres e hijos, este es un proceso interactivo y recíproco por el que la enfermera y el paciente se benefician, es elemento clave de la relación con el paciente, sin ella es imposible manifestarle al paciente nuestra intención de ayuda y el tipo de cuidados que le vamos a ofrecer.

La esencia de enfermería son las relaciones interpersonales, por lo tanto, la comunicación es un elemento fundamental en la preparación profesional de las enfermeras.

Lo manifestado por las madres se corrobora por los discursos vertidos por las enfermeras:

“...el caso del padre, no ha visto todo el día a su pequeña y de repente ha venido de su trabajo y quiere compartir un rato con ella, y yo creo que ese vínculo no debe perderse, entonces... yo lo eh dejado pasar y le eh explicado, el señor me decía “si estaba comiendo, si estaba tomando su lechecita por su sonda, cómo estaba, qué habían dicho los médicos... que sí estaba tomando su leche. Me había traído su medicamento y me había dicho: Si ya estaba mejorando con lo que se le estaba dando; me preguntaba si cuando se va a su casa se va ir con la

sondita y quería ver cómo le dábamos de tomar su leche y eso yo creo que es importante...” (E004)

“Resolver todas las dudas que tenga, se conversa con la madre y si tuviera otros hijitos se conversa también sobre eso porque las mamás vienen estresadas preocupadas por sus otros bebés que tienen en casa.” (E004)

“El estar ahí pendiente es la única forma como un bebé va a salir adelante siempre nosotras con los papás ahí pendientes...” (E003)

En base a los discursos de las enfermeras y los familiares podemos concluir que para las enfermeras el cuidado significa el establecimiento de relaciones interpersonales de ella con los pacientes y sus acompañantes, en este caso, con los familiares del recién nacido; para las enfermeras del hospital los cuidados de enfermería significan la interacción social con las personas.

Estos resultados son opuestos a los encontrados en otro estudio donde se identificaron barreras de comunicación las enfermeras señalaron que carecían de formación en comunicación en relación con el pronóstico y el cuidado óptimo al final de la vida, lo que impidió la comunicación efectiva.

El establecimiento de la comunicación y de las buenas relaciones interpersonales entre la enfermera y los familiares del recién nacido hospitalizado, además del cuidado brindado y la consecuente recuperación del recién nacido, le

produce a la enfermera satisfacción profesional, dando lugar a la siguiente y última categoría, que se detalla a continuación.

CATEGORÍA V. EMERGE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL LOGRANDO LA RECUPERACIÓN DEL NEONATO CON LA PARTICIPACIÓN DE LA MADRE

Satisfacción en el trabajo es un fenómeno complejo, subjetivo, que finalmente ofrece placer resultante de múltiples aspectos del trabajo, pudiendo ser influenciada por las aspiraciones, tristezas y alegrías de los individuos, afectando así, su actitud en relación a sí mismo, a la familia y a la organización.

Múltiples factores influyen en el desencadenamiento de la satisfacción en el trabajo. Corroborando los resultados de esta investigación, se constató que la mayor fuente de satisfacción del equipo de enfermería consiste en poder ayudar a las personas, ya que, al prestar el cuidado, el trabajador se siente útil y estimulado por lo que realiza.

Como puede deducir en el discurso a continuación, los profesionales de enfermería sienten placer al realizar el cuidado al RN y anhelan no sólo la mejora del niño, pero también que ese bebé encuentre condiciones ideales de cuidado y acompañamiento después del alta hospitalaria, destacando, de ese modo, la importancia de asegurar el carácter de continuidad del cuidado.

“...es satisfacción, lo que uno siente cuando el bebé sale de alta en óptimas condiciones y que se le haya brindado toda la atención integral en su cuidado, en su recuperación, sobre todo los que se quedan por más tiempo...” (E002)

“...como profesional tu sientes la satisfacción de haberlo dado todo por tu recién nacido y cuando lo vez que cada vez se recupera sientes una satisfacción y es eso repercute sobre los papás porque lo ven que sus bebés cada vez están mejorando y te agradecen...” (E003)

“...y ahí simplemente la gratificación es ver la recuperación del recién nacido en el menor tiempo posible...” (E007)

“Es gratificante cuando ves la respuesta del familiar que se interesa, que se involucra con el cuidado de su paciente y te escucha cuando le informas, pero también tiene que ver mucho con la paciencia que uno tenga y con las ganas de educar a la familia...” (E009)

“... ¡Cuando veo que la mamá es capaz de poder atender a su bebito yo me siento contenta ¡significa que estoy haciéndolo bien, con los bebés y con los papás...” (E010)

El deseo intrínseco de los profesionales de minimizar el sufrimiento, el dolor y las secuelas del recién nacido y promover el amor y la unión entre ellos los padres se identificó en el estudio como una expectativa de motivación en la práctica de las enfermeras.

“...nos identificamos con la madre, porque la vemos como si fuera un familiar, ya no lo vemos como un hijo, sino como un sobrino, y la satisfacción es grande cuando la mamá aprendió lo poco o mucho que le pudimos dar, enseñar y mucho más grande cuando el bebé se va bien a su casa...Lo ideal sería que el hospital cuente con un consultorio de seguimiento del recién nacido prematuro, y lo único que nosotros hacemos, un control de pediatría y niño sano, pero no hay uno específico que siga qué problemas tuvieron a posteriori...” (E001)

El prematuro hospitalizado pasa por diferentes etapas de evolución clínica, las orientaciones y conductas a ser realizadas para la familia van a depender de cada niño, de las necesidades de cuidado, historia familiar, condiciones socioeconómicas y de la patología. Por lo tanto, la planificación de los cuidados no puede prescindir de una evaluación cuidadosa de todos estos factores, de las necesidades del prematuro y de su familia. Con el fin de proporcionar protección y el cuidado apropiado para el niño, los padres deben ser conscientes de que las necesidades de los prematuros difieren de las presentadas por el bebé nacido a término, en particular con respecto a los patrones de crecimiento y desarrollo.

Finalmente, se puede afirmar, que la filosofía del cuidado incluyendo a la familia está inculcada en las prácticas de cuidado del equipo de enfermería, hecho que potencia las oportunidades de enseñanza/ aprendizaje. Las características de cuidado revelan que el proceso de la asistencia es dinámico, necesitando de

constantes reajustes y adecuaciones para atender con excelencia e integralidad al recién nacido y su familia.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

Luego de haber develado el objeto de estudio se afirma que, en la mayoría de las enfermeras que participaron de este cuidado aun fragmentario, existen todavía algunas divergencias; es decir, mientras que las madres perciben aspectos negativos, las enfermeras refieren que tienen iniciativas de un cuidado integral, reconocen la importancia de la familia para mejorar el estado de salud del recién nacido; así mismo, reconocen las ventajas que tiene la presencia del padre y la madre en el cuidado del niño aun estando en una unidad de cuidados intermedios.

La participación de los familiares, en especial de las madres acompañantes es de suma importancia en el apoyo en cuanto a la información de acuerdo a la valoración en el cuidado de enfermería, permitiendo de esa manera vincular a la madre en dichos cuidados siempre y cuando exista comunicación e interacción con el personal de enfermería.

Las enfermeras tienen una relación cercana con los padres, ya que incluyen en los cuidados a la familia y establecen una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayudan a los padres a adaptarse a la hospitalización, a aprender a cuidar de sus hijos preparándolos para el alta hospitalaria.

Se afirma que las enfermeras son el principal responsable por la inserción de la familia en el ámbito de la unidad neonatal. El acogimiento es la clave inicial para el proceso de comunicación entre los padres y los profesionales de salud.

Los resultados presentados demuestran que la filosofía del cuidado aún no se encuentra centrado en la familia y las características de cuidado revelan que el proceso del cuidado es dinámico, necesitando de constantes reajustes y adecuaciones para atender con excelencia e integralidad al recién nacido y su familia.

Se considera que el cuidado enfermero debe ser a la persona en cualquier etapa de su vida, mucho más desde recién nacidos por tratarse de un ser más vulnerable y sobre todo un cuidado integral que significa al ser humano en su pandimensionalidad que no se puede fragmentar, considerando que la enfermera conjuntamente con el familiar cuidador, en el pensamiento de Watson, promueve en el recién nacido la armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu. Finalmente, de acuerdo con Watson ya mencionada y teniendo en cuenta los factores, en el cuidado enfermero debe quedar evidente; la práctica del amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente; así mismo la enfermera procurará ser auténtica, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida como persona y enfermera y del ser cuidado; también debe cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de su ser; además debe desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza; estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos; deberá usar su creatividad de todo su ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección; comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje. Es importante, que se debe crear un ambiente protector en

todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz como seres humanos que necesitan de cuidado para su autorrealización. Sobre todo, recordando que el cuidado debe ser con un compromiso ético moral,

RECOMENDACIONES

A la Gerencia del Hospital: Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación, establecer un plan de trabajo dentro de la Unidad de Cuidados Intermedios; que considere las actividades establecidas dentro de una política de trabajo centrado en el cuidado humano y por ende integral que incluya a la familia a fin de que todos los profesionales brinden un cuidado a las familias de manera integral, oportuna y efectiva, considerando además actividades de monitoreo, supervisión y control, de este modo se contribuya a mejorar de ser necesario la participación del familiar en el cuidado del neonato que conlleve a elevar el nivel de bienestar en el neonato, disminuyendo sus posteriores reingresos debido a complicaciones por inadecuados cuidados al recién nacido en el hogar.

Aun siendo un hospital policial, que continúe con la flexibilidad iniciada ya que está quedando atrás esas restricciones muy severas e inflexibles en la permisividad del ingreso de familiares en las UCINs, puesto que no existe una norma técnica institucional PNP o del Ministerio de Salud que lo prohíba ni que lo apruebe, debiendo guiar su actuar las enfermeras en fortalecer esta práctica con las nuevas teorías que van hacia una práctica transformadora.

En todas las enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intermedios de Neonatología, se fortalezca la iniciativa de incluir a la familia que trascienda a la

práctica lo que dice la teórica Jean Watson, ese sentimiento que la familia protege, que es buena la participación de la madre, el padre y otros familiares y que es parte del tratamiento que necesita el niño para la recuperación de su salud integral.

A las familias de los neonatos hospitalizados en UCIN: Fomentar la autorresponsabilidad de la salud de su neonato, así como desarrollar su participación en los cuidados de su hijo hospitalizado en aras de mejorar su salud. Así mismo, hacer uso de los diferentes servicios, tanto preventivo promocionales, como recuperativos que el establecimiento de salud brinda a las familias.

A Las Escuelas de Enfermería: Fomentar otros estudios de investigación desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa a fin de comprender mejor el objeto de estudio en otros escenarios y que incluyan a la familia de los recién nacidos de la Unidad de Cuidados Intermedios; ya que de acuerdo con Quero¹⁴: los cuidadores familiares, aparecen íntimamente unidos en los procesos de salud y enfermedad. Los familiares son insustituibles y realizan una actividad que, en líneas generales, el sistema sanitario es incapaz de satisfacer lo que corresponde a los efectos y las emociones; y si en alguna medida la institución hospitalaria se propusiese proporcionar estos cuidados su costo prácticamente sería inabordable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duarte ED, Sena RR, Tavares TS. Prácticas cuidadoras que favorecen la integralidad del cuidado al recién nacido de alto riesgo: revisión sistemática. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010, 12 (3): 539-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7509>.
2. Cuesta J, Espinoza A, Gomes S., Enfermería neonatal cuidados centrados en la familia. Enfermería Integral N° 98. Junio 2012. pg 36-40
3. Reeder S, Martin L, Koniak D. Enfermería. Enfermería materno-infantil. Interamericana McGraw-Hill, 1995.
4. FUN, Fundación Neonatológica Miguel Larguía. Argentina; 2007.
5. Lori, M. El cambio de rol de los padres en el cuidado neonatal: una revisión histórica. RNC, MN, NNP/CNS Neonatal Network Vol. 27 N° 2 , March -April 2008. Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/06-%20art%C3%ADculo%204.pdf>
6. Waldow R. Cuidar: Expresión humanizadora de la Enfermería. Ediciones: Febrero. México; 2010.
7. Watson J. Human caring science. A theory of nursing. 2a Ed. United States of America: Copyright; 2012.
8. Keyla N, Alacoque L. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista on-line]. 2009 marzo-abril. [citado 5 de mayo de 2015]; 17(2): [215-221]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf

9. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
10. Bustamante, S. Enfermería familiar; Principios de Cuidado a partir del saber in común de las familias. Trujillo-Perú; Facultad de Enfermería-UNT;2006
11. Tomas, I, et al Orientación familiar en atención primaria. Springer-Verlag Ibérica Barcelona .1998
12. Espina, M. Problemas del cuidador y el afrontamiento del estrés.2002. [Acceso 30 de abril del 2015]. Disponible en <http://www.sovpal.org/capitulos/09%Espina.pdf>
13. Kozier. B, Erb G., Blais K. Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y práctica. Volumen I y II, 5ta ed. Madrid: MacGraw-Hill; 2012.
14. Quero A. los cuidados familiares en el Hospital Ruiz Alda de Granada. [Tesis Doctoral].*España: Universidad de Granada - Departamento de antropología Social; 2012
15. Casanueva. L, Ruiz. P, Sánchez. JI, Ramos. V, Belda. S, Llorente de la Fuente A et al. Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Empleo de técnicas de investigación cualitativa para el análisis del afrontamiento de la muerte y situaciones críticas. Rev. Calidad Asistencial.2007; 22(1): 36-43.
16. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Seguimiento Recién Nacido de Riesgo. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010.
17. Toesch. W. Compendio de Neonatología de Avery. 7ªEd. Madrid: Harcourt; 2001.

18. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Neonatal. Resolución Ministerial N° 828 – 2013/MINSA. Lima-Perú;2013.16- 17 pp.
19. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios. Resolución Ministerial N° 489 - 2005/MINSA. Lima-Perú; 2005
20. Vásquez L. Ferreyra M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud 3era ed. Editorial: Interamericana S.A. Colombia; 2012.
21. Ruiz J. Metodología de la Investigación Cualitativa; 5ta ed. Ediciones: Deusto. España; 2013.
22. Denzin N. El campo de la Investigación cualitativa; 3era ed. Editorial: Gediza. Colombia; 2012.
23. Stake R. Investigación con estudio de casos. 4^{ta} ed. España: Ediciones Morata; 2007.
24. Ludke M, André M. “Investigación en educación, abordaje cualitativo”. 5ta Edicion. Brazil. 1998.
25. Tojar J. Investigación cualitativa: Comprender y actuar. España: Editorial la Muralla; 2006.
26. Prado M, Souza L, Monticelli M, Cometto C, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y Didáctica. Washington; 2013.
27. Flick U. La gestión de la calidad en investigación cualitativa. España: Ediciones Morata; 2014.

28. Polit D, Hungler B. Diseño y métodos en la investigación cualitativa. 6ª edición. McGraw- Hill Interamericana. México; 2010.
29. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: Mc. Graw Hill interamericana; 2014.
30. Escudero V, Quirós F, Herrero M, Rodríguez V. La ética de la investigación enfermera. Rev. enferm. CyL Vol 2; 2010
31. Barbosa VL. Conhecimentos e opiniões de enfermeiras sobre a participação da mãe na assistência ao recém-nascido prematuro. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1990.
32. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. J Adv Nurs 2003 June; 42(6):578-86.
33. Rikli JM. Parenting the premature infant: potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience. Online J Knowledge Synthesis Nurs 1996 August; 3(7).
34. Robison LD. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. JOGNN Clin Issues 2003 May-June; 32(3):379-86.
35. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):191-7.
36. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. La UTI Neonatal bajo la óptica de las madres. Rev. Electrónica enferm. [Periódico en Internet]. 2010 [acceso en 2017

feb 20]; 12 (4): 698-704. Disponible En: (a)

[Http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4_A15.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4_A15.htm)

37. Kamada I, Rocha SMM. Las expectativas de Padres y profesionales de enfermería en Relación trabajo de la enfermera en UTIN. Rev. Esc. Enferm. USP. 40 (3): 404- 11

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD

(Para Profesional de Enfermería)

INFORMACIÓN:

Estamos realizando una investigación sobre “El Cuidado Enfermero con la Participación Familiar a neonatos de UCIN en un Hospital del Estado”, por lo que solicitamos y agradecemos su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada solo para nuestro estudio y análisis. La información recopilada será confidencial, por lo que utilizaremos pseudónimos para guardar el anonimato.

DATOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Mencione los cuidados que brinda al neonato durante su turno.
- 2.- Mencione los cuidados que brinda la madre y/o la familia al neonato.

ANEXO N° 02
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD

(Para la madre y/o familia)

INFORMACIÓN:

Estamos realizando una investigación sobre “El Cuidado Enfermero con la Participación Familiar a neonatos de UCIN en un Hospital del Estado”, por lo que solicitamos y agradecemos su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada solo para nuestro estudio y análisis.

La información recopilada será confidencial, por lo que utilizaremos pseudónimos para guardar el anonimato.

DATOS ESPECÍFICOS:

Relate por favor, todas las actividades o acciones que realiza la ENFERMERA a su bebé en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales del HN. PNP. “LNS”.

* En la alimentación:

* En la Higiene:

* En la Administración de medicamentos orales:

* Otras actividades o acciones:

2. Usted le realiza algunas actividades o acciones a su bebé? Relate por favor:

ANEXO N° 03**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado(a):

Por medio de la presente invito a usted a participar en nuestra investigación titulada “El Cuidado Enfermero con la Participación Familiar a neonatos de UCIN en un Hospital del Estado”, que tiene como objetivo: Caracterizar el cuidado enfermero y la participación familiar a los neonatos de UCIN en un Hospital del Estado, partiendo de la narrativa de una situación de enfermería; siendo necesario que responda algunas interrogantes elaboradas por la investigadora responsable, cuyas respuestas serán grabadas en cintas magnetofónicas, garantizando el anonimato y confidencialidad de las informaciones prestadas.

Es importante precisar que usted puede retirarse en cualquier momento de la investigación.

(Aceptando que he comprendido lo consignado en este documento y que me siento perfectamente informado claramente sobre el contenido del mismo, declaro voluntariamente aceptar y cooperar con la información solicitada por la investigadora).

(Firma y postfirma)