



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS
DE ENFERMERÍA**

**CUIDADO HUMANIZADO AL NEONATO
PREMATURO Y FAMILIA: UNA PERSPECTIVA DE
ENFERMERÍA. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
NEONATAL. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Mgtr. YRMA NILDA BRONCANO VARGAS

ASESORA:

Dra. YOLANDA ELIZABETH RODRIGUEZ DE GUZMAN

COASESORA:

Dra. IVONE EVANGELISTA CABRAL

LIMA- PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

**Dr. Fredy Hernan Polo Campos
PRESIDENTE**

**Dra. María Elena Mercedes Gamarra Sánchez
SECRETARIO**

**Dra. Carmen Leticia Gorriti Siappo
MIEMBRO**

**Dra. Yolanda Elizabeth Rodriguez de Guzman
ASESORA**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi creador, sustentador,
por darme fortaleza, esperanza y ser mi
guía en el camino que puso para mi
persona.

A la ULADECH por sus asesores Dra. Yolanda
Rodríguez Nuñez, Dra. María del Rosario Oré;
Dra. Ivone Evangelista Cabral de la Escuela de
Enfermería Anna Nery/Universidad Federal de
Rio de Janeiro por su amistad, asesoría en el
presente estudio y por su apoyo valioso en este
reto cumplido.

Al Hospital Nacional Docente Madre
Niño San Bartolomé, directivos y
enfermeras del Servicio de Cuidados
Críticos del Neonato por su valiosa
contribución y aporte en el presente
estudio.

DEDICATORIA

A Dios, quién guió mi camino,
me brindó sabiduría, entendimiento y
fuerzas en mi diario vivir.

.

A mis hijos Leidi y Moises y todos
mis seres queridos, por su amor
incondicional, su fortaleza y su
ánimo hacia mi persona en esta ruta
trazada.

RESUMEN

El objeto de estudio es el cuidado humanizado de enfermería al neonato prematuro y familia, desde la perspectiva de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del Hospital San Bartolomé, Lima Perú. Objetivos: Describir y caracterizar el cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato prematuro y familia en la UCIN, analizar las implicancias del cuidado humanizado al recién nacido prematuro y familia en la salud neonatal. Estudio de naturaleza cualitativa, método descriptivo exploratorio. Participantes: nueve enfermeras de la UCIN. Los datos se recolectaron con entrevista semiestructurada a profundidad, se procesó con análisis temático. Las categorías emergentes fueron: brindando cuidado integral y especializado al neonato prematuro; entregando cuidados de soporte a la familia; cuidando a pesar de factores intervinientes y sentimientos encontrados de la enfermera. Consideraciones finales: El cuidado humanizado de enfermería tiene implicancia en la salud neonatal por ser un cuidado especializado e integral, permitiendo prevención de secuelas y favoreciendo el desarrollo del prematuro a través de manipulación mínima, confort, control de luz y ruido, apego piel a piel, caricia o toque humano, voz suave y otros. Los cuidados de apoyo familiar fomentan la recuperación y estabilización de la familia contribuyendo a disponer de familias fortalecidas que satisfagan las necesidades y aporten cuidados adecuados a sus bebés prematuros favoreciendo una salud óptima. El cuidado es brindado por la enfermera a pesar de factores intervinientes: falta de personal de enfermería, falta de sensibilidad en necesidades afectivas y sociales del neonato y familia por el equipo de enfermería, exponiéndose a un riesgo en la calidad de la asistencia humanizada. Palabras clave: Cuidado humanizado, neonato prematuro, enfermería neonatal.

ABSTRACT

The study object is the nursing humanized care of the neonate premature and family, from the perspective of nursing in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Hospital San Bartolomé, Lima Peru, The objectives were to describe and characterize the humanized care provided to neonate premature and family in the NICU, and analyze the implications of humanized neonate premature and family care in neonatal health. It is a qualitative study, exploratory descriptive method. Participants: Nine nurses of the NICU. Data was collected with semi-structured depth interview, processed with thematic analysis. The emerging categories were: providing comprehensive and specialized care to neonate premature; providing supportive care to the family; caring despite mixed feelings and nursing intervening factors. Final Thoughts: The nursing humanized care has implications for neonatal health as specialized and comprehensive care, allowing prevention of sequels and promoting the development of the premature neonatal through minimal handling, comfort, control of light and noise, skin to skin addiction, caress or human touch, soft voice and other measures. Family support care foster the recovery and stabilization of the family while getting stronger families who meet the needs and provide adequate care for their premature babies and promoting optimal health. Care is provided by the nursing staff despite intervening factors such as lack of nurses and lack of emotional and social feeling needed by the newborn and family, putting them at risk in the quality of humanized assistance.

Keywords: Humanized care, neonate premature, neonatal nursing.

RESUMO

O objeto do estudo é a assistência humanizada de enfermagem ao neonato prematuro e família, desde a perspectiva de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) do Hospital San Bartolomé, Lima, Peru. Objetivos: Descrever e caracterizar a assistência humanizada que oferece a enfermeira ao neonato prematuro e família na UCIN, analisar as implicações da assistência humanizada ao recém nascido prematuro e família na saúde neonatal. Estudo de natureza qualitativa, método descritivo exploratório. Participantes: nove enfermeiras da UCIN. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e aprofundadas e foram processados com análise temática. As categorias emergentes foram: oferecer assistência integral e especializada ao neonato prematuro; oferecer assistência de suporte à família; cuidar apesar de fatores intervenientes e sentimentos encontrados da enfermeira. Considerações finais: A assistência humanizada da enfermeira tem implicações na saúde neonatal por ser um cuidado especializado e integral, permitindo a prevenção de sequelas e favorecendo o desenvolvimento do prematuro através de manipulação mínima, conforto, controle de luz e ruído, contato pele a pele, carícia ou toque humano, voz suave e outros. Os cuidados de apoio familiar fomentam a recuperação e estabilização da família contribuindo para dispor de famílias fortalecidas que satisfaçam as necessidades e ofereçam cuidados adequados a seus bebês prematuros favorecendo melhor saúde. O cuidado é oferecido pela enfermeira apesar dos fatores intervenientes: falta de pessoal de enfermagem, falta de sensibilidade em necessidades afetivas e sociais do neonato e família pela equipe de enfermagem, expondo-se a um risco na qualidade da assistência humanizada.

Palavras chaves: assistência humanizada, neonato prematuro, enfermagem neonatal.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
RESUMO	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problematización e importancia	1
1.2 Objeto de estudio	7
1.3 Pregunta norteadora	7
1.5 Objetivos del estudio	7
1.6 Justificación y relevancia del estudio	7
II. REFERENCIAL TEORICO-CONCEPTUAL.....	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Referencial contextual	18
2.3 Referencial conceptual	24
2.4 Referencial teórico filosófico.....	33
III. METODOLOGÍA	57
3.1 Tipo de investigación	57
3.2 Método de investigación	57
3.3 Sujeto de la investigación	57
3.4 Escenario de estudio	59
3.5 Procedimiento de Recolección de datos cualitativos	60
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico	62
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	65
4.1 Presentación de Resultados	65
4.2 Análisis y discusión de resultados	66
V. CONSIDERACIONES FINALES	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..	114
ANEXOS	136

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PROBLEMATIZACIÓN E IMPORTANCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, es decir antes de que cumplan las 37 semanas de gestación. Asimismo en la región de las Américas la mortalidad neonatal asciende a 8 por mil nacidos vivos al año 2011. El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos de 0 a 28 días de vida y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2), refiere que los recién nacidos son el grupo más vulnerable hasta antes del mes de edad y la mortalidad neonatal se presenta en 10 por mil nacidos vivos; asimismo la UNICEF (3), describe que en el Perú 46 de cada 100 niños que fallecen, mueren en el periodo neonatal.

En la ciudad de Lima, el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé” hospital de nivel de atención III-1 del Ministerio de Salud (MINSA), emite el análisis de situación de salud hospitalaria 2014, donde explica una tasa de mortalidad neonatal de 5 por mil nacidos vivos en el año 2014. Según la Unidad de Estadística e Informática del Hospital San Bartolomé, los diagnósticos de hospitalización más frecuentes en Cuidados Críticos Neonatales fueron: Recién nacido pretermino, sepsis bacteriana, síndrome de dificultad respiratoria del recién

nacido y otros (4). Una realidad peruana que coincide con datos de la OMS pues la prematuridad suele ser la principal complicación en el recién nacido hospitalizado, después los problemas infecciosos y respiratorios.

En el año 2013 el Ministerio de Salud del Perú emite la Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA donde aprueba la Norma Técnica de Salud N° 106- MINSA/DGSP – V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal” cuya finalidad es de contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal (0 a 28 días de vida) en los establecimientos de salud públicos y privados del sector salud a nivel nacional. Donde identifica la organización por niveles de atención: Establecimientos de Salud con funciones neonatales primarias, básicas, esenciales y funciones neonatales intensivas. Este último para atención de recién nacidos complicados con patología médica o quirúrgica que requiere cuidados intensivos (5).

En consecuencia los neonatos con inestabilidad hemodinámica en riesgo de perder la vida, en su mayoría prematuros, son ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) con el fin de recibir tratamiento intensivo y cuidados necesarios para mejorar su adaptación fisiológica al ambiente extrauterino. Diagnósticos, terapias sofisticadas, procedimientos quirúrgicos han garantizado la supervivencia a bebés que algunas décadas atrás eran inviables para la ciencia (6).

La enfermería en esta área da cuidado especializado neonatal, centra su asistencia en favorecer la adaptación del neonato al medio ambiente, fomentar su estabilización fisiológica y su recuperación integral contribuyendo al crecimiento y desarrollo del mismo.

La práctica profesional de diecinueve años como enfermera asistencial en neonatología, integrante del equipo de salud de la UCIN del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, y la experiencia como enfermera docente del programa de especialización para enfermeras en cuidados intensivos neonatal de la Universidad Peruana Unión, permitió observar que la enfermera neonatal tiene a su cargo tres, cuatro o cinco neonatos en estado crítico durante su jornada de labor, cada bebé en su incubadora, controlados con monitores multiparámetros; con soporte respiratorio en ventilación invasiva o no invasiva. La enfermera se organiza y emplea tiempo para monitorizar, dar confort al paciente, cumplir con la terapéutica médica diaria, gestionar y efectivizar medios de diagnóstico, efectuar registros manuales del proceso de atención de enfermería individualizado; haciendo uso de equipos y maquinarias con tecnología biomédica actualizada, existiendo escasa comunicación verbal y no verbal con el neonato prematuro hospitalizado y sus padres.

Las enfermeras se expresan por el número de cama para identificar a cada bebe, algunas por el apellido y muy pocas conocen el primer nombre, tornándose en un trato frío para el neonato y los padres limitando su confianza hacia el personal de salud y el entorno de la UCIN.

Se observa además que los padres de los neonatos prematuros ingresan a la unidad una vez en el día, al mediodía, para ver a su bebe y reciben el informe médico; la enfermera de UCIN de la sala de intermedios brevemente da orientación sobre higiene de manos, medidas de bioseguridad y la recolección de leche materna, preparándolos para ingresar a ver a sus hijos.

Los padres del neonato ingresan a la UCIN y observan a su bebé a través de la incubadora, la enfermera interacciona con la madre en la unidad y pocas veces estimula que ella toque y hable a su bebé; algunas veces explica la alimentación del prematuro, materiales que se necesita traer y trámites que necesita realizar con el seguro integral de salud; otras veces solo observan a las madres y solicitan que se retiren rápidamente por haber procedimientos que han de realizar. Existen circunstancias en que los padres no ingresan a ver a su bebe al mediodía, porque hay procedimientos invasivos que se están realizando a esa hora y los citan para la tarde, los que pueden regresar, sino, hasta el día siguiente; favoreciendo la ausencia del apego materno y parental al neonato prematuro hospitalizado, exponiendo a posibles casos de abandonos, rechazo en los padres o alteraciones de personalidad futuros en el neonato.

Asimismo la escasa educación a la familia sobre los cuidados básicos al neonato prematuro contribuye a la falta de autoconfianza y seguridad de los padres para asumir su función protectora y cuidadora durante la hospitalización y en el hogar.

Por otro lado la UCIN del Hospital San Bartolomé carece de protocolos o guías de asistencia con enfoque de cuidado humanizado al neonato, o protocolo de atención centrado en la familia; el personal de enfermería ejecuta estas medidas de manera dispersa e independiente en algunos turnos. Situación que pudiera incrementar la carencia de cuidados humanizados en el servicio, despersonalizando la asistencia y ocasionando riesgos en el desarrollo del niño con sus consecuentes secuelas.

La Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI publicó el informe de la medición de satisfacción del usuario externo en hospitalización San Bartolomé 2014; donde refiere que el nivel de insatisfacción general fue del 35.93%, el 64.9% están satisfechos por el buen trato de la enfermera y el 58.1% está satisfecho por el interés que muestran las enfermeras en solucionar los problemas en hospitalización. No existiendo una medición de satisfacción de los usuarios de la UCIN (7).

Santana et al y Silva L. et al. (8,9), manifiestan que los profesionales de enfermería enfocan sus prácticas de atención al neonato prematuro en los aspectos biológicos y existe una ausencia de comunicación con los familiares. existiendo un riesgo de trato indolente hacia el recién nacido y familia.

Silva J. et al. (10), refiere que el cuidado pierde su lado humano cuando el enfoque está exclusivamente expuesto a maquinaria, procedimiento, patología o en el ambiente los cuidados se tornan despersonalizados y poco acogedores, ya que las dimensiones humanas no son destacadas.

El neonato prematuro ingresado a la UCIN es colocado en una incubadora y separado muchos días de las madre y padre, para poder recibir una atención recuperativa de salud, muchas veces con manipulación y procedimientos invasivos dolorosos, rompiendo el vínculo madre – niño, dando como consecuencias problemas de falta de afecto o identificación entre el binomio neonato y madre, exponiéndolos a desordenes de conducta neonatal y parental posteriores.

Lissauer- Fanaroff (11), refiere que:

“La familia debe ser incluida en la atención del recién nacido, sea este sano o enfermo. Si el bebé es extremadamente prematuro, está enfermo, tiene malformaciones o fallece, la familia pierde los sueños de esperanza de una ocasión feliz y sufre un estrés considerable”.

La situación descrita favorecería el riesgo de deshumanización del ambiente de cuidado de la UCIN y de la asistencia al neonato y familia, con riesgos para el neonato prematuro en alteraciones del desarrollo y para la familia de desapego materno, escasa participación de la madre y deficiente preparación de los padres para el alta.

Por lo tanto resulta oportuno explorar las dimensiones humanas del cuidado al neonato prematuro y familia en la UCIN desde la perspectiva de la enfermería neonatal, describiendo y caracterizando los cuidados humanizados que brinda la enfermera, y analizando sus implicancias en la salud neonatal.

1.2 OBJETO DE ESTUDIO

El presente trabajo centra su estudio en: El cuidado humanizado de enfermería al neonato prematuro y familia en la UCIN del Hospital San Bartolomé, desde la perspectiva de enfermería.

1.3 PREGUNTA NORTEADORA

¿Cómo es el cuidado humanizado que brinda enfermería al neonato prematuro y familia en la UCIN del Hospital San Bartolomé, desde la perspectiva de enfermería?

1.4 OBJETIVOS

- Describir el cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato prematuro y familia en la UCIN.
- Caracterizar el cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato prematuro y familia en la UCIN.
- Analizar las implicancias del cuidado humanizado al recién nacido prematuro y familia en la salud neonatal.

1.5 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El estudio es relevante porque contribuirá a proponer lineamientos para la práctica de enfermería en el cuidado humanizado neonatal, que podrán ser usados en el fomento del cuidado integral por los directivos de enfermería, contribuyendo como base para la formulación de nuevos indicadores de calidad de cuidado enfermero en la UCIN dentro de un modelo humanístico.

La investigación planteada procesa información valiosa, de las condiciones del cuidado humanizado en neonatos prematuros y sus padres, información relevante que podrá ser utilizada por los gestores y directivos de la institución de salud involucrado, para realizar correcciones de las limitantes y fomentar el fortalecimiento del trato humanizado en los Servicios de Salud.

El estudio contribuirá a establecer características del cuidado humanizado en la UCIN y proponer la necesidad de lineamientos y políticas que promuevan la humanización en instituciones hospitalarias que atiende población infantil en todo el país. Siendo relevante para los gestores del Ministerio de salud del Perú, Dirección general de políticas y normatividad en salud pública, con el fin de elevar la calidad de atención con respeto a la persona, valorando la dignidad humana en toda situación.

La investigación permitirá fortalecer la enseñanza de enfermería sobre el cuidado neonatal, caracterizar el cuidado con el enfoque humanístico y considerarlas en la programación de aprendizaje teórico y de las experiencias prácticas, para programas de pregrado y perfeccionamiento de pos grado.

También el presente estudio contribuye a incrementar el cuerpo de conocimientos para la ciencia de enfermería y servir de base para futuras investigaciones en el área del cuidado integral al neonato prematuro y familia.

El proceso de la propia investigación científica promueve la formación de investigadores en enfermería con alto nivel humanístico y científico basado en modelos teóricos metodológicos y esto a su vez contribuyen en mejorar la calidad de vida del ser humano.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEORICO - CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales

Oliveira et al (12), publica la investigación: El proceso del trabajo del equipo de enfermería en la UTI Neonatal y el cuidado humanizado. Brasil, 2006. El objetivo fue identificar cómo ocurre el proceso de trabajo de enfermería en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, identificando cuál es la percepción del equipo de enfermería sobre su objeto de trabajo, cuales son los instrumentos usados en el trabajo, cuál es la finalidad del trabajo, cuál es el producto final obtenido con el trabajo y cuáles son las acciones realizadas para la humanización del cuidado de enfermería. La presente es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Los sujetos que participaron en el estudio fueron 18 profesionales del equipo de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de un Hospital Universitario en el Oeste del Paraná. En el estudio se obtuvieron dos categorías de análisis denominadas “El proceso del trabajo de enfermería” y “La humanización del cuidado de enfermería”. Como resultado, se percibió que no había una comprensión por parte del equipo de enfermería acerca de la totalidad de su proceso de trabajo y así, las acciones de humanización del cuidado son fragmentadas y restrictas.

Hughes (13), difunde el estudio: Los padres y enfermeras, actitudes hacia la atención centrada en la familia: una perspectiva irlandesa. Irlanda.

2007. El objetivo fue examinar las actitudes de los padres y enfermeras en el modelo de prestación de atención en la unidad de un paciente infantil en un hospital general regional. Este estudio descriptivo se llevó a cabo en la unidad de niños en un hospital general regional de Irlanda. Los resultados del estudio mostraron que, mientras que tanto los padres como las enfermeras notaron la presencia atención centrada en la familia según el caso, hay diferencias entre lo que los padres y las enfermeras veían como su papel en la unidad. Ambos grupos reconocieron la filosofía general de la atención e hicieron comentarios sobre la aplicación real de un enfoque de cooperación, centrado en la familia para el cuidado en la práctica de la unidad. Concluyeron que ambos grupos estuvieron de acuerdo en que había una necesidad de mejora de las instalaciones para los padres residentes en la unidad. Los resultados de la investigación podrían actuar como un catalizador para el cambio y el desarrollo de los proveedores de servicios. Se espera que también contribuya a la mejora de la satisfacción del servicio prestado a los niños enfermos y sus familias por los padres y por las enfermeras que prestan la atención.

Molina et al (14), efectuaron el estudio: La percepción de la familia sobre su presencia en una unidad de terapia intensiva pediátrica y neonatal. Brasil. 2009 Estudio de abordaje cualitativo, tuvo por objetivo comprender como las familias perciben su propia presencia por parte de los profesionales de la salud. Los resultados revelaron el sufrimiento experimentado por los padres, las alteraciones que ocurrieron en la dinámica familiar frente a la hospitalización del hijo y la percepción de los beneficios de su permanencia junto al niño, del acogimiento y del cuidado recibidos. Se concluyó que los

padres valorizan el hecho de que los profesionales demuestran respeto y atención para con ellos y el niño, creando vínculos de afecto y confianza, además de gratitud por el cuidado.

Merighi, et al (15), realizaron estudio titulado: Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. Brasil, 2011. El objetivo del estudio fue comprender como las enfermeras experimentan el cuidado prestado al recién nacido en la presencia de los padres. La metodología consiste en una investigación cualitativa con abordaje de la fenomenología social; tuvo la participación de siete enfermeras, entrevistadas en los meses de enero y febrero de 2009. En los resultados se encontró que la enfermera percibe las necesidades de los padres, tiene expectativas positivas en relación al cuidado realizado y reconoce ser el eslabón entre ellos, ayudándolos a convivir con el hijo internado. Sin embargo, en situaciones de emergencia, tiene dificultades en cuidar al neonato en la presencia de los padres. Concluyen que la enfermera evalúa positivamente la presencia de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal, envolviéndolos permanentemente en el cuidado del recién nacido. El estudio evoca la emergencia de un contexto de cuidado (enfermera/neonato/sus padres) que precede a la aproximación entre los sujetos y las demandas por ellos presentadas.

Silva et al (16), desarrollaron la investigación: Cuidado de enfermería al neonato prematuro en unidad neonatal: perspectiva de profesionales de enfermería. Brasil. 2012. La prematuridad pone en riesgo la vida de neonatos por inmadurez morfológica y funcional de sus órganos. Se objetivó analizar la

práctica de cuidados del equipo de enfermería de una Unidad Neonatal al neonato prematuro. Estudio cualitativo desarrollado en Unidad Neonatal de hospital público en Jequié-Bahia. Los resultados expresaron que los profesionales de enfermería enfocan sus prácticas de atención al neonato prematuro con predominio en los aspectos biológicos, aunque también valorizan los aspectos subjetivos que involucra la atención de enfermería. Siendo así, resulta necesaria la implantación de normas de humanización del cuidado a neonatos prematuros, de manera tal que los profesionales de enfermería puedan incorporar sus presupuestos en forma integral.

Vásquez (17), realiza un estudio titulado: Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Colombia. 2012. El objetivo fue describir el significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos hospitalizados en dos unidades de cuidados intensivos neonatales en la ciudad de Barranquilla. El diseño de este estudio se enmarca dentro de la investigación cualitativa, se utilizó el enfoque particular de interpretación de relatos o narrativas, cuya finalidad era describir el significado de la experiencia de dolor, de los profesionales de enfermería ante la muerte de neonatos hospitalizados. Concluyen que la pérdida de un neonato es vivida de una manera única e individual para cada uno de los cuidadores, a pesar de que existan elementos comunes. Muchos profesionales de Enfermería se quejan de no saber qué hacer ante el proceso de muerte o ante la muerte como tal, refieren no tener los recursos personales, ni la formación profesional, ni el acompañamiento y orientación proporcionados por las instituciones donde trabajan y sienten

dificultades en relacionarse con los familiares, por lo cual urge la necesidad de preparar, formar, acompañar y orientar desde lo individual y colectivo, a través de la orientación de la constitución y creación de equipos especializados para abordar éstas experiencias de dolor, encontrar las vías de afrontamiento de una forma positiva y constructiva de que cómo resultado un buen drenaje emocional y por ende un enriquecimiento personal. Igualmente el beneficio es extensivo en la atención y orientación de los padres afectados, a la profesión y a la institución, al fin y al cabo todo es un valor agregado.

Trajkovski, et al. (18), publican el estudio: Enfermeras neonatales: Perspectivas de la atención centrada en la familia: un estudio cualitativo. Australia. 2012. El objetivo de este estudio fue explorar las perspectivas del papel de las enfermeras neonatales en la facilitación de la atención centrada en la familia, en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Diseño de enfoque interpretativo cualitativo. En los resultados cuatro temas dominantes emergieron de los datos: Conocer a los padres y sus deseos. La participación de la familia en el cuidado diario. Buscando un medio “feliz”. La transición de soporte en todo el continuo. En conclusión estos resultados revelan una comprensión general de los principios de atención centrada en la familia. Las enfermeras informaron de los beneficios y retos de la adopción de un enfoque de atención centrado en la familia para ofrecer una atención óptima a los recién nacidos y sus familias potenciales. El estudio puso de relieve que las enfermeras necesitan apoyo continuo organización, orientación y educación para ayudarles en la entrega de atención centrada en la familia de manera

efectiva. La relevancia para la práctica clínica es la atención centrada en la familia como un principio fundamental que sustenta la atención neonatal. La comprensión de las perspectivas de las enfermeras neonatales será útil en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención centrada en la familia, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, y potencialmente mejorar la atención y los resultados neonatales familiares.

Melo et al. (19), desarrollan la investigación: Enfermería neonatal: el sentido del cuidado existencial en la Unidad de Cuidados Intensivos. Brasil, 2012. Refieren que el cuidado de los recién nacidos prematuros pasa a través de distintos pasos que a veces se entrelazan entre la rutina predominante en las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos, requiere que los profesionales entiendan las sutilezas que se dan entre la atención en el sentido de las actividades y procedimientos realizados en el cuidado del día a día, y en el sentido existencial de ser y cuidar de los demás. Este estudio, en el enfoque fenomenológico de Heidegger, objetivó revelar el sentido existencial de la atención a las madres de bebés prematuros ingresados en Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos. Realizó entrevistas con nueve madres, después de la aprobación por el Comité Ético de Investigación. El análisis por el método de Heidegger dio a conocer que el ser-madre, al ser-con-el-hijo, también se siente atendida por los profesionales, que permiten que ellas enfrenten este momento existencial de una manera más segura.

Antecedentes nacionales

Franco (20), realiza un estudio titulado: Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima. 2003. Cuyos objetivos fueron: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. Concluyeron que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar. Además la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos familiares de sexo masculino, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.

Capcha (21), desarrolla la investigación: Opinión de los padres sobre el cuidado de enfermería al niño hospitalizado, Instituto de Salud del Niño 2003. El objetivo del estudio fue identificar la opinión de los padres sobre los cuidados de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de Neurocirugía del

Instituto de Salud del Niño, fue descriptivo, transversal. El mayor porcentaje de los padres opinaron que las enfermeras les brindaron un trato amable, recibieron la atención de enfermería en el momento que los solicitaron, les dieron orientación al momento del ingreso y educación sanitaria, manifestaron encontrar limpios a sus niños y la enfermera buscó los medios para aliviar el dolor de su niño.

Céspedes (22), describe el estudio: Relación enfermera-familiar del paciente en estado crítico y niveles de ansiedad. 2005. El presente estudio se estableció con el objetivo de demostrar la relación enfermera-familiar y los niveles de ansiedad del familiar del paciente en estado crítico realizado en la unidad de cuidados intensivos del hospital Alberto Sabogal Sologuren durante los meses de Febrero a Octubre del 2004. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, correlacional. Los resultados permitieron concluir que el familiar del paciente en estado crítico presenta diversos niveles de ansiedad, predominando el nivel de ansiedad moderado; la relación enfermera-familiar es mala, demostrando que no existe asociación estadística significativa sin embargo es necesario destacar que la enfermera al extender su cuidado al familiar, éste se convierte en apoyo ante las necesidades biopsicosociales, ofreciendo, fomentando confianza y logrando mantener el nivel de ansiedad en un nivel que no afecte la salud de la familia.

Ninahuanca (23), emite el estudio: Opinión de los padres sobre el cuidado que brinda la enfermera al niño hospitalizado. 2009. El presente estudio tuvo como objetivo Identificar la opinión de los padres sobre el cuidado que brinda la enfermera al niño hospitalizado en el servicio de medicina de una

institución de salud. El tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Los resultados obtenidos se aprecia que el 43.3 por ciento de los padres de familia tuvieron una opinión desfavorable sobre la relación interpersonal de la enfermera con el padre del niño hospitalizado; en cuanto a la confianza que brinda la enfermera al padre el 43.3 por ciento tuvo una opinión medianamente favorable; referente al cuidado integral el 42,2 por ciento de los padres tuvieron una opinión medianamente favorable; sobre la información que brinda la enfermera el 38.9 por ciento de los padres presentaron opinión medianamente favorable. En conclusión es importante señalar que es necesario interactuar más con los padres mediante un trato humano aplicando cuidados basados en la comprensión, en los conocimientos, actitudes y valores brindando las informaciones necesarias para mejorar la comunicación con los padres del niño hospitalizado.

Mera (24), publica la tesis titulado: “El cuidado humanizado a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). 2007”. Tuvo como objetivo: Describir como es el cuidado humanizado de enfermería al paciente moribundo y la familia y plantear como debería de ser el cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo. El estudio es de nivel aplicativo, de tipo cualitativo, los informantes fueron 16 estudiantes del último año de la carrera de enfermería de la UNMSM, el instrumento utilizado fue la entrevista a profundidad. Las consideraciones finales a las que se llegaron fueron: El cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e

insolente; El cuidado humanizado debería basarse en la integralidad de la persona y en la relación de dos seres que se reconocen como humanos mutuamente; El cuidado humanizado debería tener seis características el afecto, conocimiento, comunicación verbal y no verbal , la participación familiar, el respeto, y la consideración de las creencias religiosas.

Navarro (25), estudio titulado: Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido. Servicio de UCIN, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Setiembre 2012. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Los resultados refieren que el 78.3% de padres tienen percepción favorable respecto a la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido. En su dimensión humana un 70% afirma que es favorable, sin embargo un 15 % refiere una percepción indiferente. Mientras que en la dimensión oportuna (53.3%), continua (51.7%), segura (66.2%) se halló una percepción muy favorable. Concluye que la percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido es favorable, mientras que en las dimensiones oportuna, continua y segura es muy favorable.

2.2 REFERENCIAL CONTEXTUAL

En el Perú, la salud es un derecho universal consagrado en las leyes peruanas, por lo que el Estado garantiza la disponibilidad de los servicios, acceso, aceptabilidad, calidad y continuidad.

El fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) refiere que el Perú es un país que ha logrado la mayor proporción de reducción de la mortalidad infantil en las Américas, en los últimos 20 años, sin embargo

existe inequidad en la situación de salud de su población, pues hay regiones con mucha deficiencia en salud en comparación a otras, como es el caso de Cusco, Madre de Dios y Tumbes, que triplica la mortalidad neonatal registrada en el 2011 con respecto a La Libertad, Tacna y Lima, a esto se añade el factor pobreza en estas poblaciones vulnerables. Existe todavía el reto pendiente que el Perú continúe reduciendo la mortalidad neonatal. (26)

El MINSA (27) dice que el Sistema de Salud del país es fragmentado y segmentado, con múltiples actores que intervienen en la prestación de servicios, constituye un factor que debilita el impacto de las intervenciones y la aplicación eficaz de los recursos; duplicidad del gasto y desalineamiento entre gasto de capital y gasto de inversión; lo que limita el acceso a los servicios de salud.

El gobierno peruano a través del Ministerio de Salud inicia a partir del año 2013 un proceso de Reforma del sector Salud, con el fin de eliminar o aminorar las restricciones (normativas, institucionales, organizacionales, de gestión) que operan en el sistema y que impiden que la población ejerza totalmente su derecho a la salud, estableciendo lineamientos de política sectorial en salud que enmarca prioridades como: Atención primaria y mejora de acceso a servicios de salud, recursos humanos calificados y asignados con equidad, acceso a servicios especializados, financiamiento de la salud y rectoría del Ministerio, quedando pendiente el rol de humanización del sistema de salud como un todo.

Existe reglamentación con respecto a la asistencia al neonato, la Norma Técnica Sanitaria N0 106 – MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal” (28), expresa que la atención neonatal en hospitalización es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento y que se detectan durante el periodo neonatal.

Los establecimientos de salud con capacidad resolutive y de acuerdo a su nivel de complejidad, deben contar bajo responsabilidad con un equipo de profesionales (neonatólogo, pediatra o médico cirujano con competencias, enfermera con entrenamiento o especialización en neonatología o cuidados intensivos neonatales), además requieren contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos y exámenes de apoyo.

De acuerdo a la severidad del compromiso clínico, se debe proceder a la hospitalización del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para recibir cuidado médico y de enfermería permanente, intensivo y oportuno, contando con tecnología de alta complejidad; o en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, si el neonato no es crítico pero presenta patología que requiere recibir atención de salud y monitorización no invasiva, vigilancia y manejo de enfermería permanente.

La atención neonatal en hospitalización debe ser oportuna, adecuada e integral para el manejo del neonato con complicaciones de acuerdo a la severidad del compromiso clínico, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad neonatal; promoviendo los cuidados centrados en la familia.

Existe normatividad muy escasa de los sistemas de salud que conduce a la humanización de la atención y los cuidados centrados en la familia.

El Colegio de Enfermeros del Perú, con Resolución No 322-09/CN-CEP pone en vigencia el nuevo Código de Ética y Deontología (29), en el Capítulo I De la enfermera(o) y la persona, artículo 4º refiere: “Es deber de la enfermera(o) brindar atención eminentemente humana, oportuna, continua y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida”. El artículo 9º menciona: “La enfermera(o) debe incorporar a la familia como parte activa en el cuidado de la persona en los niveles preventivo-promocional, tratamiento, recuperación y rehabilitación”. El artículo 11º “La enfermera(o) debe proteger el derecho de la persona a la comunicación y promover los lazos afectivos con su entorno”.

Incluye además textualmente el compromiso que realiza la enfermera ante Dios y en presencia de la Asamblea con las siguientes palabras:

“Velar por que el cuidado que brindo se caracterice por ser humano, cálido, continuo, oportuno y seguro”.

Con esta normatividad ética la enfermera está vinculada a dar un cuidado humano y oportuno al ser humano que necesite de sus servicios en cualquier institución de salud, incluyendo en el área neonatal.

Complementando, el 2015 el poder ejecutivo peruano emite el Reglamento de la Ley No 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Subcapítulo III de Atención y recuperación de la salud. Artículo 19. Derecho al respeto de su dignidad e intimidad.

“Toda persona tiene derecho a ser atendida por personal de salud autorizado por la normatividad vigente, y con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo. El personal profesional de la salud y administrativo de las Instituciones prestadoras de servicios de salud debe brindar una atención con buen trato y respeto a las personas usuarias de los servicios de salud, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos” (30).

El neonato es la persona usuaria que recibe la asistencia sanitaria en una institución hospitalaria cuando requiere recuperar su salud, si éste necesita hospitalizarse en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, él y la familia merecen recibir cuidados accionados con pleno respeto a la dignidad e intimidad y con buen trato.

En España el año 2013, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (31) emite el documento “Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales del sistema nacional de salud” para mejorar la calidad y calidez de la atención en salud a la población menor de 18 años hospitalizada. Se acuerda el siguiente decálogo:

1. Establecer una política institucional que garantice que los niños y niñas hospitalizados en las UCIs pediátricas y neonatales puedan estar acompañados por su madre, padre o familiar, reconociendo el papel esencial que tienen durante el ingreso del menor.

2. Promover que la madre/padre que lo desee pueda permanecer con su hijo/a las 24 horas del día, y acompañarle durante la realización de pruebas médicas dolorosas y estresantes con el fin de reducir su grado de ansiedad, sin interferir en el trabajo profesional.
3. En los recién nacidos/as se favorecerá el contacto piel con piel y la interacción con sus madres y padres el máximo tiempo posible, ya que se han mostrado beneficios para ambos.
4. Impulsar la creación de Bancos de leche materna en los servicios de neonatología de los principales centros hospitalarios.
5. Ayudar al aprendizaje y participación de la familia en los cuidados y la toma de decisiones e informarles de sus derechos y de sus hijos.
6. Promover la sensibilización, la formación y actualización de conocimientos en lactancia materna y la importancia del papel de la madre/padre en el equipo profesional asistencial.
7. Garantizar la continuidad asistencial durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.
8. Ofrecer información y apoyo a las madres y padres que tengan ingresados a sus hijos/as.
9. Desarrollar políticas y prácticas hospitalarias que favorezcan la Iniciativa de hospitales y unidades neonatales amigas de la madre y niño/a de acuerdo con UNICEF y OMS, como la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la asistencia al Nacimiento y la lactancia).

10. Incluir estas medidas en los protocolos de atención de las citadas unidades pediátricas y neonatales del conjunto de hospitales, velando por su cumplimiento.

Europa ha avanzado con respecto a la asistencia de salud al niño con un enfoque de humanización integrado a los servicios de salud. La política de salud reconoce una serie de medidas entre ellas la importancia de la presencia de la familia con los bebés hospitalizados, a la vez fomenta la disposición de facilitar el ingreso de los padres a la UCI las 24 horas del día, para apoyar a sus hijos y hacer el contacto piel a piel, además muestra relevancia en la educación de los padres para el cuidado de sus hijos. Es una sociedad que demuestra el uso de medidas de atención humanizada en la salud infantil por sus grandes beneficios, los cuales resultan de reflexión y reto para la atención de la salud peruana, sobre todo para la población infantil.

2.3 REFERENCIAL CONCEPTUAL

Considerando el objeto de estudio, el referencial conceptual para esta investigación está construido a partir de las concepciones de recién nacido prematuro hospitalizado, familia del neonato prematuro hospitalizado, unidad de cuidados intensivos neonatal.

A. Recién nacido prematuro hospitalizado

Según Castro et al (32) se denomina recién nacido prematuro o pretérmino a aquel neonato nacido con menos de 37 semanas de gestación. Estos niños presentan sus sistemas y órganos inmaduros, pues la edad gestacional determina la madurez del feto.

Además refiere que la etiología del nacimiento prematuro puede darse por factores como enfermedades crónicas, abortos espontáneos previos, polihidramnios, gestación múltiple, malformaciones uterinas, traumatismo uterino, placenta previa, rotura prematura de membrana, cesárea electiva con estimación incorrecta de la edad gestacional.

También pueden atribuirse a factores sociales de la madre como pobreza económica, bajo nivel cultural, hiperactividad materna, tabaquismo y alcoholismo, gestaciones muy frecuentes, mala nutrición, baja talla, edad materna inferior a los 16 años o superior a los 35 años, madres drogadictas, falta de control prenatal.

Así también refiere que los prematuros muestran características clínicas frecuentes como peso inferior a 2 500 g., la longitud es proporcional a su inmadurez y siempre inferior a 47 cm., circunferencia torácica y craneana disminuida, extremidades delgadas, piel fina y lisa, los relieves óseos son más prominentes, escaso desarrollo muscular y disminución del tejido adiposo, los huesos del cráneo son blandos, en mujeres los labios menores protruyen, en varones los testículos no están descendidos totalmente, reflejos primarios disminuidos en función de la edad gestacional.

Los movimientos respiratorios son rápidos, superficiales e irregulares, llamada respiración periódica, caracterizada por breves períodos de apnea. Es muy frecuente el déficit de surfactante y la debilidad de los músculos respiratorios y la caja torácica provoca un

retraso en la vida extrauterina. La capacidad del estómago es muy reducida, existe una descoordinación entre la succión y deglución, retraso del tiempo de vaciado gástrico, digestión incompleta de proteínas y grasas, disminución de la motilidad intestinal.

El recién nacido es poco activo y somnoliento. Sus movimientos son lentos, el tono muscular y los reflejos primarios disminuidos. El llanto es débil y la respuesta motora es escasa. La velocidad del filtrado glomerular es proporcional a la edad gestacional, los riñones y las estructuras urinarias son inmaduras, no concentran bien la orina y presentan déficit en la excreción. Presentan un hígado inmaduro, con un déficit en la síntesis de protrombina, unido a un déficit de la vitamina K.

Son frecuentes los soplos funcionales y transitorios del corazón, un cuadro característico de esta edad es la persistencia del conducto arterioso. El sistema inmunológico está disminuido por la inmadurez existe un déficit anticuerpos que son transferidos desde la madre por medio de la placenta en el tercer trimestre de la gestación.

Las categorías diagnósticas de enfermería más frecuentes para neonatos prematuros son: Patrón de alimentación ineficaz del lactante, definido por el deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución debido a la inmadurez del Sistema Nervioso Central. Así también Termorregulación ineficaz, definido por fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia asociadas con la inmadurez del centro vasomotor. Además Deterioro de

la integridad cutánea definido por lesión de la piel con daño de la epidermis, dermis o ambas, provocada por los electrodos, ya que los RN presentan la piel muy fina y lisa.

El equipo de salud con la gestión de cuidado que realiza enfermería ofrece al prematuro un conjunto de medidas y tratamiento que favorecerán su adaptación fisiológica extrauterina. La manipulación mínima al neonato prematuro es una de ellas. Barón (33) refiere que el personal de enfermería de la UCIN tiene un papel relevante, ya que sus integrantes son quienes más manipulan al bebé. Además deben contar con un plan de trabajo tratando de unificar labores para intentar disminuir las exposiciones al estrés que genera en el recién nacido estos procedimientos, ocasionando trastornos fisiológicos como: apneas, desaturaciones de oxígeno, inestabilidad térmica, vómitos, irritabilidad y otros. El objetivo principal será recrear el vientre materno. La manipulación al neonato puede ser cada cuatro o seis horas para favorecer su maduración fisiológica.

Por otro lado el neonato pretérmino que tiene un peso inferior a 1500g tiene un riesgo relativo de morir 11 veces mayor que el de un niño pretérmino con buen peso, debido a su inmadurez extrema en sus sistemas y órganos, y a las complicaciones que pueden desencadenarse.

Según Lissauer-Fanaroff (34), las complicaciones a corto plazo en los bebés con muy bajo peso al nacer (menor 1500g) son la hemorragia intraventricular, hemorragia grados III/IV, leucomalacia

periventricular, retinopatía de la prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria/inmadurez pulmonar, ductus arterioso persistente, infección y enterocolitis necrosante.

Es así que la evolución satisfactoria de estos pacientes está muy relacionada con los cuidados de enfermería que se llevan a cabo y se debe lograr que el paciente presente una ganancia de peso, más o menos aumentando de 20 a 30 g diarios hasta alcanzar un peso adecuado que le permita adaptarse al medio exterior.

El Comité Científico de Enfermería Neonatal del Hospital Garrahan de Argentina (35) refiere que en las últimas décadas, el tratamiento y los cuidados que se dispensan a los neonatos han experimentado un desarrollo acelerado, sustentado en el diagnóstico prenatal y perinatal del recién nacido de alto riesgo, el cuidado especializado y el avance de la tecnología que permite la supervivencia de los niños críticamente enfermos y de bajo peso al nacer, como así también la planificación del seguimiento de los cuidados del recién nacido de alto riesgo dados de alta.

El perfeccionamiento en el conocimiento de los problemas del recién nacido críticamente enfermo y sus necesidades, sumado a una mayor disponibilidad tecnológica, ha permitido el aumento de la supervivencia de recién nacidos prematuros, sobre todo de aquellos con una edad gestacional extremadamente baja y peso de nacimiento inferior a 1500 g, denominados “de muy bajo peso al nacer”. Esta situación trae

aparejado un incremento de la morbilidad neonatal, con sus correspondientes secuelas.

El Colegio de Enfermeros del Perú (36) regula el cuidado que da la enfermera y es categorizada según grado de dependencia del paciente enfermo. En la unidad de cuidados intensivos neonatal se atiende al recién nacido críticamente enfermo, con dependencia Grado IV, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de perder la vida o deteriorar la salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, el neonato prematuro es demandante de cuidados de enfermería por personal altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.

B. Familia del neonato prematuro hospitalizado

Consideramos al recién nacido como parte de un sistema familiar, un ser humano dependiente de su padres: madre y padre, aunque algunas realidades muestren la existencia solo del lado materno, muy pocas veces solo del lado paterno.

Al respecto Mercer define a la familia como: *“Un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre-padre, madre-feto/niño, y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia”* (37).

En estas circunstancias la madre adopta el rol materno, éste es el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo donde la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. Además el padre o compañero contribuye al proceso de adopción del rol materno como ninguna otra persona, ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción de este rol. La vinculación materna con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja.

Los lineamientos y políticas para el cuidado neonatal deben considerar ampliamente el favorecer el desarrollo del vínculo materno y apoyo de la familia del neonato dentro de las instituciones que hospitalizan recién nacidos, con el fin de preparar a la familia durante el tiempo de hospitalización.

A la vez Cuesta, Espinosa, Gomez (38) complementa que 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.

Los cuidados centrados en la familia del neonato en la UCIN mejoraría la condición de la familia, incrementaría sus conocimientos, desarrollaría actitudes saludables y contribuiría en la mejoría de su recién

nacido, preparándose para el alta hospitalaria y cuidados en el hogar, disminuyendo los reingresos hospitalarios del neonato.

De otro lado, Waldow (39) manifiesta que la familia es una variable muy importante. Su presencia junto al paciente y su cariño son fundamentales, y el equipo debe estar atento, explicando, informando, otorgando apoyo, pues, es de gran ayuda para el crecimiento del ser cuidado. Si la familia no comprende bien la situación, si los miembros del equipo son indiferentes a sus sentimientos y necesidades, la familia, en lugar de ayudar, puede dificultar el proceso de cuidar.

La familia del neonato debe ser integrada en el cuidado del bebé, esto contribuirá a la aceptación de la familia en las terapias, procedimientos y cuidados necesarios para su bebé, si fuera lo contrario y la familia se mantiene desinformada, apartada por los miembros del equipo de salud, ellos pueden reaccionar con dificultades y contradicciones en la estancia hospitalaria de su bebé.

Así mismo Espino (40) refiere la importancia de facilitarle a la madre oportunidades de encuentro con su niño, cualquiera que sea la situación de salud de este, promover ver a su hijo con frecuencia durante el día. La enfermera actúa consolándola, respetándola, escuchándola, acompañándola en sus miedos, así como propiciar que pueda mantenerse tomada de las mano con su niño, incentivarla para que bese y abrace a su niño, acompañarla en su pena y duelo, que la madre sienta que no está sola, acompañarla en el proceso de morir de su hijo.

El neonato requiere recibir el toque, cariño de sus padres durante su hospitalización en la UCIN, la enfermera neonatal debe favorecer este acercamiento familia-neonato durante el día, apoyar en que la madre se acerque a su bebé que ésta en una incubadora y exprese su cariño hacía él. Así también requiere especial atención y acompañamiento los momentos de duelo, donde la familia sienta que la enfermera está apoyando en ese proceso doloroso.

C. Unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN)

Las unidades neonatales son un componente de vital importancia en la atención del neonato críticamente enfermo. Según la capacidad asistencial, las unidades neonatales se han clasificado en tres niveles jerarquizados: Nivel I o de Cuidados Básicos, Nivel II o de Cuidados Especiales o con Alta Dependencia, Nivel III o de Cuidados Intensivos Neonatales. La UCIN está destinada al cuidado de los neonatos médicamente inestables o críticamente enfermos que requieren asistencia médica y de enfermería constante, soporte respiratorio continuo, u otras intervenciones intensivas. Algunas proveen además procedimientos quirúrgicos complicados en el Nivel IIIa, y todo eso más cardiopatías congénitas y ECMO en el Nivel IV (41).

La UCIN debe ser un área con acceso y un ambiente controlado. Deberá situarse próxima a la zona donde se producen los nacimientos (sala de partos, sala de cesáreas), tendrá un acceso libre desde urgencias y desde donde llegan las ambulancias.

Según el MINSA (42), la UCIN tiene las funciones de dar atención al recién nacido complicado que requiere cuidados intensivos. Los recursos humanos son médico neonatólogo/pediatra, disponible las 24 horas; enfermera con competencias en UCI neonatal, disponible las 24 horas; técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención neonatal, disponible las 24 horas.

2.4 REFERENCIAL TEÓRICO - FILOSÓFICO

Considerando el objeto de estudio y los objetivos de la presente investigación el referencial teórico para este estudio fue construido a partir de las concepciones de cuidado humanizado de Jean Watson y enfermería humanística de Josephine Paterson-Loretta Zerad. El referencial filosófico a partir de las concepciones de Leonardo Boff. Las contribuciones convergen para el proceso de clarificación y comprensión de la problemática descrita en torno al cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato y familia en la UCIN.

Según Paterson (43) la enfermería es una respuesta a los males de la condición humana. Se da en determinadas situaciones: un ser humano necesita cierto tipo de ayuda y otro la proporciona. El significado de la enfermería como acto humano está en el acto mismo. El interés de la enfermería no se centra únicamente en el bienestar de una persona sino en su existir más pleno, ayudándola a ser lo más humana posible en un momento particular de su vida.

El Consejo Internacional de Enfermeras define:

“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas” (44)

La enfermería en el área neonatal asiste al recién nacido prematuro que vino antes de completar su madurez fisiológica en el útero materno, ésta asistencia se da a través de una serie de cuidados que buscan proporcionar medidas ambientales que asemejen el útero materno y la adaptación, estabilización y recuperación del prematuro.

El Colegio de Enfermeros del Perú conceptualiza a ese cuidado como el Cuidado Enfermero definiéndolo:

“Conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”(45).

Watson (46) refiere que la esencia de la disciplina de enfermería es la asociación e interacción humanística- científica. La práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida

profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera.

La enfermería profesional como cuidadora posee conocimiento y dominio técnico científico, se centra en la relación de cuidado con la persona usuaria de salud, ésta relación tiene un enfoque humanístico que se fundamenta en valores desarrollados por cada profesional de enfermería.

Boff agrega:

“El ser humano es alguien que debe ser cuidado... Necesita ser cuidado y sentir el impulso de cuidar” (47).

El ser humano como tal desde el nacimiento o inicio de la vida es vulnerable, debe recibir los primeros cuidados para poderse enfrentar a los agresores físicos, para facilitar su adaptación al medio extrauterino. El neonato inestable hemodinámicamente, que se encuentra hospitalizado necesita recibir cuidados que den soporte y favorezcan su adaptación y recuperación de la salud. Así mismo la enfermera neonatal como ser humano preparada y especializada profesionalmente, siente el deseo e impulso de cuidar al neonato prematuro indefenso, proveer de cuidados seguros que logren mejorarlo y desarrollarlo, apareciendo cierta unión y lazos de uno con el otro, además con la familia del recién nacido.

Además Boff refiere, que por su propia naturaleza el cuidado significa actitud de desvelo, interés y atención para con el otro, además de preocupación e inquietud porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente unida al otro.

Amplia Boff: *“Este ser cuidado y cuidar constituye la energía fontal y germinal que va a construir, a lo largo del tiempo y del espacio, la humanidad del ser humano. El cuidado aparece entonces como una actitud amorosa, acogedora y envolvente”*.

El cuidado por lo tanto es humano, logra frutos de humanidad en la persona; el ser humano necesita el cuidado por vulnerabilidad y al mismo tiempo surge la necesidad de cuidar de otro ser humano por impulso y compasión. Se transforma en una relación de seres humanos con una perspectiva atractiva, de cariño y amor. Tal relación es la que muestra la enfermera y prematuro hospitalizado en la UCIN, logrando desarrollar un sentido de humanidad en el proceso de brindar el cuidado al neonato y familia, denominándolo cuidado humano.

Watson (48) basa el cuidado humano en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor. Es una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetiva.

La misma relación que surge cuando la enfermera neonatal asiste a un recién nacido, establece una relación de ayuda al neonato y su familia, teniendo como base el respeto a la dignidad humana. Sin embargo queda pendiente ampliar el cuidado humano no solo al área del cuerpo sino de la mente y el espíritu.

Complementando Boff precisa cualidades del cuidado:

“El cuidado es una actitud de relación amorosa suave, amigable, armoniosa y protectora de la realidad, personal, social y ambiental” (49).

La enfermera neonatal al dar cuidado establece una relación con el neonato prematuro y familia expresando una actitud humana de compasión con el doliente y a la vez preservando su dignidad.

Por otro lado Paterson (50) dice que cada vez que se realiza el acto de cuidar, dos (o más) seres humanos se relacionan en una situación compartida. Cada uno participa en la situación de acuerdo con su modo de ser. Es decir, como alguien que alimenta o como alguien que es alimentado. Es una transacción intersubjetiva. Es una cualidad del ser expresada en el hacer.

Concuerda con Boff quien refiere:

“El cuidado es la vivencia de la relación entre la necesidad de ser cuidado y la voluntad y la predisposición a cuidar, creando un conjunto de apoyos y protecciones que hace posible esta relación indisociable, a nivel personal, social y con todos los seres vivientes” (51).

Muchas necesidades del ser humano son cubiertas por la enfermera a través del cuidado. En una unidad hospitalaria la relación es clara entre la enfermera neonatal y el neonato prematuro hospitalizado; la primera muestra la predisposición de alimentar al recién nacido para cubrir sus necesidades y el segundo tiene la necesidad de cubrir sus demandas fisiológicas de vida, como es la nutrición. A este nivel se presenta una transacción intersubjetiva de ambos seres humanos que experimentan diversas sensaciones durante todo el proceso de la alimentación en una dimensión interhumana, que puede llegar a un cuidado transpersonal.

Watson (52) dice que la capacidad de la enfermera para conectar con la otra persona es traducida a través de los movimientos, los gestos, las expresiones faciales, tacto, sonido, expresiones verbales, los procedimientos, información, y otros medios científicos, técnicos, estéticos, y los medios humanos de la comunicación.

Situación que se identifica con el neonato, cuando la enfermera establece una relación con el recién nacido prematuro hospitalizado y la familia, estableciendo determinados movimientos, gestos, expresiones, tacto, sonido y comunicación.

Watson (53) refiere que la relación de cuidado transpersonal es un tipo especial de relación de cuidado humano, una unión con otra persona, muy respetada para la persona y su estar en el mundo. Busca conectar y abrazar el espíritu o alma de la otra persona a través de los procesos de cuidado y curación, siendo una relación auténtica en el momento; es una unión

espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”.

La enfermera neonatal puede manifestar un estado de intersubjetividad al dar cuidado, en una relación establecida con la unión del neonato prematuro, éste con una dependencia total e inmadurez fisiológica y la enfermera con la responsabilidad de mantenerlo en vida y prepararlo para un adecuado crecimiento y desarrollo.

Boff precisa:

“El cuidado es todo tipo de preocupación, inquietud, desasosiego, molestia, estrés, temor e incluso miedo que pueda alcanzar a personas o realidades con las cuales estamos involucrados afectivamente, y que por eso mismo nos son preciosas” (54).

Cuando se establece ésta relación humana de cuidado enfermera – neonato, con un recién nacido críticamente enfermo, la enfermera puede sentir afecto por él, desarrollando expresiones de preocupación, inquietud, estrés, temor con respecto al empeoramiento de su salud y la aparición de complicaciones.

Es otro sentido de cuidado para Boff:

“El cuidado-precaución y cuidado-prevención configuran aquellas actitudes y comportamientos que deben ser evitados por sus consecuencias dañinas, unas previsibles (prevención) y otras imprevisibles”.

La enfermera neonatal adopta conductas y comportamientos de bioseguridad hospitalaria en diferentes momentos del cuidado, que evitan las amenazas a la salud del neonato prematuro, quien dispone de escaso desarrollo de sus sistemas biológicos y sobre todo del sistema inmunológico, por lo tanto son más susceptibles de complicarse y morir.

Watson (55) define el momento de cuidado al momento (en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos subjetivos, tienen la posibilidad de participar de una transacción humana- humano. Un momento cariñoso implica una acción y una elección tanto por la enfermera y el otro, cada uno siente una conexión, es transpersonal.

Así la enfermera neonatal participa del momento del cuidado con el neonato y familia como una ocasión, en un determinado espacio y tiempo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, experimentando diversos momentos de cuidado humano así como momentos de curación.

Por otra parte Watson aclara:

“La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud”.

El cuidado humano al neonato prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, va más allá de solo curar a través del uso de fármacos, procedimientos invasivos o empleo de tecnología avanzada, sino considerar el comportamiento humano del neonato y su familia, ver a un ser en sus dimensiones de cuerpo, mente y espíritu, para lograr estabilizar y recuperar la salud del neonato.

Complementa Collière cuando refiere:

“Cuidar solo puede tener sentido si el uso de la técnica está integrado en el proceso de la relación” (56).

Se establece la importancia de la interrelación enfermera- neonato y enfermera- familia, en el proceso del cuidado, y no solo del uso de la tecnología, técnicas y procedimientos, para recuperar la salud del neonato en estado crítico.

Además precisa que las nuevas formas de organización del trabajo debidas al desarrollo de las tecnologías, la aceleración del ritmo de vida y la división de las tareas, han impregnado progresivamente todo el proceso de los cuidados, en primer lugar, separando los cuidados de mantenimiento (hábitos de vida: aseo, alimentación y otros) y los cuidados de curación (cumplimiento de prescripciones médicas), posteriormente desarticulándose y haciéndoles perder una gran parte de su significado. Los cuidados se convirtieron de esta forma en actos aislados, estereotipados y casi ficticios.

La enfermera neonatal de la UCIN enfoca su actuar y tiempo en una gran variedad de cuidados curativos a los neonatos, estos cuidados se enfocan en el cumplimiento de prescripciones médicas y procedimientos invasivos; quedando los cuidados básicos de mantenimiento que promueven la vida, delegados o separados y considerados de menor importancia; presentando una imagen de que la enfermera profesional es dependiente en su labor y solo es una buena cumplidora de terapéuticas médicas.

La diferencia se centra en el cuidado humanizado que la enfermera brinda al neonato y familia, según Watson (57) se fortalece en la interacción enfermera – paciente; conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal. Esta trascendencia permite a ambos, el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Coincidiendo con Paterson (58) quien refiere que las enfermeras deben abordar la enfermería consciente y deliberadamente como una experiencia existencial, como una realidad, que puedan describir fenomenológicamente los estímulos que se reciben, sus respuestas y lo que llegan a conocer a través de su presencia en la situación del cuidado del prójimo. No rechaza los avances tecnológicos, sino más bien trata de incrementar su valor al considerar su uso dentro de la perspectiva del desarrollo del potencial humano.

Estableciendo una perspectiva para la enfermera neonatal, el cuidado humanizado permite visualizar al neonato como un ser completo con diversas dimensiones humanas, un ser único con características y comportamiento

individual, donde la enfermera establece una interacción productiva y humana e incluso espiritual, destacando el cuidado transpersonal al neonato y su familia, en medio de toda la tecnología actual de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Gomez (59) refiere que existen enfermeras con visión de hombre-máquina que deshumaniza el cuidado. El paciente se reduce a un cuerpo físico, a un órgano enfermo, a una máquina, a un diagnóstico, a un número. La deshumanización del cuidado hace que las profesionales caigan en tareas rutinarias, falta de interés, falta de compromiso, no contacto con el paciente, desatención y soledad.

La enfermera de la UCIN no está lejos del riesgo de la deshumanización del cuidado, al tratar al neonato como un ser solamente biológico, el cuidar solo la dimensión corporal del ser según la fisiopatología de la enfermedad, y el hecho de usar variedad de maquinaria y tecnología en el cuidado intensivo incrementa el riesgo mucho más.

Agrega Johanson et al (60), que dentro de las situaciones tecnológicas el ambiente de atención de salud dispone de la tecnología dura: de máquinas, aparatos, instrumentos, necesarios para las actividades asistenciales; además de una tecnología blanda: la tecnología de relaciones humanas, ésta se fundamenta en un encuentro entre personas que actúan y se influyen mutuamente en un espacio intersubjetivo, donde existen momentos de habla, escucha e interpretaciones, con momentos de confiabilidad y esperanza en los cuales se producen relaciones de vinculo y aceptación. El cuidado pierde su

lado humano cuando el enfoque está exclusivamente expuesto a maquinaria, procedimiento, patología o en el ambiente los cuidados se tornan despersonalizados y poco acogedores, ya que las dimensiones humanas no son destacadas.

El uso de maquinarias, equipos y aparatos en el cuidado del neonato en la UCIN es parte del cotidiano de la enfermera, además forma parte de la tecnología dura de la institución, si la enfermera neonatal centrara sus cuidados sólo en ésta, llegaría a la despersonalización y deshumanización tratando al neonato como objeto.

Complementando Espino (61) comenta que si fuese el trabajo de la enfermera, solo trabajo ajeno al complejo Ética – Cuidado – Amor; este produciría en la enfermera explotación, desgaste, agotamiento y cansancio, estableciendo una relación sujeto-objeto de la enfermera con el niño; por el contrario, si se tomaría el trabajo de la enfermera como “ser cuidado”, éste traería beneficio no solamente para el que desarrolla el trabajo, sino para quien recibe el beneficio del trabajo, es decir sería una relación sujeto-sujeto donde predominen las relaciones humanas.

Una relación sujeto-sujeto muy necesaria entre la enfermera con el neonato prematuro, un ser totalmente dependiente con necesidades básicas que satisfacer al inicio de la vida con el fin de garantizar su adaptación al medio extrauterino.

En ésta relación sujeto-sujeto ésta inmersa la enfermera con el niño hospitalizado dentro de un marco de cuidado humanizado que incluye el hablarle, cargarle, calmarle el dolor, proveerle confort, alimentarlo, pueden considerarse éstas acciones de naturaleza física, sin embargo pueden producir también resonancias emocionales. Además refiere que la enfermera asiste las necesidades sociales del niño, al facilitar sus encuentros con la madre y padre o familiares. Siendo considerado y respetado como ser – sujeto dotado de emociones e individualidades y no como objeto de intervenciones.

Watson (62) expresa el cuidado humano a través de los diez factores caritas. "Caritas" viene de la palabra griega que significa para acariciar, para apreciar, a prestar especial atención, amorosa, la atención a algo. Estos factores caritas son:

- a. Formación de un sistema humanístico–altruista de valores. Se transforma en proceso caritas de “Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado”.

El cuidado se basa en un conjunto de valores altruistas humanistas universales. Valores humanos incluyen la bondad, la empatía, preocupación y amor por uno mismo y los demás. Se derivan de experiencias de la infancia y se ven reforzadas por las creencias, las culturas y el arte. Valores altruistas surgen de los compromisos con la satisfacción de recibir a través de dar. Sentimientos altruistas-humanistas y actos constituyen la base del cuidado humano y

promueven la mejor atención profesional, como tales, constituyen el primer y más básico factor para la ciencia y la ética del cuidado.

Cada enfermera debe cultivar estos valores altruistas a lo largo de su vida y en el cotidiano del cuidado al recién nacido.

- b. Inculcación de fe-esperanza. “Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar”.

Menciona que la historia de la medicina está repleta de documentación sobre la importancia de la creencia de una persona en la fe y la esperanza. Por ejemplo, Hipócrates creía que la mente y el alma de una persona enferma deben inspirarse antes del tratamiento. En muchos otros ejemplos, la medicina en sí era secundaria a la magia, conjuros, hechizos y oraciones. Independientemente de la pauta científica para la atención médica de una persona, la enfermera debe nutrir la fe y la esperanza y el sistema de creencias profundas del ser-cuidado. Incluso cuando no hay nada más que hacer por razones médicas.

Permitir a la familia del neonato prematuro hospitalizado cultive un sistema de creencias y ejecute sus rituales o ceremonias a favor de su bebé, fortalecerá el desarrollo de la fe – esperanza y contribuirá a la sanación del mismo.

- c. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás. El proceso caritas refiere “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”.

El desarrollo de uno mismo y el fomento del juicio, los valores y la sensibilidad en las relaciones humanas evolucionan a partir de los estados emocionales. El desarrollo de la sensibilidad se siente alentado por la humanidad y las experiencias de vida de compasión. La sensibilidad es el libre reconocimiento de los sentimientos dolorosos así como los felices. Se cultiva mirando en uno mismo y la voluntad de explorar los propios sentimientos. Las personas que no son sensibles y reprimen sus propios sentimientos pueden ser incapaces de permitir a otros expresar y explorar sus sentimientos.

Las enfermeras que son sensibles a los demás son más capaces de aprender acerca de la vista de la otra parte del mundo, lo que permite posteriormente, que aumente la preocupación por la comodidad de los demás, la recuperación y bienestar. Las enfermeras que reconocen y utilizan su sensibilidad promueven el desarrollo personal y la auto-realización, y son capaces de estimular el crecimiento de la misma en otros. Sin este factor de cuidados la enfermería caería en deshumanización.

Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros.

Resulta conveniente para la enfermera al brindar el cuidado al neonato y familia desarrollar la sensibilidad, a través de la búsqueda de sus propios sentimientos, enmarcados en la compasión y preocupación por el bienestar del recién nacido.

- d. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza. Proceso caritas: “Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo – confianza”.

La relación de cuidado humano es transpersonal, en el que connota un tipo especial de relación: una conexión con la otra persona, un gran respeto por toda la persona y su ser-en-el-mundo. En la relación de cuidado humano transpersonal, la enfermera entra en la experiencia de otra persona, y otro puede entrar en la experiencia de la enfermera. Esta conexión hace honor a la preocupación de la dignidad humana y la preservación de la humanidad. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado.

Implica poseer coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

El cuidado humano al neonato y familia incluye una relación efectiva entre la enfermera y el neonato, a través de un vínculo de cuidado transpersonal, donde existe una conexión con el neonato prematuro como persona en el inicio de la vida con respeto y dignidad.

- e. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. Proceso Caritas: “Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión, con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar”.

Los sentimientos tienen que ser reconocidos y considerados en el proceso de cuidado humano. Es necesario que las enfermeras que participan en el proceso de cuidar humano consideren el enfoque en los sentimientos y los aspectos emocionales "no racionales" de un evento. La relación de cuidado puede pasar a un nivel más profundo, más honesto y auténtico si la enfermera permite este factor carita. Escuchando la historia de otros, la enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes. Las emociones juegan un rol preponderante en la

conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos.

El cuidado humanizado incluye permitir a la familia del neonato prematuro expresar sus sentimientos sean positivos o negativos, en base de una relación auténtica, profunda, con honestidad.

- f. Utilización sistemática del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. Proceso Caritas: “ Proceso de cuidado creativo, basado en la Solución de Problemas”

El profesional de enfermería emplea el proceso de enfermería, como un método creativo, de resolución de problemas. Un enfoque creativo que reconoce que las enfermeras utilizan todas las formas de conocimiento / ser / hacer en la participación en el cuidado clínico. Este proceso implica para la enfermera el uso completo de sí misma y todas sus facultades de conocimiento, instinto, intuición, estética, tecnología, habilidades, ética personal e incluso espiritual. El proceso invita a la imaginación creativa, así como la lógica científica, sistemática y tecnología.

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero del neonato, disipando la imagen tradicional de la enfermera

dependiente, solo cumplidora de indicaciones médicas o ayudante del médico.

- g. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Proceso caritas: “Participar en una experiencia autentica de enseñanza – aprendizaje que asista a la unidad del ser – significado, intentando mantenerse en el marco referencial del otro”.

Las enfermeras tienen una larga historia sobre el papel educativo de enseñanza, sin embargo ha habido un mayor énfasis en la transmisión de información, en lugar de una intencionalidad consciente de participar en los procesos de auténticas relaciones de reciprocidad, en el que la enfermera busca trabajar en el marco de referencia del paciente, agarrando el significado y la importancia de la información para la persona, así como la disposición y la oportunidad para la persona de recibir la información.

El aprendizaje de los cuidados del neonato por parte de la familia es algo más que la recepción de información y datos. Se trata de una relación de cuidado enfermera - familia como contexto para cualquier enseñanza aprendizaje en un momento oportuno.

- h. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. Proceso caritas: “Crear un entorno de curación a todos los niveles, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien”.

Explica que el propósito de proporcionar un entorno de este tipo es una atención de calidad para la curación. Las áreas que involucran este factor son: comodidad, intimidad, seguridad, limpieza, entorno estético. Las enfermeras a menudo tienen un alto grado de control del medio ambiente, pero sin una conciencia de obligación de asumir la responsabilidad sistemática del medio ambiente para proteger, apoyar y / o corregir al paciente.

Además la enfermera como parte del entorno puede preguntarse: “Si estoy en el medio ambiente, ¿cómo puedo ser un entorno más favorable para la curación y cuidado?”; “¿Cómo puedo usar mi conciencia, mi ser, mi presencia, mi voz, mi toque, mi cara, mis manos, mi corazón para la curación?”

La enfermera neonatal dispone velar por un entorno de curación favorable para el neonato prematuro, dadas las condiciones físicas de inmadurez de sus sistemas biológicos, con cuidados ambientales de calor adecuada, luz, ruido, humedad y manipulación mínima, favoreciendo su adecuada estabilización al medio extrauterino.

- i. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. Proceso caritas: “ Ayudar con las necesidad básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando cuidados humanos esenciales, que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”.

La enfermera ayuda con las necesidades básicas de los enfermos, da acceso al cuerpo físico de una manera muy íntima. En un modelo de ciencia del cuidado se reconoce que la enfermera, no está sólo tocando un "cuerpo físico" o realizando satisfacción de las necesidades físicas, sino también del espíritu. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Todas las necesidades están unificadas y son interdependientes; todas las necesidades son igualmente importantes y deben ser valoradas y responder en el cuidar para la curación.

La enfermera neonatal debe centrar sus cuidados más allá del componente físico, ampliarse a las dimensiones psicoemocionales, sociales y espirituales del neonato y familia durante la hospitalización en la UCIN.

- j. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. Proceso caritas: "Abrirse y atender a las dimensiones espiritual – misteriosa y existencial de la propia vida – muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado".

Este último factor caritas ocasiona el fenómeno de las incógnitas, que no se pueden explicar científicamente, a través de la mente occidental de la medicina moderna. Se permite el misterio y aspectos filosóficos, metafísicos de las experiencias humanas y fenómenos que no se ajusten a las opiniones convencionales de la ciencia y el

pensamiento racional. Está llena, de creencias culturales, mitos y metáforas y mundo de la vida interior subjetiva de la enfermera y los pacientes y sus familias, lo que permite curaciones y curas milagrosas.

En la neonatología existen casos de curación resueltos que no se pueden explicar con un razonamiento lógico o científico, la enfermería abre las puertas a éstas experiencias humanas significativas.

Surge como reto para la enfermería neonatal de hoy activar y beneficiar de los diez factores de cuidado y proceso caritas en la relación de cuidado enfermera–neonato y relación enfermera- familia del neonato, para incentivar y favorecer una relación más humana en el propósito de restablecer la salud del recién nacido con dignidad y con mínimas secuelas en la UCIN.

Esta teoría refiere que la enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas sanitarios.

Por lo tanto sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano,

espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

El proceso caritas es una dimensión decididamente espiritual y una evocación abierta de amor y cariño que se ve fusionado para una nueva cosmología unitaria para este milenio. Esta perspectiva pone irónicamente a la enfermería dentro de su marco más maduro y es consistente con el modelo de Nightingale. Esta dirección va más allá de la teoría y la convierte en una profesión a la espera de su evolución, convergiendo nuevo paradigma para el futuro de la enfermería.

La ciencia del cuidado de Watson (63), fomenta el cambio hacia una ciencia del Cuidado Transformador, que consiste en los siguientes aspectos.

- El paso del caso al “Rostro”.
- De pacientes a “Personas llenas de Espíritu detrás de una enfermedad”.
- De Diagnóstico médico dado por el significado de la enfermedad al “Cuidado centrado en una relación”.
- De Desempeño / Hacer a “Presencia, Confort”.
- Desde el punto de vista Médico-clínico de la humanidad a la “Unidad de Mente/ Cuerpo/Espíritu, Unidad-Conectividad”.
- De Modelos industriales a “Modelos creativos, maduros modelos profesionales de cuidado-curación”.

Se establece la necesidad de un cambio de paradigma para los sistemas de salud y sus componentes: todos los grupos profesionales y técnicos, incluidos las enfermeras quienes establecen y lideran la relación de cuidado.

En la neonatología también resulta imprescindible un cambio hacia la humanización del entorno de la UCIN, la transformación de enfermería, con enfermeras que expresen el cuidado humano en su más completa dimensión, a través de una relación “caritas” hacia el neonato y la familia, contribuyendo en su más completo bienestar y no sólo en la dimensión corporal.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de naturaleza cualitativa. Este enfoque comprende la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundiza en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. (64)

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El estudio uso el método Descriptivo Exploratorio. La investigación exploratoria tiene por objetivo conocer el objeto de estudio tal como se presenta, su significado y el contexto donde se inserta. Su enfoque se dirige a la mayor aproximación con el problema, con el fin de hacerlo más explícito. Este tipo de investigación tiene como alcance el perfeccionamiento de las ideas o el descubrimiento de nuevas ideas (65).

3.3 SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN

El Sujeto de estudio fue la enfermera asistencial que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. La enfermera labora en ésta unidad 150 horas mensuales en turnos rotativos de doce horas: Diurnos de 7 a.m. a 7p.m. y Nocturnos de 7 p.m. a 7 a.m. Para caracterizar al sujeto de estudio se elaboró un cuadro explicativo, en el cual se mantiene el anonimato de las enfermeras del estudio.

Tabla 1
Perfil de participantes del estudio. Lima Perú. 2015.

Orden	Edad	Género	Estado Civil	No de hijos	Condición laboral	Tiempo de servicio UCIN	Especialidad Cuidado Intensivo Neonatal	Labora en otra institución de salud	Problema de salud
E1	48	Femenino	Casada	0	Nombrado	18 años	Si	Si	No
E2	55	Femenino	Casada	2	Nombrado	21 años	Si	Si	No
E3	40	Femenino	Casada	0	Nombrado	11 años	Si	Si	Si
E4	33	Femenino	Casada	2	Contratado	3 años	Si	Si	No
E5	42	Femenino	Soltera	2	Nombrado	8 años	Si	Si	No
E6	34	Femenino	Soltera	0	Nombrado	8 años	Si	Si	Si
E7	55	Femenino	Casada	2	Nombrado	21 años	Si	Si	No
E8	36	Femenino	Soltera	0	Nombrado	9 años	Si	Si	No
E9	48	Femenino	Casada	2	Nombrado	20 años	Si	Si	Si

Fuente: Cuestionario de datos sociolaborales. Elaborado por Broncano Y. Aplicado a enfermeras asistenciales participantes del estudio en la UCIN del Hospital San Bartolomé, 2015.

Las participantes del estudio en su totalidad son mujeres, edades entre 33 a 55 años, la mayoría son casadas, tienen en promedio dos hijos como carga familiar, tienen condición laboral estable (nombrados), laboran en la UCIN del Hospital San Bartolomé entre 3 a 21 años, son enfermeras con especialidad en cuidados intensivos neonatales, dedican un tiempo a laborar en otra institución de salud en sus días libres, solo algunas padecen algún problema de salud actualmente.

Criterios de inclusión:

- Enfermera asistencial del Servicio de Cuidados Críticos del Neonato del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Criterios de exclusión:

- Enfermera que ejerció labor administrativa en el servicio.
- Enfermera que se encontró de vacaciones o descanso médico.

Participaron nueve enfermeras que aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado, ellas fueron incluidas con técnica de saturación. Se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. (66)

3.4 ESCENARIO DEL ESTUDIO

El escenario de la investigación fue el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” es un órgano desconcentrado del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) del Ministerio de Salud, normalizado en el Reglamento de Organización y Funciones aprobado con RMN°884-2003-SA/DM. Es un hospital especializado en atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la atención integral del neonato, niño y del adolescente. Es un establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación altamente especializada y de enfoque integral a la mujer con necesidades de atención en su salud sexual y reproductiva y al neonato, niño y adolescente, que proceden de cualquier punto del ámbito nacional. Se encuentra ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 825 del distrito de Cercado de Lima, en la provincia de Lima, departamento de Lima, país Perú.

Esta institución de salud brinda servicios del tercer nivel de atención, y ostenta la categoría III-1, la cual le ha sido otorgada mediante Resolución Directoral N° 615/2005-DG-DESP-DSS-DISA.V.LC del año 2005, asegurando la respuesta a las necesidades de salud de la población que atiende.

El Servicio de Cuidados Críticos del Neonato también conocido como Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), dispone de 9 camas de Neo UCI y 4 camas de Neo UCI intermedio. Con respecto al equipo de enfermería laboran una enfermera jefe de servicio, 25 enfermeras asistenciales y 15 técnicas de enfermería que dependen orgánicamente del Departamento de Enfermería.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUALITATIVOS

Técnica de recolección de datos

La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada a profundidad, el instrumento usado fue una guía de entrevista y un cuestionario de datos sociolaborales.

El cuestionario de datos sociolaborales fue llenado en un promedio de cinco minutos. Se continuó con la entrevista a profundidad a las enfermeras a través de grabación de voz con grabadora Digital Voice Recorder Olympus, duraron entre diez minutos a cincuentaicinco minutos el máximo.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la ejecución del presente estudio de investigación a nivel institucional se tramitó y se obtuvo la aprobación de la Dirección General, la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con Oficio No-564-OADI-HONADOMANI.SB-2015. A la vez se obtuvo el visto bueno de la Jefatura de Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos y de la Jefatura del Departamento de Enfermería para brindar las facilidades para la recolección de datos.

Se coordinó la ejecución del estudio con la Enfermera Jefe del servicio de Cuidados Críticos del Neonato. En la reunión mensual de enfermeras asistenciales del servicio mencionado, se realizó la explicación y motivación del estudio de investigación.

El contacto con las enfermeras se realizó en el servicio previa coordinación, estableciendo una cita con ellas previamente. En un primer contacto con la enfermera – informante, la investigadora se presentó e identificó, luego se le explicó los motivos e intenciones de la investigación, así como todos los aspectos éticos y el consentimiento informado.

Después de la firma del consentimiento informado, la participante llenó el cuestionario de datos sociolaborales y se realizó la entrevista semiestructurada a profundidad con grabación de voz. Al final se le agradeció con un presente simbólico: lapicero grabado con el logo de neonatología.

Procesamiento de datos

El método de análisis de datos se realizó con análisis de contenido: temático, en forma simultánea al recojo de información. Cada entrevista de voz fue traducida de manera textual, ésta fue analizada con análisis temático y procesada manualmente. La información obtenida fue codificada y segmentada en unidades de significado, en sub categorías y finalmente en categorías.

El cuestionario de datos sociolaborales fue aplicado y procesado, se obtuvo el perfil de las participantes en el presente estudio.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de ética del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para su ejecución. La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios éticos y de rigor que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación (67). Se considera los siguientes criterios éticos:

A. Principio de Beneficencia

Los sujetos de la investigación no fueron expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por la información revelada durante las grabaciones o cuestionario, los cuales son confidenciales y sólo utilizados para fines de investigación.

B. Principio de Respeto o Dignidad Humana:

Cada sujeto decidió en forma voluntaria su participación o no en la investigación, a través de la aceptación del documento de consentimiento informado, además estuvo en la facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación. Adicionalmente recibieron información completa y clara sobre la investigación a realizar.

C. Principio de Justicia

La información que se recolectó durante el curso de la investigación se mantuvo en estricta confidencia por lo que cualquier información no fue reportada en público ni fue accesible a otras partes que no eran de la investigación y después de finalizado el estudio todo tipo de información escrita o audible fue eliminada.

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (68).

A. Credibilidad

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como "reales" o "verdaderos" por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido

como informantes clave. En el presente estudio se recolectó los datos a través de grabaciones de voz que fueron transcritas por completo sin omitir o agregar información, todo el proceso siguió los pasos necesarios para mantener constantemente la confianza y la información obtenida se apegó a la verdad.

B. Consistencia

Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. A lo largo del presente estudio de investigación se realizó comparación constante con resultados emergentes con teorías previamente formuladas.

C. Confirmabilidad

Bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. Para lograr la objetividad el instrumento de recolección de datos reflejó los objetivos del estudio, se realizó transcripciones textuales de las entrevistas, la escritura de los resultados se contrastó con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo evidenciamos la construcción del cuidado humanizado al neonato prematuro y familia en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, desde la perspectiva de enfermería.

Después del procesamiento de datos y su respectivo análisis temático, emergen las siguientes categorías conceptuales centrales:

I. Brindando cuidado integral y especializado al neonato prematuro hospitalizado; de la cual emergen tres subcategorías: 1. Brindando bienestar y comodidad al neonato prematuro. 2. Desarrollando el área sensorio motriz o psicoemocional del neonato prematuro. 3. Conservando un medio ambiente extrauterino protector para el desarrollo del neonato prematuro.

II. Entregando cuidados de soporte a la familia del neonato prematuro; de la cual emergen tres subcategorías: 1. Fortaleciendo el apego parental. 2. Educando a la familia durante el proceso de hospitalización. 3. Brindando apoyo espiritual en situación de crisis de la familia.

III. Cuidando a pesar de factores intervinientes y sentimientos encontrados de la enfermera en el cuidado humanizado del neonato y familia.

4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CATEGORIA I: Brindando cuidado integral y especializado al neonato prematuro hospitalizado C-I:

Durante las décadas de 1940 y 1950, se puso en marcha la unificación de los criterios para el manejo de los recién nacidos prematuros y surgieron las primeras incubadoras para la estabilización térmica. A partir de ese momento se incrementaron el conocimiento y la tecnología para la atención de los recién nacidos prematuros y con enfermedades de origen genético, lo cual posibilitó la sobrevivencia en buenas condiciones de millones de niños en todo el mundo.

Los servicios de Neonatología contaron en su habilitación, funcionamiento y desarrollo, con la presencia de enfermeras altamente calificadas que integraron los equipos aportando conocimientos idóneos.

La formación profesional de las enfermeras fue determinante para transformar los resultados en la atención de salud de los recién nacidos, al tiempo que posibilitó el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños con mayores controles y mejores cuidados.

Las enfermeras de la UCIN del Hospital San Bartolomé mantiene un nivel adecuado de formación y entrenamiento neonatal, según el perfil de participantes del estudio, todas las enfermeras poseen Especialidad en Cuidados Intensivos Neonatal, facilitando la entrega de un cuidado especializado de alta calidad científica y tecnológica.

El neonato prematuro al nacer se presenta indefenso, expuesto a múltiples estímulos extrauterinos, además de presentar órganos y sistemas inmaduros carentes de protección inmunológica, a diferencia de los neonatos término.

La enfermera como integrante del equipo de salud recibe al neonato prematuro menor de 1500g con factores de riesgo que ingresa a la UCIN, iniciando una relación de cuidado, con el objetivo de brindar cuidados que favorezcan la adaptación del recién nacido al medio extrauterino y la recuperación hasta el proceso de alta hospitalaria, en un determinado tiempo.

Esta asistencia que provee la enfermera presenta un enfoque integral, fortaleciendo la atención de las dimensiones corporales, psicoemocionales y ambientales del neonato.

1. Brindando bienestar y comodidad al neonato prematuro. CI-SC1:

El neonato prematuro al nacimiento sufre una serie de cambios fisiológicos y de adaptación para pasar al medio extrauterino, sus sistemas en general resultan inmaduros para adaptarse al exterior, implicando el uso de asistencia más compleja y de más tiempo en la UCIN. Con la perspectiva de cuidado humanizado la enfermera asiste las funciones corporales del neonato prematuro rescatando el bienestar y comodidad, como lo demuestran los siguientes discursos:

[...] *El prematuro tiene horarios en los cuales nosotros nos acercamos y le brindamos el confort. E3*

[...] *Estamos pendientes de ellos con el confort... y tratamos de darles la mejor estancia durante nuestro turno. E6*

[...] *Cuando se le realiza el confort ya sea en el baño, o en el momento que toca el cambio del pañal, se tiene un cuidado humanizado. E4*

[...] *Damos el cuidado integral, con respecto a la higiene corporal el aseo en el día y en la noche. E1*

[...] *Le damos succión no nutritiva para que no tenga dolor, o acomodarlo, de repente con la ropita fijarlo para que no se mueva, tratar de calmarlo lo más posible. E6*

[...] *Que la saturometría esté bien, controlar la oxigenoterapia, protegerle de todos los accesorios que tiene, para que no le vaya producir alguna lesión o problema posterior. E7*

La enfermera considera como parte del cuidado humanizado la asistencia al confort o comodidad para el prematuro dentro de la incubadora en diversas circunstancias: cuando realiza la higiene corporal una vez al día en el turno nocturno; cuando realiza higiene perineal y cambio de pañal cada tres horas o cada vez que se programa la manipulación; a la vez también considera relevante para su comodidad física el manejo del dolor utilizando medidas no farmacológicas que constituyen un soporte de tranquilidad para el neonato; considera también que la oxigenoterapia debe ser supervisada con la

saturometría en cada neonato con el fin de controlar los niveles adecuados de oxígeno a través de fracción inspiratoria de oxígeno que se da al prematuro y prevenir secuelas por hiperoxia o hipoxia; así también vigilar todo tipo de dispositivo o accesorio que tiene instalado, para evitar lesiones en la piel o mucosas u otras complicaciones, como sonda orogástrica, tubo endotraqueal, catéter percutáneo, catéter venoso central, catéter umbilical venoso, catéter venoso arterial, vía periférica, sonda vesical, sensores de saturometria, manguito de presión arterial, electrodos en tórax.

Sola (69), refiere que existen medidas que traen consecuencias en la salud del neonato prematuro como pinchazos innecesarios, dolor, estrés, ruido, impedir ciclos normales del sueño, malas posiciones, no usar medidas de confort, y otras. Las consecuencias en la vida adulto de los bebés que no reciben correctamente estas rutinas son parálisis cerebral, retraso motor y disminución de cociente intelectual, estado neuropsicológico adverso, disminución del potencial máximo de crecimiento en peso y talla, entre otros.

Los cuidados adecuados y permanentes de confort y comodidad que realiza la enfermera al neonato prematuro son básicos para la disminución del estrés, el buen descanso y adecuado desarrollo neonatal contribuyendo a la prevención de secuelas ya mencionadas.

El cuidado de enfermería tiene impacto directo en la maduración, el desarrollo y la conservación de la piel en recién nacidos prematuros y neonatos enfermos. Son aspectos importantes la integridad de la piel, la higiene

(con especial atención al cuidado del ombligo y el área del pañal), el control de la temperatura y el adecuado uso de antisépticos y emolientes.

Salcedo (70), refiere que el cuidado de la piel del recién nacido es especialmente delicado ya que carece de flora bacteriana saprofita en el momento del nacimiento y existe en ella una herida fisiológica (cordón umbilical). Además, el personal sanitario que se ocupa de su cuidado y los fómites entre ellos ropas de incubadora, dispositivos o accesorios médicos en el paciente, potencialmente pueden ser una fuente de agentes infecciosos. El pH cutáneo normal es ácido y varía entre 4,5 y 6 según las zonas. Este manto ácido interviene en la inhibición de la proliferación microbiana. En el momento del nacimiento el pH del neonato es neutro, acidificándose posteriormente. En el recién nacido pretérmino hay que evitar los agentes de limpieza que suelen ser alcalinos, durante las dos primeras semanas y limpiar la piel suavemente sólo con agua tibia para favorecer la formación de la capa ácida.

La aparición de la dermatitis del pañal en la región perineal está en relación con la humedad, la irritación producida por las heces y la orina, la maceración de piel secundaria a la oclusión por el pañal y la colonización microbiana, sobre todo por *Candida albicans*. En la mayoría de los casos se debe a que los cambios de pañal no se realizan con la suficiente frecuencia. La utilización de jabones alcalinos aumenta transitoriamente el pH cutáneo y favorece la irritación y las infecciones.

La calidad del cuidado enfermero neonatal relacionada a una adecuada higiene corporal y perineal del neonato prematuro permite disminuir las lesiones de piel y las infecciones por contaminación contribuyendo a mejorar los estándares de salud y sobrevida neonatal.

Coincidimos con Lemus-Valera et al (71), quien refiere que la succión no nutritiva a través del chupete o chupón, disminuye las expresiones faciales de dolor y del llanto, se atribuyen a la mediación del sistema opioide endógeno en la inhibición de la transmisión de la nocicepción, de forma fisiológica. Incluso se ha comunicado que el chupete o chupón humedecido con solución glucosada o sacarosa reduce la respuesta al dolor con mayor eficacia que la succión no nutritiva única. Las soluciones glucosadas proporcionan estimulación a nivel de los receptores de membrana celular en el cerebro, donde se localiza el sistema de opioides endógenos.

Las medidas no farmacológicas para calmar el dolor en el neonato son usadas por las enfermeras de la UCIN con un sentido de mantener al neonato lo más cómodo posible, incluso en procedimientos dolorosos, disminuyendo el estrés, contribuyendo a la salud neonatal con la disminución de las alteraciones fisiológicas con el fin de no interrumpir su propio crecimiento y desarrollo.

A través de los años la oxigenoterapia ha sido el tratamiento para resolver la hipoxia en el neonato, actualmente su uso resulta de gran riesgo, al pasar rápidamente a casos de hiperoxia con efectos no deseados.

Según Hernandez (72), desde hace tiempo se conocen las propiedades tóxicas del oxígeno en los pulmones de seres humanos y animales. Los pulmones de mamíferos expuestos a una concentración de oxígeno al cien por ciento desarrollarán alguna evidencia de cambios tóxicos en pocas horas. Los signos histológicos agudos después de la exposición a diversas concentraciones de oxígeno incluyen destrucción del epitelio de revestimiento alveolar y daño del endotelio capilar con hemorragia y edema intersticial.

Sola (73), refiere que las morbilidades asociadas al exceso de oxígeno incluyen retinopatía del prematuro, proceso de envejecimiento, daño al ácido desoxiribonucleico, cáncer, displasia broncopulmonar, hospitalización prolongada, infección y alteraciones del desarrollo o injuria cerebral.

El informe del XI congreso anual de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (74), recomienda no tolerar una posible hipoxia y no aceptar valores de saturación de oxígeno asociados potencialmente con hiperoxia en bebés que respiran oxígeno suplementario. Para la práctica clínica, se recomienda una saturación de oxígeno de 87% a 94% para recién nacido pretérmino pequeños en las primeras semanas de vida.

La enfermera neonatal se muestra responsable de monitorizar la saturación de oxígeno en el neonato prematuro y el uso adecuado de la fracción de oxígeno en el mezclador de aire comprimido y oxígeno suplementario, con el fin de controlar casos de hiperoxia o hipoxia neonatal en la UCIN, contribuyendo a disminuir los riesgos a patologías y complicaciones asociadas a la oxigenoterapia.

El ingreso del neonato prematuro a la UCIN conlleva exponerlo a una serie de procedimientos y tratamientos en la atención de salud. La enfermera considera que brinda cuidado humanizado al neonato prematuro cuando organiza los cuidados y el equipo de salud efectúa manipulación mínima al prematuro como sistema organizado de asistencia en el área, esto se refleja en los sucesivos discursos:

[...] Atenderlo con el cuidado necesario, con la mínima manipulación y la atención en bloque con el médico, la enfermera y si hay otro trabajador que puede ser el personal técnico. E7

[...] Coordinar con todo el personal en qué momento se le va a tocar al bebe, sin manipulaciones extremas. E9

[...] Bien es cierto no lo tocamos a cada momento, tiene horarios en los cuales nosotros nos acercamos y le brindamos el confort, que mayormente es cada tres horas, o en los prematuros extremos de cuatro a seis horas. E3

Con respecto a la manipulación mínima en el recién nacido prematuro concordamos con Barón (75) quién refiere que el personal de enfermería de la UCIN tiene un papel relevante, ya que sus integrantes son quienes más manipulan al bebé. Además deben contar con un plan de trabajo tratando de unificar labores para intentar disminuir las exposiciones al estrés que genera en el recién nacido estos procedimientos, ocasionando el manipuleo constante trastornos fisiológicos como: apneas, desaturaciones de oxígeno, inestabilidad térmica, vómitos, irritabilidad y otros. El objetivo principal será recrear el vientre materno.

Al respecto Ginovart (76) esclarece que las normas del protocolo de manipulación mínima deben aplicarse al menos durante la primera semana de vida, después deberán individualizarse según el estado del niño. Este protocolo consiste en establecer una horas determinadas para la manipulación del recién nacido, agrupar los procedimientos y las exploraciones no urgentes en estas horas, y coordinar las manipulaciones del bebé por parte de enfermería, neonatólogos y especialistas.

2. Desarrollando el área sensorio motriz o psicoemocional del neonato prematuro. CI-SC2:

En la relación de cuidado humano entre la enfermera – neonato en la UCIN, la enfermera establece circunstancias de cuidado en el área psicoemocional al neonato prematuro, que se expresa en los discursos:

[...] Si, realmente ese niño va a sentir tu caricia, si tú le tocas con cariño como si fuera un familiar tuyo, el niño abre sus ojitos y te siente ... hay un cariño, amor, que no se puede medir realmente en ese momento, en el cuidado holístico, ósea en “cuerpo y en alma”. E1

[...] A la hora de hacerle la higiene, el confort, debo hacerle sus caricias. E3

[...] El cuidado humanizado para mí, es cada vez que lo tocas... debemos tener cuidado con no tocarlo toscamente y en tomar en cuenta lo que es la parte holística, la atención integral. E5

[...] Cuando voy a coger al bebé tengo que hacerlo con mucha suavidad, con mucha docilidad, tampoco levantarlo bruscamente, si es que está durmiendo. E4

[...] *Ellos no están en brazos de la mamá; desde que salen del vientre materno... nosotras somos las primeras que los tocamos, que estamos ahí.* E6

La enfermera proporciona al neonato prematuro contacto táctil suave y delicado, caricia y amor, esos momentos fortalecen la relación de cuidado al neonato, permitiendo una estimulación sensorio motriz y psicoafectiva del mismo, contribuyendo a disminuir el estrés, calmar el dolor y un adecuado desarrollo del área.

Coincidimos con Boff (77), quien refiere que el órgano de la caricia es la mano; la mano que toca, que palpa, que establece relación, que calienta, que trae quietud. La persona humana a través de la mano revela un modo de ser cariñoso. La caricia no es un rozar de pieles sino un investir de cariño y amor a través de la mano y piel; es una mano revestida de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien entramos en contacto.

También Lemus-Varela et al. (78), señala que fisiológicamente para el neonato prematuro la estimulación táctil continua representa una ruta inhibitoria del dolor debido a que activa el sistema de modulación del dolor endógeno. A partir de las 23 semanas de gestación, el feto y luego el RN pretérmino pueden presentar respuestas hormonales frente a un estímulo doloroso; por lo tanto, el RN pretérmino es candidato a recibir analgesia a través de estimulación de sistemas endorfinicos endógenos. Las intervenciones tales como arrullar, masajear, acariciar, contener y abrazar al niño ayudan a reducir la respuesta al dolor durante los procedimientos invasivos y en el período posoperatorio.

La caricia o el toque humano muestra uno de sus grandes beneficios para el neonato prematuro, como el alivio del dolor en procedimientos dolorosos.

Coincidimos con Boff (79), quien refiere que el cuidado es una actitud de relación amorosa, suave, amigable, armoniosa y protectora. Este tipo de cuidado pertenece a lo humano más humano.

El cuidado humano que ofrece la enfermera al neonato es expresado a través de la caricia y del toque de cuidado, así como expresa Torralba (80), que la caricia es quizás la forma más bella de expresar la ternura humana.

También coincidimos con Gil (81), quien considera que en el ejercicio de cuidar, es fundamental desarrollar la corporalidad, para brindar un cuidado humanizado en enfermería, basando los cuidados en la dignidad, respeto, equidad, calidad y calidez humana; esto hace que el cuidado de enfermería sea humano y sensible, capaz de transmitir y recibir amor, comprendiendo que las personas son seres susceptibles a nuestros gestos, miradas y palabras, ese lenguaje verbal y no verbal que es capaz de transformar los estados de ánimo.

La comunicación efectiva entre dos personas dispone de hablar y escucharse mutuamente, la enfermera interactúa con el neonato en este proceso, expresa su voz audible, habla con el recién nacido, éste no verbaliza, sus señales no verbales necesitan ser decodificadas, para identificar su expresión o necesidades, a la vez todo estímulo auditivo contribuye a su desarrollo.

La enfermera habla al bebé con voz dulce y suave en la UCIN, lo cual se declara en los siguientes discursos:

[...] *Podemos hablarle al bebé, porque nosotros transmitimos todo, al igual que la mamá, porque ellos no están con su mamá.* E6

[...] *Hablarle con una voz dulce, suave, de todas maneras para contribuir en su desarrollo.* E3

[...] *Siempre tener una voz baja, cosa que ellos, en el momento de ese cambio del despertar y levantarse, tiene que ser algo natural* E4

Concordamos con Pinheiro et al (82) que cita que las profesionales de enfermería se sienten motivadas para comunicarse con el recién nacido, porque les gusta prestar cuidados y porque reconocen su dependencia física y emocional. Algunas enfermeras establecen estrategias para aproximarse al bebé, porque saben que el niño está sin la familia y presenta limitaciones para expresarse; y, al interactuar con el recién nacido en esa situación, se colocan en el lugar de su madre y cuidan del bebé transmitiéndole amor y cariño, hablándole y tocándole terapéuticamente.

Esta realidad favorece la estimulación sensorial y psicoafectiva necesaria en el neonato prematuro para una adecuada maduración y desarrollo progresivo de sus facultades, contribuyendo a la salud neonatal.

3. Conservando un medio ambiente extrauterino protector para el desarrollo del neonato prematuro. CI-SC3:

El entorno físico y ambiental que circunda al neonato prematuro debe ser lo más parecido a la vida intrauterina materna, con el fin de facilitar su crecimiento y desarrollo. Para la enfermera neonatal resulta imprescindible

favorecer la atención del ambiente del recién nacido como figura en los siguientes discursos:

[...] *Cuidar desde la parte de su entorno físico, el mantener la incubadora a una temperatura adecuada, el uso de nidos para su contención... aparte también vemos el manejo de los ruidos, de la luz, cuidar que ellos puedan reposar el mayor tiempo posible para continuar su desarrollo.* E3

[...] *Yo pienso que lo principal para el cuidado del bebito, es protegerlo de lo que es el ruido y que tenga su entorno regulado.* E9

[...] *Es un bebe prematuro, tienes que tratarlo con cuidado especial, porque es inmaduro y esta propenso a complicarse, por lo tanto debemos tener cuidado con el ruido.* E5

[...] *Es un bebé que está desprotegido, porque ha salido antes de tiempo de la mamá, y lo que tratamos es de darle la contención con el nido, para que se sienta pues en el útero materno.* E5

Convenimos con Watson (83) quien sostiene que el cuidado como factor caritas estimula crear un entorno de curación a todos los niveles, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.

La UCIN en general provee de un ambiente hospitalario con agentes estresantes para el neonato. La enfermera neonatal considera que el cuidado humanizado al neonato prematuro se da cuando mantiene el entorno ambiental del recién nacido prematuro regulado, libre de exposición a ruidos fuertes y luz intensa, temperatura de incubadora adecuada, emplea nidos de

tela para permitir la posición adecuada y contención del prematuro dentro de la incubadora con el fin de favorecer la maduración y el desarrollo de sus sistemas.

Coincidimos con Barón S. (84) quien sostiene que el objetivo principal después del nacimiento, en beneficio del prematuro, será recrear el vientre materno en la medida de lo posible, con los recursos que se cuenten. Por tanto todo el proceso de crecimiento y desarrollo se llevará a cabo fuera de él, es decir en la UCIN.

Sobre esto Genavart (85), refiere que el comportamiento del recién nacido en lo referente a la función autonómica (respiración, color y función visceral), función motriz (tono, movimiento y postura), así como a la organización del estado (rango, robustez y estados de transición/modulación) constituye la forma de comunicación de la que el recién nacido dispone de manera continuada para comunicar a su cuidador la manera en la que percibe los cuidados que se le están prestando y el ambiente en el que se encuentra. El cuidador ha de adaptar el ambiente y los cuidados del recién nacido con el objetivo de reducir los comportamientos de estrés y promover los comportamientos de autorregulación.

Lemús-Varela et al (86), refiere que el estrés es una reacción del organismo en la que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante. No siempre es nocivo y podría ser necesario para mantener la vida; sin embargo, puede ser deletéreo para la salud. El estrés se asocia con cambios en la presión arterial, taquicardia, polipnea, mayor consumo de oxígeno, hipoxemia, hemorragia intraventricular

e isquemia miocárdica. Existe liberación de endorfinas y citocinas que pueden ocasionar cambios en la coloración de la piel y síndrome inflamatorio no infeccioso.

Dentro de acciones a implementar en la UCIN para el cuidado del desarrollo del prematuro es prevenir el estrés manteniendo al niño alejado de ruidos, la Academia Americana de Pediatría (87) recomienda no más de 45 decibeles donde se halla el recién nacido y hasta 65 decibeles a su alrededor, la exposición al ruido en la UCIN puede dañar la cóclea, y la exposición al ruido y otros factores ambientales en la UCIN puede interrumpir el crecimiento y desarrollo normales en infantes prematuros. También es de importancia apartarlos de luz intensa, se puede cubrir la incubadora en forma continua o cada doce horas luz - noche. Además acondicionar y posicionar al bebé dentro de un nido de contención más una faja que cubra hombro a miembros inferiores, o bien de lado a lado, se buscará mantener el tono flexor. Asimismo mantener en un ambiente térmico neutro, aquel que permita al neonato mantener su temperatura corporal con el mínimo consumo de oxígeno.

La enfermería neonatal lidera y gestiona el ambiente para el neonato prematuro en la UCIN, estos cuidados protectores de control de ruido, de luz, uso de nidos para contención, manejo de temperatura de la incubadora contribuyen a la adaptación extrauterina del neonato disminuyendo el estrés y sus complicaciones neuroquímicas para el prematuro, favoreciendo ampliamente el desarrollo no complicado, haciendo más cómoda su estancia en la UCIN.

CATEGORIA II: Entregando cuidados de soporte a la familia del neonato prematuro. CII

El cuidado que recibe el neonato prematuro en la UCIN escapa de ser netamente biológico o corporal llegando a ser integral, por ello los padres del prematuro como entes protectores tienen una alta responsabilidad para dar cariño y amor, y apoyo en la asistencia de sus hijos; ellos suelen atravesar momentos de crisis cuando sus bebés son prematuros y sobretodo extremos. La enfermera neonatal brinda soporte a los padres del prematuro, aperturando una relación de soporte enfermera-familia. Esta categoría fue construida a partir del cuidado humanizado que sostiene la enfermera con la familia del neonato prematuro hospitalizado en la UCIN.

1. Fortaleciendo el apego parental CII-SC1:

El recién nacido prematuro nace antes de completar la maduración adecuada por diferentes factores, al nacimiento se produce la separación materna y es hospitalizado en la UCIN colocado dentro de una incubadora que permitirá ofrecer una temperatura y humedad idónea, recibe una serie de apoyo farmacológico, de maquinarias y procedimientos, los padres podrán ingresar a verlo según normas del servicio, la enfermera establece ésta interacción, según disponen los siguientes testimonios:

[...] Tenemos en la unidad un horario, a la hora que informan los médicos a los papas, ellos aprovechan en pasar, bueno, lo que se le inculca al papá es que puede tocar a su bebé o acariciarlo suavemente, previo lavado de manos. E5

[...] *Creo que es lo más grande, que la mamá pueda tocar a su bebe dentro de la incubadora, tantos días a veces y no lo pueden tocar porque están con dispositivos invasivos. E1*

[...] *Es importante, que le llamen por su nombre, que le canten, que le hablen, ¡sí! muchas mamitas participan en esto de conversar con su bebé y ellas se sienten más seguras y al menos ya no están asustaditas.*

E1

[...] *Tratamos de que ese papá se acerque, de repente esta intubado ese bebé, pero el simple hecho de que lo toque, le susurre su nombre, que esté unos minutos a su lado, de repente que ore, el papá se siente un poco contento, E8*

[...] *El simple hecho de que mientras le está susurrando el bebito se estira o abre los ojos, el papá se emociona y dice: “ mi hijo me escuchó señorita, tenía razón”. E8*

[...] *Ya sabemos que el bebé está grave, delicado; se le dice al médico que le dé informe a la mamá, y se promueve ahí que esté un tiempo con su bebé, que lo cargue, que lo acaricie pero muchas veces ese momento es el último día, que si nosotros hiciéramos eso todos los días, quizás la señora no lo tomaría como un momento tan triste. E6*

La enfermera neonatal considera que uno de los momentos más significativos del cuidado humanizado para la familia del neonato, es cuando se promueve el vínculo afectivo madre-niño o apego con los padres. Ellos ingresan a la UCIN a ver a sus bebes y proceden a observarlos, escucharlos,

algunos logran hablar con ellos y tocarlos. Desde la primera vez se establece un vínculo afectivo entre los padres y el neonato prematuro.

Cantero et al (88) refiere que el apego alude a una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza, ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. Se trata de conductas observables que comienzan de manera refleja.

Según Becerril (89) existen diferentes sistemas de conducta con los que cuenta el niño y su madre para interactuar recíprocamente. El niño busca el contacto corporal a través de los reflejos: prensor, de moro, de búsqueda, de succión, progresivamente el niño presenta conductas relacionadas con estímulos sociales como voz y rostro humano y en lo posterior el niño muestra señales de comunicación social como gesto, llanto, risa, sonrisa. Por otro lado la madre conduce el apego con el contacto piel a piel, luego interacción no verbal, frente a frente y responde con besos, caricias, palabras suaves.

Lemus-Varela et al (90) manifiesta que el contacto piel a piel madre – hijo inicia una estimulación somatosensorial que se traduce en un incremento de gastrina, insulina, hormona del crecimiento y colecistocinasa, mediado por el sistema parasimpático, muy beneficiosos fisiológicamente para el bebé. Se produce una sincronización térmica entre madre-hijo, la respiración del neonato se vuelve regular y profunda y la saturación de oxígeno se mantiene estable con ahorro energético por disminución del consumo calórico.

Al respecto Riani (91) menciona que es invaluable el contacto visual y táctil que puedan establecer los padres con su bebé, como el que viene de cargarlo o tenerlo piel a piel, para eso es vital una actitud positiva y facilitadora por parte de Enfermería. Merece especial énfasis el compromiso que debe existir por promover el apego tanto de la madre como del padre con su bebé a pesar de estar hospitalizado en la UCI neonatal.

La realidad muestra que los padres ingresan a la unidad, una sola vez en el día a observar a sus hijos y recibir el informe médico, ésta “visita” se torna muchas veces fría, pues a veces no se le permite tocar, solo observar a su bebé cuando está en una etapa crítica, y luego los invitan a retirarse del servicio hasta el día siguiente; es muy escaso el estímulo o contacto táctil o auditivo que los prematuros tienen durante su estancia por parte de los padres; los bebés prematuros más estables pocas veces realizan el apego piel con piel con sus madres y nunca lo hacen con los padres. Algo cuestionable para la asistencia neonatal de la UCIN, pues a la luz de los actuales conocimientos el beneficio del apego parental neonato-padres es múltiple y el alejamiento parental padres-neonato por hospitalización trae graves secuelas a futuro.

Villaraga (92), refiere que el principal cuidado de enfermería a los padres del niño con malformación o bajo peso es la pronta vinculación del niño o niña a sus padres, así como información oportuna y verdadera, sobre el estado del recién nacido, también el favorecer la presencia de ambos padres en la Unidad Neonatal, permitirles mirar y tocar a sus hijos y delegarles cuidado que ellos pueden ofrecer al niño o niña. Es necesario evitar por todos los medios, la separación pues cuando ésta ocurre, así sea por pocos minutos,

horas o días; el dolor e incertidumbre de los padres les permite el desapego del niño o niña "fantasma" a quien lejos de querer apegarse les produce lástima, miedos o culpa, por no saber cómo cuidarlo o aparece el temor a su muerte, y por esto creen que es mejor no apegarse.

También refiere que es grave la separación hospitalaria para la salud mental del niño y la familia, especialmente en la relación afectiva y los niveles de interacción madre - hijo - padre, cuando impedimos la vinculación y el apego a los niños recién nacidos, pues el lapso de separación, rompe el período de sensibilización hacia el desarrollo de los sentimientos: maternos, paternos y de familiaridad; peor aún si por la separación y falta de contacto, se establece en la madre sola o pareja el miedo a cuidar al hijo o el rechazo por la apariencia del niño o niña.

Inconscientemente estos padres o madres solos (a quienes hemos descuidado) someten al recién nacido, a una relación miedosa, desconfiada, insegura, con rabia o cansancio, añadiéndose al estado del pequeño una relación que le impide cumplir su deseo de vivir y a la pareja su deseo de continuar, si falta ayuda a la pareja terminan muchas veces en separación.

El nuevo Código de Ética y Deontología, del Colegio de Enfermeros del Perú (93), con Resolución No 322-09/CN-CEP, Capítulo I De la enfermera(o) y la persona, en el artículo 9º menciona: “La enfermera(o) debe incorporar a la familia como parte activa en el cuidado de la persona en los niveles preventivo- promocional, tratamiento, recuperación y rehabilitación. En el artículo 11º La enfermera(o) debe proteger el derecho

de la persona a la comunicación y promover los lazos afectivos con su entorno.

Sobre esto Barón (94) refiere que en la neonatología actual, se intenta que los padres se encuentren desde el nacimiento junto a su hijo, erradicando el concepto de visitas con horarios rígidos, siendo ellos partícipes en decisiones que se toman con respecto al niño. Esto es en contraposición a las prácticas antiguas, en las cuales solo decidían los profesionales, sin permitir la participación de los padres y sin brindar la información necesaria.

Es muy importante incluir al padre en la participación de los cuidados del bebé. Así también expone que los padres tienen derecho a: Ingreso irrestricto a la UCIN durante las 24 horas del día, recibir información clara, sencilla sobre el estado general del recién nacido, que tanto el médico como la enfermera a cargo conozcan el nombre del bebé y se dirijan a los padres por su nombre o señor y señora. Dar la posibilidad a los padres que tengan a su hijo en brazos antes de morir: es una sensación de vacío inmenso no haber podido sentir, tocar, abrazar a un hijo y verlo morir solo dentro de una incubadora.

Existe pues evidencia actual de la importancia que tiene la familia para integrarse a los cuidados de su propio hijo durante la estancia hospitalaria, trae grandes beneficios para el neonato y familia fortaleciendo lazos de vínculo para la vida.

Ginovart (95) refiere que la participación de los padres en el cuidado de sus hijos es uno de los ejes básicos de atención en neonatología. Los padres son el pilar fundamental del desarrollo de los niños, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado de los recién

nacidos mejora su pronóstico. Conseguir la plena participación de los padres implica cambios en la estructura de las unidades, en los horarios, y sobre todo, en las actitudes de los cuidadores, que han de tomar conciencia que están atendiendo familias y no sólo recién nacidos.

Sin embargo la enfermera neonatal de la UCIN San Bartolomé, actualmente se mantiene alineada a normas de la institución hospitalaria que considera “visita” a los padres del neonato. Actualmente esta postura está cuestionada pues existe la necesidad de que los padres sean la personas que tengan el ingreso libre a la UCIN, y no solo para tocar a sus bebés unos minutos, sino para integrarlos en coordinación con los profesionales de salud al cuidado de sus bebés, día a día, surgiendo beneficios físicos, psicoafectivos y socio espirituales para el neonato y sus padres. Esto forma parte de la humanización de los servicios de salud y de la necesidad de un cambio de paradigma en los servidores de salud.

Por otro lado coincidimos con Molina et al, (96) quienes refieren en su estudio de investigación que los padres valorizan el hecho de que los profesionales de enfermería demuestran respeto y atención para con ellos y el niño, creando vínculos de afecto y confianza, además de gratitud por el cuidado.

Watson (97) amplia, como factor caritas de cuidado: desarrollar y apoyar una autentica relación de cuidado de apoyo – confianza para con los padres. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía,

en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu.

La enfermera neonatal debe centrar sus cuidados en una relación de apoyo y confianza con los padres, esta confianza debe ser mutua, debe liberar su interior de ser humano y llevarlo hacia el cuidado de otro ser humano. Dirigir el cuidado del recién nacido con el apoyo de sus padres, considerándolo como un ser único, individual, un ser humano en el inicio de la vida y no, un objeto aislado en una incubadora, que no siente y conectado a muchas máquinas.

2. Educando a la familia durante el proceso de hospitalización CII-SC2:

La familia del neonato prematuro experimenta desconcierto y pesar cuando su bebe ingresa hospitalizado a la UCIN, la enfermera puede intercambiar con ellos momentos de dialogo y educación como lo expresa los siguientes discursos:

[...] El cuidado humanizado es explicar a ese papá que esta ajeno al entorno hospitalario y que le parece un mundo nuevo; hacer que se familiarice con el entorno y que le pierda temor; siempre haciéndole ver y entender que vamos hacer lo mejor para la salud de su bebé. E9

[...] Darles orientación y confianza, porque ellos tienen temor, muchos de ellos se asustan se ven preocupados porque es nuevo ver a su pequeñito tan chiquito y con tantos cables, máquinas y tantas cosas y piensan más bien que le hace daño. E1

[...] *Muchas veces ampliamos la información que no han entendido, explicamos con palabras, no tan técnicas, para que puedan entender.*

E3

[...] *También tenemos contacto con las madres cuando vienen a extraerse la leche, explicándole, el cuidado que debe tener para la extracción manual de leche, en cuanto a la asepsia, el cuidado personal, todas esas cosas son las que van ayudando a ese cuidado humanizado.* E3

[...] *nos falta educarlas en cuidados básicos, por ejemplo aseo, higiene corporal, cambio de pañal, signos de alarma, cuidados de la boquita, técnica de lactancia, todos esos cuidados; para que tengan la seguridad que lo están haciendo bien.* E1

En la UCIN del Hospital San Bartolomé, los padres de los bebés prematuros ingresan a la hora de visita una vez en el día, con estrictas medidas de bioseguridad, para recibir el informe médico en horario de doce del mediodía aproximadamente. Allí la enfermera tiene contacto con la familia: madre y padre, realiza orientación con palabras simples, describiendo el entorno físico y ambiental de su bebé, con el fin de darles tranquilidad y confianza, además explica algunos procesos administrativos para el seguro integral de salud o procedimientos que necesita su bebé; la enfermera de la sala de intermedios explica y supervisa la extracción de leche materna a todas las madres y la bioseguridad para la extracción. Sin embargo la enfermera refiere que le falta ampliar la educación sobre los cuidados esenciales que satisfacen las necesidades básicas del neonato durante la hospitalización.

Coincidimos con Riani- Llano (98) quien enfatiza que es importante entender la perspectiva de los padres cuando su bebé es ingresado a una UCI neonatal, ocurre una separación asociada a una mala noticia, que afecta el núcleo familiar y que lleva a enfrentar responsabilidades y decisiones con frecuencia difíciles e inesperadas. Es un impacto que los marcará temporalmente o para siempre. Dentro de las fuentes que le generan estrés están el ambiente intimidante y hostil, personal desconocido, aspecto y estado del bebé, asuntos médicos complejos que no se entienden, información insuficiente y otras.

Para los padres no es fácil ingresar a la UCIN y ver a su bebé prematuro tan pequeño e indefenso lleno de aparatos que le da soporte para vivir en un ambiente desconocido, con personal desconocido y con temas de salud desconocidos hasta ese momento.

Además concordamos con Barón (99) quien confirma que los padres tienen derecho a realizar tareas que creen un pronto vínculo y un buen apego con su bebé (contacto piel a piel). Que comiencen lo antes posible, y según la estabilidad del bebé, a participar del cuidado de su bebé como en toma de temperatura, cambio de pañal, cambio de posición, higiene de la unidad, y que le recuerden lo importante del lavado de manos para evitar eventos infecciosos.

Para que los padres adquieran confianza en sí mismos, es necesario su participación en un efectivo programa de entrenamiento educativo en cuidados al neonato prematuro y aperturar la realización de los cuidados básicos a su propio hijo durante la hospitalización en la UCIN. Éstas medidas dará apertura

efectiva a los padres y seguridad en el cuidado de sus bebés para el alta hospitalaria.

Watson (100) amplia: un factor de cuidado es participar de una verdadera enseñanza – aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro; la enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. La información es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

Surge la prioridad de establecer y ofrecer a los padres de UCIN un programa educativo de cuidado neonatal y ofertar talleres sociales de soporte, con el fin de trabajar con ellos el vínculo afectivo y la satisfacción de las necesidades básicas del neonato. Además, el personal de enfermería de la UCIN requiere dar oportunidad a los padres para que se involucren en cuidados básicos del neonato en la unidad, ganando la colaboración, seguridad, confianza de ellos en el proceso de recuperación de sus hijos y en el seguro manejo de salud en el hogar tras el alta hospitalaria.

3. Brindando apoyo espiritual en situación de crisis CII-SC3:

El ser humano tiene dimensiones: cuerpo, mente y espíritu, cuando la salud se altera estas dimensiones se afectan. La familia ve alterada estas dimensiones por la salud de su bebé. La enfermera toma en cuenta la dimensión espiritual cuando establece la relación de cuidado, se expresa en los siguientes discursos:

[...] a los papás dándoles ánimo, que tengan paciencia, que tengan fe, lo primero que le pregunto es, si creen en Dios y me dicen que sí, entonces hay que seguir rezando, seguir orando, para que esto pase rápido y puedan tener pronto a sus bebé. E4

[...] si es necesario, en algunas oportunidades ha habido de que se puede orar, incluso echarle agua bendita, para que quizás se sientan los padres un poco más tranquilos. E5

[...] en el duelo, se trata de llegar a la parte espiritual, de calmarlos a los papas, yo sé que la pérdida de un hijo es irreparable, que causa mucho dolor, sé que mis palabras quizás ayuden en algo, pero no va a ser suficiente, se le dice que tengan tranquilidad, y que tengan mucha fe, que Dios sabe lo que hace, que si quieren llorar que lloren, que carguen a su bebito, que lo acaricien antes que se lo lleven...” E6

En la UCIN San Bartolomé la enfermera realiza el cuidado del apoyo espiritual a los padres. Ella asume éste consuelo a los padres en momentos de crisis como en la hospitalización del neonato o el duelo por fallecimiento del mismo. En casos de hospitalización del neonato prematuro la enfermera establece apoyo verbal espiritual a los padres enfocados con oración o rezo, ritos como agua de socorro, bautizo o ungimiento al final de la vida, produciendo consuelo y esperanza en la mejora de la salud del neonato. En crisis por duelo inmediato, la enfermera permite a los padres cargar a su bebé por el tiempo que deseen, expresar sus sentimientos de dolor inmediatos, coordina la visita de un líder religioso para complementar el apoyo espiritual, luego los padres proceden a realizar trámites administrativos para llevar el bebé con ellos, resultando pocas horas de interrelación con los padres durante el duelo.

El apoyo espiritual produce un soporte contundente en los padres, contribuye a entender y aceptar los hechos permitiendo en algunos casos con un poco de tiempo superar la crisis familiar, fortaleciendo la vida espiritual y familiar estable.

Coincidimos con Watson quien enfoca como un factor de cuidado de enfermería el abrirse y atender a las dimensiones espiritual – misteriosa y existencial de la propia vida – muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado. Además agrega que es importante el estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quién se debe cuidar.

De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. La fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado humano con esperanza.

Sobre el duelo, coincidimos con Riani (101) quien explica que en casos de neonatos con prematuridad extrema, de patologías congénitas complicadas, de sepsis o asfixia severa, la muerte será inevitable a pesar de todos los esfuerzos. Este final de la vida que sucede apenas iniciando la existencia extrauterina es muy impactante. Es un momento triste, a veces de desesperación, donde se debe tener a la familia informada y acompañarla. También debe existir facilidad para que sean apoyados por líderes espirituales o religiosos en esos momentos.

El soporte espiritual de los padres del neonato en momentos de estas crisis, fortalecerá su actitud de enfrentarse con optimismo a la vida después de la aceptación del evento doloroso sucedido con su bebé. A veces requerirá de mucha intervención y apoyo espiritual en un tiempo corto o prolongado durante la hospitalización. Resulta necesario a las enfermeras de UCIN desarrollar más mecanismos de participación efectiva y permanentemente en el duelo de los padres.

CATEGORIA III: Cuidando a pesar de factores intervinientes y sentimientos encontrados de la enfermera en el cuidado humanizado del neonato y familia. CIII

Los neonatos que son atendidos en la UCIN requieren de tratamientos y procedimientos diversos para garantizar la sobrevivencia y mejora en la salud, la enfermera invierte tiempo en organizar y ejecutar los cuidados a pesar de factores intervinientes como limitantes para dar un cuidado humanizado según refiere los siguientes discursos:

[...] Con la sobrecarga de actividades que tenemos, a veces no damos el cuidado humanizado que se debe dar, pero cuando el ambiente está tranquilo, nos tomamos el tiempo de verle en lo más mínimo y darle la atención con amor con cuidado. E3

[...] Hay días que no estoy satisfecha, generalmente parte que el servicio está recargado de pacientes críticos, y ni terminaste de conocer bien a tu paciente, realmente es recargado con tres o cuatro pacientes y ahí pues terminaste el día... pero igual con la cantidad de personal que existe hay que tratar de cumplir el cuidado integral. E1

[...] Pero a veces cuando tenemos muchos pacientes, la verdad no tienes ni tiempo, estas con otro paciente delicado, mientras que dejas a los papás solos con su bebe que ha fallecido, creo que para dar una atención humanizada se requiere respetar esa relación numérica enfermera – paciente, que es una enfermera para dos bebes. E5

[...] Uno le hecha ganas, igual, tratas de hacer todo, en la medida que puedes, brindar el cuidado, atender a los papas, siento que tienes que transformarte en dos personas, pero en realidad lo que te produce a ti como persona, como personal de salud es estrés y eso tampoco se está tomando en cuenta. E5

La enfermera neonatal de la UCIN San Bartolomé considera que se afecta la labor de cuidado humanizado cuando existe sobrecarga laboral, la enfermera recarga su labor por estar a cargo de un número de neonatos que exceden a lo reglamentado, existiendo falta de personal de enfermería en su unidad. Además a esto se agrega el desgaste por estrés que presenta la enfermera por la carga laboral; sin embargo a pesar de estos factores la enfermera se esfuerza y cumple con su labor de cuidado.

Concordamos con Espino, (102) quien menciona en su estudio que las manifestaciones de caricia, ternura, compasión y cordialidad de las enfermeras son descuidadas cuando se incrementan el número de niños a su cuidado, se aprecia cierta dificultad en evidenciar estas manifestaciones en situaciones de estrés, lo que demuestra que aún no hay un dominio total de éstos comportamientos. Dificultades que también abarca a la situación que vive el Sistema de Salud, repercutiendo negativamente en las experiencias de las madres. En este caso cabe al sector Salud, realizar las mejoras pertinentes en el gasto social.

Según Watson (103) la relación de cuidado transpersonal busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de la otra persona a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado, con dignidad y respeto.

La enfermera durante sus horas de labor disponen de poco tiempo y de herramientas para establecer una relación de cuidado con el neonato y familia, más íntima, interior o subjetiva, llamada según Watson cuidado transpersonal, además de un cuidado singular e individualizado.

Existe normatividad que está en vigencia como la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos de Hospitales del Sector Salud (104) quién refiere que en Hospitales de nivel de complejidad III-1 se debe programar turnos de guardia de Enfermería teniendo en cuenta la relación enfermera-paciente de la siguiente manera: 01 enfermera asistencial por cada 02 pacientes, 01 enfermera responsable del Servicio y en turno de mañanas, 01 enfermera responsable de los pacientes en turno de mañanas y tardes por cada 10 pacientes.

Los directivos de salud deberían garantizar y respetar la relación de cuidado de una enfermera para dos neonatos hospitalizados en UCIN, con el fin de garantizar la calidad de asistencia al neonato con mayores momentos de cuidado humanizado al recién nacido y sus padres.

Convenimos con Broncano, (105) quien en su estudio refiere que en los Servicios de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé una gran mayoría de enfermeras padece de un nivel intermedio de Síndrome de Burnout y un poco más de la mitad se

encuentra con una satisfacción laboral media, mostrando el desgaste por estrés de la enfermera neonatal en ese sector.

Entonces se presenta la necesidad de mejorar los sistemas de salud estatales, encaminando a tomar medidas que favorezcan y fomenten el cuidado humanizado en las instituciones de salud, entre ellos el adecuado número de enfermeras en la UCIN, lo cual repercutirá positivamente en usuarios externos e internos del sector, mejorando la calidad de salud neonatal.

La UCIN muestra una organización y normatividad característica de un servicio de cuidados críticos, compuesta por personal de salud altamente capacitado para asistir a neonatos en estado crítico, las enfermeras se rigen a normas e ideas asistenciales médicas con un contenido curativo y procedimental, flaqueando en habilidades sociales y humanas con el neonato y familia., como se expresa en los discursos:

[...] A veces tratamos a las mamás: “bueno señora pase, ahí está su hijo”; pero no es así, de repente tratar al bebé con respeto: “señora acá esta Pamelita o Gracielita, el día de hoy se ha portado mejor”, la mayoría de papás no salen contentos por el trato, todavía nos falta un poco más de sensibilidad, trato humanizado, así como yo quiero que me traten debo de tratar a los demás. E8

[...] Hay enfermeras que no se acoplan todavía, las mamás se quejan con nombres, uno indaga y si pues, no le dejaron ingresar para ver a su bebé, podría posponerse que ingresen las madres, pero no las doce horas continuas. E1

[...] *Somos resistentes a mantenerles un poco más de tiempo con sus bebes, a veces, estamos atareadas con tantas cosas que de repente le damos muy poco tiempo al papá, entonces ahí nos estaría faltando darle más tiempo para que se pueda relacionar con su bebe y lo sienta suyo.* E3

[...] *Nosotros el personal de enfermería, nos estamos limitando al horario, yo creo que los padres tienen todo el derecho de estar con sus hijos, si es que pueden tenerlos, o puedan observarlos y no ponerles un horario.* E4

[...] *Cuando vienen las mamás el tiempo es corto, les decimos no lo toquen, no lo molesten, no lo irriten, porque si está intubado, por ahí lo despiertan, por ahí está lábil y baja la saturación.* E6

[...] *Ahora particularmente, hay que sensibilizarnos con la familia, con el papa y la mama; si todos hablamos el mismo idioma entonces vamos a tener a los pacientes rápidamente recuperados y los padres van a salir satisfechos de acá.* E7

[...] *Nos está faltando involucrarnos un poco más en esto, porque también dentro de nuestras mismas colegas nos falta un poco más de tino, un poco más de trato, aunque nos duela decir, no todas tienen la misma paciencia, parece que se ha perdido un poco los sentimientos.*

E7

La realidad actual muestra la existencia de pobre sensibilidad del personal de enfermería con respecto a las necesidades de afecto y sociales del neonato y familia en la UCIN. La enfermera neonatal no valora la necesidad del apego del niño con la madre y familia y se limita a la normatividad de que los padres son visitas en la UCIN, siendo a veces rígidas en el horario de visita.

Convergemos con Ginovart (106) quien refiere que por décadas, con la tecnificación de la asistencia, paralelamente se fue separando a los padres de sus hijos, con erróneas convicciones de proteger a los recién nacidos de las infecciones o a los padres del sufrimiento intenso que provoca la proximidad con el sufrimiento del hijo. Al mismo tiempo se consideró a los recién nacidos seres físicamente débiles y demasiado inmaduros para poder percibir la calidez de una atención humanizada. La tecnología parecía una aproximación suficiente para obtener los mejores resultados. Sin embargo hoy sabemos que el recién nacido es capaz de percibir, de sentir, y de manifestar sus emociones y los padres son los principales pilares en el proceso evolutivo del hijo, y el vínculo entre padres e hijo el motor fundamental en la construcción de la individualidad del bebé como persona. Motivar ese apego es tarea y cuidado muy útil en la enfermería neonatal.

Coincidimos con Gil (107) quien menciona que la acción de cuidar es, ante todo, un arte, y por ello supone técnica, intuición y sensibilidad a la persona doliente como el neonato y familia precisamente por su estado de vulnerabilidad reclama ternura y desea ser tratada con delicadeza y

sensibilidad; la sensibilidad se refiere a la capacidad expresiva y comunicativa del ser humano.

La sensibilidad es la facultad de sentir compasión, piedad, empatía; siendo por tanto, una capacidad de captar y expresar sentimientos. La sensibilidad está presente en la observación, la escucha atenta, el toque, la dedicación, la contemplación, puntos básicos que intervienen para un cuidado sensible; entonces la enfermera muestra mayor preocupación, demuestra afectividad y dedicación en los cuidados realizados, convirtiéndolo en un cuidado humano.

Para lograr un cuidado sensible es importante que la enfermera desarrolle la afectividad en el contacto con las personas involucradas en el proceso de sanación del neonato. Que haya disponibilidad, entrega, un diálogo coherente y acertado en esos pequeños momentos significativos de interrelación. Sin embargo no todas las enfermeras cumplen con tal expectativa, algunas solo se dedican a cumplir con su trabajo mecánicamente, ante esto familiares y pacientes le recomiendan que sean más humanas, que consideren a los pacientes como personas tan valiosas como ellas mismas, es decir sean consideradas como seres humanos.

Watson (108) refiere a los cuidados de enfermería como una “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Así, el cuidado amoroso con la ecuanimidad, requiere de un desarrollo evolutivo moral en la enfermera, no sólo de un desarrollo del conocimiento. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. En consecuencia la introspección en la enfermera debería

formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no nos ayudarán a la relación con otros.

Concordamos también con Hernández R. (109) quien refiere que en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal es importante contar con personal de enfermería especializado lo suficientemente capacitado, motivado y comprometido con estas acciones de intervención humanizada e integral de la atención a neonatos en cuidados intensivos, que a la vez identifiquen las no conformidades y sean capaces de capacitar al personal. Proyectos como este, solo pueden marchar cuando los líderes de la institución estén convencidos y comprometidos con ellos y puedan transformar al resto del personal en líderes virtuales.

En la UCIN del Hospital San Bartolomé existe enfermeras con competencias científicas-técnicas desarrolladas, con conocimiento neonatal actualizado, sin embargo la poca sensibilidad hacia un trato humano en el apego y vínculo madre – niño, relación básica para el neonato y familia, en cuidados centrados en la familia, permite que examinemos a la enfermera no solo por su capacidad científica y de conocimientos sino como persona con un sistema de valores propios y con la necesidad de desarrollarlos; en general la enfermera y cualquier personal de salud necesita cultivar a través de la introspección, meditación o reflexión diaria su sistema de valores, poder llenar su ser de amor para poder brindar esa calidez, buen trato, alegría y

sobretudo amor en sus relaciones sociales y en la interrelación de cuidado de la enfermera hacia el neonato y sus padres. Esta intervención queda como un reto futuro, lo cual permitirá crecer la semilla del amor fraterno por el prójimo e incrementar la sensibilidad de las enfermeras en el cuidado humano hacia nuestro prematuro y sus progenitores para luego ser reconocida en nuestro medio y sociedad como enfermera: ser de ayuda.

A los gestores y líderes de enfermería convendría desarrollar programas de sensibilización a todo el personal de enfermería sobre la relación de cuidado humanizado resaltando la satisfacción de las necesidades psicoafectivas y sociales del neonato y cuidados centrados en la familia en la UCIN, con el fin de realizar cambios de paradigma en el personal y transformación del sistema de cuidados al neonato prematuro, esto dará oportunidad a la familia y sobre todo a la madre del prematuro que recobre el lugar de cuidadora y protectora.

La persona posee sentimientos de acuerdo a estímulos percibidos, estos pueden ser de diversa índole. En la UCIN la enfermera neonatal enfrenta situaciones diversas que surgen de la relación de cuidado con el neonato prematuro y familia; en el proceso de cuidar nacen sentimientos diversos en la enfermera, entre ellos agradables o dolorosos con respecto a la situación de salud del neonato y familia, como expresan los siguientes discursos:

[...] Es una satisfacción, porque estoy contribuyendo en la mejoría y recuperación del bebé, para que pueda salir rápido de esta unidad y pueda estar con sus padres lo más pronto posible. E4

[...] *Yo me siento satisfecha cuando puedo hacer algo por un ser humano tan pequeñito que necesita de mí y que he podido dar lo mejor de mí para atenderlo; realmente por más cansada que esté, tengo el sentimiento de satisfacción.* E7

[...] *Sí, uno se siente muy contento y realizado, por que tus cuidados surgieron efectos.* E3

[...] *Cuando le das una palabra de aliento, cuando le das una palmada en el hombro, cuando le explicas y tu sientes que el papá te entiende, de lo que estaba con un rostro acongojado se va tranquilo, se va confiado, confía en ti, pues la verdad, eso le produce a uno un sentimiento de satisfacción único.* E7

La enfermera de la UCIN manifiesta sentir satisfacción cuando el neonato se estabiliza y se recupera; se siente gratificada al haber contribuido en este suceso a través de los cuidados diarios, experimenta que pueden ser agotadores para ella pero a la vez reconfortantes al evidenciar la estabilización y recuperación del bebé. Además se siente satisfecha cuando puede constatar la tranquilidad de los padres después del apoyo ofrecido.

Boff (110), aclara que el cuidado establece también un sentimiento de mutua pertenencia: participamos, satisfechos de los éxitos y victorias así como de las luchas, de los riesgos y del destino de las personas que nos son queridas.

Coincidimos también con Watson cuando refiere que las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud.

Al cumplir estas metas con el ser que cuida, la profesional enfermera como ser humano experimenta satisfacción por el logro realizado y motivación por seguir a pesar de existir cansancio o agotamiento a lo largo de la jornada de labor, ésta es gratificada por la recuperación del neonato prematuro y por la alegría o tranquilidad de sus padres, tornándose en un ambiente agradable de labor para la enfermera y de asistencia para el neonato-padres.

La enfermería en sus orígenes surge como una ocupación de ayuda al necesitado. La mayoría de enfermeras son del género femenino, las enfermeras neonatales llegan a experimentar sentimientos de empatía enmarcada en un instinto materno al relacionarse con el bebé prematuro según expresan los siguientes discursos:

[...] *Tenemos ese instinto materno, así no seamos mamás, nos nace y algunas que son mamás con más consideración, por el hecho de tener un hijo te vuelve más sensible y hace que tú te pongas en el lugar de la mamá y que lo trates como si fuera tu hijo.* E6

[...] *Y el trabajo que hago con el paciente, es como si yo estuviera viendo de repente a un familiar, o a mi propio hijo, es un sentimiento maternal.* E7

[...] *Que sienta un ambiente como si yo estuviera hospitalizada, que ese bebido se sienta cómodo a pesar de todos los implementos que tenga, como si fuera parte de nuestra familia, ojo que esa criatura no habla.”*

E8

La enfermera neonatal siente una responsabilidad por el neonato prematuro hospitalizado en la UCIN, ante la ausencia materna, desarrolla sentimiento de empatía con el bebé y lo percibe como si fuera su hijo, un familiar o ella misma; asume su instinto compasivo en el cuidado enfermero, lo cual le motiva a contribuir con el neonato en la mejora de su salud.

Convenimos con García (111) quien refiere que el aspecto de la crianza se ha identificado durante mucho tiempo con la enfermería. Ésta profesión tiene su origen en el cuidado materno e incluso el término inglés nurse tiene sus raíces en el vocablo latino “nutrire” (nutrir), que significa madre que cría. Las mujeres debido a su instinto maternal, visto como parte de su naturaleza, han sido consideradas enfermeras natas.

Así también Espino (112) amplía diciendo que cuidar implica tener intimidad, sentirlos dentro, acogerlos, respetarlos, darles sosiego y reposo.

En la relación de cuidado con el neonato, la enfermera muestra ternura, compasión, se identifica con él y busca su recuperación a través de una serie de cuidados científicos – tecnológicos y humanos. Sin embargo recae la necesidad de mantener esos sentimientos a lo largo de la jornada de labor, lo cual resulta muchas veces difícil cuando existe elevada carga de trabajo.

A lo largo de la hospitalización del neonato en la UCIN la enfermera siente esa identificación con el neonato con quien mantuvo una relación de cuidado, cuando éste empeora y fallece la enfermera pasa por una serie de experiencias que se describen en los siguientes discursos:

[...] *Si pues, es doloroso, penoso, de que aparentemente el bebé iba bien y de pronto no está, dices ¿qué pasó?, ahí es un poco triste.* E1

[...] *Es un bebé tan frágil... causa dolor cuando se nos va.* E8

[...] *A veces es difícil, porque de todas maneras, tú ves a unos papas que están llorando, sienten dolor, y algunas veces como que te quiebras, como que sientes impotencia...definitivamente también vas a sentir dolor, por la pérdida de ese bebe.* E5

[...] *Realmente a veces es un cuadro que conmueve, porque no quisiéramos quitarle a su bebe de sus brazos, pero bueno hay que hacerlo porque hay que seguir el proceso de defunción.* E2

La enfermera neonatal como ser humano experimenta dolor e impotencia cuando algunos de sus bebés están muy graves o fallecen, es de gran impacto para ellas ver a los padres sufrir esa pérdida y asistirlos.

Coincidimos con Villarraga (113) quien explica que es preciso reconocer que el personal de salud en general, y las enfermeras merecen apoyo psicológico, y del grupo de neonatología, cuando mueren los niños ya que también ellas experimentan sensaciones de duelo, frustración e impotencia y también merecen consuelo y apoyo.

Se visualiza el lado humano de la enfermera neonatal al mostrar un estado de compasión y tristeza ante la pérdida de un neonato que estuvo bajo su cuidado, aun así expresa a los padres su apoyo y consuelo, es recomendable que el personal de salud reciba apoyo y dirección para el manejo de estas emociones negativas laborales y seguir contribuyendo positivamente en la salud neonatal del prematuro.

Concordamos ampliamente con Boff (114), cuando expresa que lo esencial en el hombre a diferencia de la razón, es el sentimiento, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, el cuidado y la comunión diferente. Es el sentimiento lo que nos define como personas, nos une a las cosas y nos lleva a involucrarnos y comprometernos con las personas; también es el sentimiento lo que nos produce y alimenta la ternura ante la fragilidad de un recién nacido.

En la UCIN existe diversa maquinaria y tecnología para el soporte y tratamiento del neonato prematuro, la enfermera gestiona el cuidado al recién nacido y ella como persona demuestra una serie de sentimientos diversos que nacen durante el proceso del cuidar al neonato, sentimientos que la une aún más al bebé indefenso y que la involucra y compromete en seguir cuidándolo, salvar su vida y recuperarlo, o dar cuidados paliativos y muerte digna, en compañía de sus padres.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

El Perú como estado miembro de las Naciones Unidas y comprometido con los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” enfoca una serie de medidas de asistencia pública materno infantil para reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años en las dos terceras partes, resaltando un enfoque de atención a la población neonatal por ser una población muy susceptible de enfermar y morir; se agrega a esta situación el aumento de nacimientos prematuros, los cuales requieren de una asistencia permanente y segura en unidades de cuidados intermedios o intensivos, según el grado de compromiso de prematuridad.

El equipo de salud de la UCIN y la enfermera neonatal centra su labor en estabilizar y recuperar al neonato prematuro, propio de inmadurez de sus sistemas y funciones corporales en el medio extrauterino.

El presente estudio sustenta según la perspectiva de enfermería, que el cuidado enfermero en la UCIN se caracteriza por ser humano a través de la asistencia integral y especializada al neonato prematuro; la entrega de cuidados de soporte a la familia del recién nacido prematuro; el cuidar a pesar de factores intervinientes y en medio de sentimientos encontrados relacionados al cuidado humanizado del neonato y familia.

En primer lugar, la asistencia integral y especializada al neonato prematuro se realiza al brindar bienestar y comodidad al recién nacido, al contribuir con el desarrollo del área sensorio motriz o psicoemocional y la conservación de un medio ambiente extrauterino protector en la UCIN, englobando la atención del neonato

como un ser biopsicosocioespiritual, junto con la familia, una asistencia individual, con dignidad, intimidad y autonomía.

Esta serie de cuidados integrales al neonato prematuro manifiestan una gran implicancia en la salud neonatal pues aportan en la prevención de secuelas fisiológicas como hemorragias intraventriculares cerebrales e inestabilidad hemodinámica, a través del manejo de dolor, confort, manipulación mínima, contacto delicado, medidas de control ambientales de luz y ruido; además la prevención de lesiones de piel e infecciones, con medidas como higiene y protección de piel y mucosas; prevención de hiperoxia a través del uso adecuado de la concentración de oxígeno y control con saturometría. Estos cuidados integrales seguros y oportunos favorecen el adecuado desarrollo y maduración del neonato prematuro a través de la estimulación sensorial entre otros por el contacto natural de enfermería que se expresa a través de la caricia o toque humano delicado y el hablar al recién nacido prematuro hospitalizado.

En segundo lugar, según la perspectiva de enfermería, los cuidados de soporte a la familia del neonato prematuro durante la hospitalización se brindan cuando se facilita el apego parental, cuando se ofrece educación a la familia durante el proceso de hospitalización y cuando se brinda apoyo espiritual a la familia en situación de crisis.

Estos cuidados de apoyo familiar presentan implicancias en la salud del neonato y familia; el apego piel con piel del prematuro con sus padres proporciona al neonato estabilidad, seguridad, consuelo y protección para el bebé favoreciendo su crecimiento y desarrollo día a día; en los padres previene del desapego y la insensibilidad parental por miedo, inseguridad o rechazo de la apariencia del hijo. El

comprometer a los padres en el cuidado de sus hijos prematuros permite disminuir en ellos el estrés en un ambiente intimidante, organizarse como familia y prevenir de la ruptura del hogar o separación de los padres por rabia, cansancio o inseguridad. Los cuidados de apoyo espiritual en situación de crisis fortalecen a los padres y los ayuda a enfrentar y aceptar situaciones difíciles en la salud de sus hijos.

Todos estos cuidados fomentan la recuperación y estabilización de la familia, así también de las relaciones familiares, contribuyendo a disponer de familias saludables que protegen y satisfacen las necesidades de sus bebés prematuros durante la hospitalización y en el hogar favoreciendo una salud óptima.

En tercer lugar, la enfermera considera de importancia brindar el cuidado al neonato prematuro a pesar de factores intervinientes y en medio de sus propios sentimientos encontrados al dar cuidado humanizado al neonato y familia.

Estos factores intervinientes o limitantes son: la falta de personal de enfermería para distribuir una enfermera por cada dos neonatos críticos en la UCIN y la falta de sensibilidad en el equipo de enfermería por las necesidades afectivas y sociales del prematuro y familia. La enfermera cuida aun con las limitaciones mencionadas sin embargo, como consecuencia se expone el cuidado a un riesgo en la calidad y calidez de la asistencia y al desgaste del propio personal de enfermería.

Por otro lado al brindar el cuidado la enfermera experimenta sentimientos encontrados o divergentes como satisfacción por contribuir en la recuperación del bebé; empatía al tener cerca al bebé hospitalizado identificándolo como un hijo, familiar o ella misma; sentimiento de dolor e impotencia cuando un recién nacido prematuro desmejora y fallece.

Estas circunstancias regulan la disposición y motivación del personal de enfermería para dar cuidado y surgen como condiciones que impulsan a la asistencia humanizada con beneficios para el neonato prematuro hospitalizado y sus padres.

Con todos estos resultados proponemos a los líderes de enfermería de la institución, estimular con programas sostenidos el desarrollo y fortalecimiento de valores en la vida diaria del personal para garantizar un buen estado psicológico y espiritual, pieza fundamental para el cuidado personalizado y humanizado. Así también es necesario emprender programas de sensibilización y humanización a todo el personal de neonatología con el fin de aperturar el apego parental y favorecer el vínculo del niño con su familia en la UCIN.

Persuadimos a los directivos del Hospital San Bartolomé en mejorar las condiciones laborales, incrementar el número de enfermeras con el fin de disminuir el número de pacientes por enfermera, atenuar la sobrecarga laboral y lograr un sistema organizado de cuidados seguros y humanos.

Incentivamos a los diferentes gestores de la institución, del Servicio de cuidados críticos del recién nacido, directivos de enfermería y enfermeras asistenciales de UCIN, a establecer un proyecto de mejora con la propuesta de abrir progresivamente el servicio a los padres que deseen estar más tiempo con sus hijos, considerar el cuidado básico del neonato conjuntamente con la familia, aceptar a los padres como cuidadores y dejar de verlos como “visitas” en un horario rígido, impulsar más el apego piel a piel precoz en la UCIN, organizar talleres educativos de cuidado neonatal y reuniones sociales de soporte para los padres de los neonatos hospitalizados e incluir estas medidas humanas en los protocolos de asistencia, velando por su cumplimiento.

Sugerimos al Ministerio de Salud del Perú una revisión de la política que atiende la salud neonatal peruana; establecer una transformación del sistema de atención en las áreas de hospitalización de neonatología, para impulsar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos neonatales a través de política pública a nivel nacional, con el fin de mejorar la calidad y calidez de la atención en la salud infantil. Desarrollar un conjunto de medidas que involucre a la familia en los cuidados esenciales del neonato durante su hospitalización, asistencia con fundamento humanístico, donde tome valor humano la relación del personal de salud con el neonato hospitalizado y familia, complementando así al tratamiento biológico, científico, tecnológico, para la recuperación del recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva N°363. [base de datos en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. [fecha de acceso 13 de junio 2014] URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014. [base de datos en línea] Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015. [fecha de acceso 26 de enero 2016]. URL disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La Salud del Recién nacido. Una prioridad en las políticas de salud. [en línea]. Perú: UNICEF; 2012. [fecha de acceso 15 de setiembre de 2014] URL disponible en:
<http://www.unicef.org/peru/spanish/Salud-recien-nacido-Prioridad-politicas-salud.pdf>
4. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Análisis de la situación de salud hospitalaria ASIS 2014. Perú: Ministerio de Salud del Perú. Instituto de Gestión de Servicios de Salud; 2015.

-
5. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. NTS No 106– MINSA/DGSP V.01. [en línea] Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2013. [fecha de acceso 20 de agosto 2014]. URL disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM828_2013_MINSA.PDF
 6. Comité Científico Neonatal. Hospital de Pediatría Profesor Dr. J. P. Garrahan. Cuidados en Enfermería Neonatal. Argentina: Journal; 2009.
 7. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Informe de la medición de la satisfacción del usuario externo en hospitalización del HONADOMANI San Bartolomé. Lima: Oficina de gestión de la calidad; 2014.
 8. Santana L, Yañez B, Martín J, Ramírez F, Roger I, Susilla A. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 2009; 19 (6): 335–339.
 9. Silva L, De Araújo R, Teixeira M. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. (Portuguese). *Revista Eletronica De Enfermagem* [en línea]. 2012. [fecha de acceso 28 de agosto de 2014]; 14(3):634-643 URL disponible:
<https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=b4e1d768-b161-406b-bc2e-a996ffb31dd4%40sessionmgr4005&hid=4209>

-
10. Silva J, Silva R, Christoffel M. Tecnologia e humanizaçãona Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do proceso saúde-doença. Rev Esc Enferm 2009; 43(3): 684-689.
 11. Lissauer, T. Fanaroff, A. Neonatología: lo esencial de un vistazo. México: Segunda edición. Editorial Médica Panamericana; 2014.
 12. Oliveira B, Lopes T, Viera C, Collet N. El proceso del trabajo del equipo de enfermería en la UTI Neonatal y el cuidado humanizado. Texto Contexto Enferm [en línea].2006. [fecha de acceso 20 de marzo de 2014];No 15 (Esp): 105-13. URL disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspea12.pdf>
 13. Hughes M . Los padres y enfermeras actitudes hacia la atención centrada en la familia: una perspectiva irlandesa. J Clin Nurs. [en línea]. 2007. [fecha de acceso 20 de agosto de 2014]; 16 (12): 2341-8 URL disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18036123>
 14. Molina R., Fonseca E., Waidman M., Marcon S. La percepción de la familia sobre su presencia en una unidad de terapia intensiva pediátrica y neonatal. Rev Esc. Enferm. USP [en línea]. 2009. [fecha de acceso 20 de agosto de 2014]; 43 (3):630-8 URL disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v43n3/a19v43n3.pdf>

-
15. Merighi M., Jesus M., Santin K., Oliveira D. Cuidar al recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en línea] 2011. [fecha de acceso 15 de agosto de 2013]; 19(6): nov-dic URL disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_17.pdf

 16. Silva L, De Araújo R, Teixeira M. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. (Portuguese). *Revista Eletronica De Enfermagem* [en línea]. 2012. [fecha de acceso 28 de agosto de 2014]; 14(3):634-643 URL disponible: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=b4e1d768-b161-406b-bc2e-a996ffb31dd4%40sessionmgr4005&hid=4209>

 17. Vasquez C. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. [Tesis maestría]. Colombia: Programa de maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2012.

 18. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Enfermeras neonatales: Perspectivas de la atención centrada en la familia: un estudio cualitativo. *J Clin Nurs*. [en línea]. 2012. [fecha de acceso 14 de setiembre 2014]; 21(17-18):2477-87. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22889445>

-
19. Melo R, Souza I, Paula C. Enfermería neonatal: el sentido del cuidado existencial en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Bras Enferm. [en línea]. 2013. [fecha de acceso 20 de setiembre 2014]; 66(5): 656-62 2013 URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500003&script=sci_arttext
 20. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis de licenciatura]. Perú: Programa Cybertesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
 21. Capcha M. Opinión de los padres sobre el cuidado de enfermería al niño hospitalizado, Instituto de Salud del Niño. [Tesis licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
 22. Céspedes, M. Relación enfermera-familiar del paciente en estado crítico y niveles de ansiedad. [Tesis licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
 23. Ninahuanca R. Opinión de los padres sobre el cuidado que brinda la enfermera al niño hospitalizado. [Tesis licenciatura] Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.

-
- 24 . Mera Cárdenas C. El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM. [Tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
25. Navarro J. Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido. Servicio de UCIN, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis licenciatura]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2012.
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La Salud del Recién nacido. Una prioridad en las políticas de salud. [en línea]. Perú: UNICEF; 2012. [fecha de acceso 15 de setiembre de 2014] URL disponible en:
<http://www.unicef.org/peru/spanish/Salud-recien-nacido-Prioridad-politicas-salud.pdf>
27. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud. [en línea]. Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2013.[fecha de acceso 15 de setiembre de 2014].URL disponible en:
http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/novedades/2013/presentaciones/Minister-de-Salud.pdf

-
28. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. NTS No 106– MINSA/DGSP V.01. [en línea] Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2013. [fecha de acceso 20 de agosto 2014]. URL disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM828_2013_MINSA.PDF
29. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. Perú: CEP; 2009.
30. Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Perú: El Peruano, normas legales; 13 agosto 2015.
31. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales del sistema nacional de salud. [en línea]. España: Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud; 2013. [fecha de acceso 14 de diciembre del 2014]. URL disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/DECALOGO_de_las_UCIS.pdf

-
32. Castro F, Urbina O. Manual de Enfermería en Neonatología. [en línea]. Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2007 [fecha de acceso 14 de enero del 2015]. URL disponible en:
<https://pediatraselche.files.wordpress.com/2011/11/manual-de-enfermeria-en-neonatologia.pdf>
 33. Barón S. Prácticas en Enfermería, Neonatología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Edimed; 2015.
 34. Lissauer T, Fanaroff A. Neonatología: lo esencial de un vistazo. México: Editorial Médica Panamericana; 2014.
 35. Comité Científico Neonatal. Hospital de Pediatría Profesor Dr. J. P. Garrahan. Cuidados en Enfermería Neonatal. Argentina: Journal; 2009.
 36. Colegio de Enfermeros del Perú. “Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero”. Perú: CEP; 2008.
 37. Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. España: Elsevier; 2015.
 38. Cuesta R, Espinosa A, Gómez S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. Enfermería Integral, España: 2012, n° 98 Junio. p. 36-39.

-
39. Waldow V. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería. México: Editorial Nueva Palabra; 2008.
40. Espino S, Gómez M. Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
41. Quiroga A, Montes M, Sola A. Clínicas de enfermería neonatal SIBEN Cuidados Infectológicos. Costa Rica: Ediciones SIBEN; 2015.
42. Ministerio de Salud. NT N^o 031- MINS/DGSP V.01 Norma técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e intermedios. [en línea]. Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2005. [fecha de acceso 15 de setiembre de 2014]. URL disponible en:
http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/01/pw16_rm489-2005-minsa-nts031-uci.pdf
43. Paterson J, Zderad L. Enfermería humanística. Nueva York: Editorial Limusa.
44. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de Enfermería. [en línea]. España: Consejo Internacional de Enfermeras; 2014. [fecha de acceso 20 de enero de 2016]. URL disponible en:
<http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

-
45. Colegio de Enfermeros del Perú. “Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero”. Perú: CEP; 2008.
46. Watson J. Theory of human caring. [en línea]. Colorado: Watson Caring Science Institute; 2010. [fecha de acceso 26 de enero de 2016]. URL disponible en:
http://watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF%20HUMAN%20CARING_Website.pdf
47. Boff L. El cuidado necesario. Madrid: Editorial Trotta; 2012.
48. Watson J. Theory of human caring. [en línea]. Colorado: Watson Caring Science Institute; 2010. [fecha de acceso 26 de enero de 2016]. URL disponible en:
http://watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF%20HUMAN%20CARING_Website.pdf
49. Boff, El cuidado necesario. Madrid: Editorial Trotta; 2012.
50. Paterson J, Zderad L. Enfermería humanística. Nueva York: Editorial Limusa.
51. Boff, El cuidado necesario. Madrid: Editorial Trotta; 2012.

-
52. Watson J. Theory of human caring. [en línea]. Colorado: Watson Caring Science Institute; 2010. [fecha de acceso 26 de enero de 2016]. URL disponible en:
http://watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF%20HUMAN%20CARING_Website.pdf
53. Watson J. Jean Watson's Theory of Human Caring [en línea]. Colorado: Watson Caring Science Institute; 2014 . [fecha de acceso 20 de enero de 2016]. URL disponible en:
http://watsonibb.erciyes.edu.tr/wp-content/uploads/2015/01/3312_Ch18_321-340.pdf
54. Boff, El cuidado necesario, Madrid: Editorial Trotta; 2012.
55. Watson J. Jean Watson's Theory of Human Caring [en línea]. Colorado: Watson Caring Science Institute; 2014 . [fecha de acceso 20 de enero de 2016]. URL disponible en:
http://watsonibb.erciyes.edu.tr/wp-content/uploads/2015/01/3312_Ch18_321-340.pdf
56. Collière M. Promover la vida. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993.
57. Raile. Modelos y Teorías en enfermería. España: Elsevier; 2015.

-
58. Paterson J, Zderad L. Enfermería humanística. Nueva York: Editorial Limusa.
59. Gomez M. El cuidado humanizado: un desafío en la formación de la especialista. [diapositiva]. Perú: Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. 42 diapositivas.
60. Johanson L, Rangel L, Moreira M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do proceso saúde-doença. Rev Esc Enferm 2009; 43(3): 684-689.
61. Espino S, Gómez M. Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
62. Watson J. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Scielo [en línea]. 2007. [fecha de acceso 2016 Feb 23]; 16(1): 129-135. URL disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>.

-
63. Watson. La Ciencia del Cuidado/Teoría del Cuidado Transformación del Ser y de los Sistemas. [Diapositiva en línea] 2010. [fecha de acceso 15 de enero de 2016]. URL disponible en:
<http://watsoncaringscience.org/wp-content/uploads/2014/01/oBREGON-spanish.pdf>.
64. Hernandez R, Fernandez C, Bautista P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. Quinta edición; 2010.
65. Prado, Souza, Monticelli, Cometto, Gómez. Investigación cualitativa en enfermería: Metodología y didáctica. Brasil: Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex; 2013.
66. Martinez–Salgado. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciencia y Salud Colectiva, 17(3), 613 – 619, 2019.
67. Polit Q, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Editorial Mac Graw Hill-Interamericana; 1997.

-
68. Noreña A. Alcaraz-Moreno N. Rojas J. Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Universidad La Sabana. Aquichan. [en línea] 2011.[fecha de acceso 17 octubre del 2013] URL disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824>
69. Sola A. Neonatología: “Se deben erradicar los horarios de visita y el uso innecesario de oxígeno”. Cuyo noticias periodismo digital. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 2016 Marzo11]; URL disponible en:
<http://web.ua.es/es/eurle/documentos/trabajo-de-fin-de-grado/estilo-vancouver.pdf>
70. Salcedo S, Ribes C, Moraga F. Recién nacido: cuidado de la piel. Asociación española de pediatría. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 10 de marzo 2016]; URL disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf
71. Lemus-Varela ML, Sola A, Golombek S, Baquero H, et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. Rev Panam Salud Publica, 36(5), 348–54, 2014.

-
- 72 . Hernández R. Intervención humanizada e integral de la atención a neonatos en cuidados intensivos. Implementación de un programa. [Tesis de especialidad] Cuba: Hospital General Universitario “Dr Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos 2007.
73. Sola A. El oxígeno y sus abusos. Atlantic Neonatal Research Institute, MANA, Morristown, NJ [en línea].2014.[fecha de acceso 10 de marzo 2016]; URL disponible en:
http://www.se-neonatal.es/Portals/0/A_Sola_Oxigeno_y_sus_abusos.pdf
74. XI Congreso anual de SIBEN. Informe de capacitación. [en línea]. México: Sociedad Iberoamericana de Neonatología; 2014. [fecha de acceso 8 de marzo 2016] URL disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/12FC/informes/2014/INF_CAP_Camacho_Adela_2014.pdf
75. Barón, S. Prácticas en Enfermería, Neonatología. Argentina: Edimed – Ediciones Médicas. Primera edición; 2015.
76. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Revista de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport, 26,15-27, 2010.
- 77 . Boff L. Saber Cuidar. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.

-
78. Lemus-Varela ML, Sola A, Golombek S, Baquero H, et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. *Rev Panam Salud Publica*, 36(5), 348–54, 2014.
79. Boff L. *El cuidado necesario*. Madrid: Editorial Trotta; 2012.
80. Torralba, F. *Antropología del cuidar*. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 1998.
81. Gil K. *La corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante*. [Tesis de licenciatura] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
82. Pinheiro E, Silva M, Angelo M, Ribeiro C. El significado de la interacción de las profesionales de enfermería con el recién nacido/familia durante la hospitalización. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en línea]. 2008. [fecha de acceso 2016 Feb 24]; No 16(6) URL disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600012>.

-
83. Watson J. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Scielo [en línea]. 2007. [fecha de acceso 2016 Feb 23]; 16(1): 129-135.URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>.
84. Barón, S. Prácticas en Enfermería, Neonatología. Argentina: Edimed – Ediciones Médicas. Primera edición; 2015.
85. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, 26,15-27, 2010.
86. Lemus-Varela ML, Sola A, Golombek S, Baquero H, et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. Rev Panam Salud Publica, 36(5), 348–54, 2014.
87. American academy of pediatrics, committee on Environmental Health Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. Pediatrics [en línea]. 1997 [fecha de acceso 28 de enero de 2015]; Vol. 100 No. 4. URL disponible: <http://socnw.org/pdf/noise%20effects%20on%20unborn.pdf>

-
88. Cantero M. Lafuente M. Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor. España. Ediciones Pirámide; 2010.
89. Becerril E, Álvarez L. La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida [Tesis Maestría] España: Escuela Universitaria de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”; 2012.
90. Lemus-Varela ML, Sola A, Golombek S, Baquero H, et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. Rev Panam Salud Publica, 36(5), 348–54, 2014.
91. Riani –Llano. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. Persona y Bioética. Vol 11 No 2 (29): 138-145, 2007.
92. Villarraga L. Cuidado de enfermería ante la pérdida materna y perinatal. Avances en enfermería, 15 (1 y2), 23-29, 1998.
93. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. Perú: CEP; 2009.
94. Barón S. Prácticas en Enfermería, Neonatología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Edimed; 2015.

-
95. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 26,15-27, 2010.
96. Molina R, Fonseca E, Waidman M, Marcon S. La percepción de la familia sobre su presencia en una unidad de terapia intensiva pediátrica y neonatal. *Rev Esc. Enferm.* [en línea]. 2009. [fecha de acceso 20 de agosto de 2014]; N° 43 URL disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n3/a19v43n3.pdf>
97. Watson J. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Scielo* [en línea]. 2007. [fecha de acceso 2016 Feb 23]; 16(1): 129-135. URL disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>.
98. Riani –Llano. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Persona y Bioética*. Vol 11 No 2 (29): 138-145, 2007.
99. Barón S. *Prácticas en Enfermería, Neonatología*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Edimed; 2015.

-
100. Watson J. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Scielo [en línea]. 2007. [fecha de acceso 2016 Feb 23]; 16(1): 129-135.URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>.
101. Riani –Llano. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Persona y Bioética*. Vol 11 No 2 (29): 138-145, 2007.
102. Espino S, Gómez M. Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
103. Urra E., Jana A., Garcia M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de Cuidados transpersonales. *Rev. Ciencia y Enfermería*, XVII (3), 11 -22, 2011.

-
104. Ministerio de Salud. NT N^o 031- MINSA/DGSP V.01 Norma técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e intermedios. [en línea]. Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2005. [fecha de acceso 15 de setiembre de 2014]. URL disponible en:
http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/01/pw16_rm489-2005-minsa-nts031-uci.pdf
105. Broncano, Yrma. Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital San Bartolomé. [Tesis de Maestría]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2012.
106. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport, 26,15-27, 2010.
107. Gil K. La corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. [Tesis de licenciatura] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
108. Watson. La Ciencia del Cuidado/Teoría del Cuidado Transformación del Ser y de los Sistemas. [Diapositiva en línea] 2010. [fecha de acceso 15 de enero de 2016]. URL disponible en:
<http://watsoncaringscience.org/wp-content/uploads/2014/01/oBREGON-spanish.pdf>.

-
109. Hernández R. Intervención humanizada e integral de la atención a neonatos en cuidados intensivos. Implementación de un programa. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Enfermería Materno – Infantil]. Cuba: Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”; 2007.
110. Boff, El cuidado necesario, Madrid: Editorial Trotta; 2012.
111. García, Sainz, Botella. La enfermería vista desde el género. Index Enferm [revista de la internet]. 2004. [fecha de acceso 2016 Ene3]; N° 13. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext
112. Espino S, Gómez M. Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
113. Villarraga L. Cuidado de enfermería ante la pérdida materna y perinatal. Avances en enfermería, 16 (1 y 2), 23-29, 1998.
114. Boff L. Saber Cuidar. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.