



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Cardozo Sandoval, P; Quiroga Gamboa, P. Fomento del Vínculo Afectivo Padre/Madre-Hijo que permanece en incubadora, por parte de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0146.php>

**FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO PADRE/MADRE - HIJO QUE
PERMANECE EN INCUBADORA, POR PARTE DE ENFERMERIA
U.R.N. HOSPITAL SAN RAFAEL. TUNJA**

PATRICIA CARDOZO SANDOVAL

PATRICIA QUIROGA GAMBOA

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

TUNJA

1997

**FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO PADRE/MADRE -HIJO QUE
PERMANECE EN INCUBADORA, POR PARTE DE ENFERMERIA.**

U.R.N. HOSPITAL SAN RAFAEL. TUNJA

PATRICIA CARDOZO SANDOVAL

PATRICIA QUIROGA GAMBOA

Monografía para optar al título de

Enfermera

Directora

EUGENIA BARAJAS S.

Enfermera

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

TUNJA

1997

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Eugenia Barajas, Enfermera y directora de la monografía, por su apoyo incondicional, por el entusiasmo que nos transmitió en cada una de sus palabras y ante todo por ser ejemplo de amistad.

Al Hospital San Rafael de Tunja, por permitirnos desarrollar el presente estudio.

Al Personal de Enfermería de la U.R.N y a los padres/madres de los neonatos que permanecieron en incubadora durante el presente estudio, por ser parte fundamental del mismo.

De igual manera expresamos nuestros agradecimientos a las demás docentes de la Escuela de Enfermería, amigos y personas que colaboraron en la realización de ésta investigación.

CONTENIDO

pág

INTRODUCCION

1. JUSTIFICACION	3
2. FORMULACION DEL PROBLEMA	6
3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	7
4. OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GENERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
5. MARCO TEORICO	11
5.1 VINCULO AFECTIVO ENTRE PADRE / MADRE – HIJO	11
5.1.1 Tipos de vínculo	15
5.1.1.1 Materno	15
5.1.1.2 Paterno	18
5.1.1.3 Filial	20
5.1.2 Condiciones para el proceso de vinculación	20
5.1.3 Proceso de familiarización de padre/madre–hijo	23
5.1.4 Mecanismos mediante los cuales se desarrolla el Vínculo Afectivo	26
5.1.4.1 Contacto visual	26
5.1.4.2 Tacto	27

5.1.4.3 Lactancia materna y/o alimentación al pecho	27
5.1.4.4 Habitación conjunta	28
5.1.5 Efectos de la separación en el desarrollo del Vínculo Afectivo	28
5.2 UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL O UNIDAD DE RECIEN NACIDOS	31
5.2.1 Infraestructura	31
5.2.2 Organización para el cuidado de Enfermería	34
6. DISEÑO METODOLOGICO	41
6.1 TIPO DE ESTUDIO	41
6.2 POBLACION	41
6.3 MUESTRA	41
6.4 CRITERIO DE INCLUSION	42
6.5 FUENTE DE INFORMACION	42
6.5.1 Primaria	42
6.5.1.1 Observación directa a través de una guía estructurada	42
6.5.1.2 Entrevista semiestructurada para Personal de Enfermería	43
6.5.1.3 Entrevista semiestructurada para los padres/madres de los neonatos	43
6.5.1.4 Encuesta para el Personal de Enfermería acerca de su dimensión socio–familiar	43
6.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	43
6.6.1 Para la observación	43
6.6.2 Para la entrevista a padres/madres	44
6.6.3 Para la entrevista al Personal de Enfermería	44

6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	46
7. ANALISIS DE LA INFORMACION	47
7.1 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	47
7.1.1 Características socio-familiares	47
7.1.2 Características laborales	48
7.2 FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO PADRE/MADRE-HIJO: PERCEPCION DE ENFERMERIA	53
7.3 FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO PADRE / MADRE - HIJO: PERCEPCION DE PADRES /MADRES USUARIOS	58
8. CONCLUSIONES	65
9. RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	71

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Guía de observación al Personal de Enfermería en su relación con el paciente y la familia	72
ANEXO B. Guía de observación a los padres/madres usuarios del servicio durante las visitas	73
ANEXO C. Guía de observación para personas entrevistadas	75
ANEXO D. Entrevista semiestructurada para Personal de Enfermería	76
ANEXO E. Entrevista semiestructurada para padres / madres usuarios del servicio	78
ANEXO F. Encuesta para Personal de Enfermería	80

RESUMEN

El Vínculo Afectivo entre padre/madre-hijo es un proceso que se inicia desde la concepción, va madurando a medida que avanza la gestación y se consolida con el nacimiento.

Son diversas las alteraciones que puede presentar el neonato al nacimiento y que requieren de su hospitalización con la consecuente separación del padre/madre; tal situación impide el fortalecimiento del Vínculo Afectivo entre el trinomio.

A partir de lo anterior, y en el periodo comprendido entre el 9 de Julio y el 6 de Agosto de 1997, se realiza un estudio descriptivo que desde la visión del grupo de Enfermería, cuidador de los neonatos, y de los padres/madres usuarios del servicio, permita conocer la forma como el Personal de Enfermería fomenta éste vínculo entre padre/madre y su hijo que permanece en la incubadora.

Al respecto se evidencia que el grupo de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería reconoce la importancia del vínculo entre padres-niño y lo promueve flexibilizando el horario de visitas, permitiendo la entrada de padre/madre y su participación en algunos cuidados básicos. Así mismo, los padres/madres usuarios entienden las normas institucionales encaminadas a

la protección de su hijo, se ajustan a ellas y consideran al Personal de Enfermería como el enlace con su hijo y el apoyo fraternal antes sus dudas y temores.

INTRODUCCION

El ser humano se relaciona con su entorno para crear lazos afectivos o satisfacer sus necesidades, siendo el amor una de las más importantes. Estas interacciones tienen como base la relación que desde la concepción entabla con sus padres y se fortalece a lo largo de la vida, reflejándose en la seguridad en si mismo y en la capacidad de relacionarse con los demás.

El nacimiento es un acontecimiento que involucra a padre/madre-hijo por cuanto se consolida el afecto al hacerse real el hijo soñado.

Son diversas las alteraciones que puede presentar el neonato al nacimiento y que requieren de su hospitalización, con la consecuente separación temporal del padre /madre, situación que impide fortalecer el vínculo en el trinomio.

A partir de lo anterior se plantea un estudio descriptivo que permita conocer la forma como el Personal de Enfermería fomenta este vínculo en el grupo de neonatos que permanece en la incubadora en el período comprendido entre el 9 de Julio y el 6 de Agosto de 1997.

Para alcanzar lo propuesto, se aborda en primer lugar a las Enfermeras y

Auxiliares de Enfermería que en el mencionado periodo laboraban en la Unidad de Recién Nacidos (U.R.N.) del Hospital San Rafael (H.S.R.T.), con el fin de identificar si en el fomento del vínculo podrían influir algunos aspectos socio-familiares y laborales así como describir la concepción que se tiene de la importancia del Vínculo Afectivo y la propia percepción de la forma como logran fomentarlo.

De igual manera se busca que los padres/madres expresen su propio significado de lo que es el vínculo entre ellos y su hijo y refieran cómo el grupo de Enfermería fomenta ese afecto.

Al respecto, se evidencia que el Personal de Enfermería reconoce la importancia del vínculo en el trinomio y lo promueve flexibilizando el horario de visitas y permitiendo a los padres/madres que participen en algunos cuidados básicos. Así mismo, los padres usuarios entienden las normas institucionales encaminadas a la protección de su hijo, se ajustan a ellas y encuentran en este personal, el enlace con su hijo y el apoyo afectivo ante sus dudas y temores.

1. JUSTIFICACION

La Vinculación Afectiva se define como “Una relación única, específica y perdurable entre dos personas”¹, y es el fundamento de la relación paterno/materno-infantil. Esta no es un fenómeno ya formado sino un proceso que van desarrollando el niño y sus padres en el transcurso del tiempo.

Durante el proceso de vinculación paterno/materno-infantil es importante que el niño responda con comportamientos que refuercen la relación “social”, como la sonrisa y la mirada a los ojos de sus padres, por esto si hay separación prolongada del trinomio "se puede ver afectado el vínculo llevando a trastornos en el desarrollo mental, motor y afectivo del neonato”².

Las diversas condiciones que hacen difícil el proceso de adaptación a la vida extrauterina y algunos procesos mórbidos que pueden estar presentes en el neonato desde el nacimiento, hace que sea necesaria su vigilancia cuidadosa y permanente, lo cual demanda para la mayoría de los casos, la hospitalización.

Lo anterior puede corroborarse con las estadísticas Institucionales en donde se encuentra que durante el período comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Julio de 1997, se hospitalizaron en la U.R.N. del H.S.R.T., 287 niños cuyos

¹ KLAUSS, M y KENNEL, J. La Relación Madre-Hijo. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1978 p 16.

² BOWLBY, John. El Vínculo Afectivo. Buenos Aires. 1990 p220.

peso osciló entre los 850 y 4250 gramos, con diagnóstico prioritario de: hipoxia neonatal , riesgo metabólico y respiratorio, síndrome de dificultad respiratoria, aspiración de líquido amniótico claro o meconiado, hipoglicemia-hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y taquipnea transitoria del Recién Nacido.

Si se tiene en cuenta las condiciones de inmadurez y de bajo peso que acompañaban a la mayoría de éstos niños es evidente que la institucionalización genera una separación forzosa de su padre/madre, por periodos largos de tiempo. Para la población descrita, la estancia de los neonatos a término en la U.R.N. fue entre 4 y 8 días y se prolongó para otros hasta 45 días.

Conscientes de la importancia que reviste el afecto entre el padre/madre-hijo y confrontando la realidad del neonato hospitalizado, se advierte la necesidad de realizar un estudio a partir de las bases teóricas que conlleve a resaltar la importancia de fomentar el afecto entre padre/madre-hijo dentro del cuidado que el Personal de Enfermería brinda al neonato enfermo, como base para el desarrollo del niño, mediante la flexibilidad en la aplicación de las normas institucionales existentes sobre el acceso de los padres a la Unidad y la participación en el cuidado básico de su hijo.

De igual manera en el aspecto académico, se busca fortalecer la investigación en la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en el área: “ Rol de Enfermería “, línea: “ Actitudes del Profesional en relación con la calidad del cuidado” y apoyar la formación de los

estudiantes en el área Perinatal por cuanto abarca una revisión teórica confrontada con la realidad de los usuarios y de los prestadores del servicio.

2. FORMULACION DEL PROBLEMA

En qué forma el Personal de Enfermería fomenta el Vínculo Afectivo entre padre/madre-hijo que permanece en incubadora en la Unidad de Recién Nacidos (U.R.N) del Hospital San Rafael de Tunja.(H.S.R.T)?

3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La U.R.N del H.S.R.T se encuentra ubicada en el segundo piso, frente a la entrada principal del mismo. Consta de cuatro salas: en la primera de ellas se encuentran los niños que nacen en el Hospital, generalmente prematuros o de bajo peso y sin signos de infección; la siguiente sala es para niños nacidos en la Institución, de mayor peso y mayor edad gestacional y que presumiblemente requieren menos tiempo en la incubadora; a continuación está la sala para recién nacidos meconiados o con riesgo de infección que han nacido en el Hospital; otra sala está asignada para los neonatos nacidos fuera de la Institución que ingresan por infección y/o necesitan de aislamiento.

De igual manera, la U.R.N cuenta con una sala para lactancia donde se ubican las madres cuyos hijos pueden ser trasladados de los diferentes cuartos para el amamantamiento y/o visita; una central de Enfermería, un botiquín para la preparación de medicamentos y un lugar para la higienización de los neonatos. En total se dispone de seis incubadoras, una de calor radiante y 16 cunas.

Con respecto al personal de asistencia, está conformado y distribuido así:

- Una Enfermera, exclusiva para la Unidad en el turno de la mañana. En los turnos de la tarde y la noche sus actividades están distribuidas entre la Unidad de Recién Nacidos y la Sala de Partos.
- Dos Auxiliares de Enfermería por cada turno.

- Médico Pediatra
- Médicos Internos que rotan por éste servicio.

Al realizar observaciones en la U.R.N, se encuentra que el neonato permanece separado del contacto paterno/materno y familiar debido a normas institucionales que van encaminadas a disminuir el riesgo de infección de los pequeños que se encuentran allí y a los horarios cortos de visita que disminuyen así la consolidación del Vínculo Afectivo. La interacción padre/madre-hijo en éste recinto se lleva a cabo mediante la visualización a través de las ventanas, situación ventajosa para los neonatos que se encuentran ubicados cerca a ellas.

Generalmente las visitas sólo se le permiten a la madre y especialmente a aquellas cuyos niños pueden ser lactados o que por su condición delicada se les permite la entrada. Estas visitas son de media hora en la mañana y media en la tarde, tiempo que resulta breve para estrechar el Vínculo Afectivo existente.

La Hospitalización prolongada provoca en los padres/madres inasistencia por largos periodos a las visitas (más de 4 días) o son escasas en tiempo: se limitan a preguntar por las necesidades físicas del niño (pañales, medicamentos, elementos de aseo), o simplemente “qué se ofrece?”.

Si bien, el personal que cuida a éstos niños busca satisfacer por igual sus necesidades físicas y afectivas en el momento de la alimentación, higienización

y durante los procedimientos especiales, las exigencias particulares de la situación del niño, el número de neonatos hospitalizados y las múltiples tareas que debe realizar, limitan el tiempo para permanecer directamente con cada uno de ellos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la forma en que el Personal de Enfermería fomenta el Vínculo Afectivo entre padre /madre-hijo que permanece en incubadora en la U.R.N. del H.R.S.T.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características socio-familiares y laborales del personal de Enfermería que pueden incidir en el fomento del Vínculo Afectivo padre/madre-hijo.
- Describir la propia percepción del personal de Enfermería de la forma como éste fomenta el Vínculo Afectivo entre padre/madre-hijo,
- Describir la percepción manifestada por los padres/madres usuarios del servicio sobre la forma como el personal de Enfermería fomenta el Vínculo Afectivo padre/madre-hijo.

5. MARCO TEORICO

5.1 VINCULO AFECTIVO ENTRE PADRE/MADRE- HIJO

Una vez el niño nace, la madre lo carga, lo acaricia y lo mima, comenzando una interacción madre-hijo que se apoya sobre el vínculo iniciado en la gestación³. Tal vínculo se convierte en un proceso que irán desarrollando el niño y sus padres con el transcurrir del tiempo.

“Es la fuente de donde emanan después todos los vínculos que habrá de entablar el niño y constituye la relación formadora en cuyo transcurso el niño adquiere noción de sí mismo, para toda la vida; la fuerza y carácter de éste vínculo influye sobre la calidad de todos los futuros vínculos que se establezcan con otras personas”⁴

Existen tres perspectivas teóricas principales que contribuyen a la teoría de la vinculación: la teoría psicoanalítica, la etiológica y la del aprendizaje. “La primera postula que el vínculo se debe a impulsos instintivos y relaciones objetivas. Desde el punto de vista etiológico, consiste en comportamientos específicos como presencia constante, abrazar a una persona al sentir temor, llorar y otros similares que promueven la proximidad entre los seres humanos.

³ GOMEZ, Hernando, et al. *Cómo Ser Vigía de la Salud*. Santa Fe de Bogotá p 85-86

⁴ KLAUSS, M y KENNELL, J. *Op Cit* p 17

Los teóricos del aprendizaje indican que la vinculación se debe a impulsos secundarios que hace que la madre satisfaga las necesidades del niño y a su vez que el niño asocie la satisfacción de sus necesidades con ella”⁵.

Según Brazelton la interacción padres-hijo suscita una serie de estímulos y respuestas mensurables que se entretajan y se mezclan tipificando así el encuentro.

Desde que el niño está en el vientre materno necesita de afecto, pues se debe ver como un ser humano ya formado que siente, escucha y que aunque resulte difícil de creer, allá dentro ya es capaz de reconocer el latido del corazón de su mamá, la voz de su papá, ruidos y/o sonidos que le agraden y otros que no.

El feto responde a estímulos que los padres le proporcionen como la música, la luz o el tacto, mediante movimientos bruscos o no de su cuerpo o de alguna parte del mismo. Por éstas razones desde el inicio de la gestación se debe brindar afecto a ese hijo, pues desde su concepción se inicia una relación entre padre/madre-hijo y el medio que lo rodea.

Ya desde la década de los setenta se ha venido desarrollando el concepto de “Cuarta Etapa del parto” como el tiempo óptimo inmediatamente después del nacimiento para el contacto cercano entre los padres y el niño con el fin de iniciar el proceso de vinculación de esta triada.

En la actualidad, los términos unión y vinculación se emplean de manera

⁵ SHARON, J , et al. Enfermería Materno Infantil. Séptima Edición. México. Editorial Interamericana. pp 615-617.

indistinta para describir éste proceso de afiliación entre los padres y el hijo.

Algunos autores consideran que existe diferencia entre los términos y definen la unión como "la atracción inicial y el deseo de conocerse" y la vinculación como "la larga y ardua tarea de preservar el amor"⁶. Así, puede considerarse que la unión es el paso inicial de un proceso en el cual se desarrolla la atracción mutua y la respuesta entre padres e hijos, la cual se constituye en la base de la posterior relación de amor e interdependencia.

El niño necesita ser cargado, acariciado, ya que esto le permite experimentar afecto. De igual manera, el hablarle, mirarle a los ojos, sonreírle y besarlo es importante en la relación afectiva del niño hacia la madre/padre y o personas que lo cuidan, siendo uno de los factores más importantes para el desarrollo de la autoconfianza y la seguridad, lo cual le facilitará las relaciones con otras personas, dar y recibir amor, contribuyendo así al desarrollo de sus capacidades emocionales, sociales e intelectuales.

Los investigadores dedicados a diversas disciplinas, al estudiar el proceso de la relación del infante humano con su madre, "observaron los efectos desastrosos sobre el niño en su desarrollo motor, mental y afectivo debido a las prolongadas separaciones maternas. El estudio intensivo de esta relación comenzó hace aproximadamente 15 años a partir de la observación efectuada en los servicios de Neonatología, de cuidado intensivo, en donde, luego de

⁶ Ibid. , p 618

haber realizado esfuerzos extraordinarios para salvar a un infante prematuro, el mismo regresaba a la sala de Urgencias del Hospital con signos de haber sido maltratado o parcialmente destruido por sus padres. Al examen minucioso de estos fenómenos se demostró en forma constante, que en la historia clínica de infantes maltratados o que no progresaban a pesar de no existir causa orgánica que lo justificara, aparecían antecedentes de prematurez o de hospitalización temprana del niño.”⁷

En los servicios para prematuros de Pierre Budín, se recibía con beneplácito a las madres y se les permitía colaborar en la asistencia de su hijo; en su libro de *The Nursling*, (El niño de pecho), primer texto de neonatología, publicado en 1907, dicho autor reconoció: "Las madres separadas de sus pequeños no tardan en perder todo interés en quienes no pudieron atender ni acariciar" ; es irónico que el deseo de Budín de difundir su método condujese a la exclusión de la madre del servicio de neonatología.

“Martín Cooney, joven discípulo de Budín cuidaba a los prematuros en “Criaderos para niños”; como no se esperaba que estos niños vivieran, se los regalaban a Cooney para que los exhibiera; se estableció en Coney Island y tuvo éxito en el cuidado de más de cinco mil prematuros, los que mostró en casi todas las ferias y exposiciones desde 1909 hasta 1940”⁸.

“Cuando los prematuros fueron trasladados de las ferias a los hospitales, se adoptó la mayor parte de las prácticas estrictas de Cooney, incluso la

⁷ KLAUSS , M y KENNEL, J. Op cit p 18.

⁸ THOMPSON, E. Enfermería Pediátrica. Cuarta Edición. México. 1984 p 76

prohibición que las madres entraran a la sala donde se les atendía. Sin embargo, la aparición de los antibióticos y los hallazgos recientes que toman en cuenta la importancia del lazo materno infantil, han hecho que sean más liberales las prácticas en los Hospitales y en las salas de prematuros a este respecto”⁹; de esta manera el papel de la madre en el servicio hospitalario de Neonatología para recién nacidos a término y de bajo peso han cambiado considerablemente en los últimos años.

5.1.1 Tipos de vínculo. El neonato no sólo se relaciona o se vincula con su madre sino que interactúa con todo lo que lo rodea:

5.1.1.1 Materno. Es sin lugar a dudas el tipo de vínculo más importante: se inicia o empieza a formar desde la niñez, cuando con los juegos infantiles se empieza a desempeñar el rol de madre vistiendo a las muñecas, dándoles de comer, arrullándolas y hasta regañándolas porque hacen cosas malas. Este papel se desempeñará en la realidad unos 20 o 30 años más tarde cuando se experimente vivencialmente éste acontecimiento.

Las mujeres por naturaleza llevan innato el deseo de cuidar, de proteger a sus hijos, esto se puede ver hasta en la especie animal; se cita el experimento que se pudo observar en una finca especializada en el cuidado de rebaños: “La cabra tiene a su cabrito, si éste es separado de la madre durante los primeros cinco a diez minutos del parto y luego se lo vuelven a juntar la cabra pateo y rechaza el neonato y se niega a amamantarlo. Sin embargo si éste no se retira durante los primeros minutos, la madre lo amamantará y lamerá y aún se

⁹ Ibid. , p 77

puede introducir uno ajeno y ella permitirá que mame”¹⁰.

En otra especie como en monos “si el desprendimiento se hace no de inmediato al parto sino horas o días más tarde, la madre aceptará a su hijo con más facilidad a su regreso”¹¹. Así se concluye que si la separación se realiza inmediatamente después del parto, cuando la madre aún no ha tenido ningún contacto visual ni táctil con su hijo, el lazo afectivo no será el mejor, de una u otra forma habrá rechazo y más aún si el niño no es lo que se esperaba o si viene enfermo o con alguna malformación; en cambio si la separación se realiza días u horas posterior al nacimiento, la madre ha tenido tiempo para relacionarse con su bebé y al desprenderse de él será ya más difícil porque lo ha visto, lo ha tocado, ha sentido su llanto y de alguna manera se ha hecho evidente el Vínculo Afectivo con su hijo.

Las madres humanas más vulnerables a no fomentar el vínculo con sus bebés cuando éstos nacen son las madres de prematuros que deben permanecer las primeras semanas de vida en servicios de Terapia Intensiva Neonatal o Unidad de Recién Nacidos. Para ellas es más difícil seguir con su Vínculo Afectivo ya que en dichos servicios por diferentes restricciones se dificulta que los vean, los acaricien y por tal razón aumenta el riesgo de que en un futuro sean rechazados.

Al igual que con la especie animal, con la especie humana también se han realizado estudios. En uno de ellos, llevado a cabo en Stanford, se tomaron dos

¹⁰ KLAUSS, M. FANAROFF, A, Asistencia Del Recién Nacido de Alto Riesgo. Buenos Aires, Editorial Panamericana 1981 p 159.

¹¹ Ibid p 159.

grupos de madres que tenían a sus hijos hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos. Al primer grupo se le permitió verlos y permanecer en la sala durante las primeras horas de vida. Al otro grupo sólo se le permitió hacerlo hasta los 20 días. Las madres que tuvieron un pronto contacto con sus hijos los miraban y mimaban más al momento de alimentarlos. En cambio las que tuvieron un contacto tardío comprobaron mediante filmaciones, que eran menos amorosas con sus bebés y no los miraban al momento de alimentarlos¹².

Todo esto reafirma que la madre tiene un periodo de sensibilidad donde ella y su bebé estrechan el Vínculo Afectivo; si las condiciones son óptimas el proceso de vinculación no se interrumpirá con el parto sino que al contrario se unirán más, lo cual no ocurre si las condiciones son menos favorables y en el momento del parto se rompe todo vínculo con el neonato.

5.1.1.2 Paterno. El recién nacido ejerce un tremendo impacto sobre el padre, que va desde la atracción hacia el bebé y la concepción de éste como “perfecto” hasta la extrema euforia y un mayor sentido de autoestima. Infortunadamente por razones culturales existen prácticas hospitalarias que excluyen al padre de la interacción inicial con su hijo, pues todo gira en torno al rol materno en la primera infancia.

Según estudios realizados por Parke (1974) el padre desempeña el papel más activo cuando ambos padres están presentes, en contraste con el estereotipo cultural del padre como participante pasivo. De igual manera Parke señala que

¹² Ibid, p 165.

el padre debe tener extenso contacto con el niño en el Hospital, donde se fortifica el vínculo padre-hijo, ya que es parte fundamental de ésta triada.

Es de resaltar que los vínculos que se entablan mediante la participación compartida son sólidos y a menudo las parejas se mantienen en comunicación entre sí hasta muchos años después.

Así pues, se sabe que mucho aprendizaje ocurre entre la madre y el niño durante la permanencia en el Hospital, aprendizaje del que se excluye al padre, pero a quien se debe involucrar para que no sólo se interese, sino que tenga la sensación de ser dueño del bebé y adquiera las aptitudes que desarrolla la madre.

Hombres y mujeres aprenden sus papeles de madre y padre y con toda la influencia actual, terminan convirtiendo la gestación en un estado de la mujer, pocas veces explorada en pareja. Por éstas influencias ella deberá transmitir a su compañero, además de los aspectos agradables de la gestación, las incomodidades propias de ésta etapa, como los mareos, el vómito, la debilidad y el decaimiento. No es necesario para el hombre tener el vientre lleno para comprometerse en la vivencia que le pertenece y vincularse sólidamente con su hogar. De igual manera ocurre cuando el neonato nace con problemas de salud y por esta razón se hace necesario hospitalizarlo a pocas horas de nacido; se cree que el dolor, la angustia y la desesperación de ver a su hijo en esas condiciones, sólo la siente la madre porque fue ella quien lo cargó por nueve meses en su vientre, o porque fue ella quien sintió los dolores de parto y

queda olvidado que el padre es un ser que hace parte importante de este trinomio, que al igual que la madre siente temor y experimenta la sensación de pérdida y frustración al ver que todo no ha salido como se ha planeado.

No se debe olvidar que el padre no es sólo gestor de este suceso, es también padre, compañero y cómplice de este vientre sembrado de vida y por tal razón el cuidado no sólo se dirige a la madre y al niño sino a suplir las necesidades que el padre manifieste.

5.1.1.3 Filial. Se debe recordar que la familia no esta compuesta solamente por papá y mamá, sino que también existen los abuelos, hermanos, tíos y otros que pueden llegar a influir en la formación del vínculo con el hijo. Los abuelos por lo general brindan cariño a sus nietos y es por esta razón que el niño no sólo crea vínculos afectivos con sus padres sino que también los forma con los demás seres que lo rodean.

En muchas ocasiones el neonato no está al cuidado de la madre exclusivamente, sino que depende de otros miembros de la familia; es así que el cariño que recibe un bebé no sólo lo puede obtener de sus padres sino de otros integrantes de la familia y es tan importante como el cuidado físico. La gentileza con que se le proporcione ese cuidado es una expresión de amor, que hace que el cuidado físico (baño, alimentación y otros) sea una forma para que el niño desarrolle un sentimiento de confianza y afecto con los demás seres.

5.1.2 Condiciones para el proceso de vinculación. Existen ciertas condiciones previas al nacimiento para el desarrollo del vínculo tales como: el deseo por tener a ese hijo, si la gestación fue planeada o no y si el compañero estuvo presente durante la misma.

Caplan (1960) hace referencia al desarrollo de la gestación, y la divide en dos grandes etapas de adaptación:

- Aceptación del Embarazo: en esta etapa la mujer debe acostumbrarse a la idea de que “será madre”; en éste momento hay sentimientos contradictorios (alegría, frustración, rabia). Ella sufrirá cambios tanto físicos, como biológicos, psicológicos y sociales. Esta etapa inicial según la delinear Bibring y col., (1961) es la identificación del feto en crecimiento como “parte integrante de la madre misma”.
- Percepción del feto como un individuo aparte: es la etapa en la cual se crea conciencia de que el bebé que está en el útero es un individuo aparte, esto suele comenzar con el extraordinario acontecimiento de los “puntapiés”, es decir, la sensación de movimientos fetales. “En este periodo la mujer apropia el concepto de que el feto forma parte de ella misma pero que es una personita individual, se convence de que tiene un niño dentro de su vientre y que al nacer será un individuo aparte y diferente aunque dependa de ella el inicio de su existencia para luego seguir solo y crear su propia conciencia y vida”¹³.

¹³ KLAUSS, M y KENNELL, J. Op cit, p 50

Bibring y col. creen que éste convencimiento prepara a la mujer para el nacimiento y la separación física de su hijo. Esta preparación a su vez sirve de base para la relación que ha de entablar con él.

De igual modo, una vez sucedido el nacimiento, algunas consideraciones deben tenerse presente:

- La retroalimentación recíproca positiva: que incluye respuestas verbales, no verbales y sociales de tipo real o perceptual del niño hacia los padres y viceversa, por lo cual las interacciones se hacen mutuamente satisfactorias. Esto quiere decir que de la forma como los padres vean al niño y éste responda, la interacción será fructífera o no.
- Los comportamientos de reclamación que conducen a la identificación del niño: deseo de reclamar al niño como propio e identificarlo de manera gradual. Cuando los padres consideran que los niños se parecen a ellos en algunos aspectos y difiere en otros, el niño adquiere singularidad y esto le ayuda a incorporarse al sistema social familiar.
- Las interacciones mutuas: el lactante tiene y desarrolla un repertorio de comportamientos que producen las correspondientes respuestas comportamentales en los padres, en particular en la madre. Este comportamiento da inicio al contacto con los padres y lo preservan. Los comportamientos para llamar la atención (llorar, emitir ruiditos, sonreír) y los comportamientos de ejecución (búsqueda de alimento, succión, agarre de

cosas) son cruciales para acercarse a los padres y mantener el contacto con ellos.

5.1.3 Proceso de Familiarización de padre/madre-hijo. Al iniciarse una relación, los interesados se familiarizan y se forman mutuamente sus primeras impresiones, matizadas con sensaciones de atracción, rechazo o ambivalencia. Estas primeras impresiones determinarán el curso de las futuras relaciones entre estas dos personas.

Durante las primeras semanas siguientes al nacimiento, la madre, el padre y su hijo se van familiarizando. Los padres tratan de averiguar cómo es su hijo y cómo se sienten con respecto a él. Basándose en esta información, reafirman o cambian el concepto que se han formado del recién nacido; es posible que la relación entre la madre y el niño adquiera un matiz positivo o negativo lo que dependerá de si la valoración del neonato por la madre y el padre se ajusta a la realidad o no.

Ahora bien, el resultado del proceso de familiarización de la madre y el niño parece estar supeditado no solamente a la manera en que la madre percibe el comportamiento del neonato sino también sus experiencias en el Hospital.

Existen otros factores involucrados que afectan el resultado del proceso, como la capacidad de la madre para confiar, formar una relación grata y utilizar sistemas de apoyo.

En el proceso de familiarización entran en juego esencialmente tres factores: los antecedentes maternos, las características del niño y las experiencias hospitalarias. De esta manera se puede decir con certeza que la verdadera vinculación afectiva es la fusión de estos tres componentes.

- Antecedentes Maternos: al comenzar la gestación, la madre tiene reservas emocionales que son favorecidas por el apoyo recibido de su familia, el autoconcepto y el conocimiento de que sabrá desempeñar su rol materno. Pero esta fuerza emocional se puede aumentar o agotar con los cambios propios de esta etapa. Los factores positivos de los antecedentes maternos incluyen: embarazos planeados, padres que pueden sostener al hijo, buena salud, una gestación sin dificultades, satisfacciones en el hogar, simpatía por los niños y atención prenatal temprana. Sin embargo la importancia relativa de la vida depende de las percepciones personales y las experiencias, así la relación de una madre con el neonato cuando ella experimenta unos cambios, puede ser distinta a la de la madre que sufre crisis importantes en la vida o un cúmulo de dificultades menores durante la gestación (Lendzion 1975, Rahe 1964).
- Características del Niño: el bebé se convierte en una fuente importante de satisfacción emocional para la madre. Algunos de los factores emocionales gratos son el hecho de que el niño sea del sexo preferido, no experimente problemas físicos y nazca a término. El neonato con su comportamiento (alimentarse, estar alerta, apaciguarse, responder a las expresiones de afecto) suscita y mantiene las respuestas de atención maternal, lo que

puede originar en la madre una sensación grata o punitiva. El recién nacido se convierte en un poderoso factor determinante del proceso de familiarización madre-hijo. Desde el primer momento en que ve a su bebé la madre utiliza el aspecto y comportamiento del niño para familiarizarse con él; la intensidad del llanto, el grado de viveza visual y la reacción del neonato al aire frío o a la brillantez de la luz sirven de base a la madre para un primer reconocimiento de las expresiones del niño. De igual manera, el sexo, la complexión física y los parecidos familiares identifican a su hijo como un ser singular y distinto de todos los demás.

Se ha observado que ciertas características del neonato pueden influir en la calidad de la relación entre la madre y el niño, entre las cuales están la manera de alimentarse, consolarse, responder a las expresiones de ternura, el comportamiento y actividad motriz, el sexo, el estado físico, el tamaño y la edad gestacional. La claridad con que se comunica el neonato influye en la eficacia y los cuidados que le ofrece la madre, pues si ella no entiende lo que su hijo le comunica, ignora sus necesidades y en consecuencia se siente incapaz de satisfacerlas debidamente.

Las respuestas del neonato a la presencia del rostro y la voz de su madre es socialmente afianzadora. Las sonrisas evocan placer y una sensación de reconocimiento; la atracción de la madre hacia su hijo se intensifica cuando el niño la mira a los ojos, sigue los movimientos de su rostro y se calma cuando lo acaricia. La madre necesita tener la impresión de que su hijo quiere estar junto a ella y le complace su compañía. Desde que nace, el niño es capaz de dar

satisfacción o pesar y de infundir sensación de deleite o repudio.

- Experiencias hospitalarias: las experiencias de la madre durante el trabajo de parto y el alumbramiento pueden también influir en la reacción de ésta para con su hijo. Si se ha sentido satisfecha con el personal del Hospital durante su estadía allí, es más probable que la primera impresión de su hijo sea de agrado. Un parto prolongado y difícil, una episiotomía dolorosa, las alteraciones corporales y complicaciones inesperadas, como una pérdida anormal de sangre o una infección, pueden distorsionar la percepción materna del niño, ya que la madre se concentrará más en sus propias necesidades y tal vez atribuya al niño sus molestias.

5.1.4 Mecanismos mediante los cuales se desarrolla el Vínculo Afectivo. La vinculación afectiva se da mediante mecanismos que desarrollan tanto los padres como el neonato:

5.1.4.1 Contacto Visual. Pocos minutos después de nacer, los bebés responden con más atención a las figuras que asemejan caras humanas. Al captar la mirada fija del niño se puede establecer un poderoso lazo muy rápidamente. “Se sabe que una mirada vale más que mil palabras”, así, los padres pueden pasar horas deleitándose conociendo a su hijo.

5.1.4.2 Tacto. El manejo cuidadoso y el contacto directo piel a piel puede familiarizar al bebé con el tacto. Eso crea un sentido de seguridad y confianza en su madre y en el nuevo ambiente, precisamente lo que un recién nacido

necesita. Además se sabe que el recién nacido extraña la cercanía de su madre y al estar pegado a ella, al sentir su piel, se estabiliza con más facilidad y junto a sus padres duerme mejor y más tranquilo. Por eso en muchos lugares del mundo el contacto piel a piel del bebé con sus padres se está realizando lo más pronto posible después del nacimiento, es tanto así que para los niños prematuros o quienes por diferentes circunstancias deben permanecer en incubadoras, el personal de salud en centros especiales ha puesto en marcha el programa "Plan Canguro", donde la madre, el padre y otros familiares permanecen con el bebé pegado a su piel y no necesitan de incubadora, así los periodos de tranquilidad son más prolongados, su ritmo respiratorio se estabiliza al igual que el cardíaco y su madurez neuronal es mayor. Todo esto gracias al calor y cuidado tanto de los padres como del personal de salud que en estas Instituciones labora.

5.1.4.3 Lactancia Materna y/o alimentación al pecho. Además de proporcionar una óptima nutrición, la alimentación al pecho contribuye inmensamente a la formación de vínculos. Las caricias, los mimos y los latidos del corazón de la madre unen a ésta y a su bebé física y emocionalmente.

Lactar a un bebé sería lo ideal, pero hay muchos motivos por los cuales esto es imposible. Tal es el caso de niños con malformaciones congénitas en su sistema digestivo, prematuros o con otras alteraciones, pero estos bebés de una u otra forma deben ser alimentados. Si no se pueden lactar y es necesario dar la leche materna extraída con anterioridad, se debe proporcionar por sonda o cucharita. Estos momentos se deben aprovechar para hablarle al

niño, acariciarlo y hacerle sentir que hay alguien junto a él así no sean sus padres.

5.1.4.4 Habitación conjunta. Es otra práctica que aumenta los vínculos entre padres e hijos; algunos Hospitales ofrecen la posibilidad de que el niño permanezca en la misma habitación de la madre cuando no existen complicaciones. Esto ofrece a ambos el beneficio del contacto de 24 horas diarias durante los primeros días críticos de su vida. El hablar suavemente al bebé también ayuda a formar los vínculos. Los estudios demuestran que los lactantes aprenden a distinguir la voz de sus padres, si éstos los han estimulado en su vida intrauterina.

5.1.5. Efectos de la separación en el desarrollo del Vínculo Afectivo. La primera hora de vida al aire libre del neonato se denomina “periodo crítico o sensible”, es donde se da por primera vez el encuentro cara a cara que permite a los padres desarrollar sentimientos maternos y paternos hacia su hijo, llenos de ternura, deseos de posesión y protección. Este fenómeno puede demorar horas o días. Cabe señalar que la separación del recién nacido, aunque sean escasos minutos, afecta notablemente el desarrollo del Vínculo Afectivo en el niño, la madre y el padre, y disminuye así la oportunidad de constitución del vínculo para la familiaridad. La separación impide el desarrollo de sentimientos paternales por la falta de contacto ocular, corporal y percepción del hijo. Para el recién nacido la separación inhibe la mirada atenta al encuentro ocular y cercanía que le permite el desarrollo de su confianza, base para la vida.

El Vínculo Afectivo se diferencia del simple afecto en la medida que el primero se siente desde adentro, se proyecta, es una necesidad mutua donde el uno se reconoce a través del otro y se busca expresar de manera simbólica y real mediante los gestos, la palabra, tonalidad de la voz, las caricias corporales, las miradas amorosas, en fin una serie de opciones afectivas donde el otro es posible y la relación se va fortaleciendo. Los niños que crecen de ésta manera entrarán al mundo con la sensación de ser individuos con una gran capacidad de dar y recibir afecto. En el caso de los bebés prematuros se ha comprobado que aquellos que han recibido la atención de sus padres, han experimentado una evolución más rápida y efectiva en su desarrollo.

Kennell, Gordon y Klaus señalan que la separación después del nacimiento, durante el periodo crítico y hasta los cuatro días, desarrollan a menudo un trastorno importante en la conducta maternal posterior. Este peligroso riesgo de separación y desapego se presenta ante anomalías congénitas o enfermedades físicas, produciéndose una demora o un defecto en el desarrollo por parte de la madre de una vinculación afectiva y nutritiva con el niño, aumentando la vulnerabilidad de éste hacia posteriores trastornos emocionales severos. Igual sucede ante cualquier tipo de separación.

Los autores citados encontraron en “dos grupos de niños maltratados” que el 30% habían sido separados de sus madres durante periodos significativos de tiempo tras el nacimiento, a causa de partos prematuros o enfermedades corporales importantes.

El desapego puede deberse a problemas de la madre o su pareja, especialmente: personalidad inmadura, necesidad de independencia y relaciones conyugales insatisfactorias, de igual manera al abandono y maltrato frecuente en este periodo de alto riesgo, que distorsiona las relaciones y se convierte en una conducta nociva para los hijos.

En la identificación de la ausencia del Vínculo Afectivo, los signos a resaltar son:

Si hay historia de separación padres-hijo, ya sea por condiciones de salud del niño o de la madre, la ausencia de visitas o visitas inadecuadas por parte de los padres al niño hospitalizado, bien sea por temor a verlo, tocarlo o en el momento de estar junto a él se muestran más interesados por otros neonatos; otra señal que puede identificar esta ausencia es la oposición que presentan los padres/madres de llevarse a su hijo en el momento que es dado de alta y no les afecta que éste se encuentre al cuidado de otras personas.

También se puede observar que al preguntar: ¿cuándo desarrolló sentimientos maternales hacia su hijo?, la madre no apegada responde vagamente, la apegada lo hace concretamente, al igual que habla posesiva y cálidamente de él.

Lo anterior lleva a que haya una protección inadecuada en el hogar presentándose como resultados: trastornos en el desarrollo, otitis, infección respiratoria recurrente, vómito y diarrea, entre otros.

5.2 UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL O UNIDAD DE RECIEN NACIDOS

5.2.1 Infraestructura. Esta unidad es parte integral del servicio de Obstetricia, cuyas dependencias permiten recibir al recién nacido en el mismo Hospital. La capacidad de la Unidad o Nursery para recién nacidos normalmente corresponde al número de camas existente para la maternidad, estas deberán estar cerca a las mismas para facilitar la visita por parte de la familia.

La primera unidad de este tipo surgió a mediados de la década de los años 60's en los Estados Unidos, las Enfermeras proporcionaban cuidados las 24 horas y había una de ellas por cada neonato o par de recién nacidos enfermos críticos.

Estas unidades fueron creadas con el fin de brindar atención de Enfermería especializada y cuidado médico a los neonatos de alto riesgo, quienes por lo general son prematuros. “Los prematuros pierden todos los beneficios que tienen dentro del útero ya que al nacer prematuramente no han completado su madurez; al estar en la incubadora ganan peso y están a una temperatura adecuada”¹⁴. Se considera como recién nacido pretérmino a todo neonato que haya salido del vientre materno antes de cumplir 37 semanas de gestación contadas a partir del último día de la menstruación normal (258 días). La mortalidad de éstos recién nacidos depende en gran parte de la edad gestacional al nacer.

¹⁴ SANTAMARIA, Berlinda. Prematuros: Los Mejores Cuidados para que Crezcan Sanos. EN: Crecer Feliz. Año II, No. 19. pp 10-14

La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal hace parte de la infraestructura general del Hospital de III nivel, sin embargo, en algunos Hospitales de II nivel se hace necesario contar con la U.R.N cuando el volumen de nacimientos al año es igual o superior a los 1500. La unidad o Nursery debe contar con:

- Unidad para niños normales: es aquella donde los niños permanecen poco tiempo, debido a que no tienen o sufren alteración o son niños a término “sanos”.
- Intermedios, para neonatos que salen de terapias intensivistas (incubadoras) y necesitan tenerse bajo observación.
- Sala de “Infecto” para niños que vienen de otras Instituciones o fuera de ellas.
- Cuidados especiales intensivos, para neonatos de alto riesgo como son: prematuros, niños con síndrome de dificultad respiratoria, niños meconiados, hijos de madres diabéticas, entre otros.
- Puesto de Enfermería o control de Enfermería: es un lugar estratégico desde donde se puede visualizar toda la unidad; allí se realizan las actividades administrativas y permanecen las historias clínicas de los neonatos.

- Botiquín: es el lugar designado para preparar la medicación de los neonatos y las mezclas especiales. Debe ser un lugar muy aseado y en lo posible se debe manejar con técnica aséptica.
- También se cuenta con un lugar para la ropa, baño e higienización del recién nacido.
- En algunas Instituciones existe la sala para lactancia materna y/o de visitas. En ella la madre puede lactar a su bebé, debe ser un lugar tranquilo, agradable y sin corrientes de aire. El padre u otros familiares pueden visitar a sus hijos en este lugar si sus condiciones lo permiten.

La U.R.N. debe estar provista con: facilidades para monitoreo electrónico neonatal continuo cardiorespiratorio, registro de presión venosa y arterial central; es necesario contar con facilidades para exanguinotransfusiones.

Además de todo lo anterior la U.R.N. debe estar interrelacionada con las demás dependencias de la Institución como son: laboratorios clínicos, radiología, nutrición, trabajo social, etc. Tales servicios requieren un personal multidisciplinario altamente capacitado y equipo moderno bien mantenido. El personal que debe laborar en esta área es: ¹⁵

- Un médico supervisor
- Un médico Pediatra, ojalá con especialidad en Neonatología
- Un (a) Enfermero (a): por cada 25 camas

¹⁵ BARQUIN, Manuel. Dirección de Hospitales. Cuarta Edición. España. Editorial Panamericana. 1979 pp 364-366. Resolución No 14012 del 29 de Diciembre de 1981. Ministerio de Salud. Colombia.

- Personal Auxiliar de Enfermería: una Auxiliar por cada 8 camas
- Secretaria

5.2.2 Organización para el cuidado de Enfermería. No sólo los niños prematuros van a una incubadora, también se pueden encontrar neonatos nacidos a término o post-maduros con algún grado de complicación que necesitan permanecer allí.

Estos neonatos deben ser atendidos en una Unidad de Cuidados Especiales donde el objetivo de este cuidado será el de ayudar a mejorar su condición de salud para disminuir el riesgo de fallecer y brindarle un medio parecido al uterino o materno.

Al ingresar a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal se deben tener ciertas normas mínimas de aseo como son: lavado de manos y uso de vestimenta apropiada, que también se conoce con el nombre de "Código de Vestimenta"; es necesario que todas las personas al cuidado de los niños, los padres y los visitantes que entran en contacto con el neonato de alto riesgo, reciban instrucciones acerca del procedimiento del lavado de manos que se requiere en la U.R.N. y la lleven a cabo; este lavado debe ser con frecuencia y a la perfección, se debe realizar con jabón o detergente antiséptico; para el personal de salud debe ser desde el momento de iniciar el turno y debe durar mínimo dos minutos. Este abarcará antebrazos, codos, dedos y espacios interdigitales. Este baño debe repetirse cada vez que se vaya a alimentar el neonato, después de cambiar los pañales, antes de pasar de uno a otro niño y

después de tocar cualquier cosa que no esté limpia. Se deben ubicar carteles informativos donde se recuerde a todo el personal este importante hábito.

Los padres también necesitan instrucciones acerca de la importancia y la técnica de lavarse bien las manos y se les recordará durante su estancia en el Hospital.

“El Código de Vestimenta para proteger al neonato de infecciones, tradicionalmente se emplea para las personas que entran en contacto con el recién nacido en el Hospital. Se recomienda que sea una bata de manga corta para facilitar el lavado de manos. Los padres deben utilizar esta bata sobre la ropa de calle y el personal sobre sus uniformes”¹⁶.

Antes de tocar al neonato se hace necesario retirar de las manos anillos, relojes y joyas en general, así como mantener las uñas cortas y sin esmalte, ya que esto disminuye el riesgo de infección.

Si los padres o el personal presentan algún tipo de infección, ya sea de las vías respiratorias altas o bajas, se deben cubrir las fosas nasales y la boca con tapabocas.

En ésta Unidad les administrarán una alimentación adecuada a sus necesidades, mediante biberón, si el niño tiene la capacidad de succión, o a través de una sonda que le haga llegar leche al estómago, o bien por goteo intravenoso. Asimismo se propicia el amamantamiento cuando las condiciones

¹⁶ SHARON, J. Op cit, p 1886

del niño lo permitan.

Estando en la U.R.N se observará el comportamiento clínico del niño y cualquier cambio en su estado será detectado en forma casi inmediata (el bebé está monitorizado y todas sus constantes controladas).

Cuando se adelanta el nacimiento, el suministro materno de oxígeno se corta y el bebé debe poner en marcha un mecanismo que, en muchos casos, no funciona como debe. Para ayudarlo, aunque no todos los bebés lo necesitan, la U.R.N dispone de tecnología destinada a facilitarle la respiración: ventilación mecánica de alta frecuencia, respiradores especiales para neonatos y en caso de necesidades extremas, existen sustancias muy efectivas como el surfactante pulmonar que permite que los alvéolos pulmonares permanezcan abiertos y se establezca el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico.

La incubadora está diseñada para proporcionar calor, humedad, oxígeno, vapor, aislamiento y protección contra infecciones. Al prematuro se le coloca en una incubadora para mantener el medio lo más parecido al útero. La cubierta es transparente para permitir al personal ver todo el tiempo al neonato sin dificultad. La mayoría de ellas tienen alarmas para indicar el sobrecalentamiento y la falta de aire circulante. Gracias a su existencia, muchos prematuros han podido superar sus problemas de salud y salir adelante.

Aún cuando es vital el cuidado físico de éstos neonatos, no se debe descuidar

la parte afectiva, pues aunque los prematuros especialmente y niños con otros problemas de salud no responden efectivamente a los estímulos, el personal de Salud puede hacer mucho para comunicarse con ellos y ofrecerles todo su cariño aunque apenas sean unos minutos al día a través de los manguitos de la incubadora. Hay que empezar a hablarles y a acariciarlos lo más pronto posible, ya que ellos disfrutan con éstos contactos, especialmente si son los de sus padres.

Cuando el bebé deje de necesitar respiración asistida suele sacarse de la incubadora para ser cargado en los brazos ya sea de la madre o el padre; a la vez que se puede iniciar el proceso de lactancia para que se vaya estimulando el reflejo de succión y se fortalezcan los lazos afectivos.

Asimismo, si el prematuro o el niño con otros problemas no requiere de una vigilancia estricta y su estado de salud ha mejorado considerablemente, es muy probable que pase a las cunas de vigilancia.

Aunque el mejor cuidado indudablemente lo brinda la madre, en ocasiones se debe ver interrumpido por diferentes factores, pero aún así se debe fomentar el acercamiento de los padres a su hijo. “Si un niño nace prematuro, el cariño que sus padres puedan brindarle, aunque venga a través de los manguitos de la incubadora es muy valioso”¹⁷

Vale la pena resaltar que muchos de éstos neonatos demoran días y hasta meses para salir de la incubadora, por lo tanto se hace necesario mantener un

¹⁷ SANTAMARIA, Op cit,p15

ambiente agradable para él, no sólo en el aspecto térmico, sino procurando evitarle en lo posible experiencias dolorosas, a su vez proporcionándole caricias y palabras de afecto, que llenen el vacío de la ausencia de sus padres al menos en una mínima parte.

La pareja pasa por diferentes etapas frente a un niño enfermo, con bajo peso o anomalías congénitas: la primera etapa es el estado de confusión, sigue la negación y luego la ira. La intervención debe procurar la verbalización de los sentimientos de rabia, rechazo, decepción y pena. Unos padres desearán ver al hijo, otros se resistirán. El Personal de Enfermería deberá ayudar a sobrellevar o superar éstos inconvenientes, ya que los padres al estar temerosos y tensos pueden transmitir esto a sus hijos.

El cuidado de la (el) Enfermera(o) debe ir enfocado a evitar y/o prevenir la pérdida del afecto entre padre/madre-hijo y algunas maneras para lograrlo son: ayudar al padre/madre a adaptarse a su hijo prematuro estando cerca de ellos y explicándoles el funcionamiento de los equipos que se usan en el tratamiento de éste; dando la bienvenida a los padres, tratándolos por sus nombres, haciendo comentarios personalizados en cada visita e induciéndolos a volver pronto; considerando con cuidado las preocupaciones y sentimientos de estos; explicándoles que al niño le hace bien que ellos lo visiten y enseñándoles la manera de ir asumiendo la asistencia de éste y prodigarle mejores cuidados maternos que las (los) Enfermeras (os).

De igual manera se debe evitar la separación por normas técnicas y

administrativas, actualizando al personal sobre la importancia del vínculo para la prevención del desapego del padre/madre-hijo, la prevención del maltrato y los trastornos físicos y psicológicos en niños pequeños.

Se debe favorecer el contacto entre padre/madre-hijo cuando la separación sea inevitable, al igual que los padres deben tener la oportunidad de ver, tocar, visitar y estar en contacto con su hijo, explicándoles con anterioridad la importancia del Vínculo Afectivo y que este no se debe perder a causa de la hospitalización.

Si los padres desean dar nombre o lactar a su hijo se les deberá apoyar en estas decisiones si las condiciones del neonato lo permiten; ante todo se le informará veraz y oportunamente a la pareja los planes de tratamiento y cuidado que recibirá el recién nacido y se les dará la oportunidad de verbalizar sus inquietudes, también se le hará participes del cuidado directo del niño.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación descriptiva por cuanto se orienta al estudio de una realidad presente: el fomento del Vínculo Afectivo padre/madre-hijo, en la U.R.N. del H.S.R.T. por parte del personal de Enfermería de dicha Unidad.

6.2 POBLACION

- Personal de Enfermería que laboraba en la U.R.N del H.S.R.T entre el 9 de Julio y el 6 de Agosto de 1997 (6 Enfermeras y 9 Auxiliares de Enfermería).
- Padres de los neonatos hospitalizados en la U.R.N del H.S.R.T en el mismo periodo.

6.3 MUESTRA

- Cinco Auxiliares de Enfermería y cinco Enfermeras que estuvieron en disposición y aceptaron participar en el estudio. El grupo no participante se encontraba en periodo de vacaciones o hicieron manifiesto su deseo de no participar.
- Tres padres y ocho madres de neonatos hospitalizados en incubadoras.

6.4 CRITERIO DE INCLUSION

Padres/ madres cuyos hijos permanecían en la incubadora en el periodo del estudio.

6.5 FUENTE DE INFORMACION

6.5.1 Primaria.

6.5.1.1 Observación Directa a través de una guía estructurada:

- *Al personal de Enfermería en su relación con el paciente y la familia. Anexo A.*
- *A Los padres/madres usuarios del servicio durante las visitas. Anexo B.*
- *A cada entrevistado: Personal de Enfermería y padres/madres usuarios del servicio, sobre actitudes asumidas durante la entrevista. Anexo C.*

6.5.1.2 Entrevista semiestructurada para Personal de Enfermería. Anexo

D.

6.5.1.3 Entrevista semiestructurada para los padres/madres de los neonatos.

Anexo E.

6.5.1.4 Encuesta para Personal de Enfermería acerca de su dimensión socio-familiar. *Anexo F.*

6.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

6.6.1 Para la observación:

- Desde el exterior de la U.R.N: sobre comportamientos y actitudes del Personal de Enfermería con los neonatos y con los padres/madres que podían ingresar.
- En el interior de la U.R.N: previo permiso de la Enfermera Jefe del Servicio se realizaban observaciones al Personal de Enfermería y se registraban algunas actitudes y comportamientos.
- A cada entrevistado: Personal de Enfermería y padres/madres usuarios del servicio, sobre actitudes asumidas durante la entrevista.

6.6.2 Para la entrevista a padres/madres.

- Observar desde el exterior de la U.R.N, para ubicar a los niños que permanecían en incubadora.
- Detectar entre los padres/madres visitantes los que tenían a su hijo hospitalizado y permanecía en incubadora.
- Explicar el objetivo del estudio e invitarlos a participar en el mismo.
- Seleccionar el sitio adecuado para realizar la entrevista: capilla del H.S.R.T., pasillo frente a ésta o cuarto de estudiantes de Enfermería.

6.6.3 Para la entrevista al Personal de Enfermería:

- En coordinación con la Enfermera jefe del servicio, buscar el momento propicio para realizar la entrevista.
- Explicar la finalidad del estudio y esperar la participación en el mismo.
- Realizar la entrevista en el lugar, día y hora indicado por el Personal: vestier de sala de partos, sala de lactancia, botiquín o central de Enfermería de la U.R.N.
- Finalizada la entrevista, aplicar la encuesta socio-familiar.

6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES. Ver Tabla 1 pág. siguiente.

TABLA 1. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
PERSONAL DE ENFERMERÍA	- Social-Familiar	- Estado civil -Hijos- Edad -Complicaciones al nacimiento hijos -Hijos hospitalizados -APGAR Familiar
	-Laboral	- Tiempo en la U.R.N. - Tiempo de egresado - Satisfacción: * Gusto * Incentivos * Jornada.
	- Relación con los padres/madres usuarios del servicio	- Comunicación - Atención - Información - Promoción de Lactancia Materna
VINCULO AFECTIVO PADRE/MADRE-HIJO	- Presencia del Vínculo padre/madre-hijo - Fomento del Vínculo por parte del Personal de Enfermería	- Inicio del Vínculo - Consolidación del Vínculo - Interacción - Información

7. ANALISIS DE LA INFORMACION

7.1 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

7.1.1 Características Socio-Familiares. El Personal de Enfermería está conformado en su totalidad por mujeres cuya edad oscila entre 23 y 49 años, (promedio 33 años). 9 de ellas tienen compañero estable y un promedio de 2.2 hijos, todos mayores de un año.

Existen vivencias personales o familiares en relación con las condiciones de un hijo al nacimiento, que frecuentemente inciden en la actitud que se asume frente a circunstancias laborales similares. Dada la importancia que pudiera revestir en el desempeño del Personal de Enfermería el hecho de que alguno de sus hijos haya necesitado hospitalización en éste servicio, se indaga por complicaciones al nacimiento de los mismos y se encuentra que 2 de ellas las presentó y solo la mitad del total requirió atención en dicha unidad con resultados satisfactorios.

De igual manera, la importancia que la funcionalidad familiar reviste para un mejor desempeño en la labor cotidiana, hace que se indague al grupo sobre éste aspecto y se obtiene a través de la valoración del APGAR familiar.

Siendo la familia "un sistema complejo en la que sus miembros juegan distintos papeles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia como un todo y para contribuir a la sociedad en la que está inmersa"¹⁸, se encuentra al respecto que el grupo en su totalidad presenta Disfunción Familiar Leve, lo cual se presenta comúnmente pues en todo sistema social existen creencias, tradiciones, fortalezas y vulnerabilidades que de una u otra manera crean conflictos que alteran el equilibrio. La familia, como todos los sistemas sanos, evoluciona continuamente y para esto se aleja de las líneas homeostáticas y mediante continuos procesos de retroalimentación va buscando nuevos puntos de "equilibrio", que en los casos deseables están a un nivel superior al previo. Más que balance o equilibrio, hoy se habla de dinámica y evolución

Tal disfunción es relevante en el aspecto "Satisfacción con la forma como la familia expresa afecto y responde a emociones como rabia, tristeza, amor."

7.1.2 Características Laborales. El análisis de la información obtenida se generaliza, por cuanto en las respuestas no se encuentran diferencias entre lo expresado por las Enfermeras y el Personal Auxiliar de Enfermería, a excepción de tres, que se presentan por separado:

¹⁸ MEJIA, Diego. Salud Familiar para América Latina. Bogotá. 1991. p 42

Dada la importancia que representa la experiencia que se tiene en el área de trabajo para el buen desempeño laboral y las condiciones especiales de preparación que exige el que hacer en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, se hace necesario indagar por el tiempo de trabajo en la U.R.N y se encuentra que para el Personal Auxiliar de Enfermería está entre un mes y cinco años, con un promedio de dos años, aclarando que la totalidad de éste grupo ha laborado anteriormente en dicho servicio por varios años consecutivos, pero por razones de organización institucional deben rotar por otros servicios. El tiempo de trabajo de las Enfermeras en la U.R.N. está entre quince días y tres años, con un promedio de un año y cuatro meses. En cuanto al tiempo de egreso de los estudios correspondientes, el Personal Auxiliar lleva en promedio veintidós años y el personal de Enfermeras nueve años, éste aspecto es el punto de partida para reconocer la experiencia y los conocimientos que maneja el Personal de Enfermería, pues éstos dos elementos se consideran fundamentales en la calidad de la atención.

En lo que hace referencia al cuidado directo al recién nacido, se debe tener en cuenta que según Manuel Barquin el 100% de éste lo debe brindar la Enfermera.

Sin embargo, haciendo una ubicación en la realidad del H.S.R.T. se encuentra que la Enfermera tiene a su cargo funciones de administración de los servicios y el cuidado directo lo brinda en coordinación y apoyo del Personal Auxiliar. Esto explica la diferencia encontrada en las respuestas de Enfermeras y Auxiliares cuando se pregunta sobre los cuidados específicos brindados a los

neonatos que permanecen en las incubadoras, donde éstas últimas los tienen tan claros que fácilmente pueden hacer un listado de las actividades realizadas en cada turno. Esto no quiere decir que las Enfermeras no brinden cuidado directo al niño, pues existen actividades clínicas exclusivas de ellas, sumadas a su labor administrativa.

Se sabe que “la satisfacción del trabajador es la motivación principal, el objetivo más importante de cada persona asociada con la organización del servicio”¹⁹, es por tal razón que se consideró pertinente investigar sobre éste y otros aspectos asociados. En lo referente a la inducción que toda persona debe recibir al llegar a un nuevo ambiente laboral con el fin de facilitar su adaptación y desempeño, la totalidad de entrevistados tiene claridad acerca de lo que es una inducción y la respuesta obtenida de la mayoría del grupo es que a su llegada a la U.R.N. no existió tal inducción, sin embargo refieren haber recibido pequeñas orientaciones por parte de sus compañeras de trabajo y las consideran necesarias para iniciar su labor.

Una función importante del Personal de Enfermería en el marco de la atención intensiva es mantener el registro detallado de todas las actividades y observaciones. El conocimiento y manejo de los complejos equipos y de los accesorios mecánicos son inherentes a la atención del recién nacido enfermo. Sin embargo, ningún aparato de control, por complejo que sea, ni ningún sistema de soporte vital puede sustituir a la vigilancia y escrutinio constante de los lactantes por personal experimentado y altamente preparado. “Todo

¹⁹ GOMEZ, Carmen Sofía. Aspectos Básicos de Gestión para la Formación de Profesionales de Enfermería. 1996. P 27

personal de éste tipo de servicio debe tener un entrenamiento especial”²⁰. Lo anterior sustenta que el Personal de Enfermería que llega a laborar en ésta área debe recibir con anterioridad un curso preparatorio para conocer el manejo de equipos y del tipo de pacientes que allí se encuentran. Es de resaltar que una Enfermera recibió inducción y la calificó como “muy buena”; en el momento del estudio llevaba dos meses de trabajo en la U.R.N.

La satisfacción dentro del trabajo se refleja en la calidad del servicio que se presta, pues cuando se realiza con agrado una labor, no sólo es el cliente externo quien resulta beneficiado, también gana el cliente interno, pues disfruta del trabajo con y para las otras personas.

De igual manera, la distribución de la jornada laboral es vital en este aspecto, por lo tanto, cuando se inquirió acerca de las preferencias por algún turno de trabajo, se encuentra que en general, por razones laborales les es indiferente uno u otro turno, pues las actividades son similares en cada uno de ellos, pero por razones familiares y/o personales muestran preferencia por la jornada de la mañana. Ninguna prefiere el turno de la noche. La mayoría de ellas en ésta pregunta ríe y luego calla para analizarla.

En cuanto a la satisfacción con la labor que realizan en la U.R.N, el total del grupo afirma sentirse plenamente satisfecho, pues trabajan en el área que les gusta: “...porque uno trabaja con los seres más importantes... los niños, entonces uno da todo lo que puede” - afirma una de ellas - éste es su mayor estímulo y motivación,

²⁰ COLOMBIA, Resolución No. 1402 del 29 de Diciembre de 1981. Ministerio de Salud.

aunque argumentan que “no estaría de más un reconocimiento por parte de la Institución”, reconocimiento que no necesariamente debe ser de tipo económico, afirman que “al menos con una palabra de felicitación” se sentirían satisfechas.

Al respecto la mayoría del grupo refiere haber experimentado “temor” antes de empezar a laborar en la U.R.N, pues como se sabe, toda situación nueva y/o desconocida para una persona, crea en ella ansiedad e inseguridad. En el caso de las Unidades Neonatales y de la atención pediátrica en general, el grado de angustia aumenta en razón de los cuidados especiales que demanda éste tipo de población. Sin embargo, afirman que al poco tiempo de conocer el servicio se adaptaron y desarrollaron gusto por su trabajo; esto en gran medida se debe a las relaciones interpersonales que existen y que ellas mismas definen como “buenas y sin conflictos”. Como se expuso con anterioridad, las relaciones determinan el clima del lugar de trabajo y facilitan la participación de cada uno de los miembros del equipo en las actividades que demanda el servicio: “ofrece una mejor atención a la satisfacción de las necesidades de los usuarios”²¹.

Al solicitar una definición del ambiente de trabajo, el grupo coincide en afirmar que es “estresante” por varias razones, entre las cuales figuran: las características de los pacientes, el estado de salud de los mismos, la insistencia de la familia en la puerta que solicita información reiteradamente y el trabajo que debe realizar sin demora, lo cual provoca que en la mayor parte del tiempo esté realizando innumerables actividades simultáneamente.

²¹ GOMEZ, Op cit, p 35.

A pesar de lo anterior, algunas personas refieren que viven en un ambiente laboral “agradable”, de trabajo en equipo, donde se comparte todo “hasta el momento de tomar un tinto”, y tal ambiente se basa en relaciones de tolerancia y respeto por el otro. Una observación que vale la pena realizar en éste aspecto es que antes de responder la pregunta, la mayoría del grupo realizó silencios de análisis y después de una pausa contesta con un poco de inseguridad. Es una reacción explicable por cuanto en toda organización humana se presentan inconvenientes que obedecen a diferencias e incompatibilidades inevitables. Lo rescatable en éste caso es que los conflictos internos se solucionan mediante el diálogo de las partes implicadas, según lo expresa una de las Enfermeras.

7.2 FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO PADRE/MADRE-HIJO: PERCEPCION DE ENFERMERIA.

Antes de abordar el tema del Vínculo Afectivo fue preciso averiguar por los cuidados adicionales que el Personal de Enfermería en su “tiempo libre” brinda a los niños de las incubadoras. El total del grupo comenta que dichos cuidados se dirigen a la parte afectiva del neonato, les brindan “cariñoterapia” y hacen énfasis en que el afecto es una de las principales necesidades de éstos bebés. Como se sabe, “no sólo nos debemos centrar en el cuidado físico de éstos neonatos, sino también en la parte afectiva, aunque los prematuros especialmente y niños con otros problemas de salud no responden efectivamente a los estímulos como otros niños, el personal de salud puede

hacer mucho para comunicarse con ellos...aunque apenas sean unos minutos”. Esto les ayudará a mejorar y disfrutarán con éstos contactos.

No sólo se trata de tocarlos, también se les debe hablar y mirar, en lo posible, cara a cara. Se puede asumir que ésta es la razón por la cual la definición de Vínculo Afectivo la mayoría la expresaron en relación con ellas mismas y los niños; en general consideran el vínculo como “la relación de afecto entre el Personal de Enfermería y los niños, que se construye sobre una base de cariño y contacto permanente”. Tan sólo dos personas formularon su definición con respecto a la relación afectiva entre padres e hijos.

Cuando se solicita la opinión al Personal Auxiliar acerca del concepto existente sobre “la relación madre-hijo como una de las más fuertes” las respuestas no son concretas, mientras que las Enfermeras reafirman el enunciado; una de ellas agrega que es una relación “esencial” para la vida de cualquier niño. Una vez clarificado y unificado el concepto de Vínculo Afectivo, se investigó cómo creen que éste se encuentra entre los neonatos que permanecen en las incubadoras y sus padres, a lo cual responden en su mayoría que ésta separación afecta de manera evidente dicha relación. Al respecto autores como Kennell, Gordon y Klaus afirman:

“La separación después del nacimiento, durante el periodo crítico y hasta los cuatro días desarrolla a menudo un trastorno importante en la conducta de la madre posteriormente...”, los autores citados también encontraron “en dos grupos de niños

maltratados que el 30% habían sido separados de sus madres durante periodos significativos de tiempo tras el nacimiento a causa de un parto prematuro o enfermedades corporales importantes”²²

El Personal Auxiliar sin embargo argumenta que en lo posible trata de evitar que se rompa el vínculo ya establecido desde la gestación, permitiendo las visitas de los padres/madres y proporcionándoles orientación acerca del trato y manejo de los niños. Una de ellas recalca que la hospitalización del bebé no es suficiente para que el vínculo se debilite, pues existen razones más fuertes para que esto ocurra, especialmente la inestabilidad de la pareja y la forma como se haya dado la concepción del niño (planeado o no).

La totalidad del grupo expresa que su principal limitante para actuar en el fomento del vínculo padre/madre-hijo es el poco tiempo del que dispone para atender a la familia, debido al gran número de actividades de cuidado que deben realizar; refieren que la mejor manera como Enfermería podría llegar a fortalecer este vínculo sería “mediante la educación a los padres/madres acerca de la importancia del afecto y dejándolos más tiempo en las visitas, pero eso es casi imposible”. A pesar de lo anterior, el Personal de Enfermería se considera el principal apoyo para las familias, pues en la mayoría de las ocasiones es el único contacto que tienen con el equipo de salud y por la orientación e información que proporcionan.

²² VILLARRAGA , Liliana. Atención del Profesional de Salud al Vínculo Psicoafectivo Madre-Padre-hijo. EN: Avances en Enfermería. Vol XII, No. 2 y3. 1994, p 28

Durante las observaciones realizadas, fue evidente que cuando los padres/madres ingresaban por primera vez a la U.R.N, en todos los casos había una auxiliar de Enfermería pendiente de ellos para orientarlos y estimularlos a tener contacto con sus hijos, indicaban a las madres cómo introducir las manos dentro de las incubadoras y acariciar a sus hijos, explicaban además la forma como funcionaba la misma, entre otras cosas, ellas refieren que la primera reacción de estos padres/madres frente a los bebés es de "impresión y nervios" y no se atreven a tocarlos, de tal manera que es el Personal de Enfermería quien los induce a que lo hagan.

Este es el primer contacto que ellos tienen; luego empiezan a hablarle, le miran y en algunas ocasiones, dependiendo de la situación del bebé, la madre lo lacta. "Cuando el bebé deja de necesitar respiración asistida suele sacarse de la incubadora para ser cargado ya sea en los brazos de su padre o madre, a la vez que puede iniciarse el proceso de lactancia materna"²³.

En cuanto a la información sobre la evolución del niño, afirman que el 90% de esta la proporciona el Personal de Enfermería y el 10% restante, el personal médico, pero aclaran que según la evolución del neonato dejan tal información en manos del médico, principalmente en los casos en los que el pronóstico no es favorable. Al respecto, el Personal que labora en la U.R.N se acoge a las "nuevas políticas de Salud, las cuales reglamentan la información como un componente prioritario de la calidad en la prestación de los Servicios de Salud, para que el usuario, su familia y/o acompañante adquiera la capacidad de

²³ SANTAMARIA, Op cit, p 12

decidir y exigir servicios de calidad. "²⁴

Cuando se les interroga sobre la conveniencia del horario existente para las visitas, el grupo en su totalidad es muy claro en afirmar que por razones de trabajo es el más adecuado, pero al colocarse en el lugar de los padres/madres, reconocen que es muy poco tiempo: "... porque uno de mamá quisiera estar todo el tiempo con ellos", pero afirman que difícilmente se podría modificar.

Entre las razones que podrían apoyar lo anterior están las restricciones existentes en las Unidades de Cuidado Intensivo tales como el ingreso de visitantes y el contacto con los pacientes, sumados a la protección especial que se debe brindar a los niños, especialmente a los prematuros, por cuanto estas unidades fueron creadas con el fin de brindar atención especializada y proporcionarles un lugar adecuado que les permita luchar contra los gérmenes que se transmiten por el aire, ya que su sistema inmunológico no ha alcanzado todo su desarrollo siendo más vulnerables a las infecciones y complicaciones.

7.3 FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO PADRE/MADRE-HIJO: PERCEPCION DE PADRES/MADRES USUARIOS

El grupo de padres/madres usuarios del servicio está conformado por adultos jóvenes, es decir, sus edades oscilan entre los 18 y los 25 años, aún cuando uno de ellos se encuentra en la adolescencia media. Un aspecto a resaltar es

²⁴ PATIÑO, Juan , et al. Proyecto de Monografía, Calidad en la Información Brindada a los Acompañantes usuarios del Servicio de Urgencias, HSR Tunja,. 1997.

que el número de hijos no sobrepasa de dos, siendo 8 de ellos padres/ madres por primera vez.

Se encuentra que 10 de los padres/madres entrevistados tienen una relación de pareja estable, esto es, de convivencia; aunque la pregunta no fue formulada abiertamente, se pudo deducir de las demás respuestas. Esta convivencia no fue evidente para la adolescente entrevistada, y por tanto ésta circunstancia afecta la consolidación del Vínculo Afectivo de la triada.

Indagar sobre aspectos inherentes a la gestación se hace necesario por cuanto el Vínculo Afectivo se empieza a crear desde etapas tempranas y se consolida cuando la pareja tiene evidencia de la vitalidad del niño, pues para este momento se percibe ya como un ser real y de esta manera cada uno se apropia definitivamente de su rol materno o paterno. Es así como al explorar acerca del momento en que estos padres/madres sintieron por primera vez a su hijo, se obtiene una respuesta general en la cual afirman haber sentido alegría y describen esta experiencia como “maravillosa”. Antes de responder la pregunta, la mayoría del grupo tomó su tiempo para recordar y respondió con emoción, algunos reían, a otros se les dificultaba expresar lo que estaban sintiendo, pero en general, todos tenían expresión de felicidad. Es de resaltar que tal experiencia fue compartida en pareja en todos los casos; una persona manifestó que su compañero “colocaba su boca cerca del ombligo, yo sé que él le hablaba...”, así, ésta afirmación fue hecha por la mayoría de las madres entrevistadas.

"El periodo que sigue inmediatamente al nacimiento es particularmente importante tanto para los padres como para el bebé, pues los estados emocionales del trinomio están cambiando y deben atenderse. Durante este periodo los padres/madres son muy receptivos para establecer vínculos afectivos con el neonato; el bebé responde en forma progresiva. De esta manera, brindarle un ambiente de amor y seguridad es tan necesario como alimentarlo"²⁵

Por estas razones, se consideró pertinente indagar sobre el primer contacto y se encuentra que 8 padres/madres tuvieron la oportunidad de ver al bebé en las primeras horas; y los 3 restantes tuvieron ese primer encuentro dos o tres días después del nacimiento, pues por complicaciones maternas o neonatales se hizo necesario trasladar inmediatamente al niño a la U.R.N. Un aspecto importante que refieren algunos padres/madres con respecto a sus hijos recién nacidos es que eran tal como los habían imaginado; otros afirman haberlos encontrado diferentes: "estaba delgadito... todo como arrugadito... pero no se, yo esperaba verlo diferente..." En el momento de responder se notaba algo de duda expresada en pequeños silencios y cuando se preguntó por la reacción al verlo por primera vez, éstas iban desde "impresión por lo que era tan pequeñito" hasta "felicidad". El hecho de encontrar a su hijo diferente a como lo imaginaban, de alguna manera influyó en el fortalecimiento del vínculo, pues esta circunstancia no les permitió acercarse a los niños de una manera cálida en ese **primer encuentro**. Una vez hospitalizado el bebé, todos los padres/madres entrevistados tuvieron la oportunidad de ingresar a la U.R.N. en

²⁵ LABORATORIO WYETH INC. Vínculos Entre la Madre y el Bebé. Material de Divulgación.

el primer contacto con el niño dentro de la incubadora, el grupo refiere haber experimentado sentimientos de tristeza y alegría, “tristeza por no tenerlos con ellos y alegría al saber que están vivos”. De igual manera a todos se les permitió tocar a sus hijos y afirman haber sentido “nervios” y “miedo” la primera vez que lo hicieron, pues la mayoría de estos neonatos son prematuros y por tanto, pequeños y delgados en comparación con los nacidos a término. Con respecto a lo anterior algunas madres refieren que la primera vez que vieron a su hijo sintieron “ganas de sacarlo de la incubadora” y afirman sentir miedo ante la incierta evolución del niño.

Explorar sobre el concepto que los padres/madres tienen sobre el Vínculo Afectivo permitiría establecer un marco general con el cual se podría hablar el mismo idioma; al definirlo, las respuestas son individuales pero al extraer la esencia de cada una de ellas se encuentra que se basa en una relación de “amor y cariño” con sus hijos, y la forma como se expresa es a través de caricias, mimos, palabras y miradas principalmente. Añaden que este vínculo se creó desde el momento en que supieron que iban a ser padres.

Todos reafirman que la relación afectiva madre-hijo es una de las más fuertes; los padres en la relación con los hijos se ven a sí mismos como elemento importante “aunque no llegan a serlo tanto como la madre”, reconocen tener un “papel de orientadores y educadores” que la sociedad y la cultura les ha impuesto, pero igual que la madre sienten afecto por sus hijos aun cuando no lo expresan de la misma forma.

Escuchadas las diferentes opiniones de los padres/madres sobre Vínculo Afectivo se hizo claridad sobre algunos términos por parte de las investigadoras con el fin de poder continuar dialogando sobre el tema y evitar imprecisiones en las diferentes respuestas por cuanto antes de contestar se mostraban inseguros, realizaban pequeños silencios y algunos devolvían la pregunta.

Posteriormente se indaga al grupo acerca de como perciben el Vínculo Afectivo entre ellos y sus hijos hospitalizados, a lo cual responden que pese a la separación existe un lazo afectivo, “aunque un poco débil por esta misma circunstancia” pero aprovechan cualquier posibilidad de contacto para brindarles afecto.

En razón de la hospitalización de los neonatos los padres/madres deben establecer un permanente contacto con el equipo de salud, en especial con el Personal de Enfermería quien de alguna manera se convierte en el soporte Institucional para ellos. Por esto se considera importante conocer cómo es la relación padres/madres-personal de Enfermería de la U.R.N. Antes de responder, dudaban mucho lo cual se interpreta como querer elaborar muy bien la respuesta para no ofender a las investigadoras, quienes en el primer contacto con ellos se dieron a conocer como estudiantes de Enfermería. En algunos casos se presentó una reacción opuesta, donde al hablar del Personal de Enfermería daba la impresión de que se quejaban con las entrevistadoras.

Con respecto a tal relación los padres/madres afirman que es “buena”, esto es “trato digno para una persona”, “respeto, cordialidad y orientación”; aun cuando

algunos refieren haber tenido una relación difícil debido a que “yo hacía preguntas y ellas se ponían como de mal genio”. El grupo aclara que la atención recibida depende en gran parte de la persona que la brinda. Cabe añadir que un grupo representativo de padres/madres afirma haber recibido orientación e instrucción por parte del personal, acerca del trato y el manejo de los bebés; dicen que han sido estimulados a tocarlos, a hablarles y a “consentirlos” y refieren que de esta forma las Enfermeras contribuyen a fortalecer el Vínculo Afectivo entre padre/madre-hijo.

Al preguntarles acerca de si Enfermería les sirve o no de apoyo, la mayoría de ellos responde afirmativamente, perciben a las Enfermeras como el principal apoyo que han tenido desde que sus hijos han estado hospitalizados, algunos afirman tenerles “confianza”, pues tienen la certeza de que los niños están bien atendidos: “ellas se deben sentir como mamás para esos bebés y los cuidan así mismo”, sin embargo algunos afirman que “ellas cumplen con su deber de cuidar a los bebés, pero más allá de los límites sentimentales no entran , y es donde deberían trabajar más”. Esta última apreciación señala cierta carencia de afecto en el cuidado, pero podría interpretarse de igual manera, como una explicación del apego del padre/madre hacia su hijo.

Además de lo anterior, los padres/madres también relacionan el apoyo con la información que obtienen referente a la evolución de sus hijos: la mitad del grupo la califica como “insuficiente”, debido a que solicitan información acerca de los equipos e instrumentos y técnicas utilizadas en los cuidados de los niños, y el Personal no proporciona respuestas que colmen las expectativas. La

otra mitad del grupo se siente “satisfecha” con la información que recibe. Esto en gran medida está influenciado por el nivel de exigencia de quien la solicita, pues algunas personas se sienten satisfechas con saber que su hijo “está bien” y otras desean saber con detalle qué está sucediendo con el niño.

En cuanto a la información existen normas institucionales que limitan los campos hasta donde cada miembro del equipo de salud puede llegar. Esta es una de las principales razones por las cuales el Personal Auxiliar y las Enfermeras algunas veces no pueden brindar toda la información que los padres/madres solicitan.

En lo que hace referencia al horario de visitas, el total de padres/madres entrevistados perciben que es poco tiempo, pero hacen saber que entienden las razones de fondo existentes para que sea este y no otro el horario. Afirman que llegaron a tal entendimiento gracias a algunas explicaciones dadas por el Personal de Enfermería y a las observaciones realizadas por ellos mismos en el momento de las visitas; sin embargo, los padres sugieren que “debería programarse al medio día, pensando en los padres que trabajan”. Lo anterior obedece a las restricciones existentes en las Unidades de Cuidado Intensivo en lo que hace referencia al ingreso de visitantes y al contacto con los pacientes, debido a normas científicas, de funcionamiento y organización a las cuales la U.R.N. no es la excepción.

CONCLUSIONES

- Las características socio-familiares del Personal de Enfermería aunadas a las relaciones laborales presentes en la U.R.N., favorecen el cuidado físico–afectivo del neonato dentro de un clima organizacional agradable.
- El grupo de Enfermería reconoce la importancia del afecto en la relación padre/madre-hijo y aún más para los neonatos hospitalizados por la separación forzosa a la que están sometidos, a partir de lo cual fomenta esta interacción mediante la flexibilidad para el acceso de los padres/madres a la unidad, la extensión en los horarios de visitas y haciéndolos participes del cuidado básico para sus hijos.
- A pesar de las limitaciones que generan las diferentes actividades que demanda la Unidad y el cuidado tanto a los niños como a sus padres, el Personal de Enfermería está motivado a continuar fortaleciendo el Vínculo Afectivo entre padre/madre y neonato hospitalizado como parte vital de su desarrollo.

- Los padres/madres encuentran en el Personal de Enfermería un facilitador de la relación con sus hijos, aún cuando las normas institucionales imposibilitan una mayor efectividad en su intervención. De la misma manera, este personal se considera un apoyo importante para los padres/madres pues son el enlace que permite la continuación del Vínculo Afectivo, afectado por la hospitalización.

- Para los padres/madres el Vínculo Afectivo con sus hijos es una relación de amor y cariño expresado a través de mimos y palabras, que pudo afectarse por la imagen que ellos percibieron de su hijo en el primer contacto, lo cual se fue resolviendo en las visitas posteriores por el contacto cálido con el niño a que induce permanentemente el Personal de Enfermería.

RECOMENDACIONES

Las características físicas, el tipo de servicio que se brinda y la singularidad de los pacientes que se atiende, hace necesario establecer un plan de inducción o entrenamiento para el Personal de Enfermería que deba vincularse a la U.R.N.

De la misma manera como los padres/madres requieren del apoyo permanente del Personal de Enfermería, éste a su vez requiere de estímulos varios, ante la tarea permanente y responsable con la que están comprometidos.

En la formación del recurso en Enfermería se debe profundizar y fomentar el estudio de las actitudes frente al niño hospitalizado a partir de la confrontación de los diversos postulados teóricos con la realidad que vivencia el Personal en servicio.

BIBLIOGRAFIA

BARNARD, Kathryn. E, et al. Las primeras relaciones entre los padres y el niño. Programa de formación de Personal de Atención Perinatal de Enfermería. New York. OPS y OMS. 1982. Módulo 3.

BARQUIN, Manuel. Dirección de Hospitales. Cuarta edición. España. Editorial Panamericana. 1979.

BOWLBY, John. El Vínculo Afectivo. Buenos Aires. 1990

CAÑIZAL, A. El Calor de una Madre. EN: Ser Padres Hoy. Año VII, No. 04, abril 1997

COLOMBIA, Manual para el Trabajador de Salud. Lactancia Materna. UNICEF, Santa Fe de Bogotá. 1992

COLOMBIA, Recursos e Instrumentos en Medicina Familiar. APGAR Familiar.

COLOMBIA, Ministerio de Salud. Resolución No. 14012 del 29 de Diciembre de 1981.

GOMEZ, Carmen Sofía. Aspectos Básicos de Gestión para la Formación de

Profesionales de Enfermería. 1996.

GOMEZ, Hernando, et al. Cómo ser Vigía de la Salud. Santa Fe de Bogotá.

HEWAT, Roberta L. Difícil Adaptación al Papel de Padres.

_____ Difícil Relación Madre-Hijo.

KLAUSS, M. FANAROFF, A, Asistencia Del Recién Nacido de Alto Riesgo.

Buenos Aires, Editorial Panamericana 1981.

KLAUSS, M y KENNEL, J. La Relación Madre -Hijo. Impacto de la Separación o Pérdida Prematura en el Desarrollo de la Familia. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1978

LABORATORIO WYETH INC. Vínculos entre la Madre y el Bebé. Material de Divulgación.

MEJIA, Diego. Salud Familiar para América Latina. Bogotá. 1991

PATIÑO, Juan , et al. Proyecto de Monografía, Calidad en la Información Brindada a los Acompañantes usuarios del Servicio de Urgencias, H.S.R. Tunja,. 1997.

SANTAMARIA, Berlinda. Prematuros: Los Mejores Cuidados para que Crezcan

Sanos. EN: Crecer Feliz. Año II, No. 19.

SHARON, J, et al. Enfermería Materno-Infantil. Séptima Edición. México. Editorial Interamericana.

THOMPSON, E. Enfermería Pediátrica. Cuarta Edición. México. Editorial Interamericana. 1984.

VILLARRAGA, Liliana. Atención del Profesional de Salud al Vínculo Psicoafectivo Madre/Padre-Hijo. EN: Avances en Enfermería. Vol. XII, No. 2 y 3. 1994

VILLARRAGA, Liliana y BARROSO, Maritza. Maternidad Vivida. Bogotá. 1990.

WINSLOW, Wendy. Pérdida y Duelo.

A N E X O S

ANEXO A

GUIA DE OBSERVACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN SU RELACION CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Fecha:

Hora:

Observador:

1. LUGAR:

2. DESCRIPCION DEL AMBIENTE INTERNO.

*3. DESCRIPCION DE LA RELACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
CON LOS PADRES/MADRES USUARIOS DEL SERVICIO QUE INGRESAN
A LA U.R.N:*

3.1 Orientación

3.2 Información

3.3 Interacción

4. OTRAS OBSERVACIONES.

ANEXO B

GUIA DE OBSERVACION A LOS PADRES IMADRES USUARIOS DEL SERVICIO DURANTE LAS VISITAS.

Fecha:

Hora:

Observador:

1. LUGAR:

2. DESCRIPCION DEL AMBIENTE:

3. VINCULO AFECTIVO:

3.1 Visitas.

- Frecuencia*
- Miembro de la familia que se acerca más.*
- Tipos de contacto que se dan.*
- Reacciones ante el contacto*

*4. PERCEPCION DE LOS PADRES/MADRES USUARIOS DEL SERVICIO
ACERCA DE LA RELACION CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA*

4.1 Información

4.2 Interacción

5. OTRAS OBSERVACIONES.

ANEXO C

GUIA DE OBSERVACION PARA PERSONAS ENTREVISTADAS

Fecha:

Iniciación:

Finalización:

Duración:

1.LUGAR

1.1 Breve descripción:

2. NOMBRE Y CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADO

3. DINAMICA INDIVIDUAL:

3.1 Nivel de participación.

3.2 Reacciones a las preguntas.

3.3 Interés

3.4 Vocabulario

4. OTRAS OBSERVACIONES.

ANEXO D

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA

Objetivo:

1. DIMENSION LABORAL:

- *Tiempo de trabajo en la U.R.N*
- *Tiempo de egreso de los estudios correspondientes*
- *Inducción recibida antes de empezar a laborar en la U.R.N*
- *Preferencia por alguna jornada de trabajo*
- *Relación con los compañeros de trabajo*

1.1 Satisfacción:

- *Satisfacción con la labor que realiza*
- *Incentivos o motivaciones*
- *Definición del ambiente de trabajo*

1.2 Actividades de Enfermería

- *Resumen de cuidados específicos y adicionales para neonatos que permanecen en incubadora*
- *Cuidados que brindaría a los neonatos que permanecen en incubadora, si contara con más tiempo.*

2. RELACION CON LOS PADRES/MADRES USUARIOS DEL SERVICIO

- *Opinión acerca de la relación afectiva madre-hijo*
- *Definición de Vínculo Afectivo*
- *Percepción del Vínculo Afectivo entre padre/madre-hijo que permanece en incubadora*
- *Papel del Personal de Enfermería en relación con el Vínculo Afectivo.*
- *Visitas-horario*
- *Información*

ANEXO E

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PADRES/MADRES

USUARIOS DEL SERVICIO

Objetivo:

1. INICIO DEL VINCULO AFECTIVO

- *Evolución de la gestación.*
- *Planeación o no de la gestación.*
- *¿Gestación vivida en pareja?*

- *Definición de Vínculo Afectivo.*
- *Iniciación del Vínculo.*

2. CONTINUACION DEL VINCULO

- *Oportunidad de ver al neonato en el momento del nacimiento.*
- *Primer contacto.*
- *Percepción del hijo.*
- *Relación afectiva padre-hijo, madre-hijo. Opinión*
- *Percepción del Vínculo Afectivo con su hijo*
- *Visita-frecuencia*

3. PERCEPCION ACERCA DEL FOMENTO DEL VINCULO AFECTIVO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- *Información del motivo de hospitalización*
- *Oportunidad de ingresar a la U.R.N.*
- *Relación con el Personal de Enfermería durante las visitas*
- *Orientación recibida*
- *Información*

ANEXO F

ENCUESTA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

FECHA: _____

EDAD: _____

SEXO: F M

1. Tiene Ud. un compañero estable?

Sí

No

2. Tiene hijos? Sí No

Si es afirmativo, cuántos? _____

3. Qué edad tienen sus hijos? Menores de un año _____

Mayores de un año _____

4. Al nacimiento de sus hijos se presentó alguna complicación?

Sí

No

Cuál? _____

5. Alguno de sus hijos ha estado hospitalizado en éste servicio?

Sí

No

APGAR FAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (as) con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más

fuerte.

Para cada pregunta marque sólo una X.

<i>FUNCIÓN</i>	<i>NUNCA</i>	<i>CASI NUNCA</i>	<i>ALGUNAS VECES</i>	<i>CASI SIEMPRE</i>	<i>SIEMPRE</i>
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.</i>					
<i>Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.</i>					
<i>Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.</i>					
<i>Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</i>					
<i>Me satisface como compartimos en mi familia: - el tiempo para estar juntos. - Los espacios en la casa. - El dinero.</i>					

APGAR FAMILIAR

Este instrumento fue diseñado por Gabriel Smilkstein en 1978 para evaluar el

funcionamiento de la familia como sistema. Al asimilar cada inicial de ésta palabra con una función de la familia, es posible obtener un panorama general de la función de la misma:

Adaptación: se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.

Participación: en ésta función se evalúa si la participación es permitida para todos o si es selectiva para algunos.

Ganancia o crecimiento: evalúa la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas.

Afecto: es una función esencial de la familia, en este tópico se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.

Recursos: esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

