

FCM



Ciclo de Licenciatura en Enfermería
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Sede- FCM

HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS

El Accionar de Enfermería en la integración del Cuidador

Autores: Lucero, Esteban Eleazar

Puertas, Lilia Noemí

MENDOZA 2017

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal Examinador:

Presidente: Fernández Ana

Vocal1: Gla' Marra

Vocal2:



Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:

Profesor:

Profesor:

Trabajo Aprobado el: 14 / 12 / 17

RESUMEN

Tema: Humanización de los Cuidados: “el accionar de Enfermería hacia la integración de los cuidadores”

Autores: E.U. Lucero Esteban y E.U. Puertas Lilia

Lugar: Servicio de Neonatología, Maternidad Dra. Teresita Baigorria, San Luis Argentina.

Introducción: En los últimos 30 años, el desarrollo a nivel científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN) ha sido espectacular. Podría entenderse como controvertido el término “humanizar”. Muchas personas podrán sorprenderse de que algo tan intrínseco a la profesión de salud pueda ser objeto de debate. No se pretende poner en duda la humanidad desplegada por los profesionales. El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y perseverando en nuestro permanente afán de mejora.

Objetivo: Determinar si el accionar de enfermería favorece o dificulta la integración de los Cuidadores a la atención del recién nacido.

Diseño Metodológico: Esta investigación se producirá bajo la modalidad de estudio Cuantitativo, descriptivo y transversal considerándolo como el más adecuado.

Conclusión: En cuanto a los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de los cuidadores, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango muy bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

Sugerencias: Concienciar al personal de enfermería acerca de la importancia de individualizar el cuidado brindado a los pacientes, teniendo en cuenta que cada paciente es un ser individual y por ende debe ser tratado como tal

Palabras claves: Humanización de los Cuidados, Enfermería, Cuidadores

AGRADECIMIENTO

Le damos gracias a Dios, primeramente, por todo lo que nos ha ayudado en nuestras vidas en este tiempo; por ayudarnos a crecer día a día y por poner personas a nuestro lado que nos ayudaron a cumplir con este proyecto.

Quisiéramos agradecer también a nuestras familias y amigos por apoyarnos en todo este tiempo y que a pesar del proceso se mantuvieron fieles a nosotros.

Finalmente agradecer a nuestros hijos Jaim e Isabella por su paciencia y amor brindado, que a pesar de nuestras ausencias supieron seguirnos y crecer junto a nosotros.

PROLOGO

Los profesionales de enfermería tienen como misión cuidar la salud de los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del curso de vida y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

Los avances tecnológicos en las últimas décadas han llevado a un considerado aumento de conocimientos técnicos, en contraste con el lento desarrollo de estrategias vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados. Esto lleva a que se produzca un desequilibrio en la atención de salud con un acentuado énfasis en el diagnóstico y tratamientos de enfermedades y una insuficiente consideración de cuidados humanizados.

Todos los profesionales de la salud y especialmente enfermería debieran estar comprometidos con el proyecto de humanización de los servicios de salud, infundiéndoles un dinamismo más humano como exigencia principal. Su medio de expresión es la declaración de los derechos de los pacientes pero a su vez, favoreciendo la calidad de vida del trabajador de la salud.

Enfermería como miembro del equipo de salud, debe ser capaz de explicar la naturaleza de su servicio, con el cumplimiento de su objetivo esencial: "el cuidado" generado este por su permanencia real junto al paciente.

Para humanizar la asistencia, es necesario mencionar los principios referidos al amor, apoyo emocional, apoyo físico y espiritual, crear ayuda y confianza que permita asistir las necesidades humanas en su totalidad.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermería es llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermería sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Índice General

Advertencia	I
Acta de Aprobación	II
Resumen	III
Agradecimientos.....	IV
Prologo	V
Capítulo I	
Introducción.....	1
Descripción del Problema	2
Marco Teórico	7
Apartado I: Cuidado Humanizado, Rol de Enfermería	7
Apartado II: Impacto en los Padres de Pacientes Hospitalizados	18
Apartado III: Trastornos Reactivos del Vínculo.....	32
Capítulo II.....	42
Diseño Metodológico	43
Capítulo III.....	47
Análisis y Presentación de Datos	47
Bibliografía	124
Anexos	126

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Tabla y Grafico N°1	Sexo.....	48
Tabla y Grafico N°2	Edad.....	49
Tabla y Grafico N°3	Formación Profesional.....	50
Tabla y Grafico N°4	Tiempo De Experiencia.....	51
Tabla y Grafico N°5	Toma de conciencia de los conocimientos para relacionarse de modo más efectivo con la madre y familiares.....	52
Tabla y Grafico N°6	Se mantiene una relación terapéutica.....	53
Tabla y Grafico N°7	Según Enfermería, los conocimientos constituyen una dificultad para relacionarse los cuidadores.....	54
Tabla y Grafico N°8	Tiempo dedicado para conocer a los cuidadores.....	55
Tabla y Grafico N°9	El paciente crítico dificulta la relación.....	56
Tabla y Grafico N°10	La tecnología limita la relación con el Paciente o Cuidadores.....	57
Tabla y Grafico N°11	Valoración de los gestos de los Cuidadores.....	58
Tabla y Grafico N°12	Acompañamiento de los cuidadores del paciente durante los procedimientos.....	59
Tabla y Grafico N°13	Ayuda a la expresión de los miedos y temores mediante la escucha activa.....	60
Tabla y Grafico N°14	Empatía en momentos críticos.....	61
Tabla y Grafico N°15	Información sobre procedimientos realizados.....	62
Tabla y Grafico N°16	El dialogo es fluido con la madre y los familiares.....	63
Tabla y Grafico N°17	Respuesta a las preguntas de los Cuidadores.....	64
Tabla y Grafico N°18	Identificación de las necesidades.....	65
Tabla y Grafico N°19	Aspectos que se Conocen de los Cuidadores.....	66
Tabla y Grafico N°20	Situación de la tecnología en las unidades de terapia intensiva Neonatal.....	67
Tabla y Grafico N°21	Rol de Enfermería.....	68
Tabla y Grafico N°22	Participación en Cursos/seminarios en materia de relación enfermera/paciente.....	69

DE LOS CUIDADORES

Tabla y Grafico N°1	Sexo.....	70
Tabla y Grafico N°2	Edad.....	71
Tabla y Grafico N°3	Formación.....	72
Tabla y Grafico N°4	Trato individualizado.....	73
Tabla y Grafico N°5	Hacen empatía con usted.....	74
Tabla y Grafico N°6	Cuando explican algo, se siente informado.....	75
Tabla y Grafico N°7	Cuando le hablan, se siente atendido.....	76
Tabla y Grafico N°8	Son amables en el trato.....	77
Tabla y Grafico N°9	Son eficientes en sus tareas.....	78
Tabla y Grafico N°10	Son claros al comunicarse con usted.....	79
Tabla y Grafico N°11	Le dan estímulos positivos.....	80

Tabla y Grafico N°12	Le inspiran confianza.....	81
Tabla y Grafico N°13	Son una compañía durante los procedimientos e informes médicos.....	82
Tabla y Grafico N°14	Le dan tranquilidad.....	83
Tabla y Grafico N°15	Le miran cuando le hablan.....	84
Tabla y Grafico N°16	Le ayudan al disminuir el dolor.....	85
Tabla y Grafico N°17	Demuestran conocimientos y habilidades profesionales.....	86
Tabla y Grafico N°18	Lideran el equipo de trabajo.....	87
Tabla y Grafico N°19	Trabajan en equipo.....	88
Tabla y Grafico N°20	Facilitan el dialogo.....	89
Tabla y Grafico N°21	Le explican los procedimientos.....	90
Tabla y Grafico N°22	Se identifican al realizar los cuidados.....	91
Tabla y Grafico N°23	Responden a sus preguntas.....	92
Tabla y Grafico N°24	Le dedican tiempo.....	93
Tabla y Grafico N°25	Dan instrucciones sobre el cuidado.....	94
Tabla y Grafico N°26	Mantienen una relación con usted.....	95
Tabla y Grafico N°27	Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.....	96
Tabla y Grafico N°28	Establecen una relación agradable.....	97
Tabla y Grafico N°29	Le escuchan atentamente.....	98
Tabla y Grafico N°30	Se muestran respetuosos.....	99
Tabla y Grafico N°31	Atienden sus necesidades básicas.....	100
Tabla y Grafico N°32	Administran el tratamiento a tiempo.....	101
Tabla y Grafico N°33	Le ponen en primer lugar.....	102
Tabla y Grafico N°34	Le llaman por su nombre.....	103
Tabla y Grafico N°35	Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones.....	104
Tabla y Grafico N°36	Respetan sus decisiones.....	105
Tabla y Grafico N°37	Le Respetan su intimidad.....	106
Tabla y Grafico N°38	Responden con rapidez al llamado.....	107
Tabla y Grafico N°39	Identifican sus necesidades.....	108
Tabla y Grafico N°40	Le animan a llame si tiene problemas.....	109
Tabla y Grafico N°41	Les importa su estado de ánimo.....	110
Tabla y Grafico N°42	Se ponen en su lugar para comprenderlo.....	111
Tabla y Grafico N°43	Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado.....	112
Tabla y Grafico N°44	En su atención se siente satisfecha.....	113
Tabla y Grafico N°45	Agradezco cuando me atienden.....	114
Tabla y Grafico N°46	Su cuidado es amoroso y dedicado.....	115
Tabla y Grafico N°47	Su cuidado es comprometido y solidario.....	116
Tabla y Grafico N°48	Su atención se fundamenta en el apoyo emocional.....	117
Tabla y Grafico N°49	Se esfuerzan por brindar comodidad.....	118
Tabla y Grafico N°50	Tienen facilidad para acercarse a usted.....	119
Tabla y Grafico N°51	En cualquier eventualidad, primero usted.....	120

INTRODUCCION

En los últimos años, el mundo ha experimentado cambios significativos en el campo de la tecnología y la ciencia. Estos avances han permitido el desarrollo de nuevas aplicaciones y soluciones que mejoran la calidad de vida y optimizan los procesos. En este contexto, es fundamental comprender los fundamentos de estas tecnologías para poder aprovecharlas de manera efectiva. Este documento tiene como objetivo proporcionar una introducción clara y concisa a los conceptos básicos de la tecnología y la ciencia, así como a sus aplicaciones prácticas. A lo largo de este texto, se explorarán los principios que rigen estas disciplinas y se analizarán ejemplos de cómo se han integrado en el mundo real. La intención es que el lector pueda adquirir una comprensión sólida de estos temas y estar preparado para enfrentar los desafíos que se presentan en el futuro.

CAPITULO I

INTRODUCCION

En los últimos 30 años, el desarrollo a nivel científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN) ha sido espectacular. Esa es la causa de un incremento notable en las cifras de supervivencia de los recién nacidos ingresados en estas unidades. Se ha estimado en más del 90%. El nivel de capacitación de los profesionales dedicados al paciente crítico es elevado, y su desempeño, de excelencia. Sin embargo, un uso intensivo de la tecnología ha podido relegar las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales a un segundo plano. Como consecuencia, se advierte una pérdida de la narrativa en la elaboración de las historias clínicas, falta de escucha activa a las demandas de pacientes y familiares, y el cuestionamiento de la vocación profesional por estrés. Este estrés se origina en la falta de unas condiciones laborales estables por recortes humanos y materiales, en parte debidos a la crisis económica, así como a la falta de reconocimiento social. Por tanto, es tiempo de reflexionar sobre si debe replantearse una re-humanización de la asistencia y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales.

Descripción del Problema

Los autores de la presente investigación de acuerdo a la experiencia laboral en el área de neonatología refieren que la terapia neonatal de la Maternidad Provincial, es un espacio donde se asisten a recién nacidos pre términos, es decir, bebés menores de 37 semanas de edad gestacional, y también a pacientes con alguna otra afección o de alto riesgo como por ejemplo, pacientes con bronquiolitis, síndromes febriles, intolerancia alimenticia, etc. Esta es una maternidad centralizada es decir que a ella se le derivan todas aquellas mujeres embarazadas del interior de la provincia y también todas las embarazadas de alto riesgo de toda la provincia y también todos aquellos recién nacidos menores de 1.500 gr. Que hayan nacido en algún hospital de baja complejidad debido a algún trabajo de parto expulsivo o complicación en dicho trabajo.

Esto ha llevado a observar en primera instancia que existe una gran diversidad de embarazadas que asisten a esta maternidad, y esta diversidad se puede ver ya sea en el área cultural o educacional o socioeconómica. Por ende se ha visualizado que cada madre junto con sus familiares presentan una manera diferente de responder y afrontar la situación o condición actual del recién nacido. Junto a esto se ha observado que el trato de enfermería no ha sido el más correcto y por lo tanto se presume que esto es debido a que dichos profesionales se enfocan más en lo asistencial y en cumplir las normas y protocolos que en cierta forma brindar una atención holística, es decir, amable, justa y menos rigurosa con los familiares, en especial con los padres del RN y no tan solo con el recién nacido.

Se ha contemplado una desvalorización en la parte subjetiva del cuidado de enfermería y se ha notado en varias ocasiones la falta de respeto por la autonomía de los familiares, como también en la toma de decisiones como así también en los métodos de contención. Asimismo se ha notado la falta de un diálogo más fluido y la empatía frente al padecimiento ajeno.

Desde la inauguración de la Maternidad en el año 2013 el impacto frente a la complejidad del recién nacido ha sido tomado diferente cuando se ha brindado un trato más cordial, ético y humanizado con los padres y familiares e inclusive

el impacto de la muerte ha sido menos traumático y doloroso cuando se ha tenido un correcto acompañamiento a la familia.

No se puede dejar de señalar también que el avance en todo lo referido a la tecnología, ha brindado un mayor cuidado y confort a los recién nacidos prematuros y de alto riesgo, pero se ha visualizado un trato más distante entre profesional-paciente y profesional-familiares.

Toda esta situación descrita, ha motivado a los autores a preguntarse:

¿Se brinda trato humanizado?

¿Hay un desconocimiento del personal sobre su rol ante los familiares?

¿Qué factores pueden interferir en las relaciones enfermero-familiar?

¿Hay un desinterés de enfermería para relacionarse y armar un vínculo con los familiares?

Formulación del Problema

¿El accionar de los enfermeros/as, favorece o dificulta la integración de los cuidadores en la atención del recién nacido en el servicio de Neonatología de la Maternidad Provincial de San Luis durante el mes de Octubre del 2017?

OBJETIVO GENERAL

Determinar si el accionar de enfermería favorece o dificulta la integración de los Cuidadores a la atención del recién nacido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Enunciar y definir el concepto de los cuidados humanizados.
- 2- Detallar situaciones en donde se requiera más tiempo acompañando al familiar.
- 3- Identificar formas de actuación de enfermería en relación con los Cuidadores.
- 4- Definir el tipo de cuidado que se brinda al recién nacido.
- 5- Caracterizar a los enfermeros en estudio.

JUSTIFICACION

La neonatología es un Servicio donde además realizar trabajo minucioso con los recién nacidos también suceden un sin número de relaciones interpersonales. Y en la mayoría de ellos, Enfermería se ve involucrada. Ya sea Medico-Enfermería, interconsultores-Enfermería. Enfermeros entre sí, familiares-Enfermería, entre otros.

Es importante que haya una mayor humanización en los cuidados porque a través de ellos se buscara reorganizar el trabajo asistencial neonatal, valorizándose así la dimensión subjetiva en el cuidado, teniendo un mayor respeto sobre la autonomía de los familiares y también poder ver la reincorporación de otros instrumentos olvidado en el trabajo de enfermería como la sensibilidad, el diálogo y la solidaridad humana.

Después de Nightingale, se inician las teorías y modelos en enfermería con Peplau en 1952 y su teoría de las relaciones interpersonales, la cual se caracteriza por un invaluable contenido humanista de aplicación en enfermería a todos los niveles. A partir de aquí, en los modelos y teorías de enfermería ha sido un tema de interés la humanización de los cuidados (Kérouac et al, 1996).

El fenómeno de deshumanización de los cuidados, como se ha tratado de mostrar, es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden en parte, del orden social y de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias, otros de la formación y consecuente práctica de los profesionales.

En definitiva, la humanización del cuidado en contextos tecnológicos en gran medida requiere el reconocimiento de los avances y desarrollos tecnológicos como medios, no fines, para la atención y el cuidado de las personas. La tecnología a veces, es el único medio por el cual se pueden satisfacer deseos humanos, por lo tanto no es la tecnología la responsable de la pérdida de humanidad en los ambientes tecnológicos, al parecer la responsabilidad descansa más en la técnica o el accionar de enfermería.

Hay varios factores que llevan a la deshumanización, por ejemplo, la tecnología parece ser uno, así también como el aumento de pacientes y la constante

rotación de personal, esto hace que se diluyan del compromiso con el cuidado, el afán competitivo en términos de eficiencia y las relaciones de poder que tienen lugar en las instituciones haciendo que obstaculice la relación enfermero-familiar (cuidadores) y solo teniendo cabida la ejecución de técnicas.

Durante este proceso es responsabilidad ética y profesional de enfermería identificar y enseñar a la madre y su familia como grupo de apoyo a reconocer tempranamente los factores de riesgo, signos de alarma y posibles complicaciones, en ella y su recién nacido; enseñarle a cuidarse y cuidar al bebé, evitando conflictos culturales, teniendo en cuenta sus creencias, valores y prácticas para descubrir y predecir sus condiciones de salud y bienestar.

También es importante que el profesional de enfermería la acompañe en el proceso de asumir su rol maternal, ya que durante el puerperio mediato predomina la influencia, expectativas y experiencias de otras personas del sistema social materno. Cada nacimiento se vive como una experiencia nueva, que implica un proceso único, interactivo y evolutivo en el que la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y satisfacción. El profesional de enfermería acompaña a la puérpera y su familia para lograr que ella se sienta madre, al tiempo que fortalece el vínculo madre-hijo-padre.

Por lo mencionado anteriormente el cuidar es la esencia de Enfermería, y el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. La Enfermería tiene un bien interno que la define: El Cuidado: Como un bien interno es lo que legitima algo como propio de una profesión, es lo que le da su sentido y validez social¹.

¹ COLLIER M. R. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Mc Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 208

MARCO TEORICO

APARTADO I

CUIDADO HUMANIZADO ROL DE ENFERMERIA

Podría entenderse como controvertido el término "humanizar". Muchas personas podrán sorprenderse de que algo tan intrínseco a la profesión de salud pueda ser objeto de debate. No se pretende poner en duda la humanidad desplegada por los profesionales. El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y perseverando en nuestro permanente afán de mejora². Recuperar el compromiso de servicio y entrega, que en origen alimentó nuestra vocación como profesionales, constituye un reto y una necesidad de gran magnitud e interés general. La acción de humanizar se hace de dentro hacia fuera. Es un importante compromiso personal para mejorar la realidad, nuestras relaciones y el entorno personal. Pararse a pensar y ver qué puede aportar cada persona al sistema es convertir el cambio en un proceso donde la actitud sea fundamental. Nuestro sistema de salud podrá considerarse humanizado cuando se sitúe al servicio de todos aquellos que lo conforman: enfermos, familiares y profesionales de salud a todos los niveles.

La atención integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesita de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión. Un conjunto de herramientas fundamentales en las que los profesionales, en mayor o menor medida, tenemos carencias curriculares. Esos recursos docentes resultan imprescindibles para promover y mejorar la formación en humanización. Conscientes de ello, se han puesto en marcha iniciativas sobre flexibilización de los horarios de visita, medidas para mejorar el bienestar para pacientes y familiares, estudios de satisfacción y protocolos de adecuación de los cuidados al final de la vida.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Puertas Abiertas

Históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados intensivos (UCI) ha seguido un modelo restrictivo. Se consideraba que este enfoque favorecía el cuidado de los pacientes durante su enfermedad, facilitando a su vez el trabajo realizado por los profesionales.

² Watson J. Enfermería: La filosofía y ciencia de cuidados. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

Actualmente se dispone de evidencia suficiente como para argumentar y promover un cambio en esta política. La experiencia en este sentido de las UCI pediátricas (UCIP) y neonatales (UCIN), donde los padres y cuidadores habituales se consideran fundamentales en el cuidado integral del paciente, justifica una visión crítica sobre este aspecto. Es sabido que la flexibilización de horarios o la instauración de “puertas abiertas” en las unidades de críticos genera beneficio en pacientes, familiares y profesionales.

Las barreras para una mayor flexibilización de horarios radican en la fortaleza de hábitos fundamentados en la costumbre, por parte de todos los estamentos, y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. La solución tiene que venir de la divulgación y la formación, basada en las experiencias de éxito de otras Unidades, de nuevas actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas. Este cambio debe ser adaptado a la idiosincrasia de cada Unidad.

Comunicación

La comunicación es el elemento clave en las relaciones humanas e implica no solo el intercambio de información, sino también el enriquecimiento de las partes. En sanidad, a pesar del avance de las nuevas tecnologías que parecen suplir la intervención humana, es necesario impulsar y mejorar la comunicación efectiva entre todos los participantes: profesionales, pacientes y familiares.

En el trabajo en equipo entre los diferentes profesionales es imprescindible y ello requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva (completa, clara, oportuna, concisa) para evitar errores y consensuar tratamientos y cuidados al paciente. Los momentos de traspaso de información en las UCI (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y cruciales, ya que en ellos se puede omitir o malinterpretar información relevante³.

³ Van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Mejorando el traspaso clínico entre la unidad de cuidados intensivos y los profesionales de la sala de cuidados generales en el momento del alta de la unidad de cuidados intensivos. *Atención médica intensiva Med.* 2015; 41: 589-604.

Por otro lado los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones por una comunicación inefectiva. Estos conflictos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste y desánimo profesional y mayor gasto sanitario.

La información sobre la asistencia sanitaria es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI, y su ausencia o mala realización subyace en muchas de las reclamaciones interpuestas. Aunque el paciente es el titular del derecho de información, en los pacientes críticos en muchas ocasiones incompetentes, este derecho se transfiere a los familiares. Informar adecuadamente en estas situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que la mayoría de los profesionales no han recibido formación específica. Una correcta comunicación con pacientes y familiares ayudará a crear un clima de confianza y respeto, y a la toma conjunta de decisiones⁴.

Aunque existen modelos comunes, no están definidas unas políticas específicas de cómo debe llevarse a cabo el proceso informativo en la UCI. En nuestro país existe rigidez en estas políticas: el 80% de las unidades informan una vez al día y solo en un 5% se informa a demanda de los familiares. Es excepcional también la información conjunta médico-enfermera (3,1%). Es destacable que la participación de la enfermería en la información es, en general, insuficiente y no claramente definida, a pesar del papel fundamental que desarrollan en los cuidados del enfermo crítico y sus familiares.

Bienestar del Paciente

Pretender el bienestar del paciente debería ser actualmente un objetivo tan primordial como el pretender su curación, y más importante si este extremo no es posible.

La propia enfermedad genera malestar y dolor en los pacientes, y si a ello sumamos las intervenciones que realizamos sobre ellos, muchas dolorosas, las

⁴ Díez tienen CE, siesta RE, Tulleken JE. Mejora de la calidad de las rondas interdisciplinarias mediante capacitación en liderazgo basada en los indicadores de calidad esenciales de la Escala de evaluación interdisciplinaria de rondas. *Cuidados intensivos Med.* 2013; 39: 1800-7.

técnicas, la implantación de dispositivos, la inmovilidad, etc., es evidente que ese malestar se incrementa. Además de ese dolor físico, no podemos ignorar ni subestimar el sufrimiento psicológico. Cualquier enfermedad produce incertidumbre, miedo, angustia..., que puede conllevar más padecimiento que el propio dolor físico.

Todos estos aspectos se incrementan considerablemente en los pacientes críticos que precisan de ingreso en una UCIN. En las UCIN es probable que el aspecto psicológico de este sufrimiento sea más acusado, ya que se suman elementos tan perturbadores para un enfermo como la soledad al verse separado de sus familiares, la vulnerabilidad, la dependencia de máquinas de soporte vital en muchos casos, la pérdida total de autonomía y movilidad, la incapacidad para comunicarse en gran cantidad de ocasiones, la pérdida de identidad, la falta de información con el desconocimiento de qué les está pasando y de su pronóstico⁵, etc.

Las condiciones de trabajo en nuestras UCI no favorecen en muchas ocasiones que se puedan primar el manejo de estos aspectos, aunque se está abordando de forma significativa en los últimos años. La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes, así como la atención de otros aspectos físicos tan perturbadores como la falta de descanso nocturno, el ruido, la sed, el frío o el calor.

Aliviar el malestar psicológico probablemente exija de los profesionales sanitarios de las UCIN un cambio en la forma de trabajo, que se está implantando ya en numerosas unidades. Este cambio debe evitar que el ingreso en UCIN suponga una ruptura con los lazos familiares y con la vida exterior del paciente, debe favorecer el mantenimiento de su autonomía en la medida de lo posible y de su dignidad siempre.

⁵ Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31:318-25.

Presencia y Participación de los familiares en los Cuidados Intensivos Neonatales

Un 70% de los familiares de pacientes ingresados en UCI presentan ansiedad y hasta un 35% depresión, además de las situaciones de estrés en el momento agudo y postraumático.

Los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que se muestren dispuestas podrían colaborar en algunos cuidados (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), siempre bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, sobre ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Existen recomendaciones sobre cómo integrar la participación familiar en la atención del paciente. Se trata de la implementación de la unidad persona enferma-familia y su manejo de forma global.

El desarrollo de investigaciones acerca de la presencia familiar durante los procedimientos en los Servicios se inicia en la década de los ochenta. En general, los profesionales de intensivos no consideran oportuna la presencia de familiares durante estos procedimientos, aludiendo al posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario. Por otro lado, las encuestas demuestran que la mayoría de pacientes y familiares desearían permanecer junto a sus seres queridos en esos momentos. Aunque los estudios no son concluyentes, la presencia de los familiares no se ha relacionado con consecuencias negativas, pero se acompaña de cambios de actitud como una mayor preocupación de los profesionales en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados, así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.

Finalmente, la participación de los familiares en las rondas diarias mejora la comunicación y favorece la oportunidad de hacer preguntas y clarificar la información, incrementando la satisfacción de los familiares⁶.

Cuidados al Profesional

Los profesionales viven su trabajo desde una perspectiva profundamente vocacional. La entrega diaria hacia el servicio y la ayuda a la persona enferma, exige un gran compromiso e implicación, que proporciona una enorme satisfacción personal cuando las expectativas se cumplen, el trabajo se desarrolla con calidad, los pacientes se curan, se evita el sufrimiento, se goza del reconocimiento merecido, etc. Sin embargo, cuando las cosas no van bien, el desgaste emocional es considerable. En este contexto se ha observado que el "Síndrome de Burnout" ⁷ó BO⁸ en Inglés y traducido al español⁹ literalmente como quedar quemado o consumido, es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro (Maslach y otros, 1997; Caramés, 2001).

Existe consenso en considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas debido a que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la organización. Entre las diversas conceptualizaciones, una de las más utilizadas ha sido la de Maslach y Jackson que caracteriza al síndrome por agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, despersonalización o desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio, y falta de realización personal o tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional.

Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia del profesional. Esta

⁶ Santiago C, Lazar L., Jiang D, Burns KE. Una encuesta de las actitudes y percepciones de los miembros del equipo multidisciplinario sobre la presencia familiar en las rondas de cabecera de la unidad de cuidados intensivos. *Enfermera de Cuidados Intensivos Crít.* 2014; 30: 13-21

⁷ En esta memoria se utilizará el término de "Burnout" por ser la denominación mas conocida (inclusive en países de habla hispana) para referirse al Síndrome de Quemarse por el Trabajo ó Quedar Consumido (Alderete y otros, 2003; Barria, 2002; Carlotto y otros, 2001; Cordeiro, 2003; García y otros, 1999; Grau y Chacón, 1998; Moreno y otros 1997, entre otros).

⁸ En este trabajo se utilizarán las siglas BO para referirse al término "Burnout".

⁹ Otras traducciones lo denominan como Síndrome de Quemarse por el Trabajo (según traducción de Gil-Monte y Peiró, 1999).

situación plantea la necesidad de desarrollar programas de prevención e intervención que ayuden a controlar y paliar tales efectos.

El ámbito de los cuidados intensivos no existen estudios de envergadura que nos ayuden a dimensionar adecuadamente la incidencia y las consecuencias del síndrome.

La sociedad y las organizaciones tienen el deber moral, el imperativo ético y la obligación legal de "cuidar a sus cuidadores", los cuales están expuestos a importantes cargas físicas, emocionales y psicológicas, derivadas de su dedicación y esfuerzo. Para cumplir con esta obligación, se deben marcar una serie de objetivos básicos y prioritarios que nos orienten hacia la ejecución de acciones preventivas y terapéuticas.

Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos

El objetivo tradicional de la Medicina ha sido reducir la mortalidad a corto plazo sin considerar especialmente aspectos extra UCIN una vez el paciente es dado de alta de los Servicios. Actualmente y dentro del concepto de UCIN "expandida" nos planteamos otras preguntas:

¿Qué significa sobrevivir a un SMI (Servicio Médico Intensivo) para los pacientes y los familiares?

Los pacientes que sobreviven: ¿tienen una buena evolución a largo plazo o presentan patología(s) derivadas de la situación crítica?

¿Puede cambiar nuestra actitud intra-SMI si conocemos mejor la evolución al alta de nuestros pacientes?

El Síndrome post-Cuidados Intensivos (PICS) es una entidad recientemente descrita que afecta a un número no desdeñable de pacientes (30 al 50%) además de implicar a los familiares y que incluye un amplio grupo de problemas de salud que permanecen después de la enfermedad crítica.

Estos problemas comienzan a aparecer cuando el paciente está en la UCI y pueden persistir después de su vuelta a casa. Más del 50% de los pacientes retornan a sus trabajos durante el primer año, pero muchos no son capaces de

volver y necesitan ayuda en sus actividades cotidianas después de ser dados de alta.

Se pueden generar síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o los sentimientos de los pacientes (aparición de problemas mentales como ansiedad, depresión o estrés post-traumático) y afectar también a sus familias, pudiendo aparecer problemas sociales.

De hecho, las familias son parte fundamental para minimizar el PICS participando en el cuidado del paciente, ayudándole a permanecer orientado y reduciendo así el estrés de ambos.

La enfermedad crítica produce una crisis familiar, y esos sentimientos de preocupación (la toma de decisiones, la evolución de la enfermedad) y confusión pueden llevar a los familiares a descuidar su propia salud. Es por ello que el equipo de salud debe apoyar también a los familiares que lo precisen.

Y para el manejo del PICS, se precisa de un equipo multidisciplinar aparte de los profesionales de UCIN: especialistas en rehabilitación, fisioterapia, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, foniatras, todos ellos coordinados y en estrecha relación con atención primaria para asegurar la atención continuada desde la UCIN, la sala convencional y el domicilio.

Infraestructura Humanizada

Según los Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad se define la UCIN como “una organización de profesionales que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes críticos”.

Así, el entorno físico de las UCIN debe permitir que el proceso asistencial se una a un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y

psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Un entorno que evite el estrés estructural y promueva el confort.

Hay evidencias publicadas sobre este tema, fundamentalmente guías en Estados Unidos y Europa, y hojas de ruta por parte de algunas asociaciones de enfermería. Por ello, pensamos que un diseño adecuado puede ayudar a reducir los errores médicos, mejorar los resultados de los pacientes, como la reducción de estancia media, y jugar un posible papel en el control de costes.

Cuidados al Final de la Vida

Si bien el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir de forma completa o parcial la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones esto no es posible. En este punto, el objetivo terapéutico se verá modificado, siendo la base fundamental del nuevo enfoque reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, incluidos los del final de la vida.

A este respecto el comité ético de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos establece que «...los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes sino que debieran coexistir...» y «...el equipo sanitario tiene la obligación de proporcionar tratamientos que alivien el sufrimiento que se origine de fuentes físicas, emocionales, sociales y espirituales¹⁰...»

El objetivo principal de los cuidados paliativos (CP) en cualquier ámbito clínico será proporcionar un cuidado integral del paciente y su entorno con intención de permitir una muerte que sea «...libre de malestar y sufrimiento para el paciente, familiares y cuidadores, de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos, culturales y éticos...». En este contexto, y según diversos trabajos, en los SMI aproximadamente el 10-30% de los fallecimientos se produce tras iniciarse limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV)

La LTSV se aplicará integrada en un plan de cuidados paliativos global que incluirá medidas farmacológicas y no farmacológicas que, con un enfoque dirigido hacia la dignidad y confort, incluirá las necesidades de los pacientes y

¹⁰ J.L. Monzón Marín, I. Saralegui Reta, R. Abizanda I Campos, L. Cabré Pericas, S. Iribarren Diarasarri, M.C. Martín Delgado, K. Martínez Urionabarrenetxea Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico, *Medicina Intensiva*, Volume 32, Issue 3, Pages 121-133.

familiares tanto físicas, como psicosociales y espirituales. Este enfoque debe realizarse de forma interdisciplinar siendo conocedores de este hecho todos los profesionales implicados en el tratamiento.

Las complejas decisiones que se toman en torno a los enfermos críticos al final de la vida pueden producir discrepancias entre los profesionales sanitarios y entre éstos y los familiares o cuidadores en el caso particular del paciente pediátrico. Los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de estos conflictos. Será importante la discusión abierta y regular que permita crear una cultura de equipo abierta, coherente y flexible permitiendo plantear todas las dudas y preocupaciones de forma precoz y después de la muerte de forma constructiva.

APARTADO II

IMPACTO EN LOS PADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

EFECTOS DEL TRAUMA

La prematurez del hijo crea una experiencia con una **potencialidad traumática** para los padres.

Esa potencialidad está dada por numerosos factores, entre ellos destacamos:

- El carácter generalmente imprevisto en el que ocurre el parto,
- La falta de representaciones adecuadas sobre qué significa la prematurez para el bebé y para el establecimiento del vínculo con él,
- La intensa angustia de muerte que despierta toda esta experiencia tanto respecto al bebé como a sí mismos,
- El estrés sostenido.
- El posicionamiento pasivo de los padres frente a situaciones muy dolorosas, el duelo por el parto a término y el bebé soñado,
- Las barreras interactivas que la prematurez ocasiona ya sea por la asistencia que requiere como por su inmadurez.

Cada persona, cada pareja significará esta experiencia a partir de su historia personal y la afrontará a partir de sus propios mecanismos defensivos y de los recursos internos que cuente.

La forma de intervención profesional en neonatología colabora para que esta experiencia, como dije traumática y que contiene numerosos duelos para elaborar, se pueda ir procesando. Una de las maneras en que prevenimos el surgimiento de cuadros por estrés traumático es cuando tratamos que las emociones y fantasías puedan ir poniéndose en palabras, en pensamiento. Hay una sumatoria de factores que contribuyen a que dicho cuadro se establezca o que se produzcan descompensaciones de la personalidad. Esto estará relacionado con las características de personalidad, la historia personal y la red vincular de sostén con la que cuente.

Un abordaje que ayude a los padres a la **metabolización de sentimientos y fantasías** y a encontrar una manera activa y adecuada de **incluirse como padres y relacionarse con el bebé**, ayuda a que se pueda transformar un estado de vulnerabilidad en una posición más resiliente. La

metabolización se refiere a ofrecer en nuestras intervenciones elementos y abordajes que faciliten la representación mental de lo que están sintiendo y de lo que están viviendo.

Efectos del duelo

Sabemos que los padres en el encuentro inicial con su hijo, tendrán que iniciar un proceso de duelo por el parto y el hijo soñado. El trabajo del duelo implica un desinvertimiento de un objeto para poder recuperar la libido y ponerla al servicio de otro investimento. Ese proceso de duelo requiere esperas. Puede que una mamá ni quiera mirar a su bebé; tal vez éste no es el bebé que quería o a lo mejor, este nacimiento le confirma las fantasías más temidas y terroríficas en relación a sí misma y a su lugar de mujer. Por ejemplo, si una mujer ha sido despreciada por su madre puede significar este nacimiento como una confirmación de sus palabras. Ese proceso de duelo de los padres nos demanda respeto, esperas, escuchas para develar sentidos y encontrar otros nuevos.

Progresivamente, junto a ellos en la incubadora, vamos presentando al **bebé real**, señalando esas pequeñas respuestas que da a la madre que la ayudarán a conectarse con el vínculo que hubo en la vida fetal. La ayudamos a entender las características del neurodesarrollo de su hijo para que pueda establecer una interacción positiva acorde a las posibilidades y estados del bebé.

“Una madre no puede despertar el amor hacia su bebé ni tampoco el deseo de sostener la lactancia, por cumplimiento de una indicación profesional o por el deseo que tenemos nosotros para que lo haga. El deseo de amor o de vinculación a veces es sólo nuestro¹¹”

¹¹ Pose Gabriela Ser padres prematuros, el parto el nacimiento y la relación con el bebé .Ediciones Delcandil

El mundo emocional. La relación con el equipo de asistencia

Sabemos que numerosos fantasmas pueblan estos momentos tempranos. El nacimiento de un hijo moviliza naturalmente la propia historia infantil, los aspectos más arcaicos de la personalidad y estos se pondrán en juego en la manera de vivir esta experiencia, tanto en la relación con el bebé como en la relación que establezcan con el equipo de asistencia.

Desde este contexto emocional el equipo de asistencia es teñido de afectos y significados, por ejemplo: en la enfermera pueden transferirse los aspectos más complejos del vínculo con la madre como los más idealizados. La enfermera puede ser sentida como una madre que acusa y critica o una que acompaña y alienta.

Los padres refieren en el seguimiento, **palabras o comentarios** que les han hecho en la internación de su bebé, que no han podido olvidar nunca. Si bien sabemos que el peso que tienen esas palabras está muy ligado a sus sentimientos internos, no es menor que esas palabras existieron. ¿Qué pasa cuando un profesional le va anunciar a una madre que su hijito recién nacido tiene síndrome de Down, diciéndole tengo una mala noticia para darle?, o cuando un profesional le reprocha su ausencia tratándola como mala madre, sin poder pensar que algo le pasa, o emite aseveraciones al estilo: su hija nunca va a poder aprender¹²... etc.

Las palabras que decimos resuenan en la cabeza de los padres haciendo ruido en el acercamiento a su bebé y en la construcción de su identidad como padres.

Necesitamos también comprender y ayudar a ese profesional quien realiza un reproche a una madre ausente ya que lo hace desde una profunda **identificación con el bebé** abandonado. Se le reactivan de forma inconsciente todas las fantasías o experiencias de abandono. Tendrá que tomar conciencia de la angustia que le provoca para no llevarla a la acción.

Por eso es importante el trabajo del psicólogo conteniendo y verbalizando estas angustias, permitiendo que se procesen ayudando así a que no predominen las **defensas disociativas** que, considero, lo dejan al profesional en un lugar más vulnerable, con mucho riesgo de enfermar.

¹² Pose Gabriela: Estrés y trauma en terapia intensiva neonatal. Presentado en el Congreso internacional de Estrés y Psicotrauma. Año2005

Una **Defensa disociativa** es una defensa psíquica. Una cosa es la disociación instrumental del afecto donde mantenemos nuestros afectos apartados primando nuestra posibilidad de pensar o actuar en una situación, y otra es la disociación que implica que parte de nuestros sentimientos o pensamientos quedan por **fuera de nuestra posibilidad de metabolizarlos mentalmente**. Ligarlos, volverlos una representación que nos ayude a entender lo que ocurre o expresarlo. El aspecto disociativo del trauma hace que éste esté permanentemente vigente, irrumpen en el psiquismo recuerdos o conductas por no poderlas transformar en recuerdos asimilables entendibles y luego olvidables.

La disociación implica un gasto de energía para el psiquismo y genera mayor vulnerabilidad. Lo podemos situar en un extremo a lo que es la capacidad de pensar y simbolizar funciones que terminan siendo resilientes en los procesos traumáticos.

La experiencia en neonatología puede dejar marcas internas en los padres que actúan sobre el vínculo con el bebé:

Marcas Internas:

- Desvalorización
- Ambivalencia
- Culpabilidad

Sabemos entonces que diferentes palabras, fantasías sentimientos fueron experimentados por los padres en los tiempos de la terapia neonatal, que pueden dejar marcas que perduran para toda la vida o que están presentes permanentemente **interfiriendo el vínculo con el bebé**.

El sentimiento de culpabilidad, la sensación de no ser una buena madre, y el temor a no poder amar verdaderamente a este bebé son fantasmas que se agitan en el vínculo y en la crianza.

Los sentimientos de culpa y de no ser una buena madre o no poder amar suficientemente a su hijo se mantienen a lo largo del tiempo ejerciendo efectos sobre la vida emocional. Distintas circunstancias del desarrollo del hijo vuelven a **resignificar** o activar estas sensaciones.

Ya en el parto prematuro es posible que la ambigüedad del embarazo de este bebé haya sido resignificada a partir de lo que ocurrió en la realidad. El

parto prematuro aparece confirmando lo temido y por lo tanto la inseguridad y el miedo se intensifican. Si en los momentos del embarazo estaba muy ambivalente por tenerlo y el bebé tiene una complicación, es fácil que la mamá sienta que sus deseos de no tener al bebé hayan participado en esta situación. Esto genera efectos en los cuidados y la crianza.

Es importante también abordar las marcas que la experiencia de la neo y el nacimiento prematuro del bebé, hayan dejado en el **vínculo conyugal**.

Muchas veces ésta experiencia une y otras veces separa o profundiza las líneas de fractura del vínculo.

La Prematurez figura de Condensación y Desplazamiento

Muchas veces la prematurez misma se instala como una **marca de inserción** o de presentación y como una **representación sobre la que se desplazan o condensan otros aspectos**.

Esos sentimientos, sumados a los aspectos históricos personales dificultaron la crianza y el logro de los **procesos de separación**, contribuyendo en la emergencia de síntomas e inhibiciones y de una sensación de gran tensión en los vínculos.

Vemos entonces el impacto de la prematurez y de las palabras recibidas sobre el hijo en estos momentos pero también, podemos ver cómo en la figura de la prematurez están condensadas un montón de sensaciones y experiencias, sobre la que ocurren numerosos desplazamientos.

En la prematurez quedan desplazadas dificultades que tienen que ver con la historia y característica de los padres. Si no lo tenemos presente, el origen real de esas dificultades va quedando mudo y tapado por la prematurez. La prematurez de un hijo puede ser funcional a la psicopatología de los padres y de los vínculos familiares.

Aspectos Psicopatológicos

Profundicemos un poco en este tema, a modo de darle valor a esta mirada. La atención temprana, y en este caso específico la atención neonatal y el desarrollo, nos convoca a tener conocimiento de la psicopatología en general y de la psicopatología del lactante y del vínculo temprano.

La organización física y mental de un bebé asienta en las **primeras interacciones**. La interacción que los padres establecen con su hijo es parte del equilibrio somático que el bebé mantenga. Tengamos presente desde la óptica vincular, que el bebé prematuro es un bebé que ha pasado a su vez por situaciones de estrés, fue sumamente tocado e interferido en sus ritmos y tiende a ser fácilmente irritable interfiriendo aún más la constitución vincular¹³.

Un parto prematuro puede actuar como el desencadenante actual de numerosos cuadros psicopatológicos como ansiedad, depresión, descompensaciones de la personalidad.

En el caso de **estrés postraumático** (PTSD), según el DSM IV, se expresan una sumatoria de síntomas que podemos encuadrar en tres tipos

1. Aquellos síntomas que tienen que ver con revivir el evento (recuerdos frecuentes, repentinos y angustiosos sobre lo ocurrido, imágenes y pensamientos sobre lo ocurrido, pesadillas frecuentes, angustia mental y emocional fuerte al ver personas que le recuerden el momento, temblores, escalofríos palpitaciones.
2. Síntomas que implican evasión o insensibilización que se expresarán por evitar conversaciones y pensamientos sobre el evento, evitar actividades lugares o personas que le recuerden el suceso traumático, no poder recordar detalles sobre el evento, falta de interés o placer por actividades que antes disfrutaba, sentirse aislado de su familia y amistades, tener sentimientos de insensibilidad emocional.
3. Un grupo de síntomas que se vinculan con hiper-excitación: problemas para dormir o permanecer dormido, sensación de inquietud facilidad para sobresaltarse.

Un padre o una madre que está bajo un cuadro de estrés postraumático, un cuadro depresivo o que se encuentre muy desorganizado emocionalmente no están en condiciones de establecer una adecuada identificación con su bebé. Una mamá dice: "no me puedo olvidar de lo que pasó, no me lo voy a

¹³ Pose Gabriela: Encuentros y desencuentros en pediatría. Trabajo presentado en el Seminario de Observación de Lactantes del Hospital Italiano

olvidar en mi vida. A veces estoy obsesionada, la miro la abrigo, me doy cuenta que no puedo seguir así".

El Alta: Puerta de Entrada al Seguimiento

En el abordaje en neo hay un momento muy especial que es la puerta de entrada al consultorio de seguimiento que es el alta. Este es un momento importante que en realidad tiene que ser **pensado y abordado como un proceso**. A menudo se piensa en el alta como ese instante concreto en que se formalizan papeles y controles para por fin irse y se llena de tanta ansiedad y velocidad que impide detenerse en los procesos psíquicos en juego.

El alta implica una separación. La modalidad de separarse tendrá que ver por un lado con el camino recorrido, el vínculo que se estableció, con las transferencias que tuvieron lugar y con la posibilidad interna y externa de ir transformándose en padres de este bebé. Sabemos que la prematurez, provoca en la madre sentimientos de desvalorización y desconfianza sobre su propia capacidad maternal: si el útero no pudo contener, ¿podrán sus pechos alimentar a su hijo, sus brazos cuidarlo? El trabajo en la neo interviene para que esta situación se disuelva o al menos se atenúe

A veces, desde esa desvalorización, o desde la culpabilidad, o el enojo por la frustración que el bebé generó, el recién nacido es puesto y entregado al cuidado médico y profesional. La neo queda ubicada en un lugar de seguridad y se mantiene idealizado el saber que asiste al bebé. La madre llega a la casa sumamente asustada y perdida en la función materna.

En algunos casos, estas sensaciones impiden **el despliegue de fantasías y deseos sobre el hijo**, quien pasa a ser cuidado por la madre de forma operatoria. P. Gutton dice que todos los cuidados de una madre son operatorios en el sentido que se realizan para atender a las necesidades del bebé y tienen que ser eficaces, pero que existe una patología en el cuidado que es cuando éste es solamente operatorio. O sea la mamá atiende al hijo sin poder investir emocionalmente su cuidado; está ocupada en vestirlo, cambiarlo, pesarlo, pero que no le habla, no lo mira, no establece

interacción emocional; cumple con todo lo que hay que hacer pero no despliega investidura libidinal sobre el bebé.

A veces la Externación se da con un funcionamiento mental en los padres de tipo **disociativo** y **proyectivo**. Para posicionarse como padres del bebé y aliviar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo que ocurrió con su hijo se disocia lo bueno y lo malo quedando la unidad de terapia neonatal y el equipo de asistencia como portadora de lo malo y ellos de lo bueno; la falla queda colocada en el tipo de atención y los padres vuelven a colocarse en salvadores y garantes de la vida de su hijo. Estos procesos hacen peligrar la continuidad del seguimiento del bebé.

En otros casos, la experiencia de neo y el vínculo establecido con el bebé y la sobrevida queda cristalizada como un vínculo unido **idealizado** y victorioso con **negación** de las dificultades.

Otras veces, el vínculo queda sellado en la **fragilidad y vulnerabilidad** y el prematuro está destinado, desde la mirada de los padres, a ser frágil y prematuro toda la vida y a ser tratado como tal. Son dos maneras en que la experiencia queda detenida **perturbando el proceso de subjetivación** de su hijo, como un camino de construcción que va hacia adelante y que va a estar sujeto a cambios. El proyecto pasa a ser lo vivido en el pasado.

El proceso de **subjetivación** sería algo así como el **camino en la relación con el otro por el que me voy volviendo persona**, me apropio de mi cuerpo mis deseos, soy quien soy.

Consultorio de Seguimiento

A partir de lo expuesto hasta ahora, nos vamos dando cuenta de que así como el bebé llega al consultorio de seguimiento con su historia neonatal y, desde una perspectiva clínica se tienen en cuenta los estudios e intervenciones a realizar, de la misma manera, hay que considerarlo desde estos planos:

Planos a considerar en el Consultorio de Seguimiento

- El del bebé
- El de los padres

➤ El vincular

¿Cómo ha sido este bebé, es un bebé que se desorganiza fácilmente, sumamente irritable?, ¿se blindó?, ¿qué modificaciones fue presentando?

Fuimos viendo en nuestro desarrollo que los padres llegan al seguimiento con un camino recorrido que incidirá también en lo que ocurre en la relación con el bebé. La forma de cuidar al bebé, de interactuar con él, de mirarlo de sostenerlo, nos cuenta qué está pasando en este vínculo, en el desempeño de la función parental y la constitución de su identidad como padres. En suma, veremos cómo han ido los padres apropiándose de su lugar como tales.

A menudo vemos cómo ese espacio de encuentro madre- bebé está armado desde pautas e indicaciones.

La prematurez es negada, desmentida, nada pasó. Esto que pareciera que podría aliviarla, coloca la sensación de frustración en la madre en un siempre presente y, por ende, lo coloca al bebé en un ser **permanentemente prematuro**. Probablemente, esta madre insistirá en que este bebé camine de acuerdo a su edad cronológica y no corregida. El bebé nuevamente se siente demandado a responder a tiempos que no son los propios. Probablemente sea puesto en el espacio con tal exigencia, que el equilibrio no sea una construcción personal sino el logro de una postura que seguramente marcará un perfil psicomotriz inestable o acorazado; me refiero a esos chiquitos que siempre se caen y se golpean o los que son duritos y van llevando el cuerpo en lugar de habitarlo.

En otros casos, encontramos mamás para las que el riesgo de muerte del hijo fue tan vívido y cercano que la ganancia de la vida compensa todo, aún situaciones de discapacidad visual, motora, u otras.

Vicisitudes del Desarrollo del Bebé y su Efecto en los Padres

En relación al reconocimiento o información que tienen los padres sobre los posibles efectos de la prematurez en su hijo, encontramos dos extremos:

1. **Padres que tienen una sobre información**, que transitan la angustia y la culpa por lo que le ocurrió a su hijo a través de la acción y la acción incluye la interminable visita a interminables profesionales.
2. **Padres que**, ya sea por negación o por falta de información, **no tienen claro cuál es el potencial de riesgo** que deja la prematurez para el desarrollo de su hijo.

Al llegar al consultorio de seguimiento las cosas comienzan a llamarse por su nombre. La palabra hemorragia, retinopatía, se escucha como si fuera la primera vez. A veces es la primera vez.

Ballard plantea que las razones para el seguimiento del bebé parten de:

- La temprana vulnerabilidad de la salud
- El riesgo que aparezca discapacidad
- El frecuente desarrollo irregular a lo largo de la etapa preescolar
- Los problemas de aprendizaje en el inicio escolar

En estos niños pueden aparecer **problemas temporarios** o **permanentes**. Ambos tipos de problemas siguen una secuencia de aparición, manifestándose con el aumento de edad y la maduración cerebral. La totalidad de los trastornos o dificultades, puede no ser evidente en los años escolares.

A continuación veremos las situaciones que Ballard plantea como **Vulnerabilidades** de los infantes de muy bajo peso neonatal:

1. Infecciones (Particularmente primer año)
 - Infecciones de las vías respiratorias inferiores
 - Otitis media
 - Gastroenteritis
2. Muerte súbita
3. Trastornos neurológicos y del neurodesarrollo
4. Anormalidades transitorias en el tono y los movimientos
 - Maduración irregular
 - Llanto excesivo

- Hiperreactividad al sonido
 - Displejia cerebral y disfunción cerebral mínima
 - Retardo mental o nivel intelectual normal bajo
 - Epilepsia
 - Hidrocefalia
5. Trastornos de conducta de base orgánica
- Patrones de ritmo de sueño -vigilia perturbados
 - Llanto excesivo
 - Cortoslapsos de atención
 - Hiperactividad o inactividad
 - Impulsividad
 - Perseveraciones
 - Bajo umbral de tolerancia a la frustración
6. Visión
- Fibroplasia retrolental
 - Miopía
 - Estrabismo
 - Errores de refracción
7. Lenguaje
- trastornos en el habla y la articulación
 - Perdida auditiva neurosensorial
 - Déficit de lenguaje receptivo y/o expresivo
 - Deterioro auditivo de conducción (secundario a un trastorno en el oído medio)
8. Aprendizaje
- Dificultades de aprendizaje
9. Desórdenes socio médicos
- Abuso infantil e maltrato
 - Negligencia hacia el niño
 - Fracaso en el crecimiento (enanismo por privación afectiva)

Dejando atrás la intención de considerar cada uno de estos cuadros, es importante tener una dimensión sobre su **efecto en la vincularidad**. De la misma manera hay que tener presente cómo contribuyen el vínculo y los cuidados parentales para que muchos de esos cuadros descritos por Ballard se hagan presentes. Recuerden lo ya mencionado respecto a que el equilibrio somático asienta en las interacciones tempranas.

Cada una de las recaídas o la emergencia de alguno de los cuadros detallados por Ballard repercutirán, a su vez, en la fantasmática vincular y requerirán entender qué le va pasando a la madre a partir de eso.

Ballard aclara que pueden presentar distintos tipos de discapacidad: Neurosensoriales (sordera, ceguera, parálisis cerebral y retardo mental). Discapacidades moderadas como severas.

Externación y Crianza

Sabemos que en la crianza de un niño intervienen los aspectos psicológicos de los padres, su propia historia libidinal, sus puntos de fijación, que actuarán en el cuidado de su hijo como lugares de riesgo en la crianza. Así, podemos ver que algunas familias aparecen detenidas en la oralidad otras en la analidad y esto va **más allá de la prematurez** del bebé.

A veces, síntomas que estuvieron presentes en el cuidado del bebé prematuro circulan en los cuidados y en la comunicación madre bebé.

Hay situaciones especiales, cuando la externación se produce con oxígeno, que requieren de una gran contención y orientación familiar.

Las situaciones de internación de un niño en su desarrollo requieren un **abordaje especial** donde los padres puedan dar cuenta de los recursos defensivos de un bebé frente al dolor físico y la pérdida del ambiente familiar. Esas defensas los pueden confundir respecto a la relación que mantienen con ellos, como los propios mecanismos defensivos frente a la percepción del dolor de su hijo.

Las Instituciones, el Cuidado de los Padres y el Seguimiento

Si la prematurez, para un sector social importante está ligada a experiencias de carencia emocional, **el funcionamiento del equipo puede brindar una marca distinta** y esto puede actuar, así, sobre el vínculo con el bebé.

Si una mamá se sintió sostenida como persona, si tuvo una experiencia de aprender a pensar en sus emociones, tuvo a su lado alguien que la escuchara, si pudo en esta experiencia establecer un vínculo con la institución o con algún profesional, tal vez esa experiencia le permita modificar en algo aquellos modelos operativos internos ligados a la carencia vincular primaria.

Bowlby plantea que los niños van tomando modelos de los otros y de sí mismos en función del grado de disponibilidad y accesibilidad de las **figuras de apego**. Si la figura de apego es confiable y atenta a las necesidades de sus hijos, se van formando imágenes positivas de uno mismo. Si se sienten desamparados la imagen de uno mismo va a ser dañada. Esos **modelos operativos** con el tiempo se generalizan hacia todas las relaciones. Esos modelos operativos internos originarios no permitieron un sentimiento interno de seguridad, o sea, contar con una base segura desde donde conocer el mundo.

Tal vez es mucho pedir, pero creo que para un grupo de personas el hospital tiene que ofrecer esa **base segura** semejante a la que el niño recibe de su madre en un buen vínculo de apego. Base segura desde donde un niño comienza a pensar la realidad. Desde esa base segura que ofrezcamos a la madre, tal vez contribuyamos un poquito a que pueda generar en su hijo otro tipo de apego al que ella misma tuvo.

APARTADO III

TRASTORNOS REACTIVOS DEL VÍNCULO

Sabemos que los bebés humanos nacen en un estado embrionario y que no pueden sobrevivir sin que un adulto se haga cargo de ellos. Su desarrollo físico y psíquico depende del trato que reciba de su entorno -los padres o sustitutos- y de la calidad, permanencia y constancia, de estos que serán quienes le darán la seguridad para establecer unas bases de desarrollo psíquico y funciones mentales básicas. Al bebé le es imprescindible alguien que le piense, que le desee y que haga una función de soporte de sus necesidades, ansiedades y de su "yo" en formación. Si no hay una figura parental que vaya dotando de sentido sus experiencias, difícilmente podrá desarrollarse.

Necesita un adulto que lo quiera, para ayudarlo a ir realizando e integrando estas necesidades. Si no hay nadie que le sostenga, que tenga cuidado de él, que vaya presentando el mundo al niño poco a poco y sin violar su experiencia, permitiendo que le vaya descubriendo y que vaya ilusionándose, el bebé tendrá graves dificultades para ir configurando su estructura psíquica.

Las experiencias primeras que un niño hace en el seno de la familia contribuyen a formar su manera de estar en el mundo, e irá determinada por la calidad de las experiencias emocionales. Como se ha ayudado al niño ha metabolizar sus ansiedades, como se las han contenido y como han sido entendidas sus necesidades, formarán en él el sentimiento de confianza básica, elemento insustituible de la salud mental y de la capacidad para aprender. En la medida que se pueda tolerar el sufrimiento y la frustración y queda contenido emocionalmente, se puede probar, ensayar, explorar, investigar,... Permite entonces adquirir una nueva habilidad, permite aprender¹⁴.

Vínculo, pensamiento y capacidad de aprendizaje son aspectos de la estructuración interna del niño que van íntimamente entrelazados.

Un vínculo tiene que ser aprendido, en el sentido que se basa en la experiencia con otra persona.

El niño que no ha tenido nadie estable y constante para quien sea objeto de amor, puede tener una experiencia del mundo como de un lugar poco

¹⁴ Magda Sarle y Gallart. Trastornos reactivos del vínculo en la primera infancia. Revista Paidó Psiquiatría. Universidad de Barcelona

coherente, desordenado, imprevisible, en el que si siente malestar no encuentra una respuesta que lo aminore; un mundo un tanto hostil donde no se sabe que se puede esperar. Interioriza una vivencia de escasa confianza en las personas, ya que estas no han estado lo bastante estables ni disponibles.

Las aportaciones psicoanalíticas acerca de las relaciones objétales resultan de sumo interés conceptual para comprender este tipo de procesos: Freud hace una peculiar conceptualización /diferenciación entre sujeto y objeto. M. Klein distingue entre objeto bueno y objeto malo; el concepto de relaciones objétales introducido en la clínica por la escuela francesa y la revisión conceptual compleja y densa realizada por Lacan y su escuela. Todas estas aportaciones centran las interacciones precoces madre-bebé como fundamento del psiquismo humano posterior. La década de los cuarenta resulta de gran trascendencia: primero porque Lorenz aporta sus investigaciones acerca del apego y de las fundamentaciones psicobiológicas de lo que se ha venido llamando como "impresión", que son fases constitutivas y constitucionales del ser humano.

Segundo, porque estos descubrimientos abren un gran debate acerca de lo congénito y lo adquirido en la conducta humana.

Tercero porque, Spitz publica sus aportaciones sobre la "depresión anaclítica" de los lactantes institucionalizados que aplica también a los niños/as hospitalizados, un debate que se ha prolongado hasta nuestros días sobre la necesidad y/o pertinencia de la hospitalización madre-hijo/a con el fin de evitar las bruscas separaciones y rupturas vinculares.

Bowlby resalta la importancia de las primeras experiencias del bebé durante el primer año de vida para el establecimiento vincular y de unas conductas de apego funcionalmente adecuadas¹⁵. En un principio se planteaba una única figura de apego centrada en la figura materna, se llamaba monotropía; el progreso de las investigaciones hizo que se introdujera el concepto de "jerarquía de figuras" en el proceso de vinculación humana, con la presencia de figuras de apego principales y otras auxiliares, se

¹⁵ Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1: El apego*. Barcelona, España: Paidós.

constató que, en ocasiones, algunas figuras de apego secundarias podían compensar algunos aspectos de la privación de la figura de apego primaria.

Delimitación Conceptual de Vínculo y Apego

1. **Vinculación:** Se entiende como tal la reducción de la distancia del bebé con la figura materna y el mantenimiento de la proximidad física con ella, lo que tendría como consecuencia una clara reducción del temor y la ansiedad en el desarrollo precoz del bebé¹⁶, tal y como lo expone Bowlby. Esta aportación es contraria a algunas bases de la teoría psicoanalítica, sobre todo cuando hace referencia a que la reducción de la ansiedad es la causa y no el efecto del establecimiento vincular del bebé con su madre.

2. **Competencias del bebé:** Este concepto fue desarrollado por Brazelton para denominar y subrayar las capacidades del bebé para establecer distinciones entre los diferentes estímulos presentes en su entorno, identificando los que son emitidos por la figura materna de forma prioritaria (por ejemplo, trazos del rostro, voz, olores corporales, caricias). Estas discriminaciones sensoriales y perceptivas obtienen un ajuste de competencias motrices y sensorio-motrices por parte del bebé. Según Bowlby existen cinco esquemas que mediatizan el vínculo precoz del bebé con la figura materna (considerada como figura de apego primaria): el grito, la sonrisa, la succión no relacionada con la alimentación, la prensión y el seguimiento ocular.

3. **Interacciones madre-bebé:** Son fenómenos en los que el bebé y la madre se influyen mutuamente (por ejemplo, bebé agitado -- la madre le pone sobre el cuello -- la madre segrega secreciones corporales específicas --- percepción por parte del bebé --- el bebé se calma; madre nerviosa/agitada --- hora del amamantamiento o comida --- bebé llora --- agitación y tensión en madre al cogerlo en brazos --- el bebé percibe la

¹⁶ Bowlby, J. (1988). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una Teoría del Apego*. Barcelona, España: Paidós.

rigidez por tensión muscular y secreciones maternas --- bebé se adapta con dificultad y se agita más --- rechazo de alimento --- la madre incrementa ansiedad --- cierre del círculo vicioso).

4. **Apego:** Constituye un sistema primario específico que se manifiesta desde el momento mismo del nacimiento con las características propias de cada especie (por ejemplo, alimento: forma primaria e irresistible del bebé (pulsión) --- satisfacción de su sensualidad (libido) --- relación con el seno materno o su sustituto --- satisfacción simultánea de ambas necesidades (alimenticias y del malestar) en el bebé y en la figura materna.

5. **Conducta de apego:** Se denomina así a todo comportamiento del recién nacido que tiene corto consecuencia y por función inducir y mantener la proximidad o el contacto con la madre o persona que le sustituye. Se sabe que el bebé tiene capacidades perceptivas muy precoces que le permiten realizar este tipo de identificación. López lo ha descrito como “un sistema diádico sincronizado”, para señalar la interacción de las señales y conductas de apego en ambos polos de la díada madre- bebé y que aparecen de forma sincronizada.

Todos aquellos factores que interfieren con el establecimiento del “vínculo” emocional en una etapa temprana pueden predisponer a este trastorno:

Con respeto al cuidador, se incluiría la depresión grave, el aislamiento de la madre y la falta de apoyo adecuado, obsesiones de infanticidio que hacen alejar a la madre del niño, abandono e indiferencia maternas hacia el niño, privación extrema durante la infancia de la madre y falta de oportunidades para aprenderla conducta materna.

Los bebés que son “difíciles” o muy tranquilos (letárgicos) pueden frustrar excesivamente a su cuidador y aumentar la posibilidad de que el trastorno se desarrolle; no obstante, el papel de estos factores no está todavía demasiado claro.

Otros factores que pueden predisponer al trastorno son la falta de contacto físico cuerpo a cuerpo durante las primeras semanas de vida (como pasar un periodo prolongado en una incubadora u otras separaciones del cuidador adulto durante las etapas tempranas).

Se desconoce la relativa contribución de la deprivación psicosocial y de la simple deprivación de alimento en la aparición del trastorno, aunque es probable que ambos factores jueguen un papel en la mayoría de los casos.

Evolución Longitudinal de los Trastornos Vinculares

La ruptura precoz o la imposibilidad de establecer las iniciales conductas de apego de manera suficiente, por ejemplo, ingreso en la etapa inmediata de recién nacido o situaciones de abandono, produce una serie de alteraciones o disfunciones a lo largo del proceso de desarrollo emocional precoz. Unas alteraciones se producen de forma directa en el propio bebé y otras son indirectas, bien sean en las figuras parentales y/o en el bebé como consecuencia de las alteraciones parentales. Así se produce una disfunción en los procesos de interacción y, por lo tanto, una repercusión en el establecimiento normalizado de los procesos vinculares.

En El Bebé

Trastorno de los Procesos de Vinculación y Apego

Los trastornos precoces del vínculo presentan síntomas y signos en múltiples esferas (conductuales y psicosomáticas fundamentalmente) a lo largo del proceso de desarrollo. Por ejemplo, en los casos de ingresos precoces, los procesos de vinculación se encuentran como «enfriados» y las figuras de apego no están definidas nítidamente como tales. Es de gran interés referirse a la forma en que se establece la reconstrucción vincular una vez que el bebé obtiene el alta: por una parte el bebé debe «reconstruir» el conjunto de los estímulos que percibió durante el ingreso, pero en clave diferente y, por otra, las figuras parentales deben superar su

temor y ansiedad para retomar el ejercicio de su parentalidad de forma positiva.

En las unidades de neonatos, se lleva a cabo una tarea de acogida y acompañamiento a padres y bebés de riesgo en que se reafirma, cada vez más, la importancia que tiene el favorecer la relación padres-bebé para su futuro desarrollo, "el método canguro".

La tarea de los profesionales es ayudar a las padres a encontrar formas de relación adecuadas a las características de sus hijos.

En las madres de bebés prematuros, la interrupción de la gestación provoca una depresión reactiva, que suele aparecer en los momentos de descompensación del bebé y que interfiere en las funciones maternas y en las capacidades de reconocer las necesidades del bebé. Las madres se sienten que no han podido aguantar más a su hijo, que le han dado un vida demasiado frágil.

La manifestación de dos de las conductas innatas que favorecen de manera muy especial los lazos: la succión y la sonrisa, no existen en el primer período de un niño prematuro, provocan en la madre la sensación de no poder dar ni recibir aquello que les es satisfactorio.

"El método canguro", el contacto piel a piel favorece la vinculación y también facilita la lactancia materna, ya que aumenta la producción de leche de la madre. También incrementa el tiempo de sueño de los prematuros, favoreciendo que haya menos agitación, apneas y bradicardias.

Métodos piel a piel, indicar a los padres que hablen y toquen a su hijo, o valorar la lactancia, favorecen el vínculo en un momento en que todo es fragilidad, miedos y fantasías de muerte. Es imprescindible escuchar a los padres, respetar el tiempo de cada uno y mantener una actitud que les permita expresar sus ansiedades.

Trastorno en la percepción de la estimulación

Los estímulos en etapas precoces son sobre todo sensoriomotores. La modificación de las conductas de apego, por ejemplo, durante el ingreso precoz, altera la forma de recibir y responder a los estímulos. De hecho, para muchos bebés se podría decir que una hiperestimulación hace al bebé

«desconectar» por verse desbordado (irritabilidad y sobresaltos que se transforman en decaimiento y cierta apatía). En otros bebés aparecen signos de hipoestimulación en forma de pereza, dificultad para reaccionar. Pero, sobre todo, hay que señalar el cambio cualitativo de los estímulos que pasan a ser, cuanto menos, «peculiares» durante ese ingreso precoz: termómetro rectal, pinchazos en talones, inmovilidad, sujeción, sonidos determinados que configuran un panorama para el exceso de vigilia o una cierta apatía. Incluso el estímulo oral, tan importante en esta etapa, se altera de forma muy evidente ya que, por ejemplo, no siempre la succión se sigue de deglución de alimento.

En el caso de los neonatos, para favorecer la habituación de los niños en la Unidad es necesario disminuir los ruidos y bajar la intensidad de la luz (cuando sea posible).

Trastorno del temperamento

El temperamento tiene una base constitucional, pero se ve conformado de forma definitiva por efecto de las primeras interacciones precoces con el entorno, sobre todo con la figura materna. Cuando esta conformación complementaria no se efectúa o es francamente insuficiente, esta interacción se encuentra alterada y en un cierto impasse. El parón se centra en la dificultad para «traducir» al plano de los afectos y emociones las percepciones del bebé. En espera de obtener una significación para un otro y que, desde esa significación, retorne al bebé en forma de definición afectiva y emocional.

En las figuras Parentales

Trastorno de las Respuesta de Apego

Ya se ha reiterado que las conductas de apego se establecen por medio de las percepciones corporales y sensoriales que conducen a una aproximación afectiva y emocional. Cuando no se establecen estas conductas de apego primarias por ejemplo, durante los ingresos precoces, situaciones de abandono o en determinadas instituciones infantiles

entonces se rompe esta posibilidad y la respuesta de apego se paraliza primero, después se difiere o aplaza y, con posterioridad, es preciso reconstruirla. Cuando la vivencia emocional de las figuras parentales se encuentra afectada de forma importante -por ejemplo, depresión posparto, temor por los procesos que pudiera sufrir el bebé (deshidrataciones, malnutriciones, ingresos precoces o afecciones somáticas crónicas), ausencia de sostén familiar y/o social- estas fases del proceso de vinculación se encuentran alteradas porque tienen un efecto sinérgico entre sí.

Estas dificultades para establecer conductas de apego se traducen en una disfunción muy evidente a la hora de poder configurar conductas y actitudes de contención en las relaciones parentales con posterioridad, por ejemplo, dificultad en poner límites, sobreprotección, emisión de mensajes contradictorios, baja autoestima en su consideración como padres.

Temor e Inseguridad al tomar en brazos al bebé

Es unir de los datos más constantes recogidos al realizar las anamnesis a las figuras parentales de este tipo de niños/as. Se presenta como ambivalencia: «Estaba deseando tenerle en brazos pero tenía miedo a que le pasara algo». Deseo tras los cristales de un ingreso precoz o tras un embarazo traumático o muy ansioso, pero temor en la cercanía: ¿qué se puede romper?, ¿qué se percibe? En cada situación concreta, en cada realidad, en cada caso la respuesta se modifica.

Respuestas hiperansiosa ante la intranquilidad del bebé

En parte, los orígenes se encuentran expresados en varios apartados anteriores, pero lo concreto es la respuesta ante ese temor que despierta el contacto con un bebé irritado e irritable. La intranquilidad del bebé suele adquirir tintes de dificultad relacional, que se incrementa si el bebé tiene una historia previa de, por ejemplo, alguna enfermedad severa o un ingreso precoz: ¿volverá a pasarle lo que tuvo? ¿Sabré interpretar y abordar lo que le pasa?. Un caso paradigmático es un comentario muy escuchado en los cuartos de guardia de Pediatría que transcribimos a continuación:

llegada de un niño/a de 6-9 años con fiebre, sus percentiles pondero-estaturales son adecuados e incluso pueden estar en los límites altos para su edad, no obstante la madre aclara: «Estoy muy preocupada, míremelo bien porque ES prematuro/as». El pasado está aún presente en la vivencia y en los temores parentales, por lo tanto en la respuesta cargada de ansiedad, por parte de las figuras parentales.

Sobreprotección

Es la forma más frecuente de presentación de los procesos de reparación por parte de las figuras parentales.

Reparación imaginaria ante un sentimiento de culpa por lo que le acontece o interpretan que le acontece a su bebé. Equilibran este sentimiento con una sobreprotección, en ocasiones invasora, que se expresa de las más diversas formas: concesión y dificultad en poner límites (por ejemplo, caprichos y baja tolerancia a la frustración en los niños / as); rivalidad entre ambas figuras parentales, posiblemente con desautorizaciones de lo que uno u otro hace o dice (por ejemplo, conceder al niño/a, a escondidas, lo que el otro miembro parental había prohibido).

«La causa de todos los males»

Los contenidos de culpa en ocasiones son difíciles de aceptar y, por lo tanto, de elaborar. Así que es preferible encontrar la «causa» de los problemas que acontecen a lo largo de todo el proceso evolutivo, sea cual fuere el tipo o forma de presentación:

«Doctor/a ¿no será de cuándo estuvo ingresado/a al nacer?», o cuando se deshidrató o cuando lo dejarnos llorar sin consuelo, o cuando... es la eterna pregunta, cuando no afirmación o certeza.

En ocasiones también los profesionales contribuyen a crear / mantener esta situación con afirmaciones de dudosa base científica: «Va a ser muy nervioso/a»; «Puede que lo que tuvo al nacer le dejara una pequeña marca en el cerebro»; «No aprenderá igual».

Decirlo así es faltar al rigor científico, ya que es eludir la multiplicidad de factores que interactúan en el desarrollo del sujeto y que muchos de ellos son factores de tipo corrector.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

Esta investigación se producirá bajo la modalidad de estudio Cuantitativo, descriptivo y transversal considerándolo como el más adecuado.

La elección del método se realiza en respuesta al criterio propuesto por Ander-Egg que sostiene "... el estudio descriptivo es el nivel en lo que habitualmente han de trabajar quienes están preocupados por la acción, puesto que permite elaborar un marco de estudio a partir del cual, se deduce una problemática ulterior o bien formular un diagnóstico con el fin de conocer carencias esenciales y sugerir una acción posterior¹⁷."

Variables

Aspectos que dificultan establecer la humanización de los Cuidados se estudiarán en seis dimensiones a saber:

1. Conocimiento científico.
2. Habilidades técnicas.
3. Concepciones acerca del objeto de cuidado.
4. Habilidades comunicativas.
5. La Tecnologización de los cuidados.
6. Retroalimentación.

1- **Conocimiento científico:** Aquí se valorará si los enfermeros presentan formación en torno a la humanización de los cuidados, aspectos que la dificultan, modos de superar las dificultades y si presentan actualización de conocimientos en dichos Cuidados. La carencia de conocimientos científicos en cuanto a la humanización de los cuidados se considera como dificultad.

¹⁷ Ander-Egg, Ezequiel y AGUILAR, María José (1996): Guía para diseñar proyectos sociales y culturales. Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina. 13ª edición.

2- **Habilidades técnicas:** bajo esta dimensión se considerará si el método de trabajo utilizado por los enfermeros contempla espacios para la humanización de los Cuidados y si presentan formación específica en abordaje del paciente crítico, la falta de estos dos elementos se la considera como aspectos que dificultan la humanización de los cuidados.

3- **Concepciones acerca del objeto de cuidado:** aquí se indagará en los enfermeros los conceptos de individualidad, ser humano, paciente, la enfermedad, el sufrimiento y si, estos conceptos, son de corte humanístico o tecnocrático dado que estos últimos dificultan establecer una relación con la madre o los familiares.

4- **Habilidades comunicativas:** estará referida a determinar si hay escucha activa, interpretación de gestos, identificación de satisfacción en los pacientes por parte de los enfermeros, si el lenguaje utilizado es el adecuado y asignación de importancia a la comunicación con el paciente, la ausencia de estos aspectos se considerarán como elementos que dificultan la humanización de los cuidados.

5- **Tecnologización de los cuidados:** aquí se valorará la dependencia por parte de los enfermeros a la aparatología para los cuidados, y si la tecnología es determinante para cuidar, dado que su excesiva dependencia se considera como aspecto que dificulta la humanización de los cuidados.

6- **Retroalimentación:** aquí se valorará, desde un punto de vista de la madre o los familiares, el Cuidado humanizado de los enfermeros y se controlará si estos cuidados son bien percibidos por ellos.

Universo

El universo lo constituirá el total de enfermeras/os y familiares de pacientes internados en el servicio de Neonatología en la Maternidad Provincial Dra. Teresita Baigorria de la ciudad de San Luis; lo que hace un número de 60 sujetos.

Fuente

Para la realización de este estudio se utilizarán fuentes primarias, información directa de enfermeras/os profesionales y familiares de pacientes internados en el servicio de Neonatología de la localidad antes señalada.

Técnica

Se utilizará la técnica de encuestas en su modalidad de entrevistas a las enfermeras/os profesionales del servicio de Neonatología y familiares de pacientes internados en el mismo servicio.

Instrumento

Se elaboró una cédula de entrevistas con preguntas cerradas, con una serie de tópicos dirigidos a recabar información sobre la modalidad que se presenta la humanización de los cuidados y aspectos que lo dificultan

Esta cédula constará de lo siguiente:

- Título
- Instrucciones
- Identificación del encuestado y del formulario
- Servicio o áreas específicas
- Observaciones
- Identificación del encuestador

Plan de recolección de datos

La recolección de datos se llevará a cabo mediante la técnica de entrevista que se realizarán oportunamente a los enfermeros/as profesionales del servicio de Neonatología y familiares de pacientes internados en el mismo servicio bajo estudio.

Al realizar la entrevista se procurará aclarar toda duda y evitar todo tipo de ambigüedades posible por parte de los profesionales bajo estudio. Las mismas se realizarán en el mes de Octubre del 2017, tendrán una duración de quince días para alcanzar a todos los profesionales y familiares.

Plan de procesamiento y análisis de los datos.

Los datos se volcaran a una tabla, donde se tabularan las respuestas a las preguntas dadas.

La tarea de proceso de datos se realizara de la siguiente manera:

- Ordenación de los formularios numéricamente.
- Revisión y depuración de los datos.
- Volcar los datos a una tabla maestra de doble entrada.

CAPITULO III

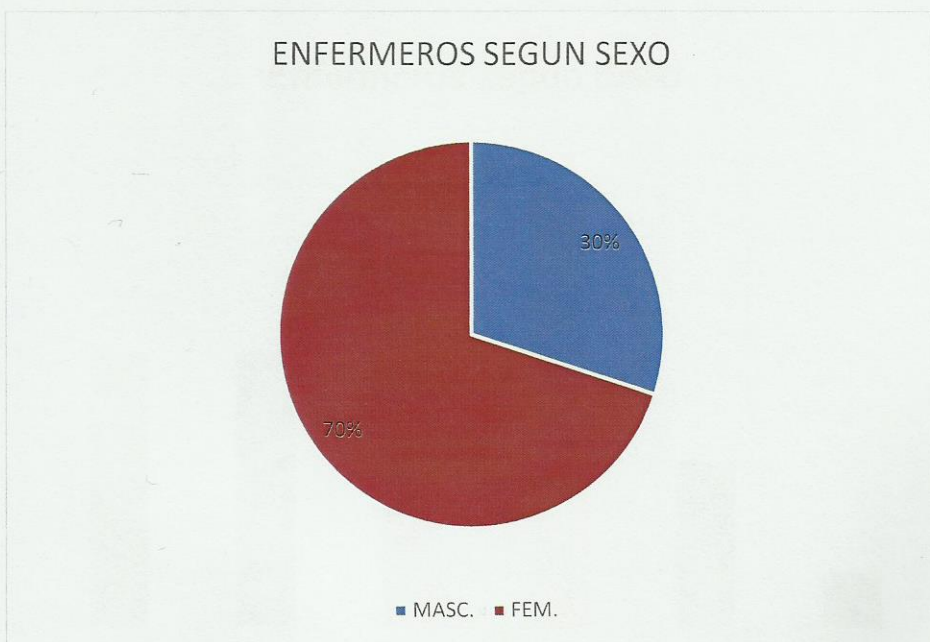
ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Sexo

SEXO	FA
MASC.	9
FEM.	21

Fuente: Elaboración Propia

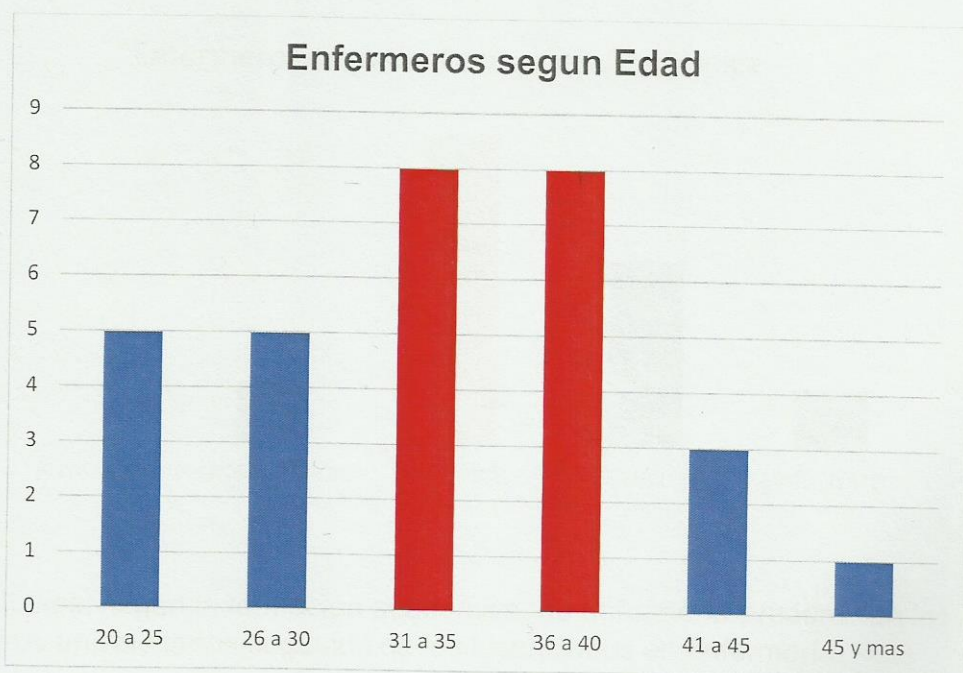


Comentario: De la cantidad de enfermeros encuestados el 70% al sexo femenino y el 30% corresponde al sexo masculino.

2. Edad

EDAD	FA
20 a 25	5
26 a 30	5
31 a 35	8
36 a 40	8
41 a 45	3
45 y mas	1

Fuente: Elaboración Propia

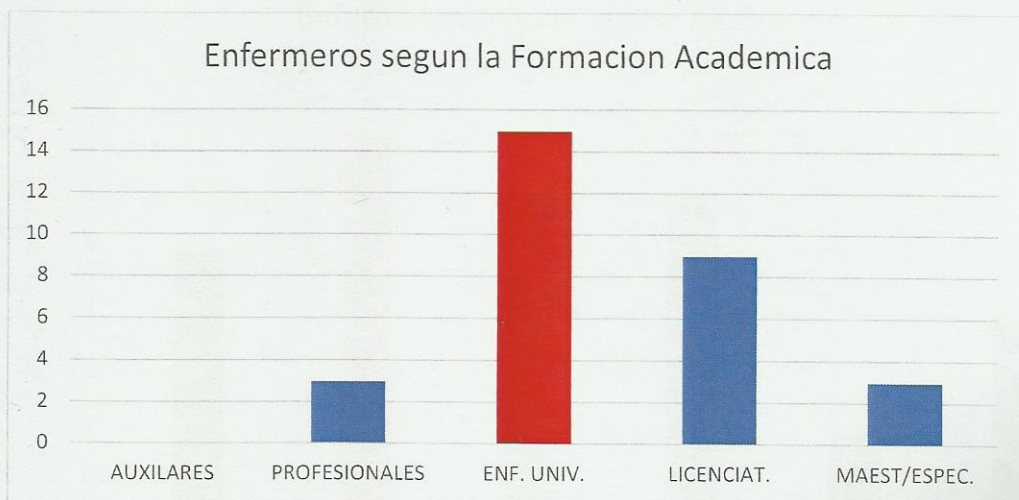


Comentario: se observa que las edades que predominan son entre 31 a 40 años, siguiéndole entre 20 a 30 años, siendo un menor porcentaje de enfermeros de más de 45 años.

3. Formación Profesional

FORMACIÓN PROFESIONAL	FA
AUXILARES	0
PROFESIONALES	3
ENFERMERO UNIVERSITARIO	15
LICENCIATURA	9
MAESTRIA/ESPECIALIDAD	3

Fuente: elaboración Propia

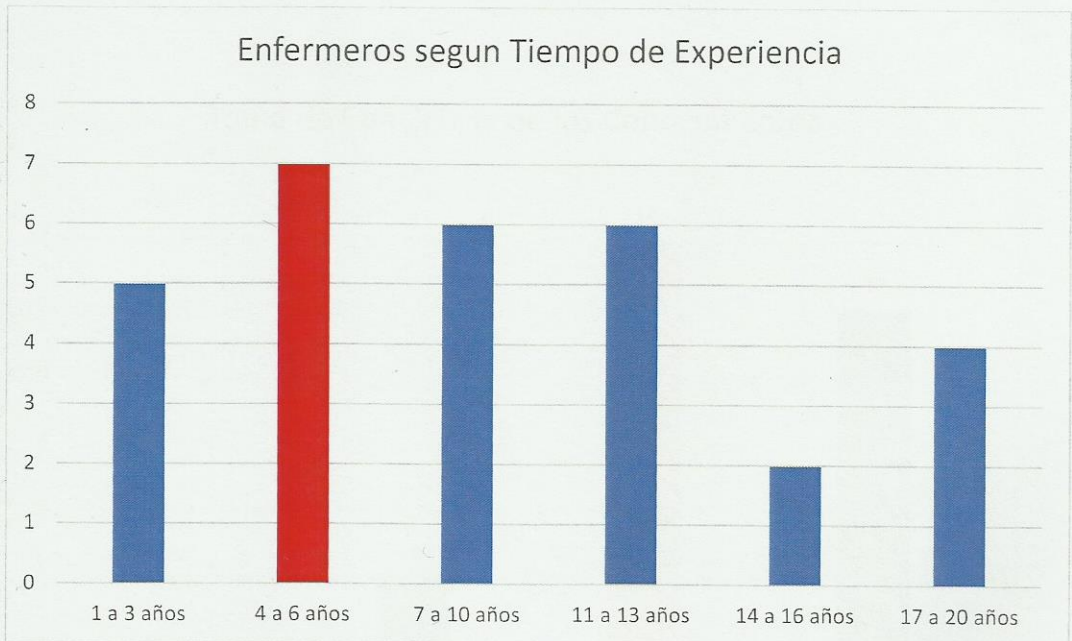


Comentarios: según la formación académica de enfermería predominan los enfermeros universitarios seguidos de los Licenciados en enfermería.

4. TIEMPO DE EXPERIENCIA

TIEMPO DE EXPERIENCIA	FA
1 a 3 años	5
4 a 6 años	7
7 a 10 años	6
11 a 13 años	6
14 a 16 años	2
17 a 20 años	4

Fuente: Elaboración Propia

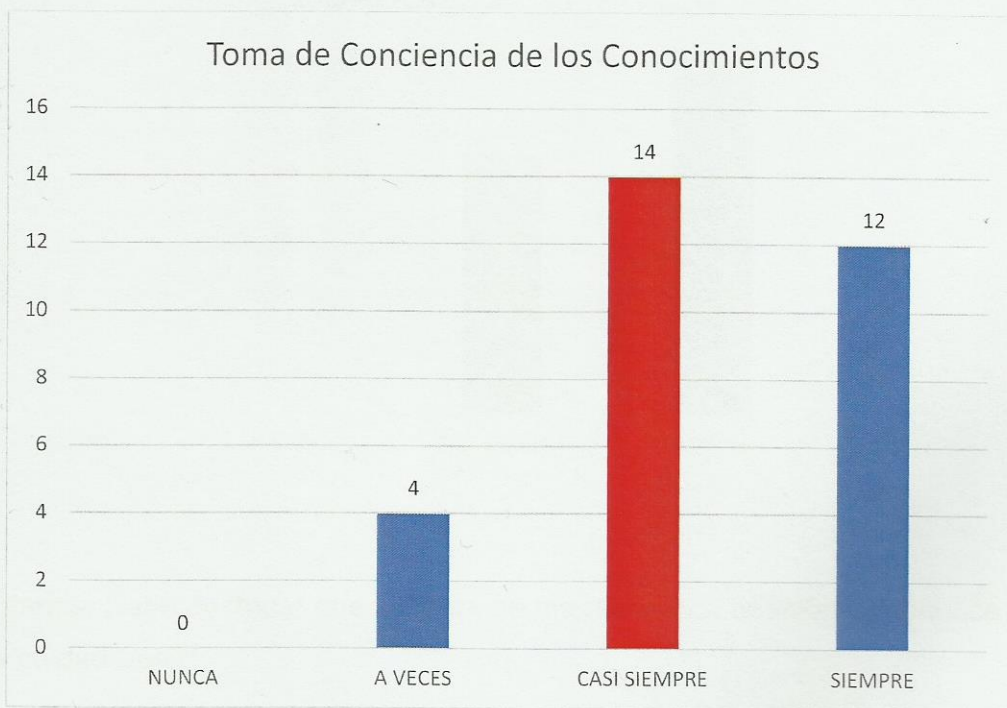


Comentario: Se puede ver que el tiempo de experiencia de enfermería es variado siendo el más destacado entre 4 y 6 años. Luego los tiempos comprendidos entre los 7 y 13 años.

5. Toma de conciencia de los conocimientos para relacionarse de modo más efectivo con la madre y familiares

Toma de Conciencia de los Conocimientos	FA
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	14
SIEMPRE	12

FUENTE: Elaboración Propia

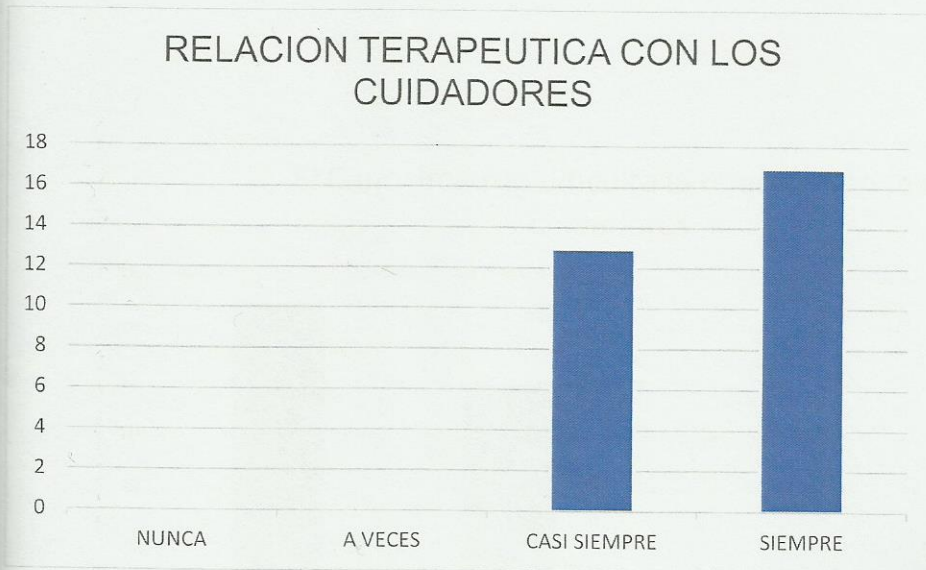


Comentarios: Podemos ver que casi siempre se toma conciencia de los conocimientos.

6. Se mantiene una relación terapéutica que con el cuidador

RELACION TERAPEUTICA	FA
NUNCA	0
A VECES	0
CASI SIEMPRE	13
SIEMPRE	17

FUENTE: Elaboración Propia

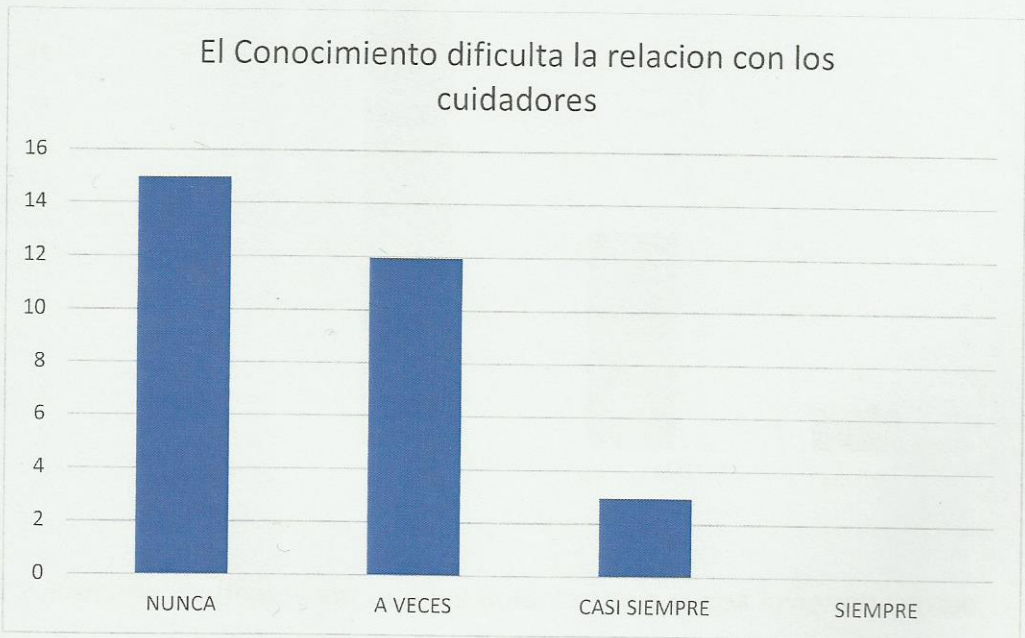


Comentarios: Cabe destacar que siempre se mantiene una relación terapéutica con los cuidadores.

7. Según Enfermería, los conocimientos constituyen una dificultad para relacionarse los cuidadores

EL CONOCIMIENTO PARA RELACIONARSE	FA
NUNCA	15
A VECES	12
CASI SIEMPRE	3
SIEMPRE	0

Fuente: Elaboración Propia

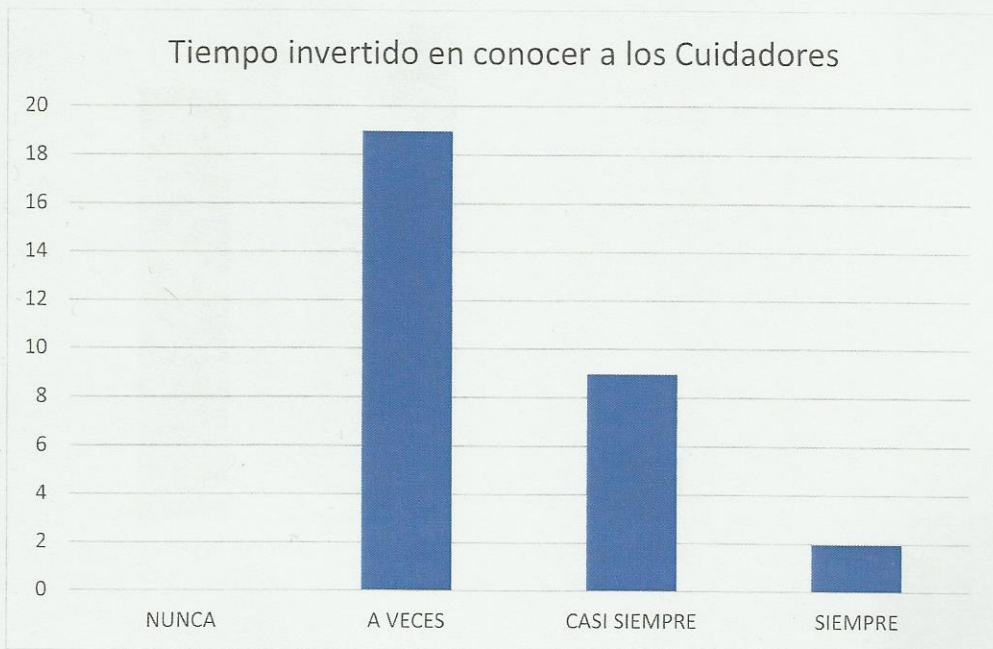


Comentario: Se puede ver que según los enfermeros el conocimiento nunca dificulta la relación con los cuidadores. Pero podemos señalar a a veces es de esta manera.

8. Tiempo dedicado para conocer a los cuidadores

TIEMPO INVERTIDO	FA
NUNCA	0
A VECES	19
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	2

Fuente: Elaboración propia

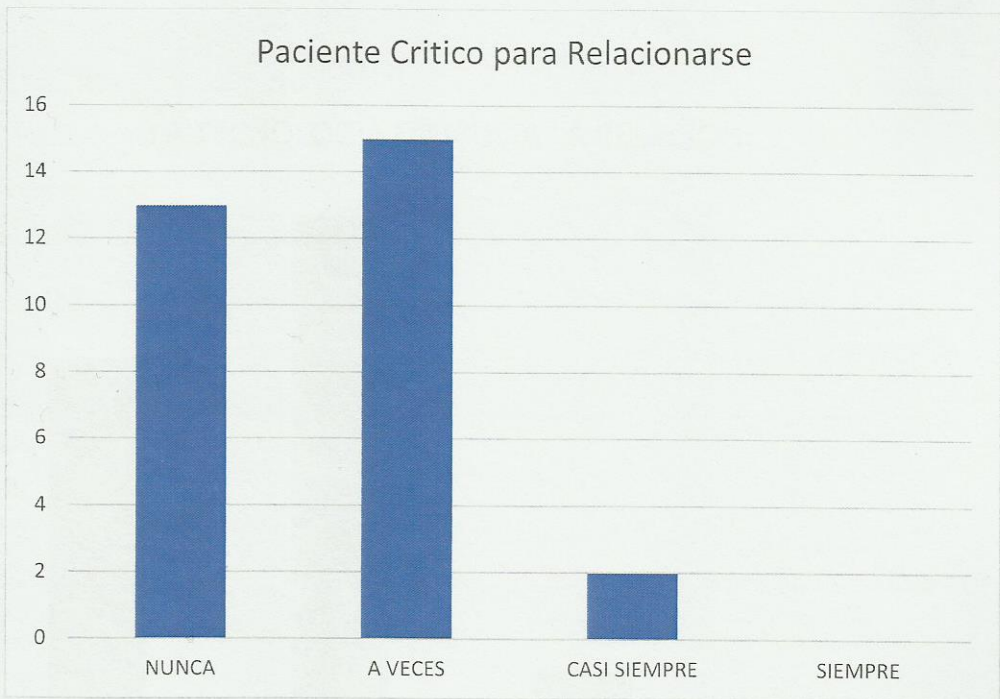


Comentario: Podemos ver que los enfermeros a veces invierten tiempo en conocer a los cuidadores.

9. El paciente crítico dificulta la relación con los cuidadores

El Paciente crítico dificulta la Relación	FA
NUNCA	13
A VECES	15
CASI SIEMPRE	2
SIEMPRE	0

Fuente: Elaboración Propia

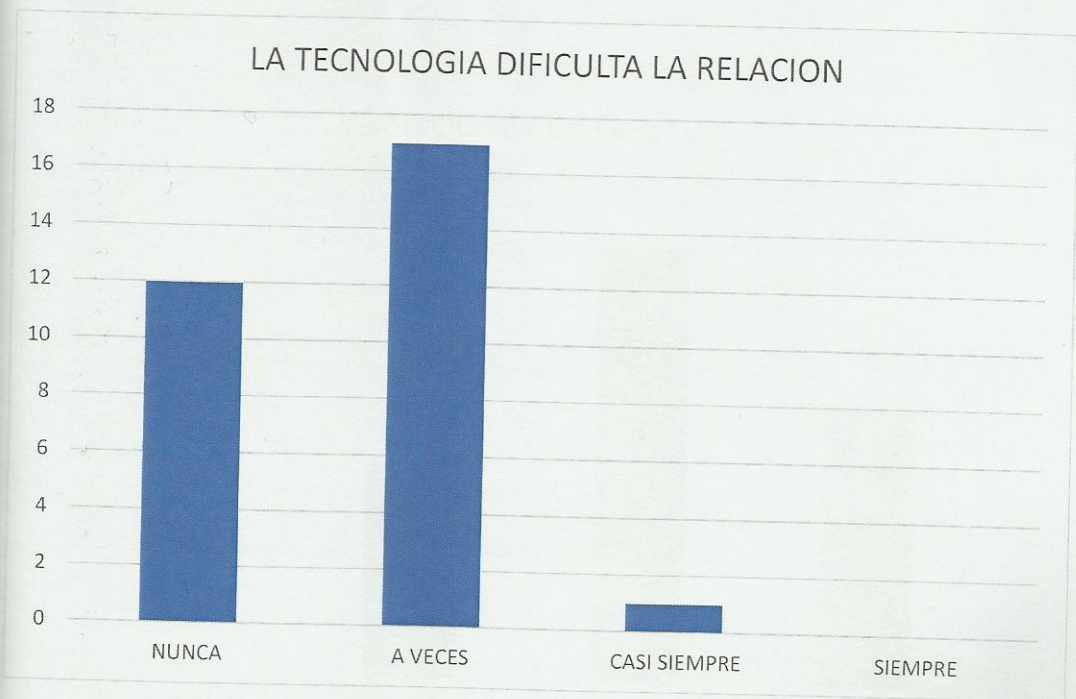


Comentario: En el paciente crítico a veces dificulta la relación con los cuidadores.

10. La tecnología limita la relación con el Paciente o Cuidadores

LA TECNOLOGIA DIFICULTA LA RELACION	FA
NUNCA	12
A VECES	17
CASI SIEMPRE	1
SIEMPRE	0

FUENTE: Elaboración Propia



Comentarios: A veces la tecnología dificulta la relación con el paciente o cuidador.

11. Valoración de los gestos de los Cuidadores

Valoración De Los Gestos	FA
NUNCA	0
A VECES	7
CASI SIEMPRE	14
SIEMPRE	9

Fuente: Elaboración Propia

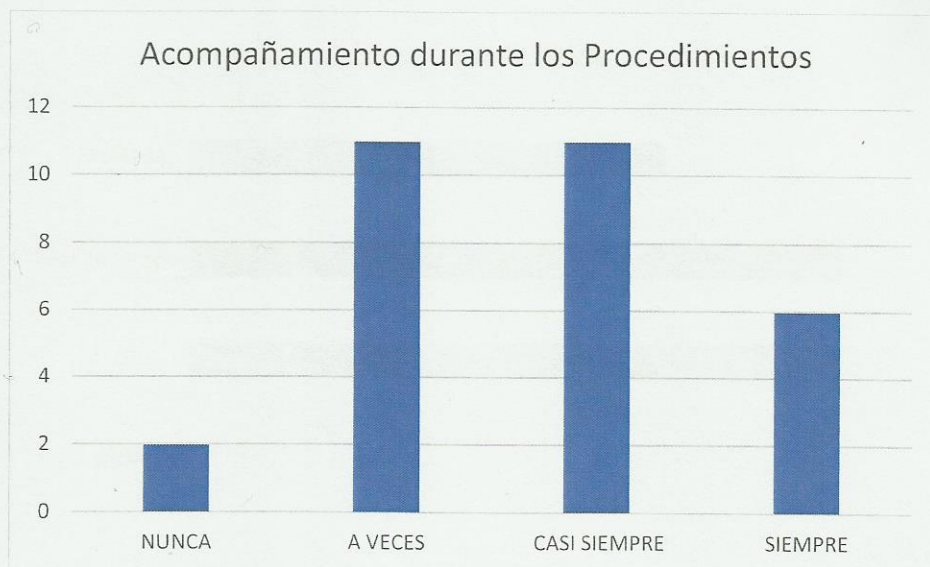


Comentarios: Podemos ver que casi siempre se interpreta los gestos de los cuidadores.

12. Acompañamiento de los cuidadores del paciente durante los procedimientos.

Acompañamiento durante Procedimientos	FA
NUNCA	2
A VECES	11
CASI SIEMPRE	11
SIEMPRE	6

Fuente: Elaboración Propia

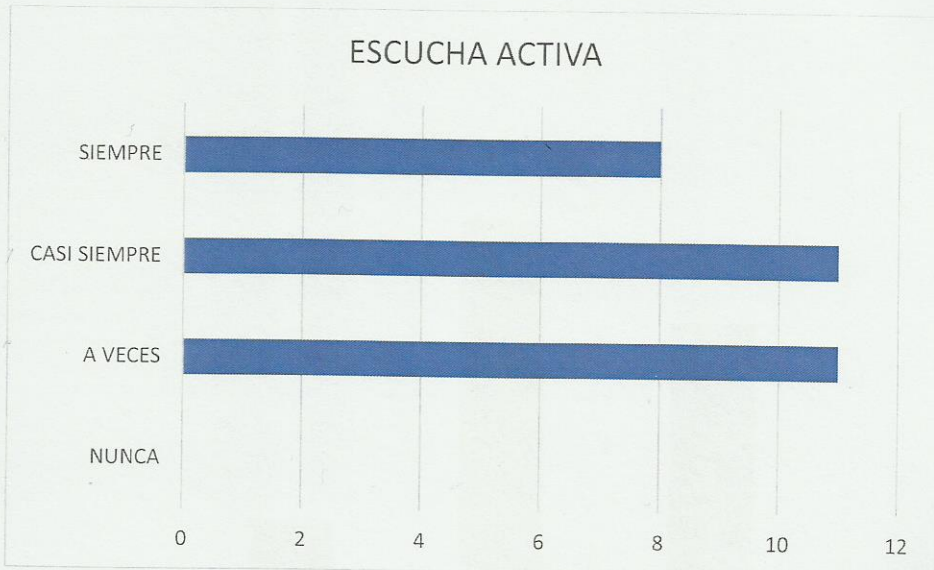


Comentario: En cuanto al acompañamiento de los cuidadores de los pacientes durante los procedimientos vemos que un porcentaje lo hace a veces y otro lo hace casi siempre.

13. Ayuda a la expresión de los miedos y temores mediante la escucha activa

Escucha Activa	FA
NUNCA	0
A VECES	11
CASI SIEMPRE	11
SIEMPRE	8

Fuente: Elaboración Propia

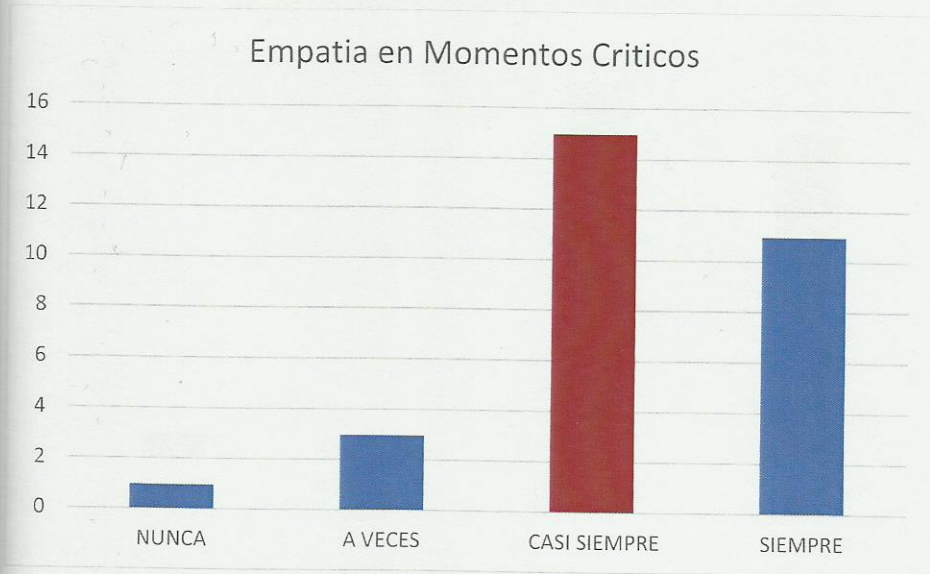


Comentario: En la escucha activa al cuidador vemos que se hace en iguales porcentajes entre casi siempre y a veces.

14. Empatía en momentos críticos

Empatía en Momentos Críticos	FA
NUNCA	1
A VECES	3
CASI SIEMPRE	15
SIEMPRE	11

Fuente: Elaboración Propia

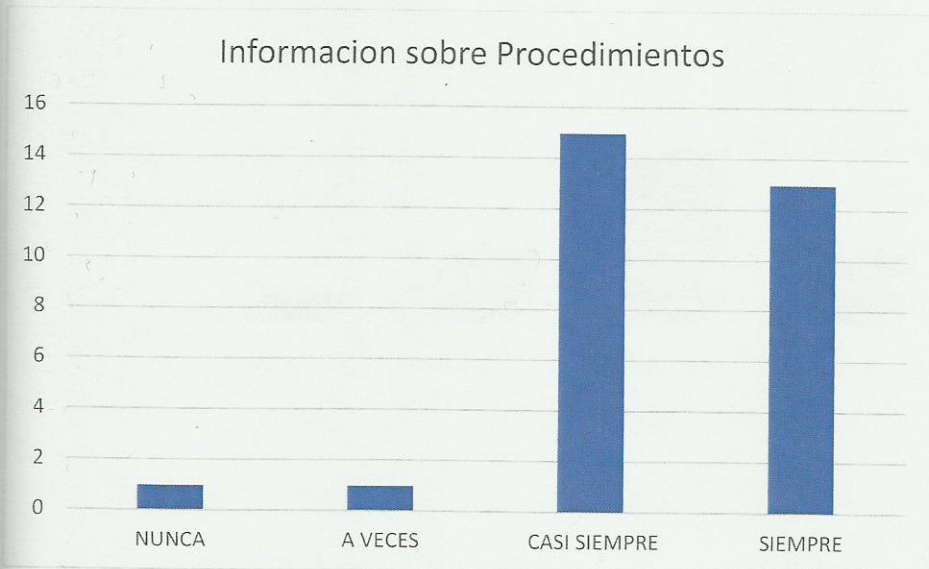


Comentario: Podemos ver que se casi siempre se usa empatía en momentos críticos.

15. Información sobre procedimientos realizados

Información de los Procedimientos	FA
NUNCA	1
A VECES	1
CASI SIEMPRE	15
SIEMPRE	13

Fuente: Elaboración Propia

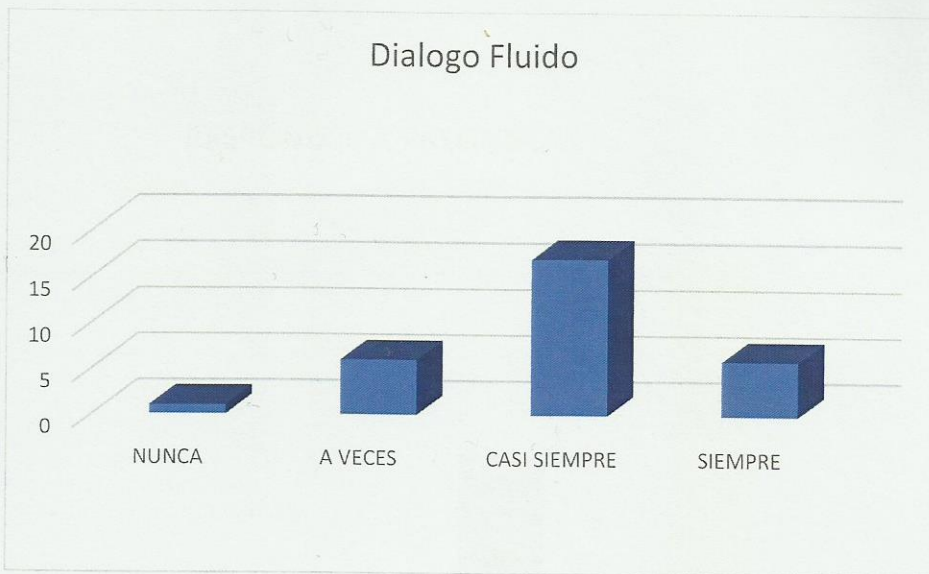


Comentario: En cuanto a la información de procedimientos se realiza casi siempre.

16. El dialogo es fluido con la madre y los familiares

Dialogo Fluido	FA
NUNCA	1
A VECES	6
CASI SIEMPRE	17
SIEMPRE	6

Fuente: Elaboración Propia



Comentario: Acá se muestra que casi siempre el dialogo es fluido con la madre y los familiares.

17. Respuesta a las preguntas de los Cuidadores

Responder a Preguntas	FA
NUNCA	0
A VECES	0
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	21

FUENTE: Elaboración Propia

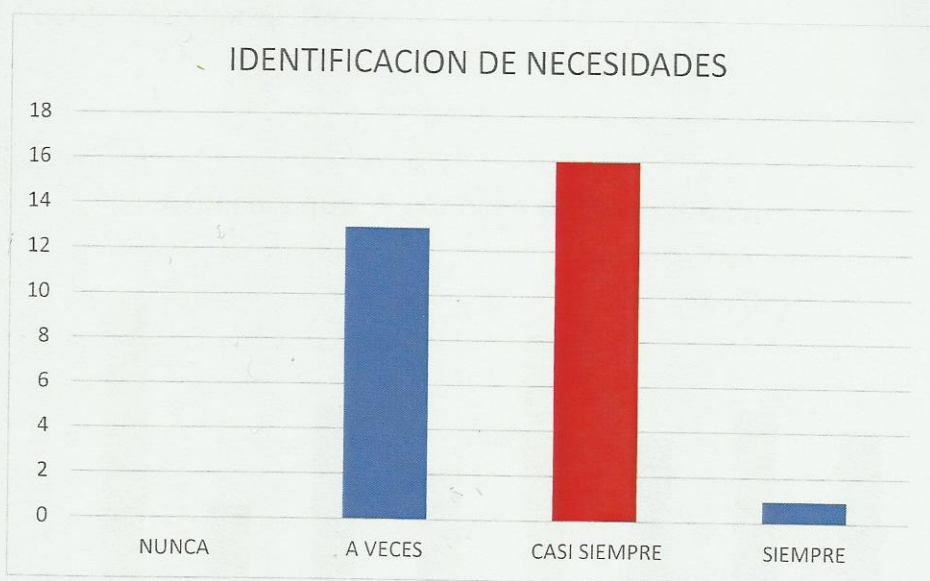


Comentarios: Podemos ver que la mayor parte de los enfermeros responden siempre las preguntas a la madre y los familiares.

18. Identificación de las necesidades de los cuidadores

Identificación de las Necesidades	FA
NUNCA	0
A VECES	13
CASI SIEMPRE	16
SIEMPRE	1

FUENTE: Elaboración Propia

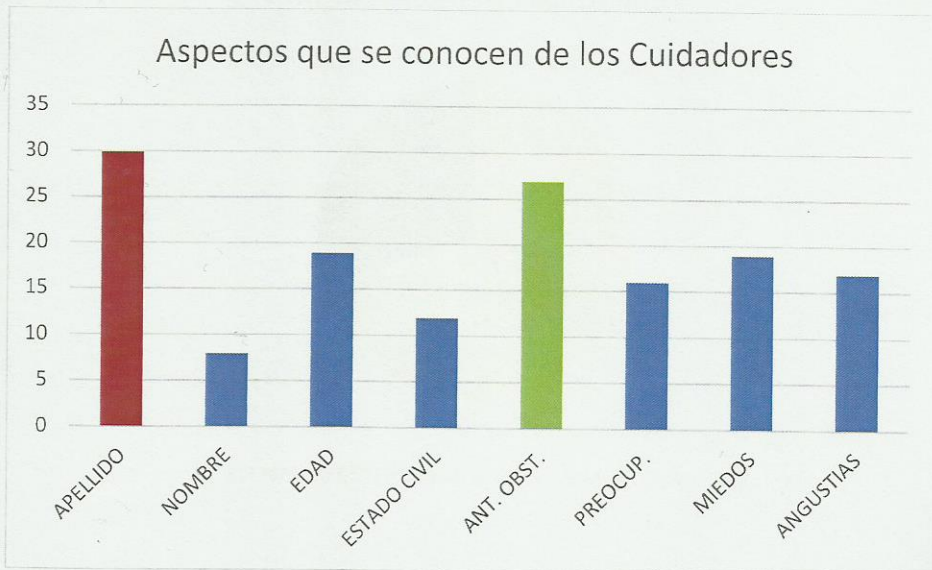


Comentarios: Cabe destacar que casi siempre son identificadas las necesidades de los cuidadores.

19. Aspectos que se Conocen de los Cuidadores

Aspectos de Conocimiento	FA
APELLIDO	30
NOMBRE	8
EDAD	19
ESTADO CIVIL	12
ANT. OBST.	27
PREOCUP.	16
MIEDOS	19
ANGUSTIAS	17

Fuente: Elaboración Propia

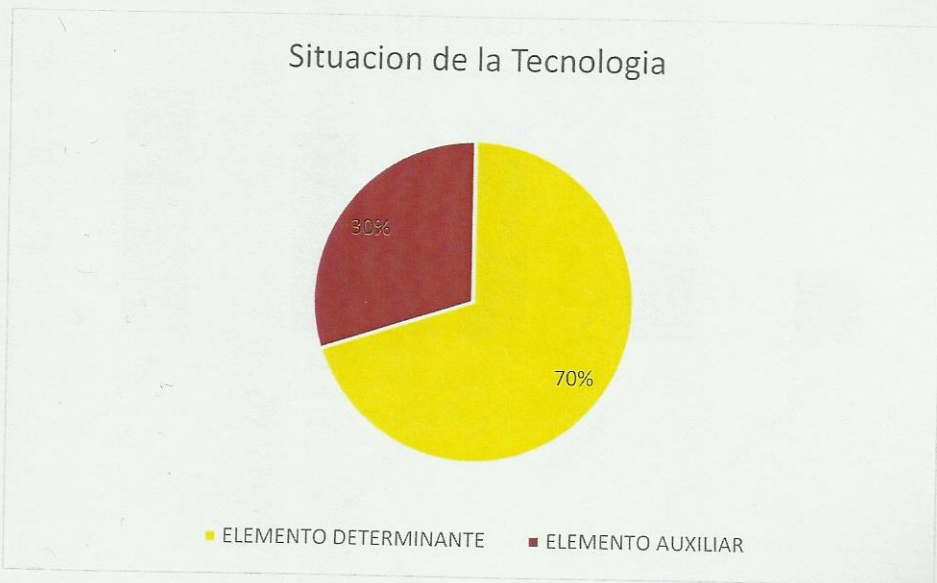


Comentarios: Entre los aspectos que se conocen de los cuidadores predomina el apellido.

20. Situación de la tecnología en las unidades de terapia intensiva Neonatal

SITUACION DE LA TECNOLOGIA	FA
ELEMENTO DETERMINANTE	21
ELEMENTO AUXILIAR	9

Fuente: Elaboración Propia

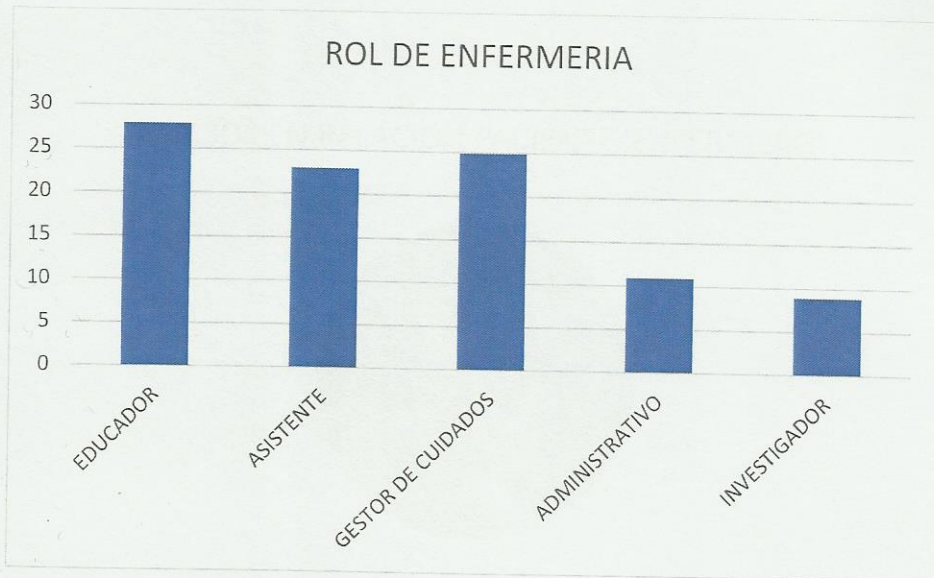


Comentarios: La tecnología con la que se cuenta en las unidades de terapia neonatal constituye un elemento determinante a la hora de realizar los cuidados.

21. Rol de Enfermería

ROL DE ENFERMERIA	FA
EDUCADOR	28
ASISTENTE	23
GESTOR DE CUIDADOS	25
ADMINISTRATIVO	11
INVESTIGADOR	9

Fuente: Elaboración Propia

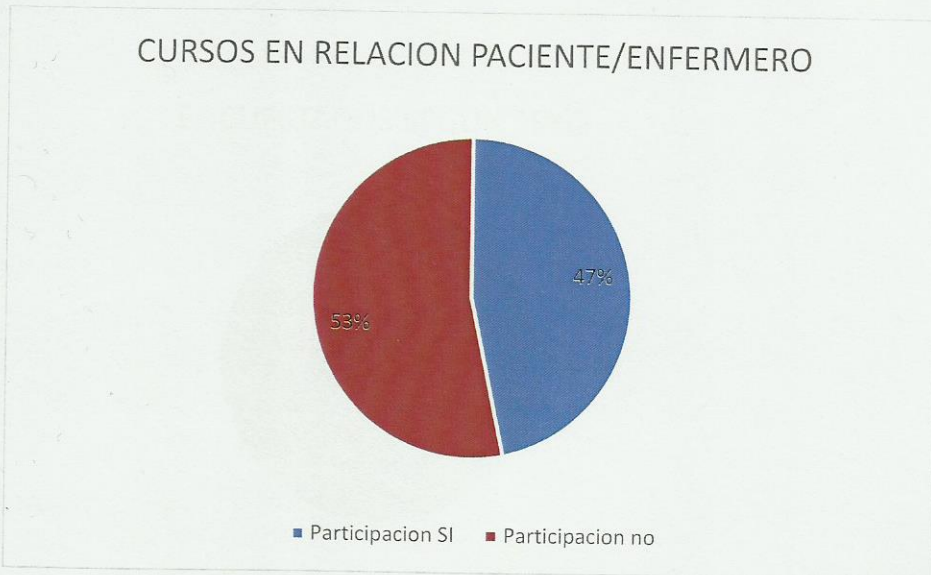


Comentarios: Los enfermeros se consideran en su mayoría como educadores.

22. Participación en Cursos/seminarios en materia de relación enfermera/paciente

CAPACITACION EN CURSOS	FA
Participación SI	14
Participación NO	16

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que un mayor porcentaje de enfermeros no ha participado en cursos o capacitaciones en materia de relación paciente/enfermero.

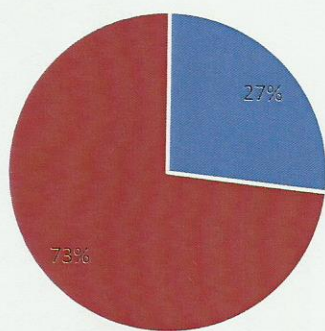
DE LOS CUIDADORES

1. Sexo

SEXO	FA
MASCULINO	8
FEMENINO	22

Fuente: Elaboración Propia

ENCUESTADOS SEGUN SEXO



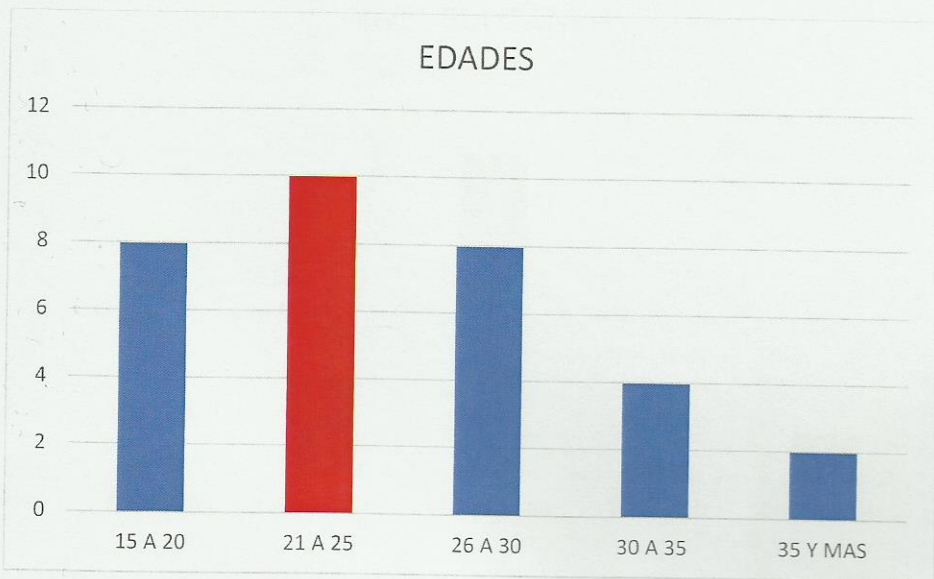
■ MASCULINO ■ FEMENINO

Comentarios: Podemos ver que dentro de los encuestados predomina el sexo femenino.

2. Edad

EDAD	FA
15 A 20	8
21 A 25	10
26 A 30	8
30 A 35	4
35 Y MAS	2

FUENTE: Elaboración Propia

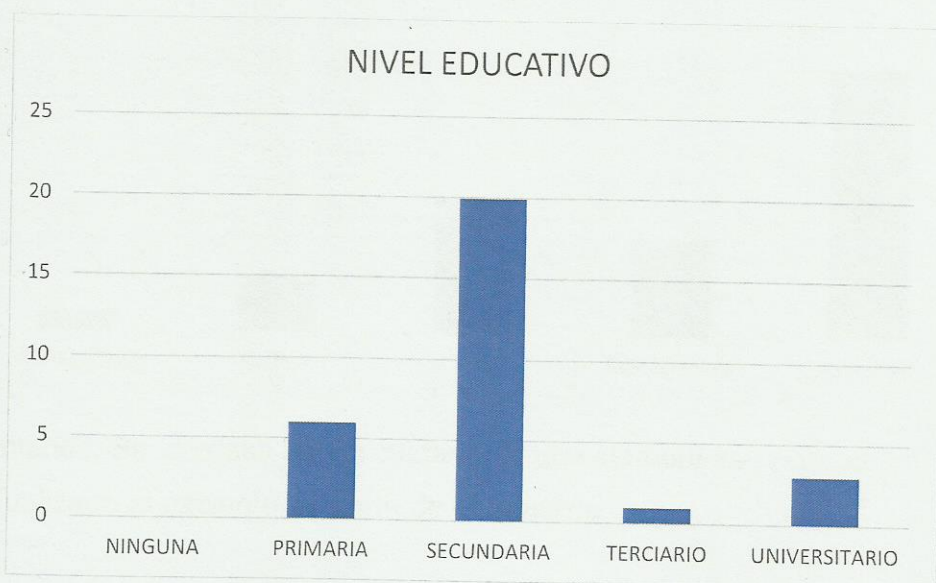


COMENTARIOS: Se observa que dentro de los cuidadores predomina las edades entre 21y 25 años.

3. Formación

FORMACION	FA
NINGUNA	0
PRIMARIA	6
SECUNDARIA	20
TERCIARIO	1
UNIVERSITARIO	3

FUENTE: Elaboración Personal



Comentarios: En cuanto a la formación de los cuidadores predomina el nivel secundario.

4. Trato individualizado.

Trato individualizado	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	3
A VECES	7
CASI SIEMPRE	5
SIEMPRE	14

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Se destaca en los cuidadores que siempre ven un trato individualizado al paciente de parte de enfermería.

5. Hacen empatía con usted.

Trato con Empatía	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	5
CASI SIEMPRE	6
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia

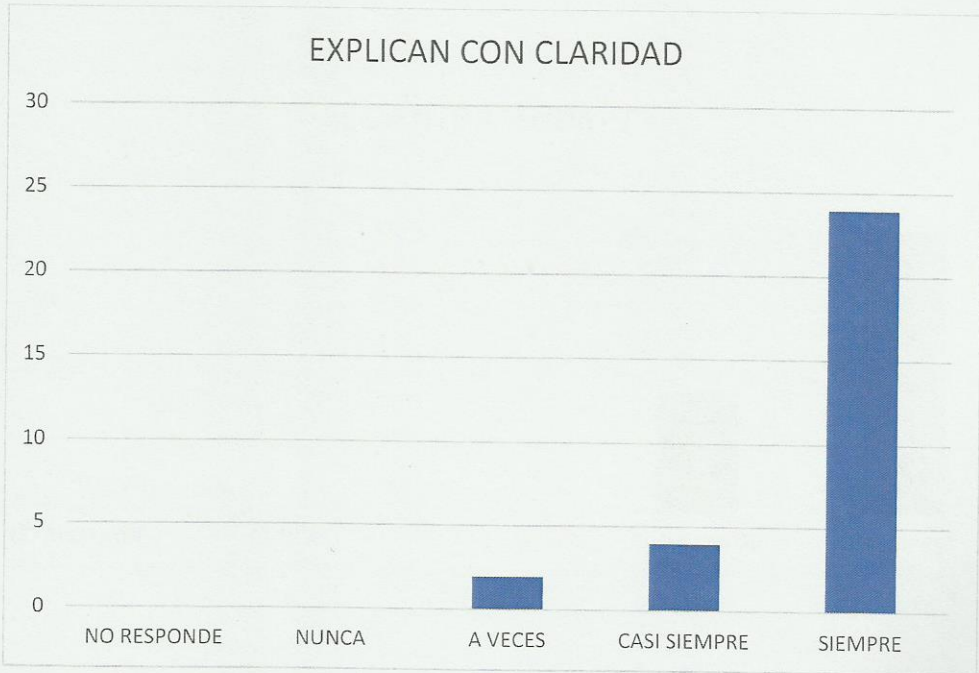


Comentarios: Podemos ver que Enfermería siempre trata con empatía al cuidador. Aunque varios cuidadores muestran que no siempre es así.

6. Cuando explican algo, se siente informado

Explican con Claridad	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	4
SIEMPRE	24

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que siempre se explica con claridad.

7. Cuando se dirigen a usted, se siente atendido.

Se siente Atendido	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	0
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	21

Fuente: Elaboración Propia

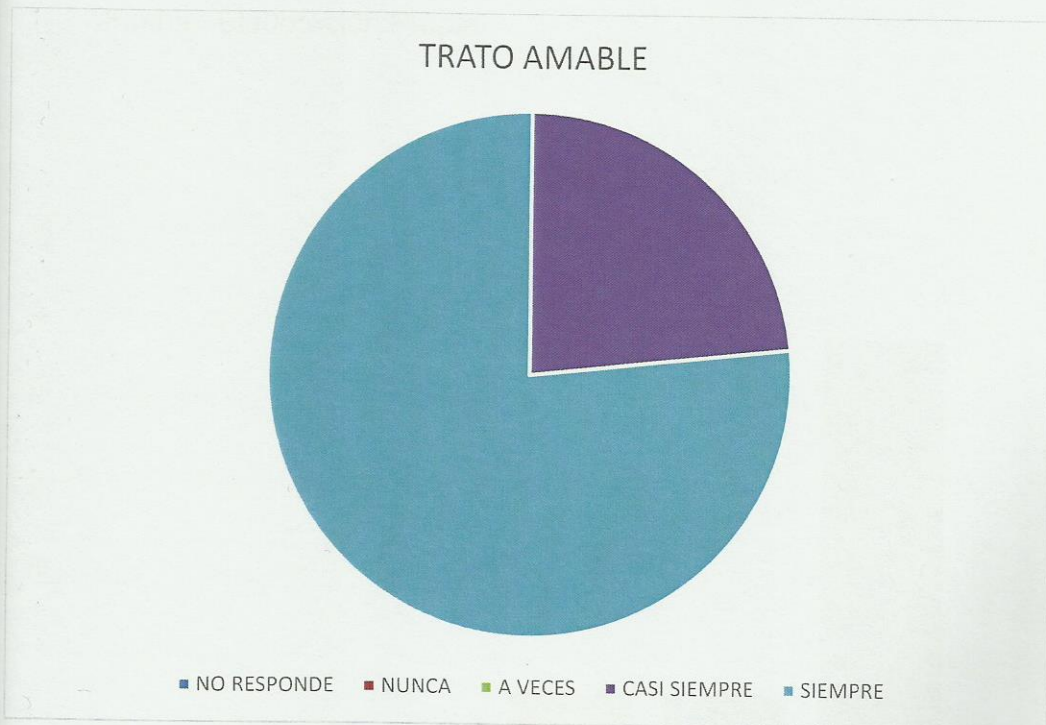


Comentarios: Cabe destacar que siempre los cuidadores se sienten atendido.

8. Son amables en el trato.

TRATO AMABLE	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	0
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	23

Fuente: Elaboración Propia

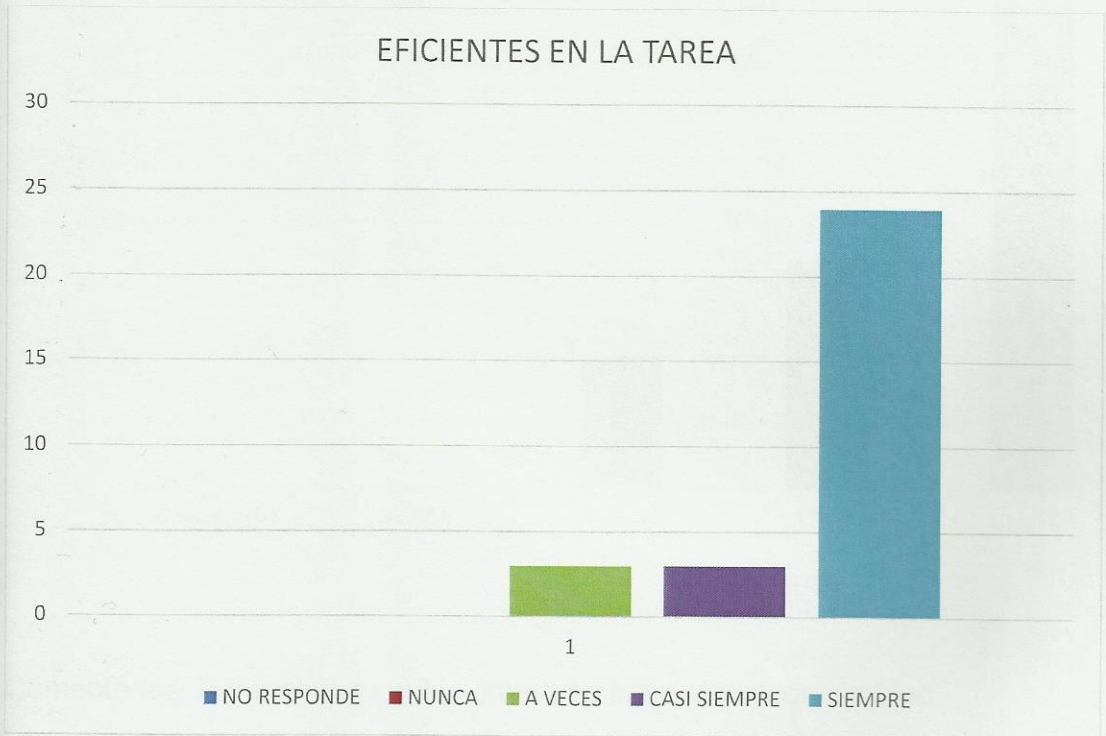


Comentarios: Podemos ver que siempre son amables en el trato.

9. Son eficientes en el desempeño de sus tareas.

Eficientes en la tarea	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	3
SIEMPRE	24

Fuente: Elaboración Propia

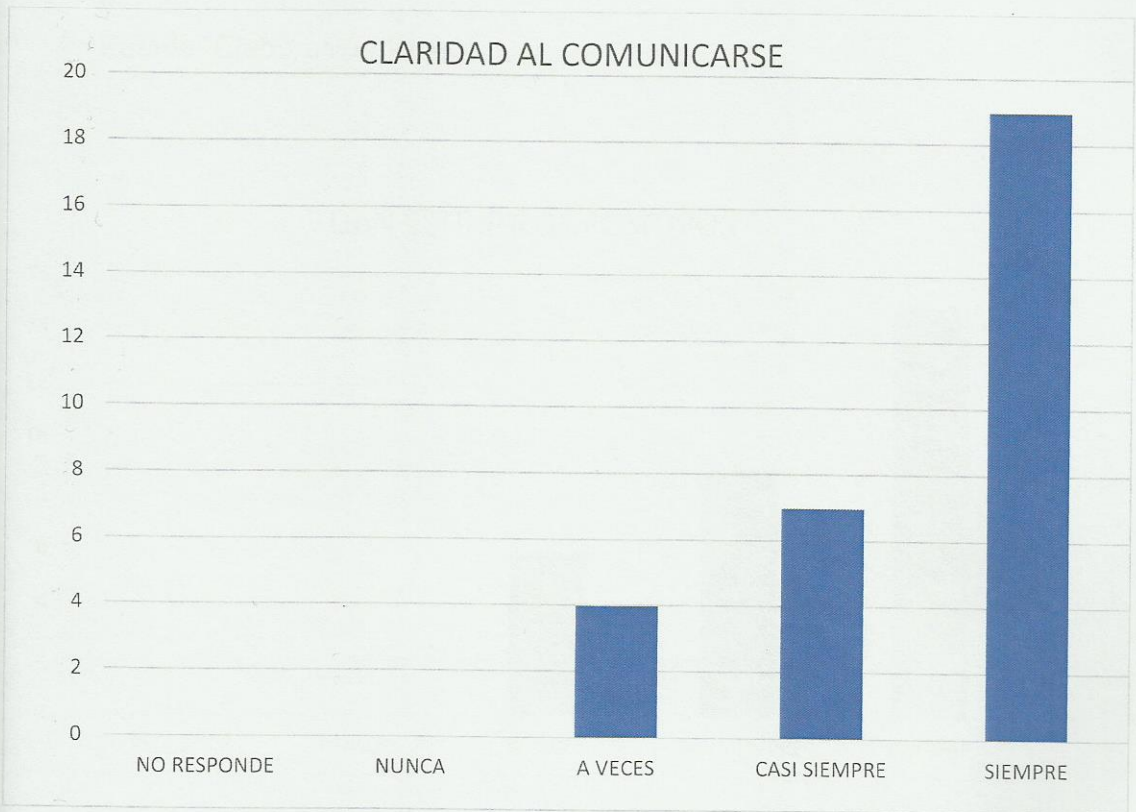


Comentarios: Acá se demuestra que son eficientes en sus tareas..

10. Son claros al comunicarse con usted.

Claridad al Comunicarse	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que siempre se comunican con claridad.

11. Le dan estímulos positivos.

Estímulos positivos	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	6
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	15

Fuente: Elaboración Propia

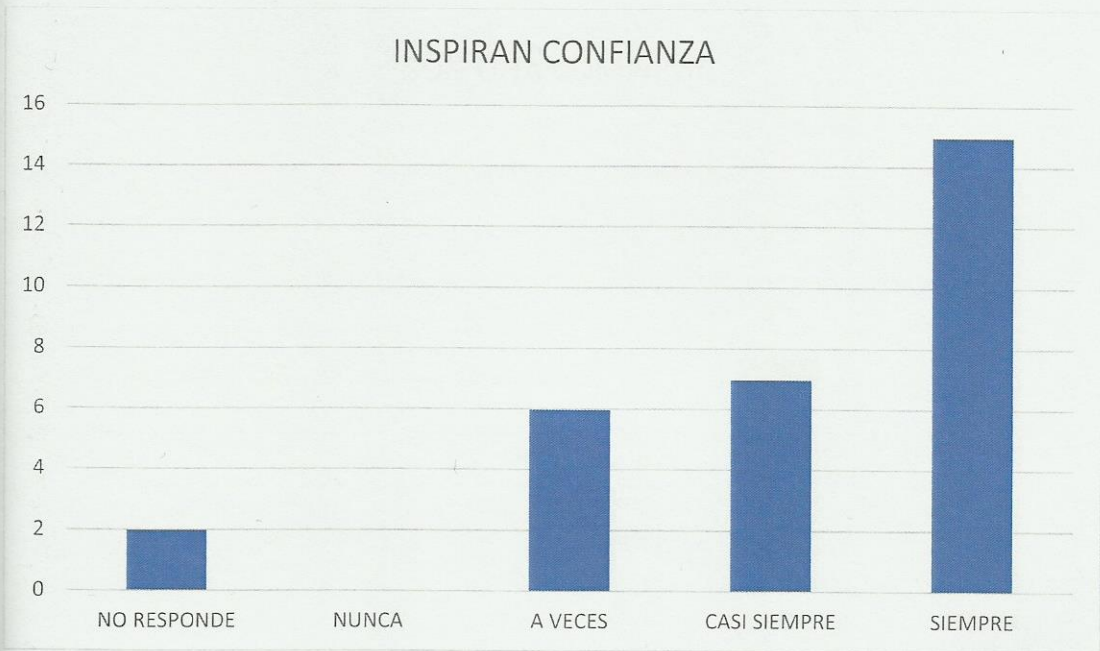


Comentarios: Acá vemos que siempre dan estímulos positivos

12. Le inspiran confianza.

Inspiran Confianza	FA
NO RESPONDE	2
NUNCA	0
A VECES	6
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	15

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Cabe destacar que siempre inspiran confianza

13. Son una compañía durante los procedimientos e informes médicos.

Compañía	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	16

Fuente: Elaboración Propia

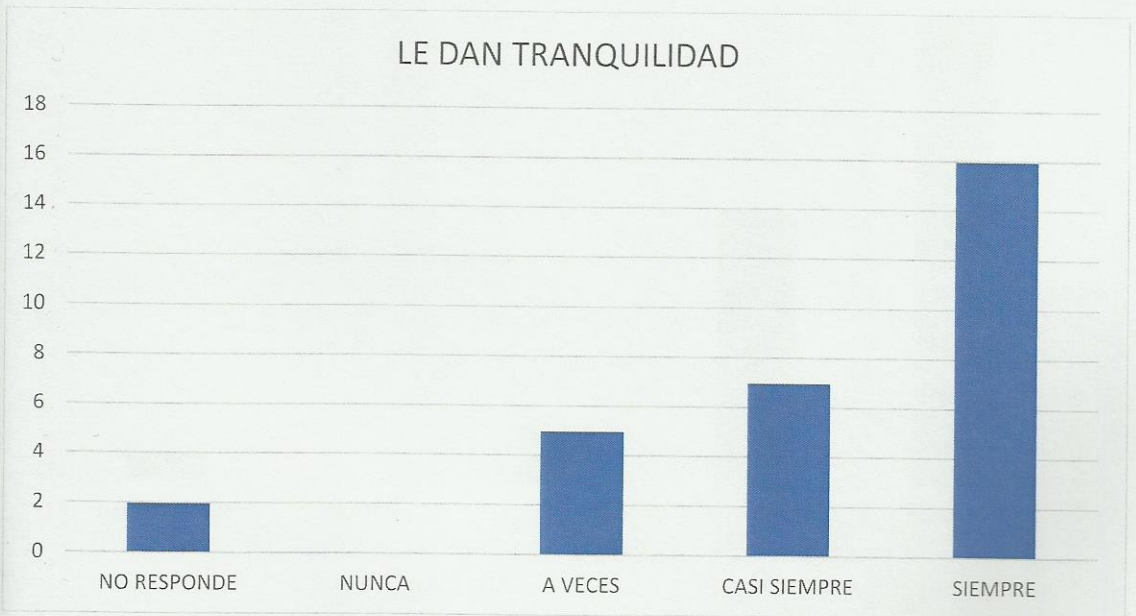


Comentarios: Podemos decir que siempre son una compañía durante los informes médicos y procedimientos.

14. Le dan tranquilidad.

Le Dan Tranquilidad	FA
NO RESPONDE	2
NUNCA	0
A VECES	5
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	16

Fuente: Elaboración Propia

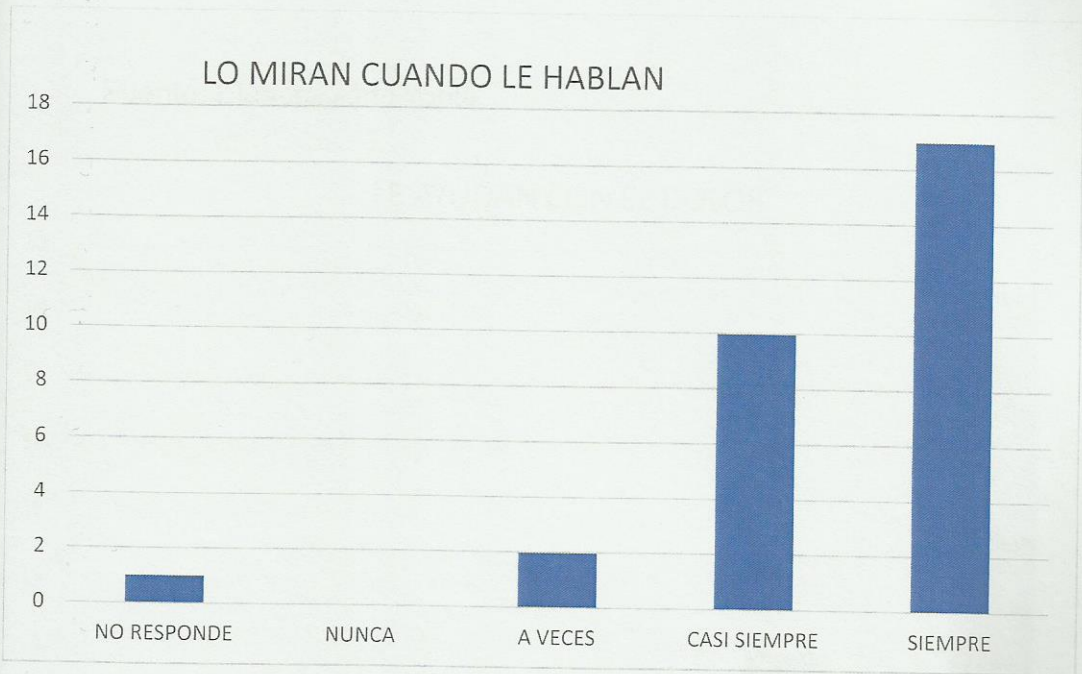


Comentarios: Vemos que siempre le dan tranquilidad a los cuidadores.

15. Le miran cuando le hablan.

Lo Miran Cuando le hablan	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	10
SIEMPRE	17

Fuente: Elaboración Propia

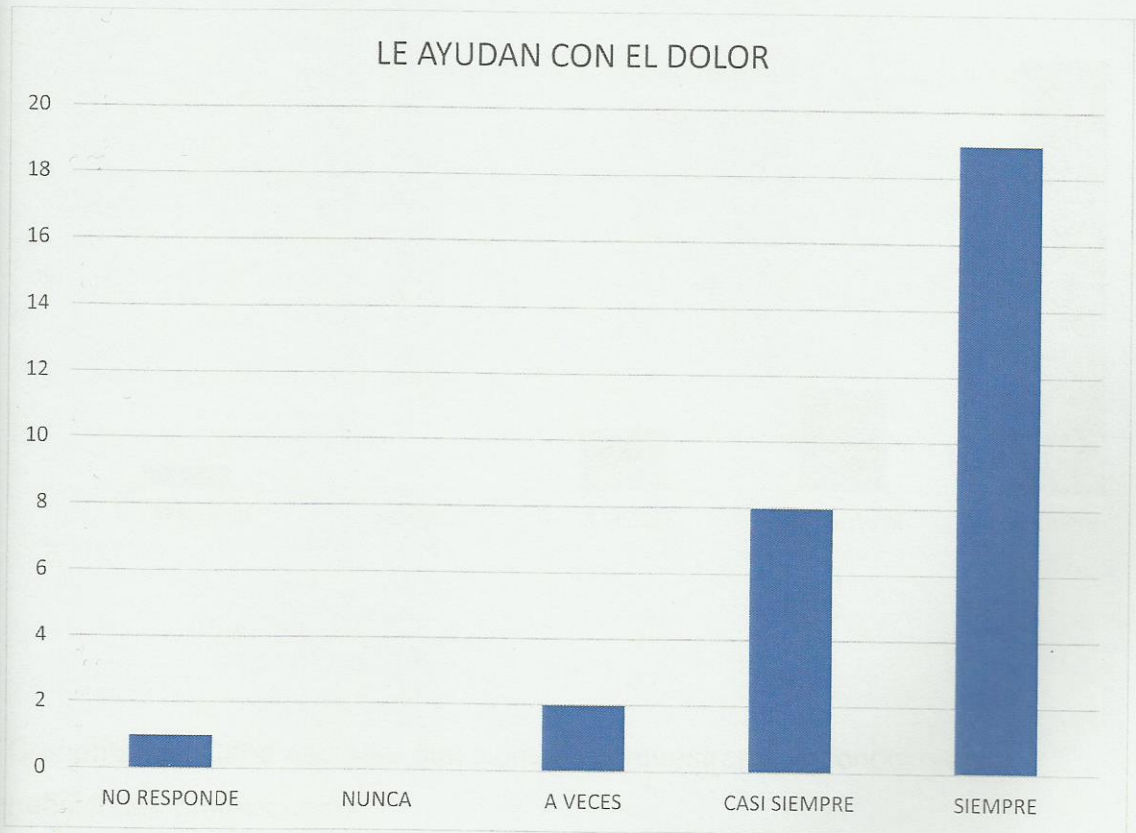


Comentarios: Podemos decir que siempre lo miran cuando le hablan.

16. Le ayudan al disminuir el dolor.

Le Ayudan con el Dolor	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia

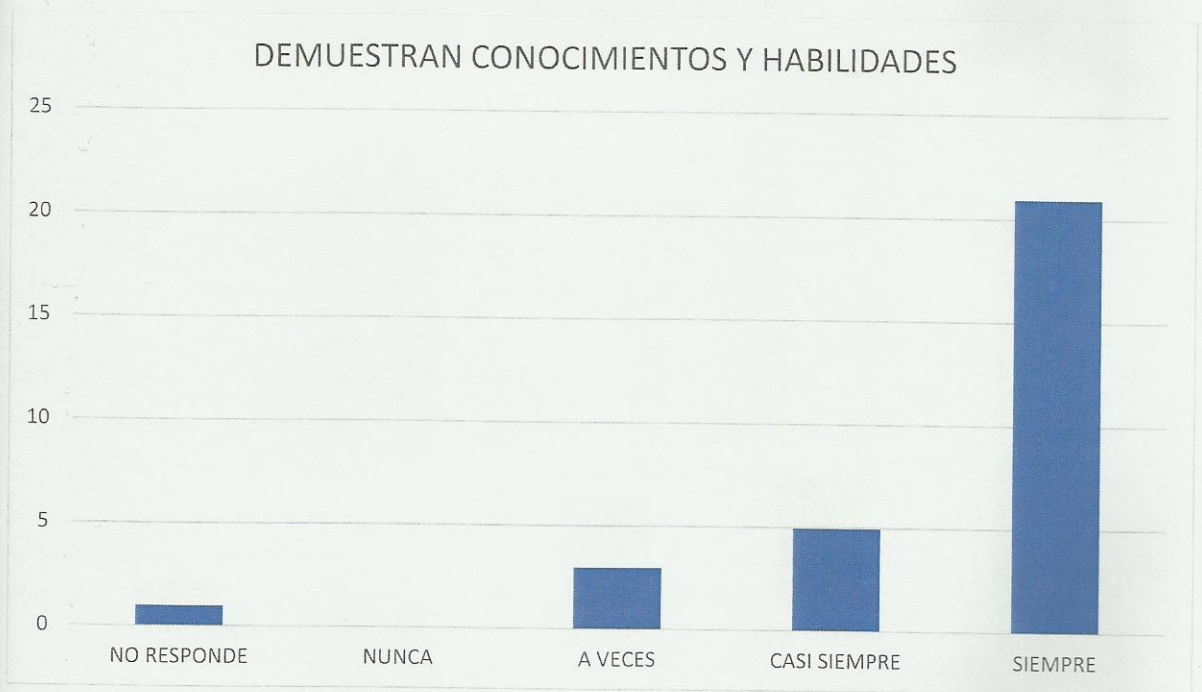


Comentarios: Podemos ver que siempre le ayudan a disminuir el dolor.

17. Demuestran conocimientos y habilidades profesionales.

Demuestra Conocimientos y Habilidades	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	5
SIEMPRE	21

Fuente: Elaboración Propia

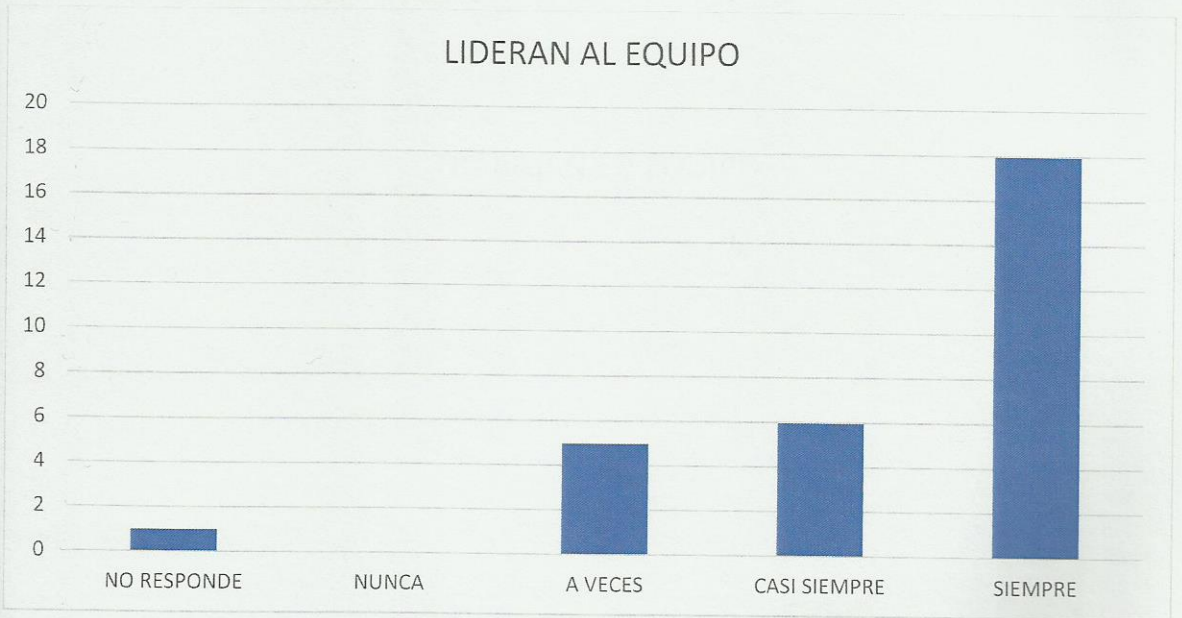


Comentarios: Cabe destacar que siempre demuestran sus conocimientos y habilidades profesionales.

18. Lideran el equipo de trabajo.

Lideran al Equipo	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	5
CASI SIEMPRE	6
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia

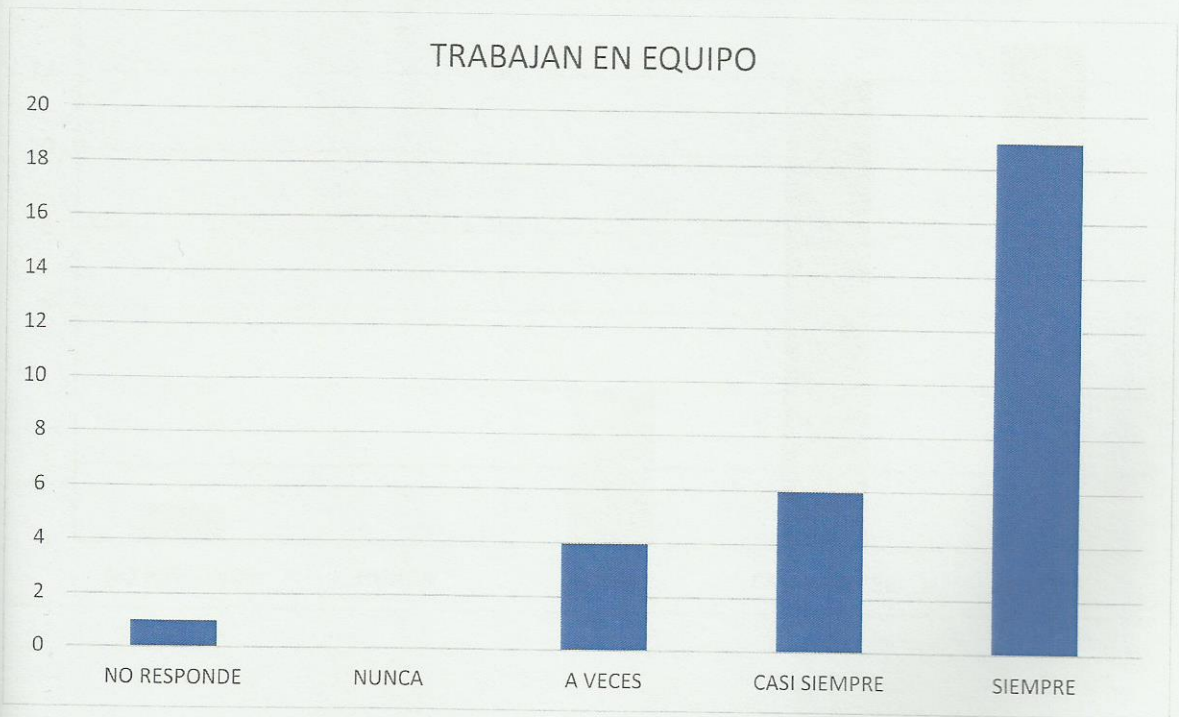


Comentarios: Vemos que siempre lideran el equipo de trabajo.

19. Trabajan en equipo.

trabajan en Equipo	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	6
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia

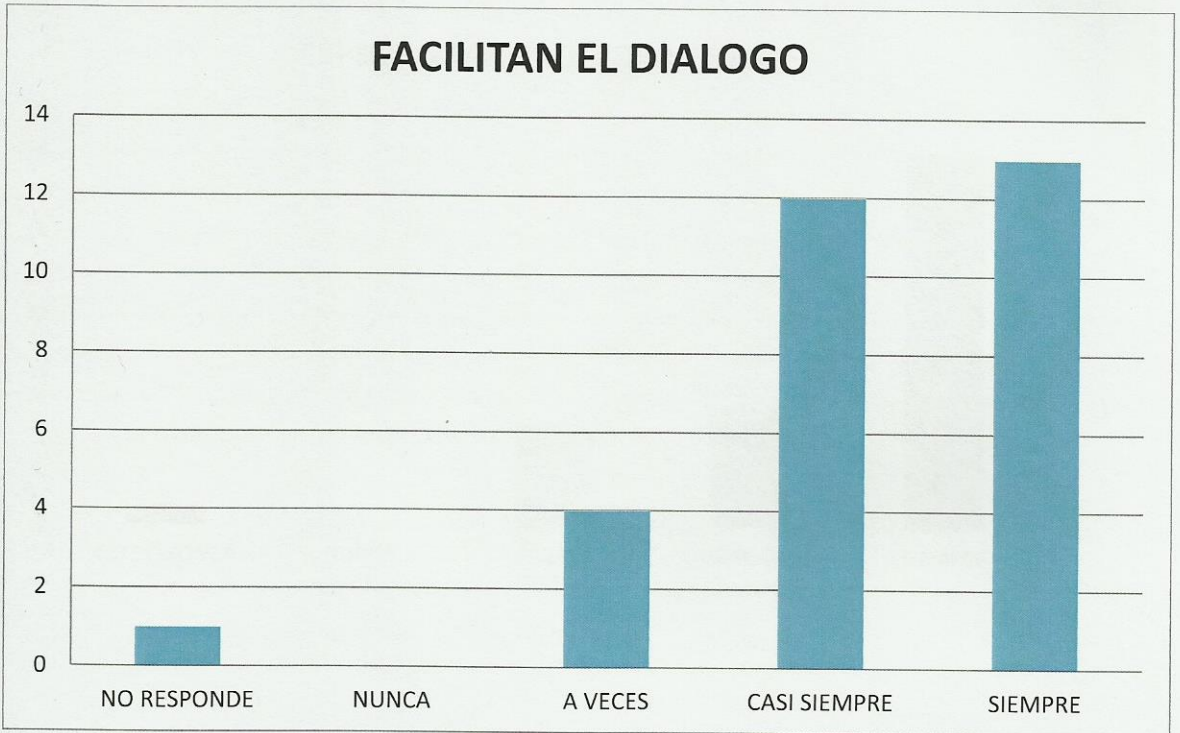


Comentarios: Vemos que siempre trabajan en equipo.

20. Facilitan el dialogo.

Facilitan el Dialogo	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	12
SIEMPRE	13

Fuente: Elaboración Propia

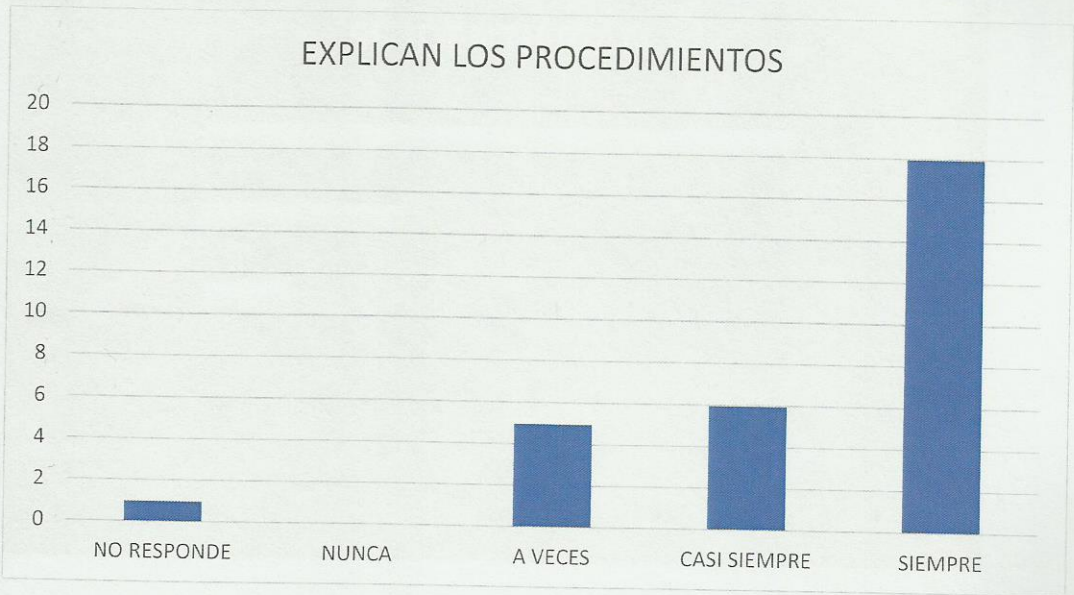


Comentarios: Podemos ver que siempre están facilitando el dialogo.

21. Le explican anticipadamente los procedimientos

Explican Los Procedimientos	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	5
CASI SIEMPRE	6
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia

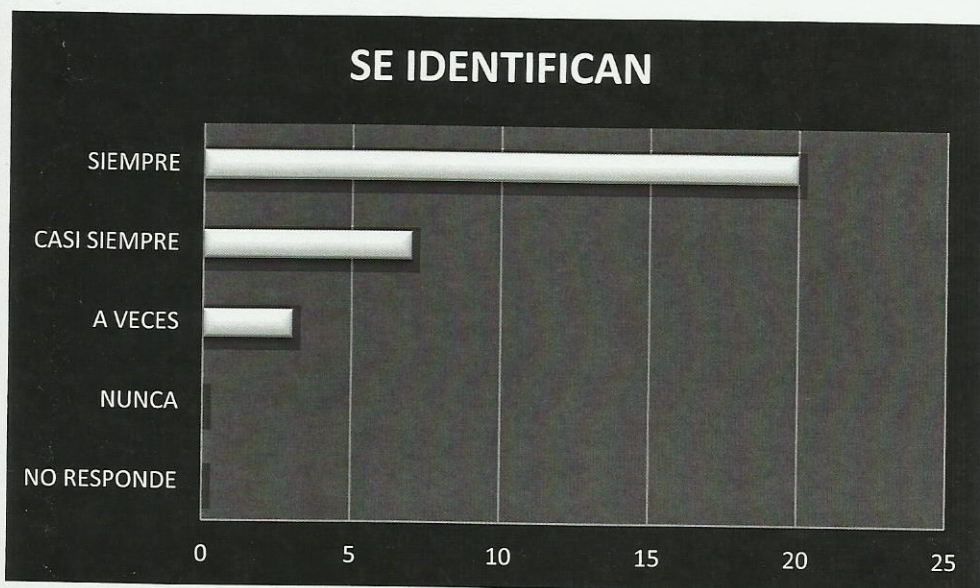


Comentarios: Cabe destacar que siempre explican los procedimientos en forma anticipada.

22. Se identifican antes de realizar los cuidados.

Se Identifican	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia

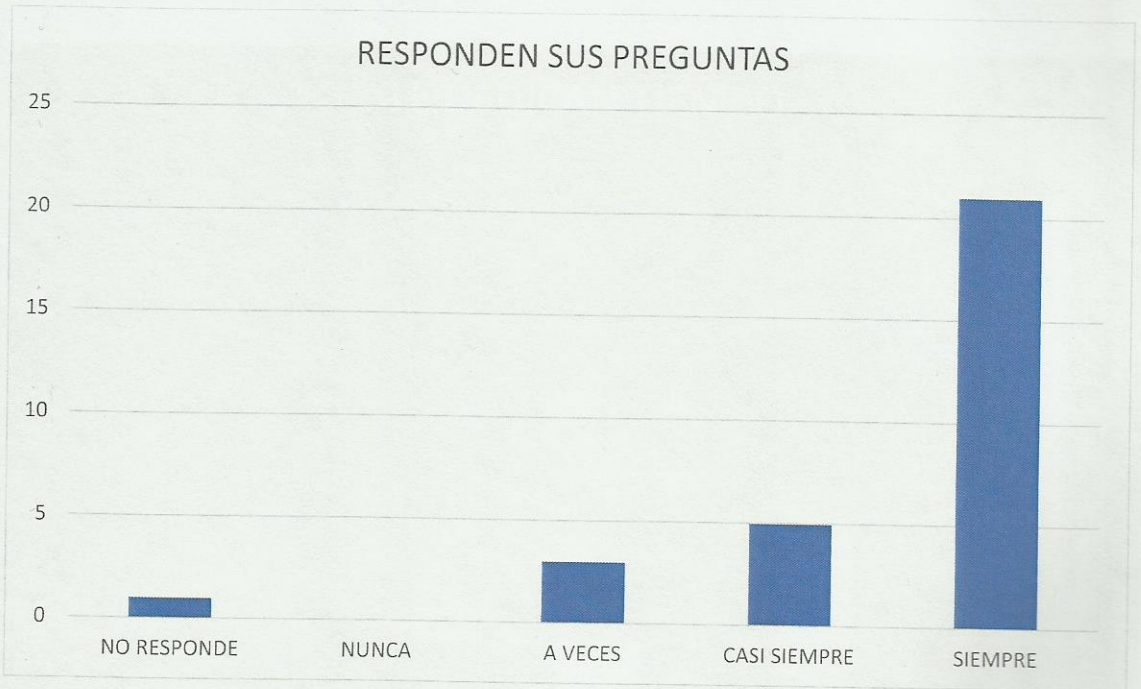


Comentarios: Cabe destacar que siempre los enfermeros se identifican antes de realizar un procedimiento.

23. Responden a sus preguntas.

Responde las Preguntas	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	5
SIEMPRE	21

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que siempre responden a sus preguntas.

24. Le dedican tiempo.

Le Dedican Tiempo	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia

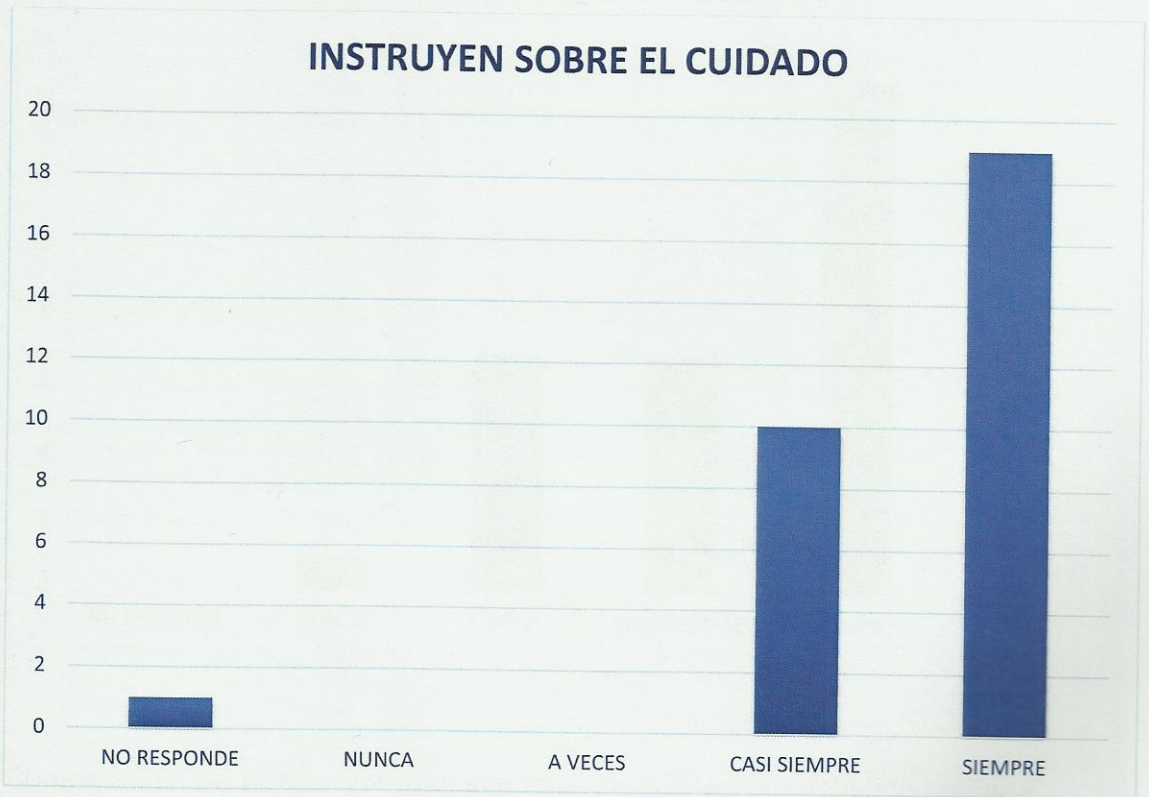


Comentarios: Vemos que siempre le dedican tiempo.

25. Dan instrucciones sobre el cuidado.

Instruyen sobre el Cuidado	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	0
CASI SIEMPRE	10
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos decir que siempre dan instrucciones sobre el cuidado.

26. Mantienen una relación cercana con usted.

Mantienen una Relación Cercana	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	1
A VECES	7
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	15

Fuente: Elaboración Propia

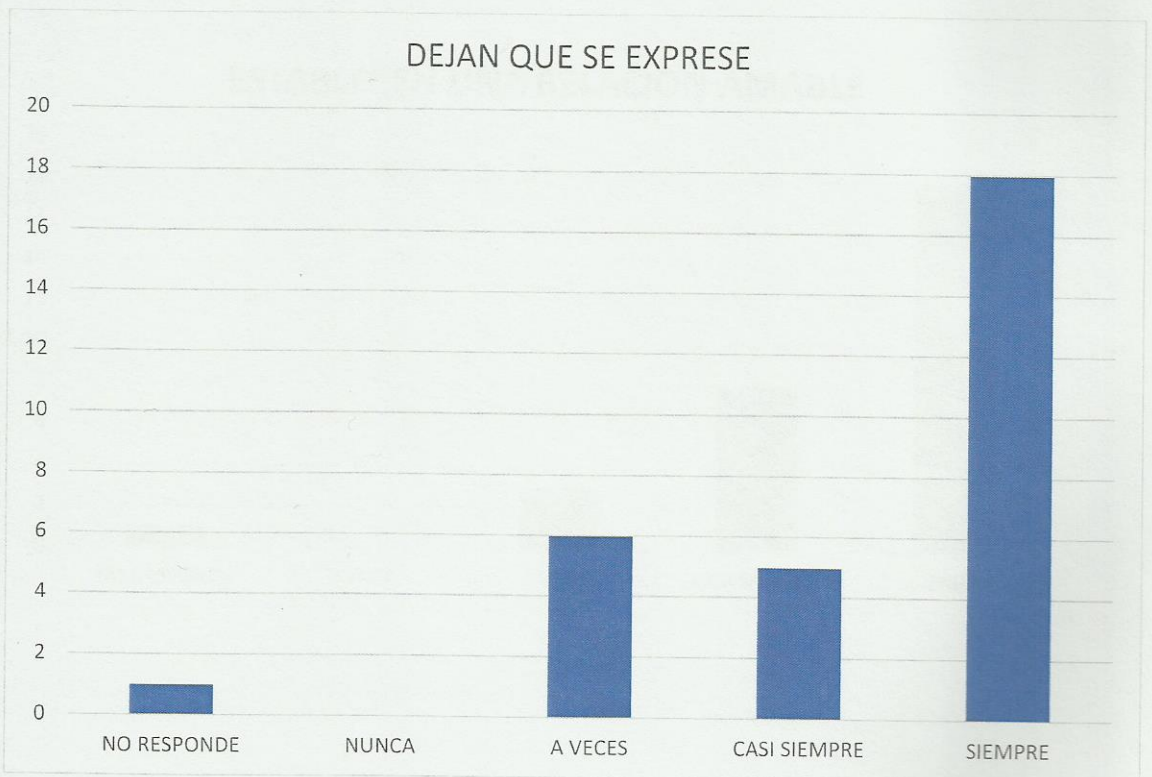


Comentarios: Se puede ver que siempre mantienen una relación cercana aunque un buen porcentaje nos marco no siempre es así.

27. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.

Dejan que se Exprese	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	6
CASI SIEMPRE	5
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que siempre permiten expresar sus sentimientos.

28. Establecen una relación agradable con usted.

Establecen una Relación Amable	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Cabe destacar que siempre establecen una relación amable.

29. Le escuchan atentamente.

Escuchan Atentamente	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	7
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos decir que siempre son escuchados atentamente.

30. Se muestran respetuosos.

Son Respetuosos	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	4
SIEMPRE	22

Fuente: Elaboración Propia

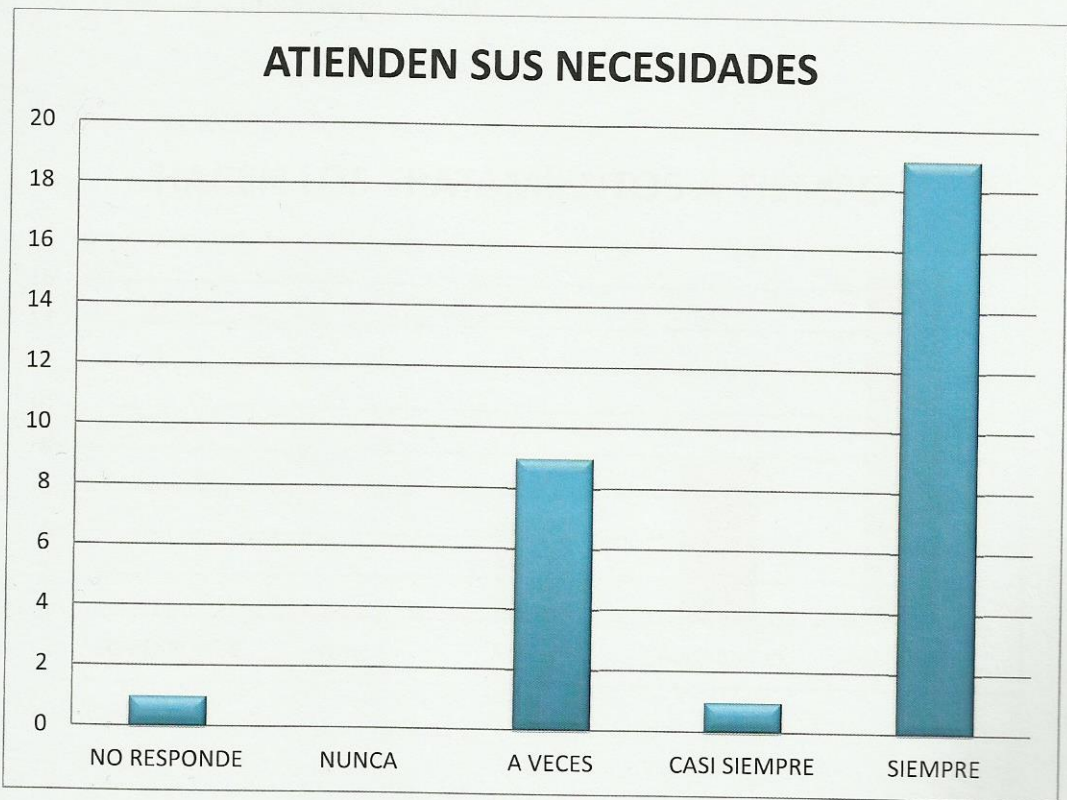


Comentarios: Los cuidadores manifiestan que los enfermeros siempre se muestran respetuosos.

31. Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación).

Atienden Sus Necesidades	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	9
CASI SIEMPRE	1
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia

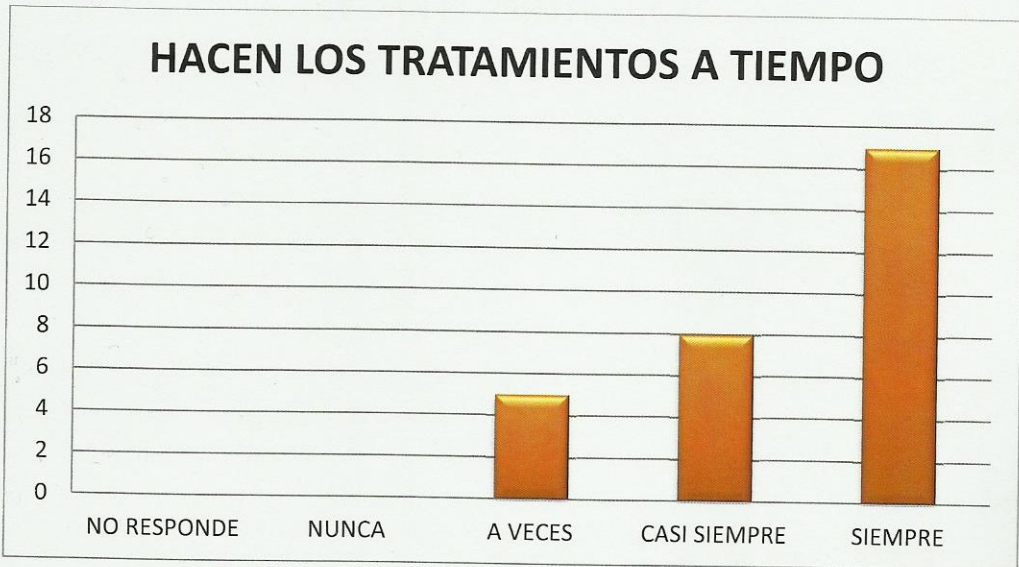


Comentarios: Podemos decir que los enfermeros siempre atienden sus necesidades pero a veces no todos lo hacen.

32. Administran el tratamiento ordenado a tiempo.

Hacen Los tratamientos a Tiempo	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	5
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	17

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que los enfermeros siempre hacen los tratamientos a tiempo.

33. Le ponen en primer lugar.

Le dan El Primer Lugar	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	2
A VECES	3
CASI SIEMPRE	11
SIEMPRE	13

Fuente: Elaboración Propia

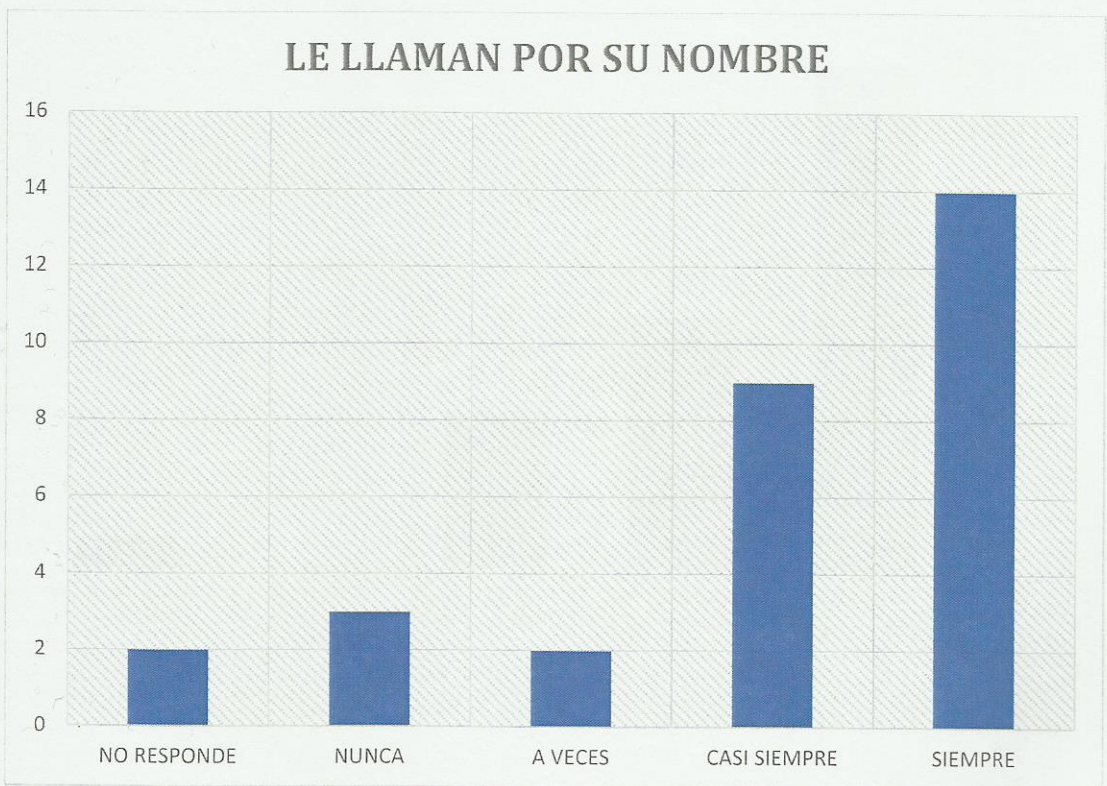


Comentarios: Siempre los enfermeros le dan el primer lugar.

34. Le llaman por su nombre.

Le llaman por su Nombre	FA
NO RESPONDE	2
NUNCA	3
A VECES	2
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	14

Fuente: Elaboración Propia



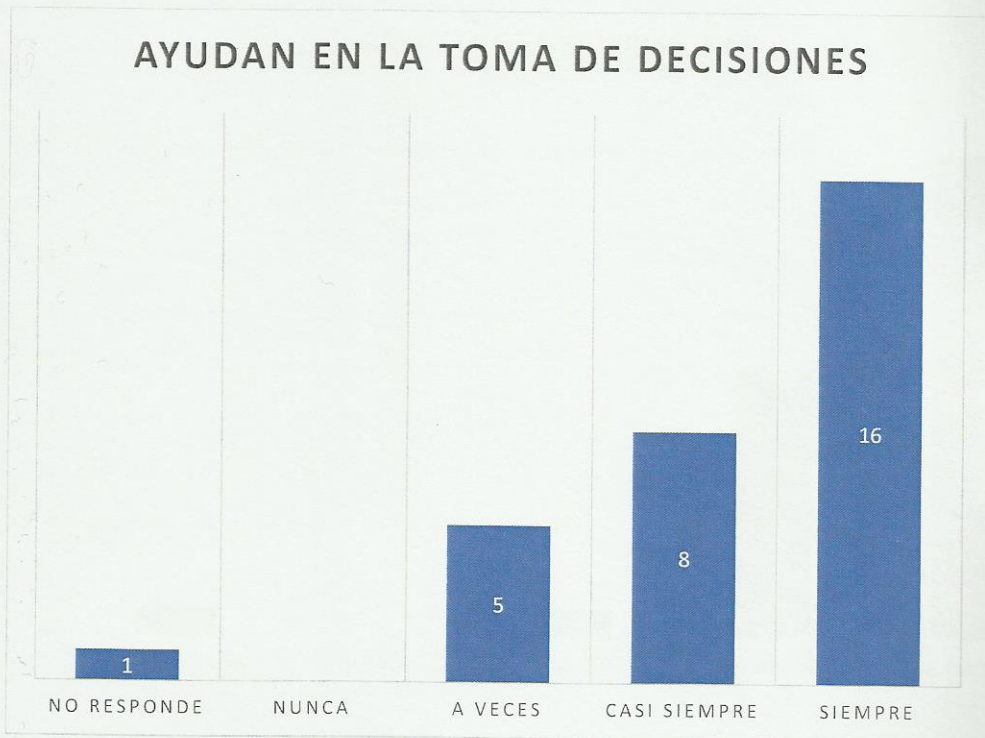
Comentarios: Cabe destacar que siempre le llaman por su nombre fue el porcentaje más marcado pero un buen porcentaje nos marco que no siempre es así.

35.

36. Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones.

Ayuda en la Toma de Decisiones	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	5
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	16

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que los enfermeros siempre le ayudan en la toma de decisiones.

37. Respetan sus decisiones.

Respetan sus Decisiones	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	10
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que los enfermeros respetan sus decisiones.

38. Le Respetan su intimidad.

Respetan su Intimidad	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	3
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	19

Fuente: Elaboración Propia

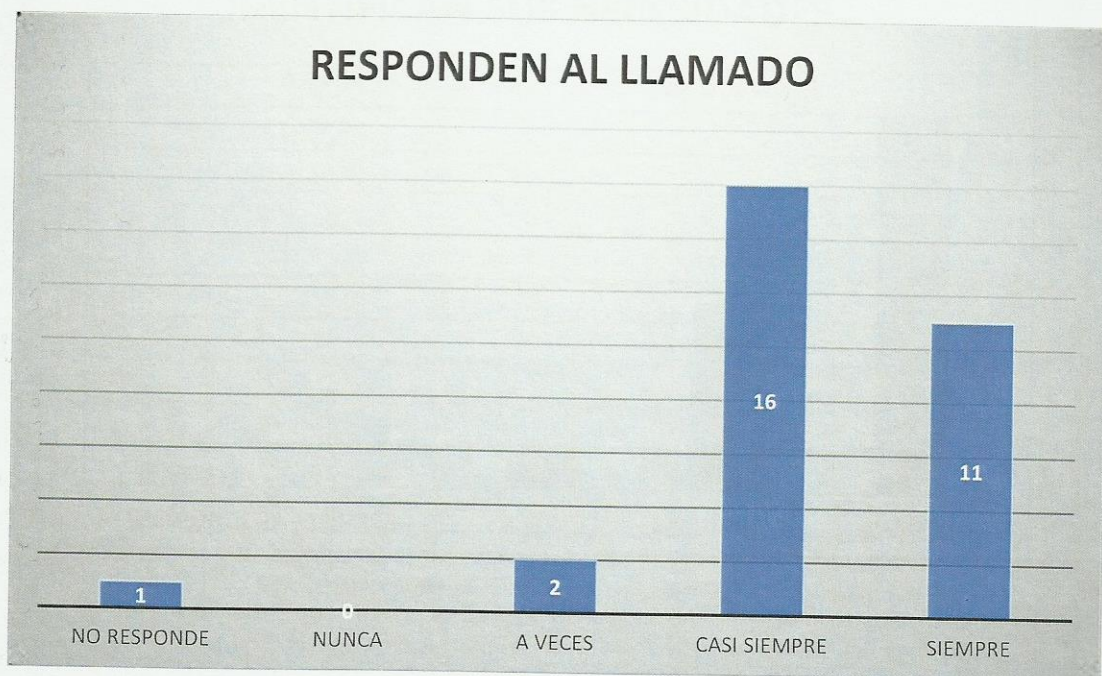


Comentarios: Podemos decir que los enfermeros siempre respetan la intimidad del cuidador.

39. Responden con rapidez al llamado.

Responden al llamado	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	16
SIEMPRE	11

Fuente: Elaboración Propia

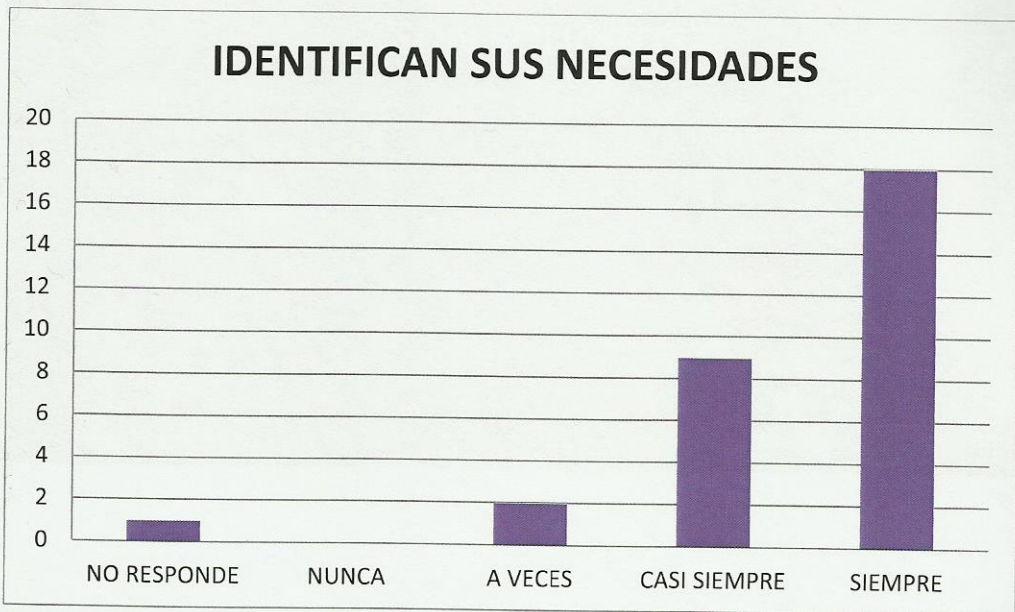


Comentarios: Casi siempre los enfermeros responden al llamado de los cuidadores.

40. Identifican sus necesidades.

Identifican sus Necesidades	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Los enfermeros siempre identifican las necesidades de los cuidadores.

41. Le animan para que llame si tiene problemas.

Son Solícitos	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Los enfermeros siempre les animan a los cuidadores para que llame si tiene problemas.

42. Les importa su estado de ánimo.

Se interesan por su Animo	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	5
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podemos ver que los enfermeros se muestran siempre interesados en su estado de ánimo.

43. Se ponen en su lugar para comprenderlo.

Se ponen en MI Lugar	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia

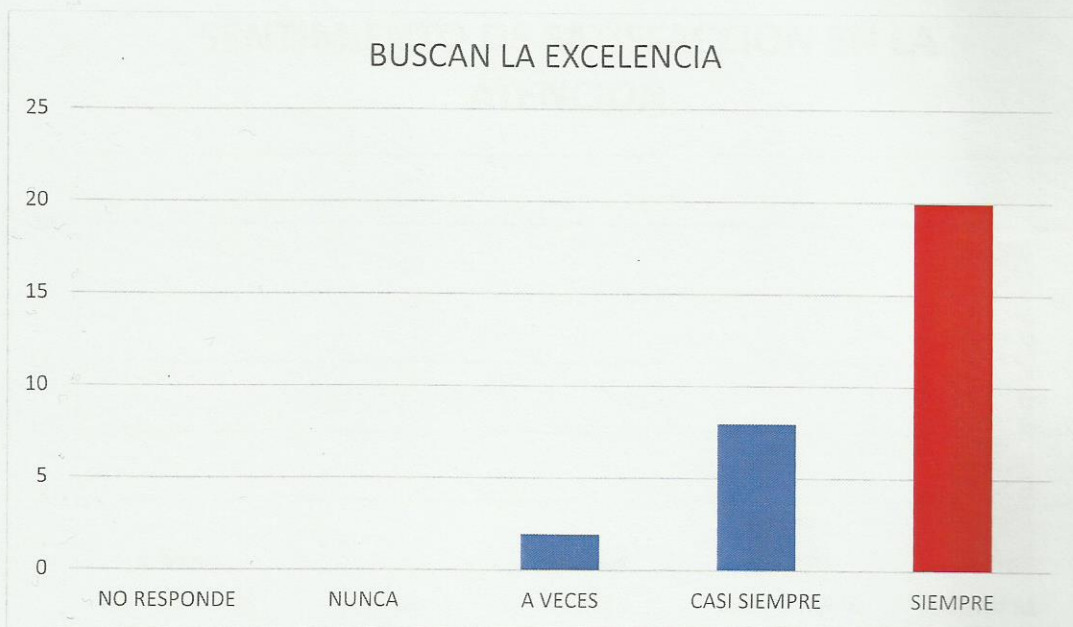


Comentarios: Podemos ver que siempre los enfermeros se ponen en lugar del cuidador para comprenderlo.

44. Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado.

Buscan la excelencia	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Podríamos decir que siempre los enfermeros buscan la excelencia en el cuidado.

45. Cuando me atienden me siento satisfecha.

Sentimiento de Satisfacción en la Atención	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	4
SIEMPRE	24

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: los cuidadores siempre se sienten satisfechos por los enfermeros.

46. Me siento agradecido cuando me atienden.

Soy Agradecido	FA
NO RESPONDE	0
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	5
SIEMPRE	24

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Vemos que siempre los cuidadores se sienten agradecidos de los enfermeros.

47. Su cuidado es amoroso y dedicado.

Su Cuidado es integral	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	0
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Los enfermeros siempre tienen un cuidado dedicado y amoroso con los cuidadores.

48. Su cuidado es comprometido y solidario.

Son Comprometidos y Solidarios	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	10
SIEMPRE	18

Fuente: Elaboración Propia

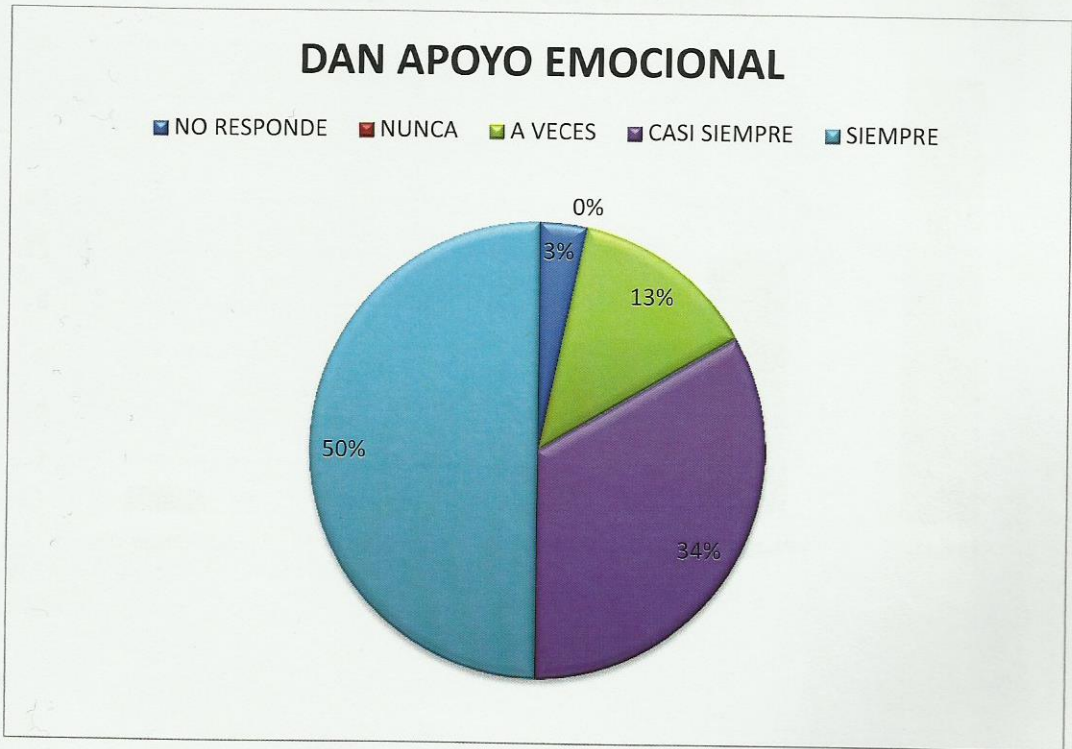


Comentarios: Podemos decir que los enfermeros siempre están comprometidos con el cuidado.

49. Su atención se fundamenta en el apoyo emocional.

Dan Apoyo Emocional	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	10
SIEMPRE	15

Fuente: Elaboración Propia

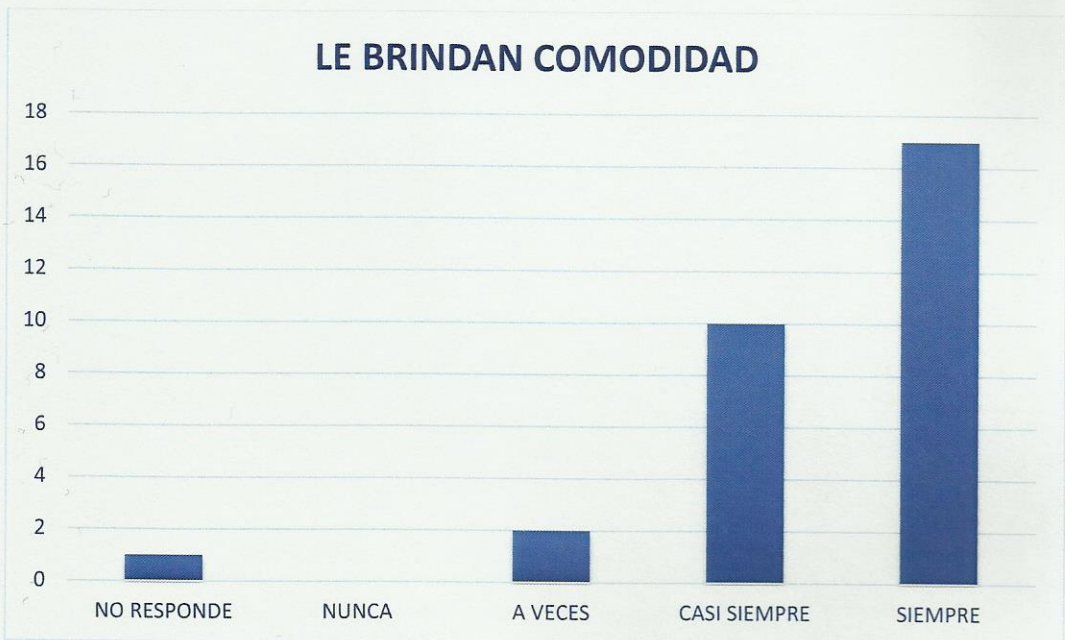


Comentarios: Los enfermeros dan siempre apoyo emocional.

50. Se esfuerzan por brindar comodidad.

Le brindan Comodidad	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	2
CASI SIEMPRE	10
SIEMPRE	17

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Los enfermeros brindan siempre comodidad a los cuidadores.

51. Tienen facilidad para acercarse a usted.

Se Acercan con Facilidad	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	8
SIEMPRE	20

Fuente: Elaboración Propia

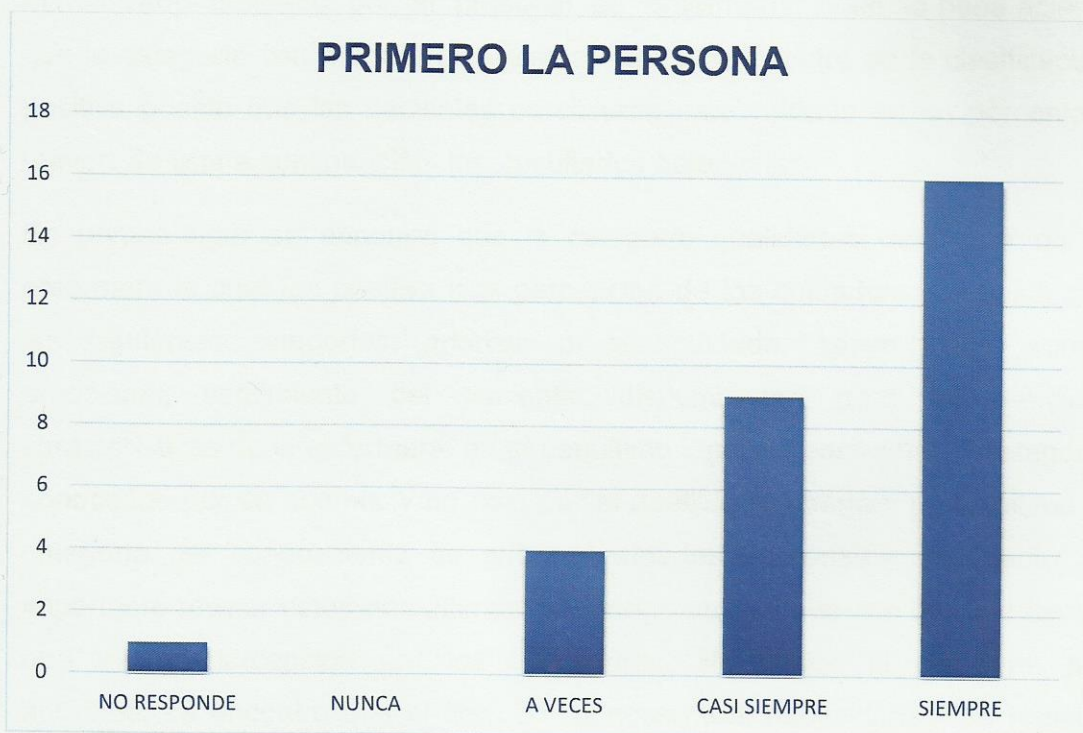


Comentarios: Vemos que siempre los enfermeros se acercan a los cuidadores con facilidad.

52. Ante cualquier eventualidad, primero la persona.

Primero está la Persona	FA
NO RESPONDE	1
NUNCA	0
A VECES	4
CASI SIEMPRE	9
SIEMPRE	16

Fuente: Elaboración Propia



Comentarios: Los enfermeros ponen siempre en primer lugar al cuidador.

CONCLUSIONES

En cuanto a los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de los cuidadores, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango muy bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

Según los resultados obtenidos, los Cuidadores calificaron mejor el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería. Vale la pena aclarar que la categoría con menor porcentaje se encuentra dentro de la clasificación positiva puesto que las pacientes percibieron este cuidado en un porcentaje mayor. Se lista a continuación los resultados obtenidos:

En primer lugar se encontró que la categoría cualidades del hacer de la enfermera la cual fue positiva a la percepción de los cuidadores, seguida por las siguientes categorías: priorizar al ser cuidado, apoyo físico, apoyo emocional, sentimiento del paciente, disponibilidad para la atención, características de la enfermera, en el penúltimo lugar se encuentra la categoría conocerlos por su nombre y no solo por el apellido y/o padres y por último la categoría del conocimiento de sus necesidades personales. Por tanto es importante revisar estas dos últimas categorías puesto que son las que tienen una menor percepción por los Cuidadores. Revisando la categoría pro actividad, se encontró que el ítem 31 "conocen sus necesidades" se registró una frecuencia con N° 9 lo que equivale a un 30% de las pacientes que calificaron negativamente este ítem, por lo tanto se sugiere a el personal de enfermería crear conciencia en el conocimiento las necesidades de los cuidadores, ya que esto es el primer paso para establecer una relación donde la confianza y el entendimiento son la base para un cuidado humanizado de enfermería y una agradable estancia hospitalaria. Revisando la categorías se encontró que el ítem 34 "le llaman por su nombre" se registró una frecuencia con N° 16 lo que equivale a un 53% de las pacientes que calificaron

negativamente este ítem, por lo tanto se sugiere a el personal de enfermería que inicialmente siga la anterior recomendación y adicionalmente pueda llamar a los cuidadores por su nombre y no únicamente por sus apellidos y por el prefijo “padres”

En una UCIN madres y padres pasan de ser acompañantes del paciente a principales cuidadores y elementos activos dentro de la Unidad, asumiendo gran cantidad de tareas de cuidados, que en las UCI de adultos suelen realizar el personal de enfermería.

La madre como principal cuidadora se encuentra además en un estado especialmente vulnerable, y más cuando el parto y nacimiento reciente no ha sido como esperado, tanto en el plano emocional como físico.

SUGERENCIAS

- Dar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones con conocimiento de causa.
- Facilitar la comunicación, utilizando lenguaje comprensible, sabiendo escuchar con la actitud de querer comprender su situación, deseos y preferencias.
- Informar sobre el diagnóstico, pronóstico y calidad de vida resultante del tratamiento propuesto a menos que el paciente solicite lo contrario.
- Exponer ecuánimemente las distintas alternativas terapéuticas.
- Respetar la confidencialidad, así como las promesas o compromisos contraídos con el paciente.
- Proponemos cambios en los espacios para que sean cómodos y amigables para pacientes, familiares y personal sanitario. Espacios donde la eficacia técnica vaya unida a la calidad de atención y a la comodidad de todos los usuarios. Cambios que redunden en su ubicación apropiada, en su adecuación a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso, en sus condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario y decoración. Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y las sensaciones de todos. En suma, espacios humanos en una situación muy especial para cualquier ser humano y su familia. Espacios acordes a los procesos que ocurren en ellos, con la máxima funcionalidad posible, teniendo en cuenta todas las necesidades de todos los usuarios implicados.
- Concienciar al personal de enfermería acerca de la importancia de individualizar el cuidado brindado a los pacientes, teniendo en cuenta que cada paciente es un ser individual y por ende debe ser tratado como tal.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders DSMIV
2. Chiappini-Miyares: Observación de lactantes .Signos de alarma en el primer año de vida autismo precoz .Detección y tratamiento. Ediciones Kargieman Buenos Aires
3. Fonagy Peter: Persistencia transgeneracional del apego. Aperturas a. Mayo 2000. N° 3
4. Fonagy Peter: Apego patológico y acción terapéutica Aperturas Mayo 2000 N°4
5. Lebovici Serge: La psicopatología del lactante. Siglo XXI ediciones
6. Pose Gabriela Ser padres prematuros, el parto el nacimiento y la relación con el bebé .Ediciones Delcandil
7. Pose Gabriela: Encuentros y desencuentros en pediatría. Trabajo presentado en el Seminario de Observación de Lactantes del Hospital Italiano.
8. Pose Gabriela Aspectos psicológicos del puerperio. Ficha UBA Materia pasantía del embarazo y aborto en la adolescencia.
9. Pose Gabriela: Estrés y trauma en terapia intensiva neonatal. Presentado en el Congreso internacional de Estrés y Psicotrauma. Año2005.
10. Pose Gabriela: Atención conjunta del pediatra y el psicoanalista en consultorio de seguimiento. Trabajo presentado en el Congreso de Pediatría y psicoanálisis.
11. AinsworthMDS.,WittingBA.Attachmentandexploratorybehaviorofone-year-oldinastrangesituation.InFossBM(ed):DeterminantsofinfantBehavior.London ,Methuen
12. Bayo C. (1991), Interacciones madre-bebé en situaciones de riesgo. I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, tomo 1: 423-435.

13. Pardavila M.I, Vivar C.G. Necesidades de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23:61-7.
14. Care Quality Commission (2010) NHS staff survey 2010 [Online]. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/db/documents/NHS_staff_survey_nationalbriefing_final_for_DH.pdf
15. Care Quality Commission (2011) The essential standards of quality and safety you can expect [Online]. Disponible en: <http://www.cqc.org.uk/usingcareservices/essentialstandardsofqualityandsafety.cfm>
16. Change-Management-Coach.com (2011). Kurt Lewin Change Management Model [Online]. Disponible en: http://www.change-management-coach.com/kurt_lewin.html
17. Department of Health (2010) Equality and excellence: liberating the NHS [Online]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/adh/aps/documents/digitalasset/dh_117794
18. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Force-lledo L, et al. Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units. *Rev Calid Asist*. 2015; 30:243-50.
19. Bowlby J. (1979), *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Editorial Paidós
20. Rudolph H. (1990), *Decisiones sobre la infancia*. Madrid, Editorial Visor (1994)
21. Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29:325-33.
22. Ander-Egg, Ezequiel y AGUILAR, María José (1996): *Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina. 13ª edición.

ANEXOS

ENCUESTA A ENFERMERIA

Estimado colega:

Estamos realizando un estudio que identificará los aspectos que Favorecen o dificultan establecer la integración de los cuidadores (madre, padre y/o familiares) a la atención del recién nacido en el Servicio de Neonatología de la ciudad de San Luis. Sus aportes son anónimos, voluntarios y de gran valor para la concreción de la presente investigación. Agradecemos su colaboración.

(MARQUE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

1. DATOS IDENTIFICATORIOS						
SEXO	MASC.	FEM.				
EDAD						
2. FORMACIÓN PROFESIONAL						
MAESTRIA/ESPECIALIDAD						
LICENCIATURA						
ENFERMERO UNIV.						
PROFESIONAL						
AUXILIAR						
3. TIEMPO DE EXPERIENCIA						
			Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
4. ¿Considera sus conocimientos para relacionarse de modo más efectivo con la madre y familiares?						
5. ¿En su trabajo diario, mantiene una relación terapéutica que con el cuidador? (Entendiéndose como contenedora, respetuosa de la privacidad, etc.)						
6. ¿Los conocimientos de enfermería sobre la relación enfermero-familiares, constituyen una dificultad para relacionarse con ellos?						
7. ¿Al programar el trabajo diario determina un tiempo para conocer a los cuidadores (madre y familiares)?						
8. ¿La condición del paciente crítico es una dificultad para relacionarse con los cuidadores?						
9. ¿Considera que la tecnología limita la relación con el paciente, madre o familiares?						
10. ¿Observa e interpreta los gestos de la madre y/o familiares?						

11. Permite el acompañamiento de los cuidadores del paciente durante los procedimientos.				
12. Ayuda al cuidador a que exprese sus miedos y temores mediante la escucha activa				
13. Usa de empatía en momentos críticos del paciente con respecto a los familiares				
14. Explica y hace entender los procedimientos realizados				
15. El diálogo es fluido con la madre y los familiares				
16. Responde a todas las preguntas de la madre y los familiares				
17. ¿Puede identificar los cuidados que necesitan los cuidadores?				
18. ¿Cuál de los aspectos que se detallan a continuación usted conoce siempre de los cuidadores (madre y/o familiares)?				
Apellido	SI	NO		
Nombre	SI	NO		
Edad	SI	NO		
Estado civil	SI	NO		
Antecedentes obstétricos	SI	NO		
Preocupaciones	SI	NO		
Miedos	SI	NO		
Angustias	SI	NO		
19. La tecnología con las que cuentan las unidades de terapia intensiva Neonatal es:				
➤ Determinante a la hora de realizar los cuidados	SI	NO		
➤ Solo un elemento auxiliar para realizar los cuidados	SI	NO		
20. ¿Cómo se considera como enfermero?				
➤ Educador	SI	NO		
➤ Asistente	SI	NO		
➤ Gestor de Cuidado	SI	NO		
➤ Administrativo	SI	NO		
➤ Investigador	SI	NO		
21. ¿Ha concurrido a cursos/seminarios u otro tipo de formación en materia de relación enfermera/paciente?	SI	NO		

ENCUESTAS A MADRES Y FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS

Estimada Madre y/o familiar:

Estamos realizando un estudio que identificará los aspectos que Favorecen o dificultan establecer la integración de las madres y familiares al cuidado del recién nacido en el Servicio de Neonatología de la ciudad de San Luis. Sus aportes son anónimos, voluntarios y de gran valor para la concreción de la presente investigación. Agradecemos su colaboración.

(MARQUE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

1. DATOS IDENTIFICATORIOS		
SEXO	MASC.	FEM.
EDAD		
2. FORMACIÓN		
NINGUNA		
PRIMARIA		
SECUNDARIA		
TERCIARIO		
UNIVERSITARIO		

ENTREVISTA CON RESPECTO A ENFERMERIA	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Hacen sentir al paciente como ser individual.				
2. Hacen empatía con usted.				
3. Cuando explican algo, se siente informado				
4. Cuando se dirigen a usted, se siente atendido.				
5. Son amables en el trato.				
6. Son eficientes en el desempeño de sus tareas.				
7. Son claros al comunicarse con usted.				
8. Le dan estímulos positivos.				
9. Le inspiran confianza.				
10. Son una compañía durante los procedimientos e informes médicos.				
11. Le dan tranquilidad.				
12. Le miran cuando le hablan.				
13. Le ayudan al disminuir el dolor.				
14. Demuestran conocimientos y habilidades profesionales.				
15. Lideran el equipo de trabajo.				
16. Trabajan en equipo.				
17. Facilitan el dialogo.				
18. Le explican anticipadamente los procedimientos				
19. Se identifican antes de realizar los cuidados.				
20. Responden a sus preguntas.				
21. Le dedican tiempo.				
22. Dan instrucciones sobre el cuidado.				
23. Mantienen una relación cercana con usted.				
24. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
25. Establecen una relación agradable con usted.				
26. Le escuchan atentamente.				
27. Se muestran respetuosos.				
28. Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación).				

29. Administran el tratamiento ordenado a tiempo.				
30. Le ponen en primer lugar.				
31. Le llaman por su nombre.				
32. Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones.				
33. Respetan sus decisiones.				
34. Le Respetan su intimidad.				
35. Responden con rapidez al llamado.				
36. Identifican sus necesidades.				
37. Le animan para que llame si tiene problemas.				
38. Les importa su estado de ánimo.				
39. Se ponen en su lugar para comprenderlo.				
40. Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado.				
41. Cuando me atienden me siento satisfecha.				
42. Me siento agradecido cuando me atienden.				
43. Su cuidado es amoroso y dedicado.				
44. Su cuidado es comprometido y solidario.				
45. Su atención se fundamenta en el apoyo emocional.				
46. Se esfuerzan por brindar comodidad.				
47. Tienen facilidad para acercarse a usted.				
48. Ante cualquier eventualidad, primero la persona.				

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento informado para participar en esta investigación. Considero la publicación de los resultados del estudio, siempre que la información sea anónima y presentada de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. He sido informado además que, aunque se guardara registros de mi participación en la investigación, todos los datos recogidos solo estarán identificados por números o códigos. Mi participación no implica ningún riesgo o molestia conocida o esperada.

El investigador responderá cordialmente y oportunamente a cualquier pregunta respecto de los conocimientos y procedimientos, cuando haya terminado la investigación.

FIRMA

AUTORES: Lucero, Esteban

Puertas Lilia Noemí

San Luis, Octubre 2017

ENF	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18 A	P 18 B	P 18 C	P 18 D	P 18 E	P 18 F	P 18 G	P 18 H	P 18 A	P 18 B	P 20 A	P 20 B	P 20 C	P 20 D	P 20 E	P 21	E d a d				
1	1	1	4	1	3	3	3	2	2	1	1	3	2	2	3	4	3	4	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	3	6	
2	2	2	4	1	5	2	4	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	9	
3	2	4	1	0	4	3	1	2	1	1	4	2	2	4	4	3	4	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	
4	1	3	2	4	4	2	4	2	2	3	2	4	3	4	3	4	3	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	7	
5	1	3	1	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	3	
6	2	4	9	3	4	1	3	1	1	3	3	3	3	4	4	4	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	
7	1	5	4	3	3	1	2	1	2	2	3	2	4	4	2	4	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	8
8	2	5	1	3	4	4	2	3	2	1	4	4	4	3	4	3	4	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	3	8	
9	1	4	1	0	4	4	1	2	1	1	4	2	2	4	4	4	4	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
10	2	3	6	3	4	1	2	2	2	4	4	4	4	3	4	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	3	2	
11	2	3	1	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	
12	1	3	1	2	3	1	3	2	2	4	3	3	3	3	3	4	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	6	
13	2	3	6	3	3	2	3	2	1	4	2	3	4	4	3	4	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	3	0	
14	2	3	9	4	3	2	2	1	2	4	4	3	3	4	3	4	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	3	4	
15	2	2	2	0	4	4	3	2	2	1	3	4	2	0	3	4	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	6	1	
16	2	3	6	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	3	4	4	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	
17	2	4	1	9	3	4	2	3	2	2	3	3	4	4	4	3	4	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1	
18	2	3	5	2	4	1	2	1	2	4	3	4	4	4	3	4	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	
19	2	3	2	3	4	2	3	1	1	4	4	2	4	4	3	4	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	
20	1	2	1	4	3	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	0	4	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	7		
21	2	3	6	4	4	1	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	7	
22	2	5	2	0	4	3	1	4	1	2	2	2	3	4	0	3	4	3	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	4	4	
23	2	2	4	2	4	1	3	2	1	3	2	3	2	3	3	4	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	
24	2	4	1	2	4	4	1	2	2	1	2	3	2	2	3	2	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	4	
25	2	3	1	0	4	3	1	3	1	2	3	3	4	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	5
26	2	3	1	4	4	1	2	1	2	2	4	4	4	4	4	4	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	6
27	2	3	1	7	3	3	2	2	1	1	3	1	3	3	3	2	4	3	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	4	5	
28	2	4	1	3	3	4	1	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	9	
29	1	4	1	0	4	4	1	2	1	1	3	3	3	3	3	3	4	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	6	
30	1	3	1	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	9	

TABLA MATRIS DE LOS ENFERMEROS

P-1	P-2	P-3	P-4	P-5	P-6	P-7	P-8	P-9	P-10	P-11	P-12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51								
2	3	9	5	3	3	4	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3						
1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	4	2	2	3	3	4	3	3	4	3	2	2	2	3	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
2	3	0	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
2	2	2	3	2	4	4	3	3	3	4	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	4	2	3	4	4	3	2	4	4	4	3	4	4	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2				
2	2	0	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2					
2	1	9	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4					
1	3	6	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	4	2	2	3	3	4	3	3	4	3	2	2	2	3	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
2	2	7	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
2	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3			
2	2	6	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
2	2	6	3	0	0	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	1	8	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
2	2	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
2	2	7	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
2	2	0	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
1	2	2	3	2	4	4	3	4	4	4	3	0	3	3	3	4	4	3	4	3	2	2	4	2	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
1	2	0	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2		
2	1	8	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3			
2	3	0	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
2	2	3	5	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
2	2	6	3	2	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
1	2	2	3	1	2	2	3	4	4	3	4	2	3	2	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	3	4	2	2	3	1	4	3	2	3	4	2	2	3	4	4	4	3	3	2	3	3	2	3	2				
1	1	7	1	3	2	2	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	2	2	4	3	3	1	2	4	4	4	2	3	3	1	3	3	4	3	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	2	2	3	2	3				
2	2	6	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
2	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	0	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
2	2	4	3	1	2	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
2	2	9	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	0	3	2	2	2	3	3	2	2	4	2	2	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	2	2	3	2	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA MATRIS DE LOS CUIDADORES

REG. N° 36861

