

**EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA
FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**

ANABELL ERAZO BARRIOS

YERALDINE GRAJALES BARRERA

KELLYN VIVIANA GUZMAN OLIVA



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

SANTIAGO DE CALI

2014

**EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA
FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**

ANABELL ERAZO BARRIOS

YERALDINE GRAJALES BARRERA

KELLYN VIVIANA GUZMAN OLIVA

ASESOR

LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA

DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERIA



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

SANTIAGO DE CALI

2014

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por habernos brindado una vida llena de aprendizajes y experiencias.
- A nuestros padres, por apoyarnos en todo momento, por los valores inculcados y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas.
- A nuestros hermanos (as) y demás familiares, por ser parte de nuestras vidas, ser nuestro apoyo, alegría y darnos la fortaleza necesaria para seguir adelante.
- Al Profesor Luis Alexander Lovera Montilla por su colaboración, dedicación, paciencia y apoyo brindado durante estos dos últimos años de nuestra formación como profesionales.
- A mis compañeras, por su amistad, dedicación y apoyo brindado, permitiéndonos terminar con gran satisfacción nuestro trabajo de investigación.
- A los recién nacidos y sus padres hospitalizados en las UCIN, quienes permitieron la realización de este estudio y su buen desarrollo.
- Al equipo de salud de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal de las clínicas en las que se llevó a cabo la investigación, por habernos acogido y brindado todo su apoyo para la realización de este magnífico proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3. JUSTIFICACION	11
4. OBJETIVOS	14
4.1. Objetivo general	14
4.2. Objetivos específicos	14
5. MARCO DE REFERENCIA	15
5.1. Recién nacido o neonato	15
5.2. La hospitalización de un paciente en UCIN	16
5.3. El cuidado de enfermería	17
5.4. Cuidado centrado en la familia (CCF)	18
5.5. Vínculo afectivo	19
5.6. Ayudas audiovisuales	21
6. MARCO TEORICO	23
6.1. Teoría del cuidado humano de Watson	23
6.1.1. Relación del cuidado transpersonal	24
6.1.2. Elementos del cuidado de Watson	25
7. METODOLOGIA	27
7.1. Tipo de estudio	27
7.2. Población estudio	27
7.3. Participantes	27
7.4. Descripción del área	28
7.4.1. Unidad de cuidados intensivo neonatal Clínica Sebastián de Belalcázar	28
7.4.2. Unidad de cuidados intensivos neonatal Clínica Nuestra Señora de los Remedios	28
7.5. Criterios	29

7.5.1. De inclusión	29
7.5.2. De exclusión	29
7.6. Variables	30
7.6.1. Definición de variables	30
7.7. Procedimiento de recolección de información	32
7.7.1. Encuesta	33
7.7.2. Escala: escala de observación del vínculo madre-bebe internado en UCIN	34
7.8. Instrumento	38
7.9. Análisis de datos	40
7.10. Consideraciones éticas	41
8. RESULTADOS	44
I. Características Sociodemográficas de la población.	
II. Escalas de observación	
III. Encuesta sobre las percepciones de las madres ante la Implementación de la ayuda audiovisual.	
9. DISCUSION	63
10. CONCLUSIONES	68
11. RECOMENDACIONES	69
12. ANEXOS	70
13. BIBLIOGRAFIA	91

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado intensivo neonatal ha logrado grandes cambios en las últimas décadas, debido a los diferentes avances como son: la formación de unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN), la implementación de equipos tecnológicos, el personal entrenado específicamente para atender a los recién nacidos que acuden a la unidad y el uso de nuevos medicamentos; lo anteriormente mencionado ha permitido que estos recién nacidos sobrevivan más tiempo debido a los cuidados brindados por el equipo de salud.

El momento del nacimiento significa para los padres un gran reto, porque se enfrentan a situaciones estresantes al tener que aceptar que sus hijos sean hospitalizados en dichas unidades, debido a diferentes factores tales como: el no poder estar con su hijo permanentemente por las restricciones en la visita, el ambiente físico de la Unidad de cuidados intensivos (UCIN), los equipos tecnológicos por los que están rodeados, entre otros.

En el contexto de la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se percibe que el diseño típico de la UCIN no favorece en gran medida la relación entre el niño y su familia, por ello que la implementación de un cuidado integral de enfermería es de vital importancia, ya que involucra la continua interacción, participación y el afecto como elementos básicos brindados por el profesional al recién nacido, buscando así una cobertura en las necesidades no solo de la patología en específico sino de su componente emocional; por lo tanto efectuar una estrategia que permita reconocer la familia como ese componente esencial en la vida de los recién nacidos, como lo es el Cuidado Centrado en la Familia, facilita la satisfacción de aquellas necesidades percibidas por los padres, generando así una atención de mayor calidad por medio de su inclusión en los procesos de atención.

De esta manera la realización de esta investigación tiene por objetivo crear un instrumento el cual posiblemente contribuya en el fortalecimiento del vínculo entre padres e hijos, permitiendo así, que los padres sean los partícipes de la continua evolución de su hijo e informados de los diversos cuidados y, además disminuir el sentimiento de preocupación sobre el confort de su recién nacido observando las actividades del equipo de salud en pro de su bienestar y el de su hijo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La admisión y hospitalización de un neonato en la unidad de cuidado intensivo (UCIN) es una experiencia muy significativa para los padres, ya que en ellos se pueden desencadenar situaciones de estrés, sentimientos de miedo, rabia, angustia, ansiedad, ira, tristeza, culpa, apatía y enojo, todo esto debido al estado de salud en el que se encuentra su hijo.

Cuando nace un recién nacido en condición clínica, que amerite hospitalización en UCIN, por lo general se hace necesaria su internación en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); y la poca comunicación con el personal de salud que tiene al cuidado a su hijo, el entorno físico de la unidad, la tecnología utilizada para mantener con vida a su hijo, la ruptura del vínculo afectivo padre- hijo debido a esta situación, conllevan a que los padres pasen por una montaña rusa emocional durante la hospitalización.

En ocasiones el personal de salud sin darse cuenta puede influir en el estrés experimentado por los padres, ya que por la carga laboral y políticas de la institución, no les permiten orientar a los padres durante el proceso que experimentan al tener a su hijo en UCIN. Además las oportunidades perdidas, es decir, momentos en los que el equipo de salud ha tenido la oportunidad de involucrar a los padres en el cuidado de su hijo y probablemente por agotamiento físico no se realiza, puede aumentar el estrés, la ruptura del vínculo afectivo, la ansiedad, los sentimientos de tristeza y soledad causados cuando el personal se centra exclusivamente en el cuidado del neonato y no tienen en cuenta a su familia. Esta situación lleva a los padres a adquirir información en otros profesionales, libros, grabaciones de audio y herramientas de internet, buscando así reducir el impacto emocional generado por la situación actual.

Una de las formas para reducir el impacto emocional es brindando la información necesaria y continua, manteniendo una adecuada comunicación y relaciones de confianza entre el personal de salud y los padres, lo anterior esta soportado en estudios de experiencias de vida de madres, con lo cual se logra disminuir el estrés y se obtiene mayor confianza en el personal¹; ya que los padres necesitan estar informados de la evolución de sus hijos, conocer cómo están siendo atendidos por el personal, desde el ingreso de su hijo a la UCIN, estos confían en el equipo de salud y ponen en sus manos la vida de su hijo, esperando así, una atención oportuna y de calidad.

Así pues, la implementación de la estrategia Cuidado Centrado en la Familia (CCF) probablemente sería de gran ayuda en las UCIN, debido a que esta tiene como objetivo que las familias formen parte del cuidado de su hijo,² lo que puede contribuir en el fortalecimiento del vínculo afectivo, y disminución de los sentimientos mencionados anteriormente. Mantener una adecuada comunicación y relación con el personal de salud les va a permitir fortalecer su capacidad para la atención y la toma de decisiones en el tratamiento de su hijo.

Así mismo, a través de la estrategia CCF los padres pueden sentir apoyo y así aumentar la confianza en el cuidado de su hijo, esto les ayudara a estar mejor preparados cuando tengan a su hijo en casa. Si el neonato no sobrevive, el CCF se va a centrar en brindar información a los padres sobre el suceso, permitir el contacto con su hijo, su despedida y que permanezcan a su lado. También el equipo de salud acompañara a la familia durante el proceso y brindara apoyo durante el periodo de duelo, logrando así que este momento sea más llevadero y que el poco tiempo que pasen con su hijo sea lo más significativo posible.

Dentro del CCF se han implementado nuevas tecnologías con el fin de que la información a los padres les llegue de manera efectiva, una de ellas es el uso de las ayudas audiovisuales ya que generan estimulación sensorial³ y el vínculo afectivo padres e hijo se va a fortalecer mucho más cuando él egrese de la UCIN, ya que están observando momentos importantes

durante la evolución de su hijo, esto a su vez probablemente va ayudar a que el estrés en los padres disminuya.

La implementación de una ayuda audiovisual, fortalecerá el bienestar emocional de los padres y les ayudara a fomentar recuerdos duraderos de su hijo, ya que ésta mostrara el seguimiento continuo del cuidado brindado al neonato por el equipo de salud durante la estadía en una UCIN, esto probablemente permitirá a los padres tener un recuerdo inolvidable de aquellos momentos y observarlo cada vez que deseen ya que está a su disposición.

Evidenciando que el estrés y la ruptura del vínculo afectivo que experimentan los padres al tener a su hijo en una UCIN, es una problemática actual la cual se debe a los diferentes factores expuestos anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo puede influir el uso de una ayuda audiovisual como parte del CCF en el fortalecimiento del vínculo afectivo con el Recién Nacido hospitalizado en nivel III de Santiago de Cali?

3. JUSTIFICACIÓN

En padres con hijos hospitalizados en UCIN, el estrés es considerado como la respuesta socio psicofisiológica del organismo ante los estresores ambientales, caracterizada por una sensación de ansiedad, alteración o tensión que experimentan los padres durante la hospitalización de su hijo en UCIN⁴.

Teniendo en cuenta los datos estadísticos, en Australia el 89.5% del personal de salud opinan que sus actividades laborales generan barreras que impiden el desarrollo del vínculo afectivo padre- hijo ocasionando así estrés en los padres, el 11.5% no es consciente de ello⁵. En EE.UU el 81% del personal de salud reportan que el CCF permite a los padres estar informados, disminuir su estrés y fortalecer el vínculo afectivo⁶. En Buenos Aires (Argentina) el 62% de los padres reportan niveles de estrés altos al tener a su hijo en UCIN⁷ y en Chile el 51.4% de los padres experimentan niveles estresantes al tener hospitalizado a su hijo en una UCIN y el 48.6% presentan niveles muy estresantes⁸.

Por otro lado, son muy pocos los estudios que se han realizado en nuestra región dentro del contexto de una UCIN en los que se tenga en cuenta en su totalidad la evaluación e intervención del vínculo afectivo entre padres e hijo; los médicos, enfermeras y demás profesionales que trabajan en dichos servicios observan diariamente los fenómenos que se suscitan en el plano del vínculo afectivo y varias veces detectan situaciones vinculares que llaman su atención, pero no cuentan con la posibilidad de tipificarlo ni de registrarlo, lo cual impide las evaluaciones epidemiológicas y un trabajo sistemático y generalizado de prevención primaria psicoafectiva, mientras el bebé se encuentra internado en UCIN.⁹

Por tal motivo la presente investigación es relevante para evidenciar que la estrategia CCF implementada a través de la utilización de una ayuda audiovisual, probablemente sea de gran

ayuda para: a) la familia: porque disminuye los días de hospitalización del recién nacido, los padres serán informados sobre la evolución de su hijo, el vínculo afectivo, la salud mental y el bienestar del recién nacido mejora, los padres confían en el equipo de salud que tiene al cuidado a su hijo y se sienten más satisfechos,¹⁰ además permite conformar grupos de apoyo entre los padres con hijos en UCIN¹¹, con lo cual se va a potencializar a disminuir el estrés entre ellos y van a hacer de gran ayuda para el equipo de salud al orientar a padres nuevos en la UCIN, b) Para las instituciones de salud porque al brindar este servicio y ofrecer la atención y el cuidado de forma cálida y humana a sus hijos, las familias van a estar posiblemente agradecidas y van a replicar los buenos comentarios de la institución, los cuales a su vez se van a seguir retroalimentando en la comunidad, con lo cual se va a lograr una mayor asistencia al servicio, empoderamiento y un mayor prestigio de la institución, c) para el sistema de salud porque posiblemente los costos van a disminuir ya que disminuye la estancia hospitalaria del recién nacido y la calidad del servicio va a mejorar.

Por la complejidad de una UCIN, por su entorno físico y por las políticas de las instituciones de salud, sería importante implementar una ayuda audiovisual para los padres mediante la cual ellos se familiaricen con las acciones de cuidado del equipo de salud que se le brindan a su hijo, como por ejemplo en Reino Unido se ha implementado la entrega de fotografías a las familias de los neonatos durante su estancia en la unidad¹². También se ha evidenciado que cuando la madre por su estado de salud no puede visitar a su hijo en la UCIN, las enfermeras son las encargadas de llevarle fotos sobre su hijo a la habitación y explicarle cual ha sido su evolución¹³. Con estas actividades se evidencian cambios significativos en los padres, en quienes su estrés y sus sentimientos de miedo, tristeza, temor, angustia, disminuyen con el solo ver a su hijo en fotografías y conocer cómo se encuentra su salud. La presente investigación difiere a los estudios anteriormente mencionados ya que tiene por objetivo evidenciar que la estrategia CCF implementada a través de la utilización de una ayuda audiovisual, mediante la cual la familia del neonato pueda observar y estar informada del día a día, del seguimiento continuo que se le realiza a su hijo por el personal de salud, mientras este permanece hospitalizado en UCIN. De esta manera se busca contribuir a la satisfacción de las

necesidades de los padres, entre las cuales está el fortalecimiento del vínculo afectivo durante la hospitalización de su hijo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo puede influir el uso de una ayuda audiovisual como parte del Cuidado Centrado Familia en el vínculo afectivo madre - bebé hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo neonatal de Santiago de Cali.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las madres y de los recién nacidos hospitalizados en las UCIN.
- Estimar el nivel existente de vínculo afectivo entre madres e hijos hospitalizados en las UCIN pre – post intervención.
- Conocer las percepciones de las madres acerca de la implementación de una ayuda audiovisual en las UCIN.

5. MARCO DE REFERENCIA

La presente investigación dentro de su marco de referencia se centra en siete tópicos, que son:

a) Recién nacido, b) La hospitalización de un recién nacido en la UCIN, c) El cuidado de enfermería, d) El cuidado centrado en la familia, e) El nivel de estrés, f) El vínculo afectivo padres e hijo y g) El uso de una ayuda audiovisual.

5.1. RECIÉN NACIDO:

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano, en la cual se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia. Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz¹⁴.

Según su Edad Gestacional los RN se clasifican en¹⁵:

- RN de pretermino: menos de 37 semanas.
RN prematuro: 33 – 37 semanas
RN muy prematuro: 29 – 32 semanas
RN extremadamente prematuro: < 28 semanas
- RN a término: 37 – 41 semanas.
- RN postérmino: 42 semanas o más.

5.2. LA HOSPITALIZACIÓN DE UN RECIÉN NACIDO EN LA UCIN

El nacimiento de un bebé es un proceso maravilloso y, sin embargo, muy complejo debido a que tanto la madre como el bebé experimentan muchos cambios físicos y emocionales. El bebé debe llevar a cabo muchos ajustes físicos a la vida fuera del cuerpo de su madre. Salir del útero significa que ya no puede depender de la circulación y la placenta de su madre para las funciones fisiológicas importantes. Antes del nacimiento, la respiración, la alimentación, la eliminación de desechos y la protección inmunológica provenían de su madre. Pero cuando llega al mundo, muchos de sus aparatos y sistemas del cuerpo cambian dramáticamente el modo en que funcionaban durante la vida fetal¹⁶:

- Los pulmones deben inhalar aire.
- La circulación cardíaca y pulmonar cambia.
- El aparato digestivo debe comenzar a procesar alimentos y excretar los desechos.
- Los riñones deben comenzar a funcionar para regular los líquidos y elementos químicos del cuerpo y excretar los desperdicios.
- El hígado y el sistema inmune deben comenzar a funcionar en forma independiente.

Los aparatos y sistemas del cuerpo del bebé deben funcionar en conjunto de forma completamente nueva. A veces, un bebé puede tener dificultades para llevar a cabo esta transición. Nacer prematuramente, sufrir un parto difícil o padecer defectos congénitos pueden hacer que estos cambios sean aún más desafiantes. Afortunadamente, se dispone del cuidado especial necesario para estos recién nacidos.

A menudo, los recién nacidos que necesitan cuidados médicos intensivos ingresan en un área especial denominada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La UCIN combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindarles cuidados especializados a los pacientes más pequeños. Las unidades de este tipo a veces cuentan con áreas de cuidados intermedios o continuos para los bebés que no se encuentran graves, pero

que necesitan cuidados de enfermería especializada. Algunos hospitales carecen de este personal especializado o de una UCIN, y los bebés deben ser trasladados a otro hospital.

La mayoría de los bebés que ingresan en la UCIN son prematuros (es decir, nacen antes de las 37 semanas de embarazo), tienen bajo peso (menos de 2250 gramos o 5,5 libras) o padecen un trastorno médico que requiere cuidados especiales. Los bebés que nacen de embarazos múltiples (mellizos, trillizos, o más) con frecuencia ingresan en la UCIN, puesto que tienden a nacer antes y ser más pequeños que los bebés de partos de un único feto. Los bebés con trastornos médicos como por ejemplo, problemas cardíacos, infecciones o defectos congénitos, también reciben cuidados en la UCIN.

5.3. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería es un acto complejo, que implica el abordaje de la persona como un ser integral, una totalidad compuesta de una esfera física, otra mental y además social. Teniendo en cuenta esto, las acciones de cuidado en el ámbito de enfermería se han ido reorientando poco a poco, saliéndose del modelo biomédico para adentrarnos a un modelo biopsicosocial por medio del cual las acciones dirigidas al ser humano buscan resolver alteraciones no solo a nivel orgánico y funcional sino mental y social, garantizando así una mejoría notoria en la calidad de vida de estas personas que se encuentra en una etapa especial de su ciclo vital pasando por un proceso de vulnerabilidad¹⁷.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”¹⁸.

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”¹⁹.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación²⁰.

5.4. CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA (CCF):

El CCF es un enfoque que abarca una asociación entre el personal de salud y las familias para planificar, proporcionar y evaluar la atención en salud; la cual se ha venido implementando en las unidades de cuidados intensivos con el fin de maximizar el bienestar de los recién nacidos. Además, tiene como idea fundamental que la familia es la constante en la vida de los bebés y necesita ser considerada como tal, es decir, que los miembros de la familia que se involucran en sus cuidados, forman parte prioritaria de los mismos y participan en las decisiones respecto a su hijo. Como padres son sus cuidadores naturales y por tanto deberían formar parte del equipo de cuidadores, a los que si se les ofrece el acompañamiento apropiado, podrán ser de gran apoyo para el niño y para el equipo de profesionales.²¹

Beneficios del CCF:

Son muchos los beneficios que se asocian a la práctica del CCF no solo para las familias y el recién nacido (RN), sino también para el personal de enfermería, fortaleciendo la relación entre ellos, ya que, el personal de enfermería no solo se enfoca en la atención al RN sino

también a la familia, permitiendo un trabajo conjunto en lo que respecta al cuidado del recién nacido, maximizando su crecimiento y bienestar. Este acompañamiento aporta a las familias facilidad para cuidar de su hijo no sólo durante el ingreso, sino en su casa mejorando el ambiente familiar, mejorando el vínculo entre padre-hijo.²²

Por otro lado, un movimiento reciente hacia la profundización del estudio de los beneficios del CCF publicado por la Academia Americana de Pediatría apunta que los padres y los RN sufren menos cuando la familia se incluye en el cuidado de los pacientes. También muestra que los RN lloran menos, requieren menos medicamentos, están menos inquietos; y que los padres que reciben atención especializada y apoyo afrontan significativamente mejor el estrés durante la hospitalización de su hijo. Por ello, constantemente muchas de las prácticas de atención de salud están revisando y mejorando sus directrices para la atención centrada en la familia.²³

5.5. VÍNCULO AFECTIVO/ APEGO MADRE-HIJO:

El vínculo afectivo es la capacidad de establecer una relación afectuosa, permanente, continua y satisfactoria, en la que los dos crezcan y se fortalezcan.²⁴ El Apego (o vínculo afectivo) es una relación especial que el niño establece con un número reducido de personas. Es un lazo afectivo que se forma entre él mismo y cada una de estas personas, un lazo que le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo. Es, sin duda, un mecanismo innato por el que el niño busca seguridad. Las conductas de apego se hacen más relevantes en aquellas situaciones que el niño percibe como más amenazantes (enfermedades, caídas, separaciones, peleas con otros niños....). El llorar es uno de los principales mecanismos por el que se produce la llamada o reclamo de la figura de apego. Más adelante, cuando el niño adquiere nuevas capacidades verbales y motoras, no necesita recurrir con tanta frecuencia al lloro. Una adecuada relación con las figuras de apego conlleva sentimientos de seguridad asociados a su proximidad o contacto y su pérdida, real o imaginaria genera angustia.²⁵

El proceso de formar un enlace con un bebé comienza durante el embarazo y se desarrolla más después del nacimiento. La formación de un lazo es fundamental para el desarrollo del neonato. El proceso de vinculación, a su vez, prepara el escenario para la evolución de la unión afectiva, que se desarrolla durante la infancia, y que se puede describir como: "la capacidad de establecer relaciones selectivas, duraderas y mutuas", además de contribuir en su crecimiento cognitivo y bienestar emocional.²⁶

*Elementos del apego:*²⁷

En términos más concretos, el apego puede observarse a través de ciertos “elementos” que se producen en la interacción entre los padres y el bebé. Estos elementos son como las “piezas” que forman el apego.

Los principales elementos suelen ser:

- El contacto físico: es decir, el contacto piel a piel que los padres hacen con el niño, para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego. En general, este contacto se expresa a través de caricias y palmoteos. La evidencia científica ha mostrado que un contacto físico constante, regular y positivo (cariñoso) suele tener importantes beneficios para el desarrollo integral del niño.
- Contacto visual: es decir, el juego de miradas que se produce entre los padres y el niño. La mirada, al igual que el contacto físico, puede calmar o estimular al bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.
- Vocalizaciones: es decir, todos aquellos cantos, palabras, balbuceos, comentarios, etc., que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé, y ayuda a que éste se sienta vinculado con sus padres.
- La afectividad: todos los elementos anteriores se envuelven en un “tono afectivo” que implica el estado emocional de los padres al cuidar al niño. Es decir, que una madre puede

hacer contacto físico, visual y vocalizar, pero si lo hace en un afecto de rabia, no van a tener el efecto positivo esperado.

Factores que influyen en el vínculo afectivo / apego:

En el contexto de una UCIN debido a los problemas neonatales, el desarrollo de un vínculo afectivo entre la madre y el niño se ve impedida y ese proceso de vinculación de los padres con su bebé puede estar en peligro debido a varias causas, sea por separación temprana atribuible a las complicaciones biomédicas del recién nacido, tratamientos médicos invasivos, así como la pérdida esperada del bebé puede dar lugar a la distancia física y emocional entre los padres y sus recién nacidos. Al mismo tiempo, los padres manifiestan sentimientos negativos (por ejemplo, confusión, desprendimiento, miedo) que puede impedir el establecimiento de una equilibrada relación padre-lactante y puede ser la fuente de dificultades de apego padres e hijo.²⁸

5.6. EL USO DE AYUDAS AUDIOVISUALES:

Las ayudas audio - visuales son un conjunto de artilugios mecánicos, eléctricos y/o electrónicos que nos ayudan a transmitir con mayor eficacia nuestro discurso; con ellas puede ser oído y visualizado. Estos artefactos, que tienen diferentes mecanismos de funcionamiento, han sido creados para ser utilizados como soportes de apoyo en una intervención.²⁹

Con el fin de implementar el CCF que se adecue según las políticas y normas de las diversas instituciones, se ha ido en busca de la utilización de diversas estrategias como son la utilización de ayudas visuales, auditivas o audiovisuales como medios de comunicación que contribuyan a la disminución de las barreras percibidas por los padres frente a la crianza de hijos con experiencia en UCIN y así dar respuestas ante el estrés psicológico experimentado después del egreso de los bebés prematuro; rompiendo así, con los esquemas de un intercambio de información o educación a través del método convencional, que generalmente

debido a la actividad que se maneja en las unidades de cuidados intensivos puede resultar distorsionada e incompleta, a lo cual podría darse solución a través de la implementación de nuevas tecnologías, las cuales en los últimos años han tenido grandes avances, lo que ha venido a beneficiar varios campos, entre ellos el de la salud, usando aquellos que generan estimulación sensorial, ya que las estadísticas demuestran que un oyente recuerda un 30% o 35% de lo que ve y un 10% o 15% de lo que oye. Esto prueba que el oído solo, no ayuda mucho a grabar en nuestra mente un mensaje recibido, en tanto que el oído y la vista, juntos, permiten hacer recordar mejor lo que se está comunicando. Por ello, partiendo del principio de que las cosas que podemos ver dejan una impresión más duradera en nuestra mente es que cada vez, con mayor intensidad, se usan los instrumentos audiovisuales pues ayudan a transmitir un mensaje con mayor efectividad y comprensión.³⁰

Estos resultados destacan la importancia de las intervenciones terapéuticas durante la internación en la UCIN con el objetivo de mejorar la interacción entre padres e hijo y con el fin de obtener un CCF de calidad, el cual requiere que los padres tengan acceso ilimitado a sus hijos, lo que significa que no están excluidos de la UCIN durante las rondas, el informe, admisiones, y emergencias, algo que se lograría a través de la implementación de las ayudas audiovisuales, así los padres serían partícipes de la continua evolución de su hijo e informados de los diversos cuidados, además de disminuir el sentimiento de preocupación sobre el confort de su recién nacido observando las actividades de los profesionales en pro del bienestar del neonato, y de contribuir, probablemente, en el fortalecimiento del vínculo afectivo, respondiendo de manera sensible y responsable a la conducta del recién nacido; Lo cual permite a los padres a superar a menudo aterradoras imágenes traumáticas de su bebé y previene el inicio de un círculo vicioso negativo de las emociones pesimistas, lo que podría poner en peligro el desarrollo de una relación armoniosa padre-hijo.³¹

6. MARCO TEÓRICO

En este punto, tomando dentro del marco el CCF como estrategia aborda y guiada por el profesional de enfermería una forma de ejecutarlo sería a través del modelo propuesto por Jean Watson quien hace referencia a “La teoría de cuidado humano, por medio de la cual se aportan conceptos como la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al sujeto de cuidado hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor”³².

6.1. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE WATSON.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:³³

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría.

6.1.1. Relación de cuidado transpersonal.

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”³⁴. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por³⁵:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la

integridad y la armonía interior³⁶. Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio.

6.1.2. Elementos del cuidado de Watson:

- Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
- Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
- Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional

de las enfermeras como “criadas de los médicos“. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.
- Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.
- Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.
- Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencia es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.

7. METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta el tipo de investigación, la población estudio, los criterios de inclusión y exclusión, procedimiento de recolección de la información, el instrumento y las consideraciones éticas.

7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este es un estudio de tipo: **Cuasi experimental**, ya que la investigación a realizar es un experimento en el que los sujetos no se asignan al azar ni se emparejan porque el grupo ya existía. No existe otro grupo para comparación, a un mismo grupo se le aplicará una pre-prueba, luego se realizará la intervención y posteriormente una pos-prueba, para de acuerdo a los resultados arrojados realizar un análisis y una comparación entre los mismos.

7.2. POBLACIÓN ESTUDIO

Recién nacidos que se encuentran hospitalizados en las UCIN y los padres de familia en un periodo de tiempo.

7.3. PARTICIPANTES

Las personas participantes de este estudio son: los recién nacidos hospitalizados en las UCIN y sus respectivos padres, enfermeras y auxiliares de enfermería quienes previamente acuerden colaborar en la realización del video, e investigadores: estudiantes de enfermería de la Universidad del Valle y Docente asesor de la investigación.

7.4. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA

7.4.1. Unidad de cuidados intensivos neonatal Clínica Sebastián de Belalcázar

La unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN) es un área determinada para prestar atención al recién nacido que requiere cuidados especiales ya sea en un nivel intermedio o en un nivel intensivo.

La UCIN se encuentra ubicada en el cuarto piso con capacidad para manejar hasta 7 pacientes. Se encuentra con 4 incubadoras dotadas de ventilador y monitoria (invasiva y no invasiva) y 6 cunas, las cuales se utilizan según las necesidades del servicio. Cada cubículo cuenta con suministro de gases individualmente así como sistema de vacío, atriles colgantes o de pie para la colocación de líquidos y barras de soporte para bombas de infusión y/o monitores. Sistema de aire acondicionado que asegura flujo continuo, cuarto de trabajo limpio y trabajo sucio y área de enfermería con nevera.

7.4.2. Unidad de cuidados intensivos neonatal Clínica Nuestra Señora de los Remedios

La UCI neonatal fue creada el 18 de marzo de 1995, como respuesta a una necesidad sentida de atender recién nacidos críticamente enfermos al norte de la ciudad de Cali. Está ubicada en el segundo piso de la clínica nuestra señora de los remedios.

Consta de 25 camas: en las que se tiene habilitada atención a 10 pacientes UCI, 10 pacientes UCA o intermedios y 5 pacientes cuna o básicos.

Para la prestación del servicio se cuenta con el personal especializado y con alta experiencia en el área: 9 enfermeras profesionales, 13 auxiliares de enfermería, 4 terapeutas respiratorias, 2 pediatras por turno diurno y 1 en el nocturno, Coordinador médico, coordinadora de enfermería y facturador

7.5. CRITERIOS

7.5.1. Criterios de inclusión:

- Recién Nacido menor de 37 semanas o a término, de ambos sexos, que se encuentren internados en UCIN y debido a su prematurez o a su condición clínica ameritan una hospitalización prolongada.
- Recién nacidos hijos de padres de familia, quienes presenten dificultades para permanecer en contacto con su recién nacido en los horarios de visita estipulados por la institución.
- Los bebés deben estar en la incubadora o en mesa de calor radiante, no en brazos de sus madres en el momento de la observación.

7.5.2. Criterios de exclusión:

- Recién nacidos y padres de familia que no alcancen a culminar la totalidad del protocolo.

7.6. VARIABLES

7.6.1. Definición de Variables:

Variables independientes:

- Ayuda audiovisual
- Recién nacido

Variables dependientes:

- Vínculo afectivo padre- hijo
- Padres

TABLA # 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE	NIVEL DE MEDICIÓN
Vínculo afectivo	Conexión emocional que se establece entre dos personas	Escala de observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN	La escala de observación vincular en neonatología comprende 5 funciones: -Función de Acercamiento - Corporal - Visual - Verbal - Postural.	Según su naturaleza es Cualitativo, Según la escala de medición es nominal y según la relación causal es de tipo dependiente.

Recién Nacido	Recién nacido es quien tiene menos de 28 días desde su nacimiento sea por parto vaginal o por cesárea.	Datos de identificación: sexo, edad, diagnósticos, tratamiento y evolución	Historia clínica	Según su naturaleza es Cualitativo, Según la escala de medición es nominal y según la relación causal es de tipo independiente
Ayuda Audiovisual	Ayuda audiovisual es la integración e interrelación plena entre lo auditivo y lo visual para producir una nueva realidad o lenguaje.	Resultado del video: Satisfactorio No satisfactorio	Cámara	Según su naturaleza es Cualitativo, Según la escala de medición es nominal y según la relación causal es de tipo independiente
Padres de familia	Son los padres quienes gozan de una relación de intimidad única que exclusivamente se da en el	8. Edad de los padres 9. Nivel educativo 10. Nivel socioeconómico	Entrevista	Según su naturaleza es Cualitativo, Según la escala de medición es nominal y según la relación

	seno de una familia y que permite todo tipo de interrelaciones personales: de afecto, ayuda, orientación, soporte, etc., que influyen y modifican los comportamientos de todos sus miembros.	11. Residencia: rural o urbano 12. Credo religioso 13. Cultura 14. Nivel de estrés 15. Vínculo afectivo con su hijo		causal es de tipo dependiente
--	--	---	--	-------------------------------

7.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Primero que todo, para poder ejecutar con éxito el proyecto de investigación, se realizó una reunión con los representantes médicos y de enfermería de cada una de las instituciones; donde se expuso de forma clara, concreta y concisa lo principal de la investigación, exaltando sus grandes beneficios. Se entregó una carta (Ver anexo 1) dirigida al Director médico, la cual sería entregada por ellos junto a un resumen del proyecto y solo quedaba esperar su respuesta sobre la viabilidad del mismo.

Dos semanas después, al obtener una respuesta afirmativa (ver anexo 2), se procedió a realizar una exposición más formal del proyecto a todas las directivas de la clínica y al personal de

salud que labora en ella, para familiarizarlos, integrarlos y conocer sus puntos de vista frente al estudio.

Consecutivamente, a través de la revisión de historias clínicas, se realizó una selección de los padres de familia de recién nacidos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, se procedía a contactarlos personalmente durante la visita o por vía telefónica, estableciendo un momento de encuentro para dialogar sobre los aspectos claves del proyecto de investigación. Luego, al aceptar ser partícipes del estudio, firmaron su respectivo Consentimiento informado. (Ver anexo 3).

7.7.1. Encuestas

Una encuesta es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación.

En la presente investigación, luego de obtener la aprobación del padre de familia (consentimiento informado) para realizar la ayuda audiovisual, se procedió a realizar la caracterización sociodemográfica de los padres por medio de una encuesta creada por las investigadoras (Ver anexo 4).

Después de realizar las respectivas intervenciones antes y después de entregar la ayuda audiovisual, se procedió a aplicar la segunda encuesta (Ver anexo 7), sobre sus percepciones acerca de la eficacia de la implementación de éste tipo de ayudas innovadoras en las UCIN.

Las encuestas se desarrollaron en un lugar cerrado, donde se le garantizara la privacidad al encuestado, con una duración de aproximadamente 10 minutos, registradas de forma escrita.

7.7.2. Escalas

Por consiguiente a los padres se les aplica dos escalas, pre y pos intervención:

1. **Escala pre intervención:** Escala de observación del vínculo madre-bebé internado en ucín³⁷: plantea que es una herramienta que potenciará el trabajo en atención primaria de la salud, ya que la evaluación de este vínculo permitirá detectar precozmente situaciones vinculares patogénicas o normogénicas, con la consecuente posibilidad de una prevención primaria teniendo en cuenta la importancia de este vínculo temprano para la estructuración psíquica del niño y su posterior desarrollo. El instrumento toma en cuenta las características particulares de la situación de internación en incubadora y tiene el propósito de aportar a la labor diaria de los profesionales de la salud perinatal (Neonatólogos, enfermeras neonatales, psicólogos y demás agentes de la salud neonatal) una herramienta de fácil y rápida administración. (Ver anexo 5).

Esta escala ha sido diseñada por la doctora en psicología Soledad Santos, becaria del Conicete en el año 2005, escala que ha sido administrada en los servicios de neonatología de 2 hospitales públicos y una clínica privada de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y ha sido estudiada su validez y confiabilidad. Se presenta las frecuencias observadas y el análisis de los puntajes obtenidos, en relación a la detección de situaciones de riesgo vincular o de buen vínculo madre - bebé internado en incubadora. Se estimó su Sensibilidad (0.75), Especificidad (1), Valor predictivo positivo (1), Valor predictivo negativo (0.84) y el Total de predicciones correctas (0.89).

La escala de observación vincular en neonatología comprende 5 funciones: Función de Acercamiento, función corporal, función visual, función verbal y función postural. (Se agregó la descripción de cada función en esta parte para que fuera mucho más claro)

- **La función de Acercamiento:** contempla la posición y distancia que adoptan ambos miembros de la díada para la interacción. Esta función contiene ítems referentes a la combinación de la posición adoptada por la madre y el bebé para el desarrollo de la interacción diádica, en relación a la distancia física entre la madre y la incubadora donde se encuentra su hijo. Ejemplo: La madre se para al lado de la incubadora donde se encuentra su hijo a una distancia menor de 30 cm entre el cuerpo de la madre y la incubadora. El bebé se encuentra de frente a la madre.
- **La función corporal:** se refiere a conductas de contacto corporal y táctil entre ambos miembros de la díada. Incluye ítems referentes a la ausencia de contacto corporal directo entre la mamá y el bebé, tales como: La madre apoya sus manos en el plástico de la incubadora donde se encuentra su hijo; así como también conductas de contacto corporal entre la madre y su hijo, por ejemplo; la madre acaricia la mano del bebé y el bebé acepta este contacto corporal por parte de su mamá.
- **La función visual:** contempla conductas de contacto visual y de miradas entre ambos miembros de la díada. Los ítems de esta función evalúan conductas visuales de ambos miembros de la díada, la distancia entre ambos al realizar las mismas; y a su vez incluyen una distinción cualitativa dentro de las miradas – codificadas como A (recorre el cuerpo del bebé con la mirada) y B (mira al rostro del bebé) Por ejemplo: La madre mira alejada al bebé (a una distancia mayor de 30 cm entre el rostro de la madre y el del bebé), su mirada recorre el cuerpo del bebé. El bebé acepta la mirada de la madre recorriendo su cuerpo.
- **La Función verbal:** se refiere a conductas de contacto verbal, vocal y de sonidos comunicativos. Esta función contiene ítems que discriminan las conductas vocales comunicativas y la distancia entre la madre y su bebé al realizar dichas conductas. Por ejemplo: la madre le habla al bebé a una distancia menor de 30 cm. El bebé responde al estímulo verbal cercano.

- **La Función Postural:** se refiere a la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y la consecuente modificación - o no- de la postura corporal del otro miembro de la díada, como respuesta al cambio introducido. Esta Función contiene ítems dinámicos de acercamiento y alejamiento para ambos miembros de la díada: contempla la modificación de la postura corporal inicial y la modificación de la postura corporal como respuesta. Se refiere a las maniobras que realiza la madre con su cuerpo para acercarse o alejarse de la incubadora donde se encuentra su hijo.

De parte del bebé, la función postural es el cambio de posición del cuerpo dentro de la incubadora, de manera que esté más cerca o más lejos del plástico de la incubadora donde se encuentra su mamá. Por ejemplo: el bebé gira todo su cuerpo hasta tocar el plástico de la incubadora al lado del cual se encuentra su madre. La madre inclina su cuerpo - se agacha - de manera tal de estar más cerca al bebé.

2. **Escala post intervención:** La Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de apego Madre-Bebé (“Escala de Apego durante Stress (ADS)”).³⁸ Este instrumento fue creado por Henry Massie & Kay Campbell en 1978, teniendo como objetivo evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (generalmente los padres), y su bebé entre 0 y 18 meses (preferentemente se utiliza durante el primer año de vida). Esta pauta posee criterios observacionales claros y conductuales que son indicadores fuertes de la calidad del vínculo entre la madre- Cuidador y el Bebé (Ver anexo 6).

La aplicación de dicha escala en el contexto chileno, se realiza en el Control de Salud Infantil, durante una situación catalogada como estresante para la madre y el bebé (estrés moderado del bebé). Es de rápida aplicación, sin embargo, puede ser usada en otras situaciones, tales como: la muda, el baño, la alimentación, momentos breves de separación del cuidador que sean significativos, entre otros

La Escala consiste básicamente en:

- Dos pautas de observación: una para la madre y otra para el bebé donde obtienen puntajes por separado, pero no obstante se observan los mismos parámetros, predominando el puntaje de la madre para la clasificación del tipo de vínculo.
- Cada pauta evalúa 6 aspectos o “elementos” del apego:
 - **Mirada:** intercambio de miradas, su intensidad y persistencia.
 - **Vocalización:** sonidos, cantos, balbuceos que se emiten en la interacción para interactuar, jugar o comunicar algo. Por ejemplo, el llanto comunica el stress del bebé.
 - **Tocando:** es el contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, pero que no incluye el tomar en brazos o abrazar, sino solo tocar con fines afectivos o de juego)
 - *Tocando (a):* es la BUSQUEDA de contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, para interactuar, jugar, estimular o calmar.
 - *Tocando (b):* es la EVITACIÓN del contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé.
 - **Sosteniendo:** es el “sostén” físico que se produce entre la madre y el bebé, cuando ella lo toma en brazos.
 - **Afecto:** es la “envoltura” afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé (tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz). En momentos de stress, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.

- **Proximidad o cercanía:** es el proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé. En momentos de stress, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del infante a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.

7.8. INSTRUMENTO

Posterior a la aceptación de los padres para participar del estudio y responder la encuesta para la caracterización sociodemográfica y la aplicación de la escala (pre), Se procedió a la realización de la ayuda audiovisual a los aproximadamente 30 recién nacidos hospitalizados en las UCIN de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios y de la Clínica Sebastián de Belalcazar,

La ayuda audiovisual consistió en la realización de un video por cada RN el cual tiene una duración aproximada de 6 a 8 minutos, en el que se mostraron cuidados básicos brindados por el personal de salud que labora en la unidad durante la hospitalización del recién nacido seleccionado según los criterios expuestos anteriormente. Este video, Inicio presentando los nombres de los padres y el del bebe a los que va dirigido; seguido de fotografías y videos de la hospitalización del recién nacido; y finaliza mostrando los logos de: la universidad del valle, escuela de enfermería, clínica correspondiente y el de la UCIN.

En él se mostró el cuidado brindado al recién nacido por parte del personal de salud durante su periodo de hospitalización en UCIN, mostrando un recuento cronológico del estado de salud del recién nacido y momentos de los cuales los padres no pueden ser partícipes activamente.

Se incluyeron escenas tales como:

- ✓ Durante la noche y día: sueño/ descanso
- ✓ Baño e higiene

- ✓ Alimentación
- ✓ RN llorando / sonriendo
- ✓ Movimientos corporales
- ✓ Cambios de posición realizados por el personal y procedimientos no invasivos.

Para lograr la captación de estas escenas y además incluir fotografías del RN, la totalidad de los videos de la investigación se llevaran a cabo en un periodo de 5 meses; grabados por las tres investigadoras, quienes asistieron de manera constante cada semana, durante ese periodo, a las respectivas UCIN en diferentes horarios alternando la filmación del video en horarios de la mañana, tarde y noche, además de contar con la colaboración de algunos profesionales de salud para captar momentos importantes de la estadía.

El video de cada paciente se desarrolló durante un mes aproximadamente, en donde se editaron las imágenes y escenas para ser posteriormente entregado a las madres. Dos semanas después de entregado el video, se aplicó a la diada la escala de observación de Indicadores de apego Madre-Bebé

Y así sucesivamente se fueron realizando las ayudas audiovisuales con los RN hospitalizados para los padres de familia, buscando su positiva influencia en el nivel vínculo afectivo/apego:

- Presentación del proyecto a los padres.
- Aceptación de participación en la investigación (consentimiento informado).
- Caracterización sociodemográfica (encuesta).
- Aplicación de la escala pre- intervención
- Ejecución del video.
- Entrega del video a los padres.
- Aplicación de la escala post- intervención
- Aplicación de encuesta sobre percepciones de las madres.

7.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Posterior a la recolección de los datos a través de la aplicación de las escalas de observación, se analizan a partir de un sistema de puntuación, el cual tiene en cuenta dos aspectos:

- A. Puntajes: Estos nos permiten observar el contacto diádico, en relación a la cantidad de conductas de interacción comunicativa entre ambos miembros de la díada. Se obtienen puntajes en cada una de las funciones, los cuales se denominan “puntajes funcionales”; y un puntaje total de la escala. Se obtienen puntajes funcionales y totales para la madre (a), el bebé (b) y la díada (a+b). La suma de los puntajes diádicos obtenidos en todas las funciones, corresponde al puntaje total diádico, es decir al ***Puntaje total de la escala***.

- B. Clasificación de los datos: Posteriormente, se clasifican los datos arrojados de cada diada en dos diferentes categorías: “riesgo vincular” y “buen vinculo”, estos se discriminan partiendo como punto de corte al percentil 25. Es decir, aquellas díadas que obtuvieron un puntaje total diádico correspondiente a un percentil mayor o igual a 25 se los considera casos de "Buen Vinculo" y aquellos casos cuyos puntajes corresponden a percentiles menores al 25 se los considera casos de "Riesgo vincular".

Descripción de las categorías:

- "Riesgo vincular": se incluyen dentro de esta categoría aquellos casos en que es necesario un trabajo de intervención y seguimiento vincular. Se incluyen casos de distinta magnitud: desde casos de rechazo de la madre hacia el bebé, hasta casos de dificultades de vinculación entre la madre y el bebé real o de dificultades en las interacciones vinculares. Se incluyen aquellos casos que plantean la necesidad de realizar intervenciones vinculares por un psicólogo perinatal para prevenir patologías vinculares posteriores.

- "Buen vínculo": se incluyen dentro de esta categoría aquellos casos en que se observa una buena vinculación madre - bebé, interacciones diádicas recíprocas y contingentes, etc. Se trata de casos en que las psicólogas perinatales, luego de realizar la evaluación vincular, no observa ningún signo de riesgo y el desarrollo natural del vínculo es adecuado.

Finalmente los datos obtenidos durante la aplicación de los instrumentos, son presentados en gráficos y tablas de distribución de frecuencias, sujetos a la variabilidad de los datos obtenidos, para facilitar su interpretación en la aplicación pre y post intervención.

Ya teniendo los datos interpretados de la escala pre y post intervención serán comparados para observar el comportamiento y cumplir con nuestro objetivo principal que hace referencia a la eficacia del instrumento (intervención).

7.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se justifica éticamente porque cumple con los siguientes requisitos:

- ✓ Los participantes de la investigación serán reclutados por las investigadoras (estudiantes de enfermería) en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal de la clínica Sebastián de Belalcázar y de la Clínica Colombia teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Esta selección se llevara a cabo en el horario de visita de cada UCIN, invitando a los padres a participar del estudio, hasta completar los participantes para la investigación.

- ✓ Los resultados de la investigación aportaran beneficios para el ejercicio de la enfermería en cuidado intensivo neonatal.
- ✓ Los participantes del estudio firman, previo a la investigación, el consentimiento informado en el cual se describen objetivos y propósito de la investigación, se explica a los padres en que consiste la investigación, los instrumentos que se utilizaran durante el estudio, se describen beneficios, se garantiza a los participantes que su identidad se mantendrá anónima en los informes y las publicaciones del estudio. Se aclara que la decisión de participar es libre y que pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin penalización ni pérdida de beneficios; además que podrá tener acceso a los resultados una vez culmine la investigación si lo desea. Esta información será brindada por las investigadoras una vez reclutados los participantes para el estudio, estos serán citados para una reunión para explicar lo mencionado anteriormente, la cual se llevara a cabo en el auditorio de cada clínica donde se desarrollara la investigación. El mismo día culminada la reunión y una vez los padres de familia de los recién nacidos acepten participar; las investigadoras aplicaran el consentimiento informado. Para aquellos padres que no puedan asistir a dicha reunión, se llevará a cabo el contacto telefónico y posterior firma del consentimiento informado en alguna de las visitas a la unidad neonatal.
- ✓ El diseño de la investigación es científicamente válido. Se realizara un estudio de tipo cuasi experimental, que se desarrollara de manera rigurosa, seleccionando los participantes de la investigación a través de criterios de inclusión y exclusión, se realizara la inserción al campo para la recolección de la información a través de una encuesta y cuyos resultados serán tabulados.
- ✓ Hay equilibrio entre el costo y el beneficio para la sociedad. El desarrollo de la investigación no ocasiona daños a los participantes y aporta al ejercicio de la profesión, ya que permitirá describir los roles de los profesionales de enfermería en el fortalecimiento del vínculo afectivo padre e hijo.

- ✓ Esta es una investigación que conlleva un riesgo mínimo según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, por ser una investigación donde se emplea el registro de datos a través de métodos comunes, como el diligenciamiento de una encuesta. Se garantiza la confidencialidad de los participantes, las encuestas se diligenciarán de forma anónima, su autonomía será respetada pudiéndose retirar en cualquier momento, no hay daños ni riesgos potenciales para ellos, los posibles riesgos y como los vamos a minimizar son aspectos que tienen que ver con el consentimiento informado.
- ✓ Respetar y proteger los sujetos de investigación garantizando la confidencialidad de los participantes en la publicación de los resultados del estudio.
- ✓ La prueba pre intervención de la investigación, la cual consiste de la encuesta sociodemográfica y de la escala de observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN, serán llevadas a cabo por las investigadoras a los padres de familia que aceptaron participar en el estudio, esta se desarrollará en la primera semana del mes de marzo en cada clínica; posterior a la pre intervención se realizarán los videos a los recién nacidos en un periodo de un mes; terminado el video será entregado a los padres a la semana siguiente. Se esperará dos semanas posterior a la entrega del video con el fin de que los padres lo observen y analicen, para así aplicar la prueba pos intervención, la cual será la misma escala de observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN aplicada al inicio, y con ello analizar el cambio en el vínculo afectivo padres- recién nacidos producido al mirar el video de sus hijos y evaluar la eficacia del instrumento.
- ✓ Se basa en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente y existente en el campo de la enfermería sobre vínculo afectivo/ apego.

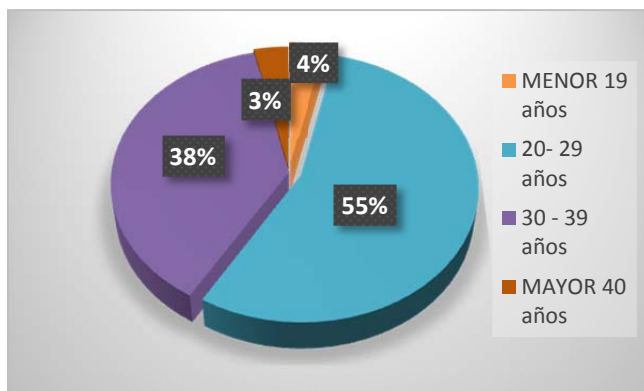
8. RESULTADOS

Para la presentación de los resultados de la investigación desarrollada en las dos UCIN, se describen los siguientes aspectos:

- I. Características sociodemográficas de la población
- II. Escalas de observación vinculo madre- hijo pre y post intervención
- III. Encuesta sobre las percepciones de las madres ante la implementación de la ayuda audiovisual.

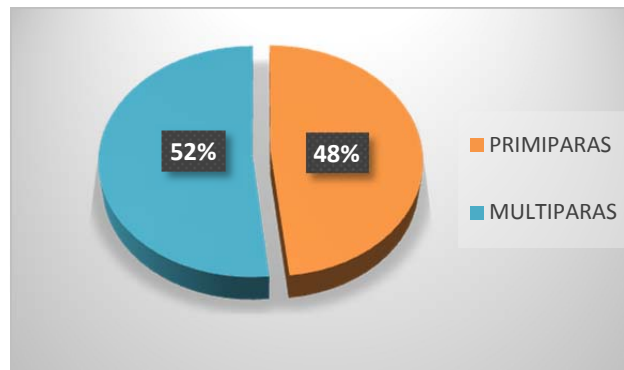
I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN

a) Madres



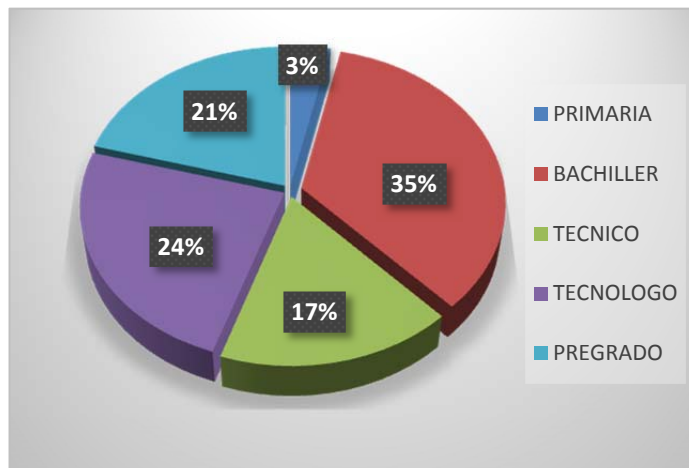
Grafica # 1: Edad materna

En lo que corresponde a la edad de las madres, siendo el total de ellas 29, como se puede observar en la gráfica #1, la mayoría se encuentran en el rango de edades comprendidas entre 20 a 29 años; correspondiendo al 55% (16) del total, y el 7% (2) se encuentran entre los extremos de edades, es decir, menores de 19 y mayores de 40 años.



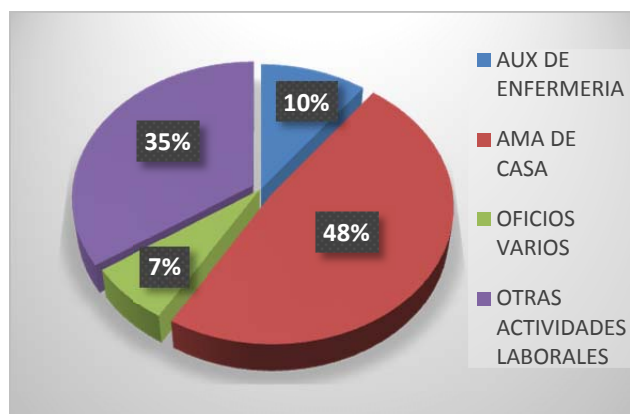
Gráfica #2: Paridad

Otra característica de las madres, es la paridad, la cual indica el número total de hijos de cada madre hasta la fecha del presente estudio; se encontró que la relación entre primíparas y multíparas es proporcional 48% (14) y 52% (15) ver gráfica #2.



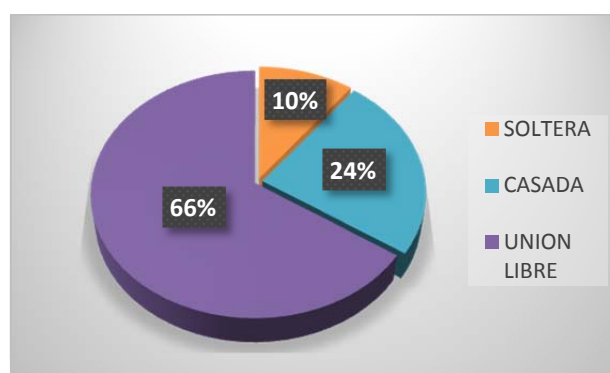
Grafica # 3: Nivel educativo

Por otro lado, se evidencia que el 62% (18) de ellas cuentan con una formación superior a la educación básica y media, obteniendo títulos como técnico, tecnólogo o profesional universitario. Ver gráfica #3.



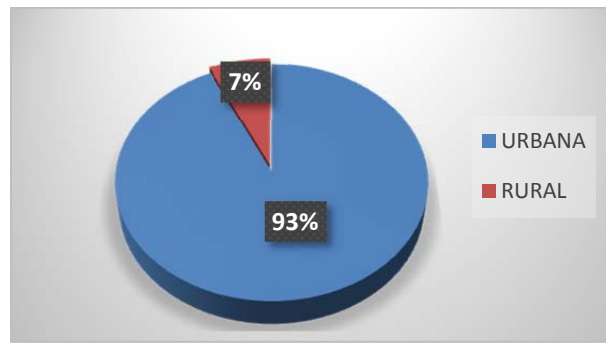
Grafica #4: Actividad Laboral

Del mismo modo, el 45% de las madres se dedica a actividades laborales según su formación educativa, sin embargo el mayor porcentaje de ellas (48%) se dedica a labores del hogar. Ver gráfica #4.



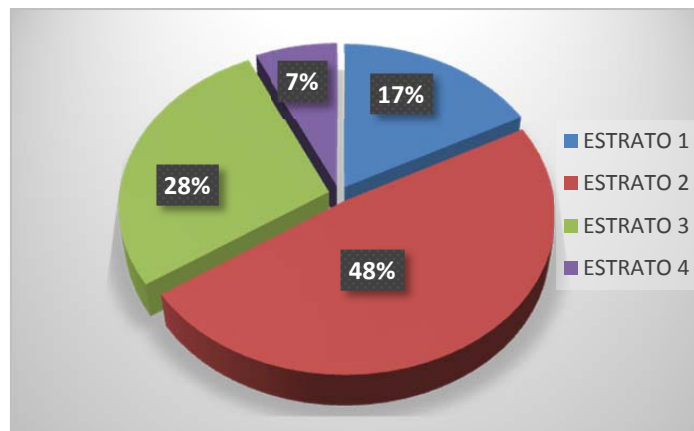
Grafica # 5: Estado civil

Así mismo, una característica muy significativa para el estudio es la presencia o no de un compañero afectivo para la madre, en donde el 90% (26) de ellas cuentan con una pareja estable. Ver gráfica #5.



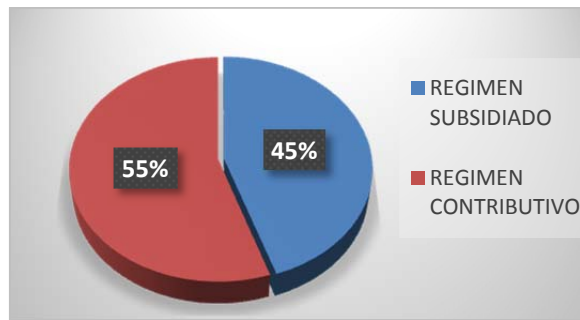
Grafica #6: Residencia

Por otra parte, al indagar sobre su lugar de residencia, el 93% (27) viven actualmente en el sector urbano principalmente en la ciudad de Cali y sus municipios aledaños. Ver gráfica #6.



Grafica #7: Estrato socioeconómico

Además se encontró que, la mayoría, correspondiente al 65% (19) residen en un sector clasificado entre estratos socioeconómicos I y II, y el 35% (10) restante a un estrato socioeconómico medio (III, IV). Ver gráfica #7.

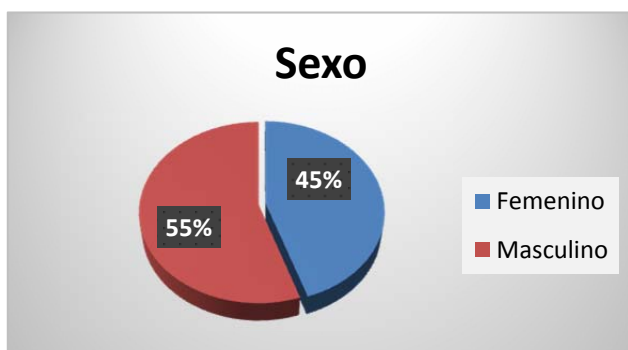


Gráfica #8: Afiliación al sistema de salud

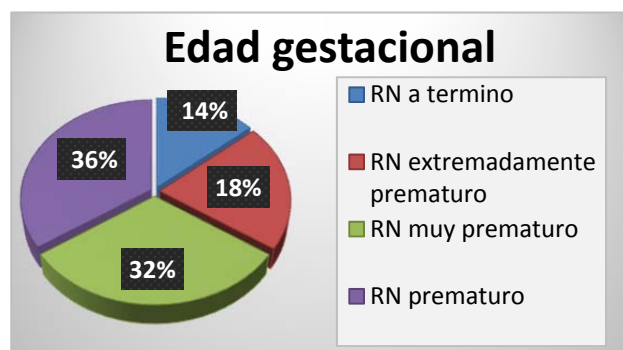
Finalmente, se preguntó sobre el tipo de afiliación al sistema de salud, dado que, las dos UCIN en las que se desarrolló la investigación brinda su atención a personas del régimen subsidiado y contributivo, hallando en la población a estudio una relación muy similar entre el porcentaje de la afiliación de ambos regímenes, con una diferencia del 10%. Ver gráfica #8.

b) Recién Nacidos

En relación a los recién nacidos, siendo ellos un total de 29, se tomó de las historias clínicas dos datos: sexo y edad gestacional al nacimiento; mostrando que el 55% (16) del total son de sexo masculino y el 86% (25) nacieron antes del tiempo estimado, clasificándolos como recién nacidos prematuros (extremadamente prematuro, muy prematuro y prematuro).



Gráfica # 9: Sexo del recién nacido



Gráfica #10: Edad gestacional al nacimiento

II. ESCALAS DE OBSERVACIÓN

a) Escala Pre- intervención: Escala de observación del vínculo madre - bebé internado en UCIN

FUNCION DE ACERCAMIENTO MATERNO			
Ítem	Posición de la mamá	Posición del bebé	Total %
0	Alejada de la incubadora (a + de 30 cm de la incubadora)	De espalda o de frente a la mamá	2 (6%)
1	Cercana a la incubadora (a – de 30 cm de la incubadora)	De espalda a la mamá	5 (17%)
2	Cercana a la incubadora (a – de 30 cm de la incubadora)	De frente a la mamá	17 (58%)
3	Apoyada en la incubadora	De frente a la mamá	5 (17%)

Tabla #1: Función de acercamiento materno

En relación a la posición y distancia que adoptan ambos miembros de la díada para la interacción, se evidencia que el 58% de ellas en el momento del primer contacto, se encuentran cercana a la incubadora a menos de 30 cm con su bebé de frente a ella, el 17% se apoya en la incubadora y un 6% se encuentran alejadas de ésta a más de 30 cm. (ver tabla # 1)

FUNCION CORPORAL			
Ítem	MAMÁ	BEBÉ	Total %
0	No toca la incubadora		6 (16%)
1	Toca la incubadora		7 (18%)
2	Introduce la mano en la incubadora sin tocar al bebe		3 (8%)

3	Toca al bebe: mano/pie	Acepta que la mamá lo toque: mano/pie	7 (19%)
4	Toca al bebé: ropa	Acepta que la mamá lo toque: Ropa	5 (13%)
5	Toca al bebé: cara/cuello	Acepta que la mamá lo toque: cara/cuello	6 (16%)
6	Acepta ser tocada por el bebé	Busca tocar a la mamá	3 (8%)

Tabla #2: Función corporal

Igualmente, se observa que la conducta de contacto corporal y táctil más frecuente es la aquella en que la madre toca al bebé en la mano o pie y la aceptación de esta conducta por parte del bebé (19%). Le sigue en orden de frecuencia, la conducta en la que la madre toca la cara o cuello del bebé y su aceptación por parte de éste (16%). Es decir, son las conductas más frecuentes donde hay contacto directo piel a piel. Dentro de las conductas en las que no hay contacto directo entre la madre y su bebé, lo más frecuente es que la madre toque la incubadora donde se encuentra su hijo (18%), pero también presenta un porcentaje similar la conducta en la que la madre no toca la incubadora (16%). La conducta menos frecuente de esta función es la búsqueda de contacto corporal por parte del bebé (8%) y en la que la madre introduce la mano en la incubadora sin tocar a su bebé (8%). (Ver tabla # 2)

FUNCION VISUAL				
Ítem	MAMÁ	Total %	BEBÉ	Total %
0	No mira al bebe	1 (3,4%)		
1	Desde lejos: la madre mira al bebe alejada	1(3,4%)	Él bebe acepta la mirada de la madre desde lejos	1 (3,4%)
	(a + de 30 cm del bebé)		(a + de 30 cm del bebé)	
	Cualidad de la mirada:		Cualidad de la mirada:	
	A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada		A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada	
	B. Mira el rostro del bebe		B. Mirando su rostro	1 (100%)
	AB.	1 (100%)	AB.	

2	Desde cerca: la madre mira al bebe a través del plástico de la incubadora	20 (68%)	Él bebe acepta la mirada de la madre desde cerca	20 (68%)
	(a - de 30 cm del bebé)		(a - de 30 cm del bebé)	
	Cualidad de la mirada:		Cualidad de la mirada:	
	A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada	9 (45%)	A. Recorriendo su cuerpo	2 (10%)
	B. Mira el rostro del bebe	1(5%)	B. Mirando su rostro	15 (75%)
	AB.	10 (50%)	AB.	3 (15%)
3	Sin barrera: la madre mira al bebe a través de la incubadora abierta	8 (28%)	Él bebe acepta la mirada de la madre sin barrera	8 (27,6%)
	(a - de 30 cm del bebé)		(a - de 30 cm del bebé)	
	Cualidad de la mirada:		Cualidad de la mirada:	
	A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada	1 (12,5%)	A. Recorriendo su cuerpo	
	B. Mira el rostro del bebe	1(12,5%)	B. Mirando su rostro.	4 (50%)
	AB	6 (75%)	AB.	4 (50%)
4	La madre acepta la mira del bebé		Él bebe mira a la mamá	
	Conductas de búsqueda de miradas			
5	La madre busca que el bebé la mira	24 (82%)	El bebé responde	24 (82%)
6	La madre responde		El bebé busca que la mamá lo mire	

Tabla #3: Función visual

También, contemplando las conductas de contacto visual y de miradas entre ambos miembros de la díada, se puede observar que la mayoría de las diadas (68%), la madre mira desde cerca al bebé a través del plástico de la incubadora (a una distancia menor de 30 cm entre el rostro de la madre y el del bebé), en cuanto a la cualidad de su mirada, el 50% es AB, es decir que su mirada recorre el cuerpo del bebé y mira su rostro. En cuanto al bebé, éste responde aceptando la mirada de su madre desde cerca y en la cualidad de su mirada, el 75% es A, es decir que mira el rostro de su madre. (Ver tabla # 3)

FUNCION VERBAL				
Ítem	MAMÁ	Total %	BEBÉ	Total %
0	No le habla	9 (31,03%)		
1	Le habla alejada del bebe (a + de 30 cm de la incubadora)	2 (6,90%)	Responde al estímulo verbal	2 (10%)
2	Le habla cercana al bebé (a – de 30 cm de la incubadora)	12 (41,38%)	Responde al estímulo verbal	12 (60%)
3	Realiza algún sonido vocal para llamar la atención del bebé	6 (20,69%)	Responde: presta atención a su madre	6 (30%)
4	Le canta al bebé	0 (0%)	Responde al canto de su madre	0 (0%)

Tabla #4: Función Verbal

Posteriormente, evaluando las conductas de contacto verbal, vocal y de sonidos comunicativos, el 41.3% de las madres, establecen contacto verbal con su bebé, hablándole de cerca (a menos de 30 cm de la incubadora) y el 60% de ellos responden a éste estímulo, pero en contrapartida con lo anterior, le sigue en frecuencia la conducta en la que la madre no le habla al bebé (31%). Cabe resaltar que ninguna madre adopta la conducta verbal de cantarle al bebé (0%). (Ver tabla #4)

FUNCIÓN POSTURAL					
			Respuesta del otro miembro de la diada		
			Responde acercándose	Responde alejándose	Acepta
Modifica postura	Mamá	Se acerca	1 (2,08%)		13 (27,08%)
		Se aleja	1 (2,08%)		4 (8,33%)
	Bebé	Se acerca	6 (12,5%)	1 (2,08%)	12 (25,0%)
		Se aleja			

No hay cambio en la postura inicial		10 (20,83%)
--	--	----------------

Tabla #5: Función Postural

Por último, evaluando la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y la consecuente modificación - o no- de la postura corporal del otro miembro de la diada, como respuesta al cambio introducido. Vemos que el 29% de las madres se acerca al otro miembro de la diada y de ellos el 27% acepta ese acercamiento. En cuanto al bebe, el 39.5% de ellos se acercan al otro miembro de la diada, aceptando este acercamiento el 25% de las madres. Aunque el 21% de las diadas no realizan modificación de la postura corporal adoptada en el inicio de la interacción, lo cual es un porcentaje significativo. (Ver tabla #5)

PERCENTILES DE PUNTAJES TOTALES PRE					
Puntajes	10	25	50	75	90
Total diadas	0	1	6	13	28
Total Bebés	0	0	3	7	16,2
Total Mamá	0	1	5	8	16

Tabla #6: Percentiles de los puntajes totales

Para finalizar la interpretación de los resultados pre-intervención, se realiza el análisis de los datos a través de percentiles, teniéndose como punto de referencia el percentil 25, para discriminar entre un buen vínculo (>percentil 25) y el riesgo vincular (< o = percentil 25); por consiguiente en la tabla muestra que sólo una diada y una madre se encuentran dentro del percentil 25, es decir, dentro de la clasificación de riesgo vincular. Sin embargo 5 de las diadas, 3 bebés y 4 madres se encuentran muy cercanos a este punto de corte. (Ver tabla #6)

b) Escala post- intervención: “Escala Massie – Campbell de observación de indicadores de apego Madre – Bebé”

CONDUCTA MIRADA				
ITEM	MAMA	Total %	BEBE	Total %
1	Siempre evita la cara del niño/a	0	Siempre evita la cara de la madre	0
2	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a	0%	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	0
3	Ocasionalmente mira a la cara del niño/a	2 (6,9%)	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	2 (6,9%)
4	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a	11 (38%)	Frecuentes miradas a la cara, alternando entre miradas largas y cortas.	21 (72,4%)
5	Fija la mirada al niño/a por periodos largos de tiempo	16 (55,1%)	Fija la mirada a la madre, por periodos largos de tiempo	6 (20,6%)

Tabla #7: Conducta de Mirada

En primer lugar, evaluando las conductas de miradas entre ambos miembros de la díada, encontramos que el 55.1% de las madres durante la observación, fijan la mirada a su bebé por periodos largos de tiempo y el 72.4% de los bebés realizan frecuentes miradas a la cara, alternando entre miradas largas y cortas. (Ver tabla #7)

CONDUCTA VOCALIZACION				
ITEM	MAMA	Total (%)	BEBE	Total %
1	Callado, nunca vocaliza	0	Callado, nunca vocaliza	1 (3,4%)
2	Palabras escasas o murmura.	2 (6,9%)	Rara vez vocaliza o lloriquea	5 (17,2%)
3	Ocasionalmente vocaliza al niño.	5 (17,2%)	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	13 (44,8%)
4	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos	15 (51,7%)	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	10 (34,4%)

5	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	7 (24,1%)	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo	0
----------	---	--------------	--	---

Tabla #8: Conducta de vocalización

Siguiendo con la conducta verbal de las diadas, hallamos que el 51.7% de las madres frecuentemente le habla, conversa y hace sonidos a su bebé y los bebés en su mayoría (44.8%) se expresan en esta conducta, vocalizando ocasionalmente con llanto leve; además con una diferencia de aproximadamente el 10%, un gran número de bebés realiza vocalizaciones frecuentes o con llanto intenso. (Ver tabla #8)

CONDUCTA TOCANDO					
ITEM A	MAMA	Total %	ITEM B	MAMA	Total %
A1	Nunca toca o tiende hacia el niño/a.	0	B1	Siempre evita ser tocado por el niño/a	0
A2	Rara vez toca a al niño.	0	B2	Frecuentemente evita ser tocado por el niño/a	0
A3	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño/a.	1 (3,4%)	B3	Ocasionalmente evita ser tocado por el niño/a.	1 (3,4%)
A4	Frecuentemente tiende al niño y lo toca	12 (41,3%)	B4	Rara vez evita ser tocado por el niño/a	4 (13,7%)
A5	Si están cerca siempre toca al niño/a.	16 (55,1%)	B5	Nunca evita que el niño/a lo toque.	24 (82,7%)
B	BEBE		B	BEBE	
A1	Nunca toca o tiende hacia la madre	0	B1	Siempre evita ser tocado por la madre	0
A2	Rara vez toca a la madre	0	B2	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	0
A3	Ocasionalmente toca a la madre.	4 (13,7%)	B3	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	1 (3,4%)
A4	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	16 (55,1%)	B4	Rara vez evita ser tocado por la madre.	5 (17,2%)
A5	Si están cerca siempre toca a la madre.	9 (31%)	B5	Nunca evita que la madre lo toque.	23 (79,3%)

Tabla #9: Conducta Tocando

La siguiente conducta que valora el contacto piel a piel entre madre y bebé, contempla dos aspectos, clasificándolos como A conductas de búsqueda y B conductas de evitación en cada uno (ver tabla #9), arrojándonos que:

Para la madre, en la conducta **A**: el 55.1% se encuentran en la máxima puntuación (A5), haciendo referencia a que la madre siempre tiende a tocar al bebé si está cerca y en la conducta **B**, también se encuentran en la máxima puntuación (B5), es decir, que nunca evita que el niño la toque.

Para el bebé, en la conducta **A**: el 55.1% tienen hacia la madre y la toca con frecuencia y en la conducta **B**, un porcentaje muy significativo, de 79.3% nunca evita que la madre lo toque.

CONDUCTA SOSTENIENDO				
ITEM	MAMA	Total %	BEBE	Total %
1	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	0	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	0
2	Sostiene al niño de manera tiesa o rara, no relajada.	0	No se relaja en brazos de la madre, la empuja	0
3	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente	6 (20,6%)	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	5 (17,2%)
4	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	10 (34,4%)	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja	10 (34,4%)
5	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo	13 (44,8%)	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	14 (48,2)

Tabla #10: Conducta sosteniendo

De la misma forma en la conducta que implica el “sostén” físico que se produce entre la madre y el bebé, cuando ella lo toma en brazos, se obtiene que la conducta de mayor frecuencia para ambos fue la máxima puntuación (5), en la cual la madre Inclina el cuerpo hacia el niño, luego

lo sostiene amoldándolo a su cuerpo (44.8%) y el bebé Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita (48.2%). (Ver tabla #10)

CONDUCTA AFECTO				
ITEM	MAMA	Total %	BEBE	Total %
1	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	0	Siempre está intensamente angustiado y temeroso	0
2	Frecuentemente irritable, temeroso o apática.	0	Frecuentemente irritable, temeroso o apático	2 (6,9%)
3	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro	2 (6,9%)	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	3 (10,3%)
4	Tensión ocasional. En general sonríe	4 (13,7%)	Tensión ocasional. En general sonríe	15 (51,7%)
5	Siempre sonríe.	23 (79,3%)	Siempre sonriente.	9 (31%)

Tabla #5: Conducta Afecto

De la misma forma, en ésta conducta afectiva de “envoltura” en la que se encuentra la madre y el bebé, se observa por un lado que las madres en su gran mayoría (79.3%) siempre sonríen cuando están cerca a su bebé y por otro los bebés en un 51.7% presentan una tensión ocasional. (Ver tabla #11)

CONDUCTA CERCANIA				
ITEM	MAMA	Total %	BEBE	Total %
1	Se va del cuarto.	0	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza	0
2	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón del cuarto	0	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	0
3	Se para o se sienta intermitentemente dentro del	7 (24,1%)	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la	7 (24,1%)

	alcance del niño.		mirada	
4	Contacto físico frecuente con el niño.	11 (37,9%)	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	15 (51,7%)
5	Siempre en contacto físico con el niño.	11 (37,9%)	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada	7 (24,1%)

Tabla #12: Conducta Cercanía

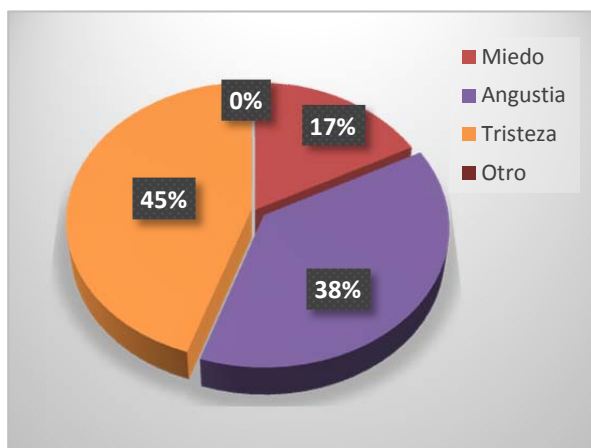
Y por último en la conducta que concierne al proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé, encontramos que el 75.8% de las madres siempre o frecuentemente establecía contacto físico con el bebé, repartiéndose dicho porcentaje en partes iguales para cada ítem (4 y 5) y en cuanto al bebé, el 51.7% con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. (Ver tabla #12)

PERCENTILES DE PUNTAJES TOTALES POST					
Puntajes	10	25	50	75	90
Total diadas	0	0	7	22	29,6
Total Bebés	0	0	4	10	15,4
Total Mamá	0	0	2	11	16

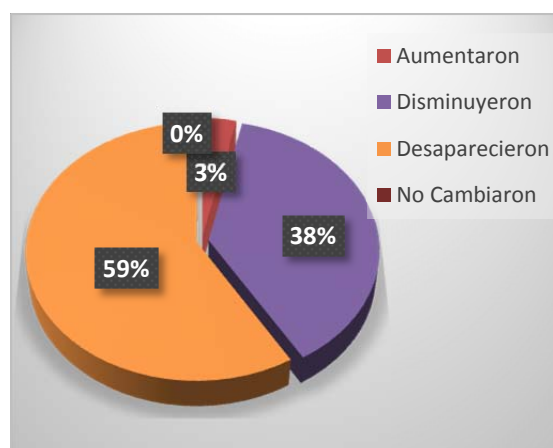
Tabla #13: Percentiles de puntajes totales

Para finalizar la interpretación de los resultados post-intervención, se realiza el análisis de los datos a través de percentiles, teniéndose como punto de referencia el percentil 25, para discriminar entre un buen vínculo (>percentil 25) y el riesgo vincular (< o = percentil 25); por consiguiente en la tabla muestra que ninguna diada, madre o bebé se encuentran dentro del percentil 25, es decir, dentro de la clasificación de riesgo vincular, al igual que otras diadas, madres o bebés pasaron a ser parte de percentiles más altos, categorizándolos dentro del buen vínculo. (Ver tabla #13)

III. ENCUESTA SOBRE LAS PERCEPCIONES DE LAS MADRES ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AYUDA AUDIOVISUAL

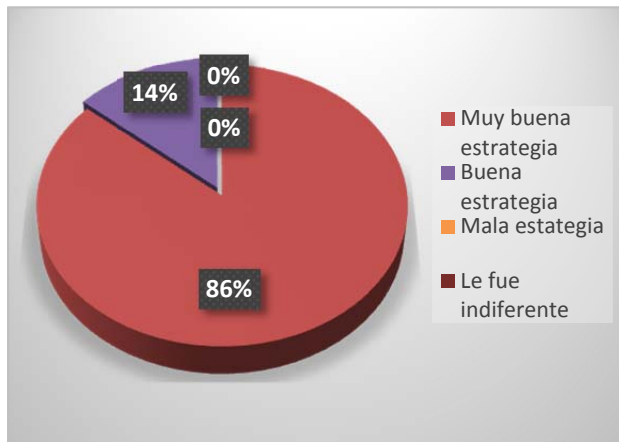


Gráfica # 11: Sentimientos generados a causa de la hospitalización.

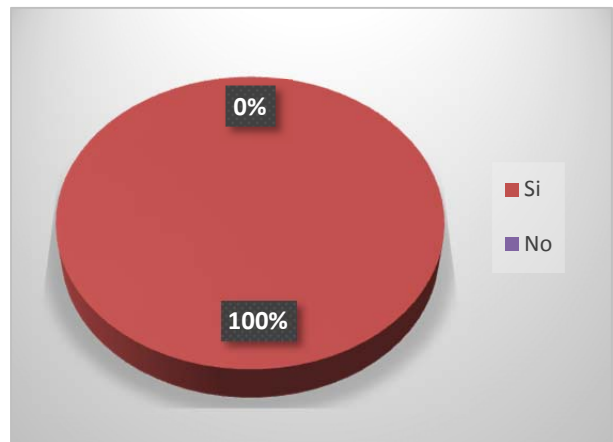


Gráfica #12: Sentimientos Post-intervención

En cuanto a las percepciones de las madres participantes de la investigación se hacen evidentes sentimientos de miedo, angustia y tristeza al saber que su hijo estaría hospitalizado en una UCIN, en donde la mayoría el 45% (13) refirieron sentir tristeza, seguido en gran medida de un 38% (11) de los sentimientos de angustia (Ver grafica #11); sin embargo, la implementación de la ayuda audiovisual sobre la evolución de su bebe durante la hospitalización, contribuyó en gran manera a que desaparecieran con 59% (17) o disminuyeran con 38% (11). Ver grafica #12.

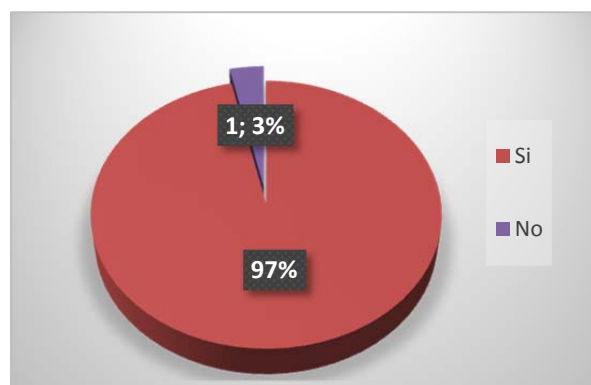


**Gráfica #13: Apreciación sobre la ayuda
Audiovisual**



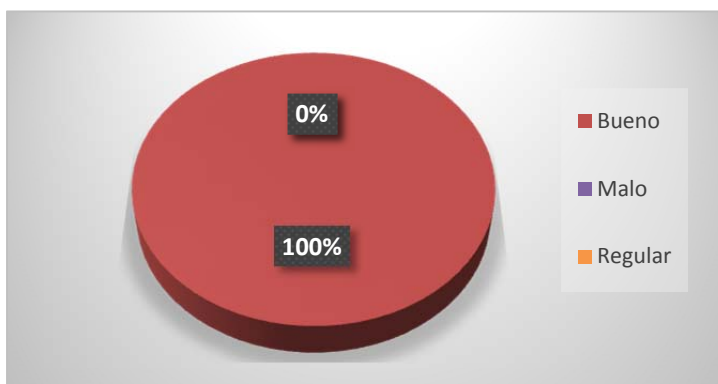
**Gráfica #14: Consideraciones sobre
la importancia de implementar la
Herramienta**

Por otro lado al indagar sobre la percepción de las madres en la implementación de la ayuda audiovisual, ellas manifestaron que la intervención realizada es muy buena estrategia con un 86% (25) para contribuir en el fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo (ver grafica #13) y consideran que es una herramienta importante que se debería implementar en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal con un 100% (29). Ver grafica #14.



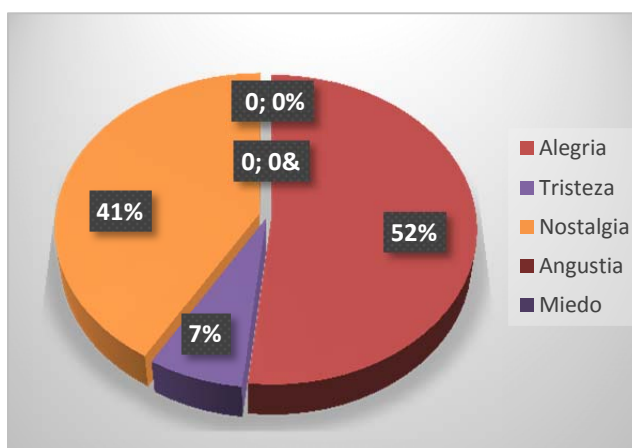
Gráfica #15: Contribución del video para el cuidado en casa

Así mismo, piensan que el uso de estas herramientas audiovisuales les permite mantener informadas momento a momento sobre la evolución de su hijo y familiarizarse con las acciones de cuidado del personal brindadas, considerando que le son de gran apoyo para el cuidado de su recién nacido en casa con un 97% (28). Ver grafica #15.



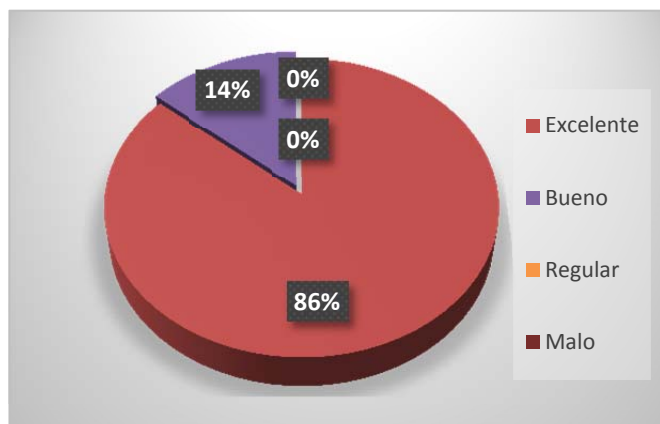
Gráfica #16: trato del personal con el Recién Nacido

Al preguntar sobre cómo fue el trato del personal con el recién nacido durante su estadía en la UCIN, el 100% (29) de las madres manifestaron que habían observado un buen trato. Ver grafica #16.



Gráfica #17: Sentimientos al observar el video

Por otro lado, el 52% (15) de las madres respondieron que al observar el video sintieron alegría de ver toda la evolución satisfactoria que tuvo su hijo durante la hospitalización; igualmente el 41% (12) manifestaron haberse generado nostalgia. Ver grafica #17.



Gráfica #18: Percepción del video- intervención

Para finalizar, el video realizado para la intervencion de la investigacion, usando la metodologia de implementar el uso de fotografias, videos de momentos especiales de los cuales en muchas ocasiones no pueden ser participes, como por ejemplo: el baño, el descanso, el llanto, gestos, etc, y musica especifica para bebes, a las madres les parecio excelente con un 86% (25). Ver grafica #18.

9. DISCUSIÓN

La estrategia de CCF es una aproximación al cuidado basado en la creencia de que los resultados positivos en salud son alcanzados cuando los familiares de los pacientes en este caso, los recién nacidos hacen parte de su cuidado. Dado que, cuando los padres se sienten involucrados, su confianza y competencia en el cuidado del bebé crece³⁹, cumpliendo así con el objetivo de promover el bienestar materno y ayudar a las familias a hacer frente a la ansiedad generada por una hospitalización en UCIN.

Igualmente, para los padres el hecho de tener hospitalizado a su bebé en UCIN es un evento estresante que puede en ocasiones tener consecuencias para toda la vida; dicho evento genera en ellos, la necesidad de tener información acerca de la salud de su bebé. Según Rouck y Leys⁴⁰ afirma que la provisión de información tanto en el tiempo como en el contenido, no siempre se adapta a las necesidades de información de los padres y que las fuentes primarias de información siguen siendo las enfermeras de la UCIN y los Neonatólogos, y por otro lado la búsqueda de información en las fuentes “no humanas” consultadas por ellos mismos, puede llegar a ser tan confusa como perjudicial, debido a que existe mucha información que no se filtra. Con respecto al Valle del Cauca, existen más de 12 UCIN y en donde en la actualidad no se han realizado estudios donde se evidencie la importancia de implementar estrategias innovadoras para brindar una información constante a los padres del estado de salud del bebé hospitalizado como parte del CCF; es por tal razón, que en la presente investigación, además de conocer el vínculo afectivo entre madre- bebe, se contempla la necesidad de generar entre los padres y el personal de salud una comunicación efectiva rompiendo los esquemas de la comunicación tradicional, mediante la implementación de ayudas audiovisuales, siendo el primer estudio en la región, donde se considera que es de vital importancia conocer las características sociodemográficas de las madres, tales como: la edad, paridad, nivel educativo, actividad laboral, estado civil, residencia y estrato socioeconómico, siendo fundamentales para personalizar la ayuda audiovisual, orientar el tipo de imágenes y frases a mostrar; al igual que

tener claridad sobre aspectos propios del recién nacido como el sexo y edad gestacional al nacimiento, debido a que esta última representa un factor importante para la madre, ya que el nacimiento de un hijo es una alegría, sin embargo, puede evocar una variedad de emociones, que pueden contribuir en dar una información innovadora, sensible, con calidad en tiempo y contenido a través de la personalización de la ayuda, adaptándose de ésta manera a las necesidades de cada una de las madres.

Según Tooten A⁴¹., afirma que los padres de bebés prematuros a menudo experimentan emociones ambivalentes o negativas hacia sus hijos y/o sobre sí mismos durante la hospitalización y después del alta; del mismo modo Guerra M.⁴², comenta que una madre temerosa, no actuará igual que una madre que ha tenido contacto con su pequeño fuera de un ambiente hospitalario y desconocido y aún, teniendo en cuenta que las madres tienen a sus pequeños en una UCIN, no todos presentan la misma patología al ingreso, algunos deben ser expuestos a técnicas invasivas, en donde el nivel de procedimientos asistenciales y de diagnóstico es muy elevado, lo que hace parecer al recién nacido como un ser indefenso y rodeado de tubos, aparatos y alarmas que actúan como barrera entre el niño y la madre. En acuerdo con lo expuesto por los anteriores autores, en la presente investigación, se pudo conocer que las madres experimentaban un contraste de emociones, desde la alegría por el nacimiento de su bebé y el deseo de querer tenerlo en sus brazos, hasta el miedo por la situación actual de su hijo, al encontrarse en un ambiente desconocido para ella, sintiéndolo ajeno e indefenso y con dudas de cómo acercarse afectivamente a él sin hacerle daño.

En este sentido, la conducta de apego varía entre un caso y otro; generando dificultad en la relación de apego y el inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo, haciéndose evidente éstas conductas en el presente estudio a través de la aplicación de escalas de observación para valorar vínculo afectivo por medio de diferentes aspectos tanto de la madre como del bebé.

De esta manera, la primera escala de observación que se implementó para el presente estudio fue la de Santos M.⁴³, en la cual demostró por medio de la valoración de cinco funciones (acercamiento materno, corporal, visual, verbal y postural), que siete de 43 diadas (madre-bebe) se encontraban en la clasificación de riesgo vincular, es decir, comportamientos y actitudes de la madre que ponen en riesgo el binomio a nivel emocional, afectivo y social entre madre y bebe (en el percentil 25), en este estudio, se evidenció que una de 29 diadas se encontraban en clasificación de riesgo vincular lo cual lleva a que el vínculo afectivo se vea vulnerable, y es ahí donde el equipo de salud debe entrar a intervenir; por otro lado, se encontró que cinco diadas, posiblemente por cercanía al percentil 25 pueden llegar a riesgo vincular, lo cual implica que los equipo de salud, específicamente el de UCIN lleven a cabo acciones de cuidado dirigidas a fortalecer el vínculo afectivo.

Por otro parte, dentro de la metodología se utilizó una segunda escala la de Massie – Campbell⁴⁴, la cual fue aplicada a las madres después de implementar la ayuda audiovisual , contemplando el mismo punto de corte (percentil 25) para la clasificación de riesgo vincular o buen vínculo, se encontró que la diada que en un principio estaba dentro del riesgo vincular, y las consideradas a riesgo, después de ser partícipes de la intervención se alejaron de este punto de referencia, pasando a ser parte de percentiles más altos, clasificados como: buen vínculo, logrando contribuir a través de la estrategia en gran parte al fortalecimiento del vínculo afectivo madre – bebé.

Ahora bien, en diferentes estudios se han utilizado herramientas tecnológicas para brindar información a las madres, como el de Franklin C⁴⁵, donde se resalta el papel de las enfermeras neonatales, las cuales al detectar situaciones especiales en las cuales se pueda ver afectada la relación madre-hijo, han implementado la toma de fotografías del bebé tanto para mantenerlos informados del estado de salud del recién nacido, como para resaltar momentos especiales en su crecimiento y desarrollo, generando recuerdos y experiencias de los eventos especiales en la vida del bebé que hacen parte del proceso de unión familiar y empoderamiento del rol parental. Igualmente, otra estrategia para el uso de la tecnología como apoyo, en el que se hace

uso de dispositivos electrónicos para reforzar la relación entre la madre y el recién nacido, es la experiencia compartida por Guerra M.⁴⁶, donde una de las participantes comenta cómo ha sido de ayuda para ella el poder ver a su bebé a través de videos grabados en la unidad neonatal por su compañero, comentando incluso que le habla al video, que lo besa a través de la pantalla, aprovechando al máximo ese apoyo ideado por su compañero, sintiendo así que puede estar en contacto con su hijo aún en la distancia.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación se diferencia de las dos mencionadas, en que se utiliza la implementación tanto de ayudas auditivas como visuales en un mismo instrumento, es decir, mediante la edición de un video donde se combinan de manera dinámica tanto fotografías como escenas de cuidados básicos del recién nacido, personalizándolo con frases sensibles acerca de la evolución del bebe, en donde se busca hacer partícipes a los padres de la continua evolución de su hijo e informados de diversos cuidados brindados por el personal de enfermería de la sala en momentos especiales como la higiene, alimentación, cambios de posición, toma de signos vitales, peso y talla; contribuyendo de esta manera en la disminución de sentimientos de miedo, tristeza y preocupación sobre el confort del recién nacido y favoreciendo así, el fortalecimiento del vínculo afectivo, evidenciándose en los resultados de la aplicación de las escalas anteriormente mencionadas.

Tooten A.⁴⁷, manifiesta que las madres de bebés prematuros experimentan sentimientos negativos en la primera visita a su bebe y la mitad de ellas afirmaron que tenían que hacerle frente a estos, además que el 65 % de ellas tienen sentimientos negativos o ambivalentes en las primeras semanas en casa después del alta hospitalaria, lo cual está estrechamente relacionado al presente trabajo, apoyando la anterior hipótesis, ya que en la aplicación de la encuesta para conocer las percepciones de las madres, se evidenció que el 83% de ellas manifestaron sentir angustia y tristeza al saber que su hijo requería cuidados especiales en una UCIN, los cuales después de implementar la ayuda audiovisual en su mayoría desaparecieron o disminuyeron (97%), puesto que les generaba alegría el hecho de presenciar la evolución satisfactoria de su hijo, observar el buen trato por parte del personal, tener en cuenta los cuidados observados

para aplicarlos en casa, considerando así que la implementación de una ayuda audiovisual como parte del CCF es una muy buena estrategia a implementar en las UCIN.

En efecto, en acuerdo a lo propuesto por Jean Watson en su teoría del cuidado humano, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería, para contribuir en la disminución del riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la reestructuración administrativa de la mayoría de los servicios de salud⁴⁸, por tal motivo, esta investigación al implementar éste tipo de estrategias innovadoras, contribuye al fortalecimiento en la prestación de un cuidado humano, a través del establecimiento de una unión espiritual entre las personas, la implementación de elementos de cuidado humano como son: el desarrollo de relaciones de ayuda – confianza entre el personal de salud y los padres de familia donde se promueva la aceptación y expresión de sentimiento negativos y positivos, la promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal y la constante provisión de un ambiente de apoyo y de protección mental, física, sociocultural y espiritual.

10. CONCLUSIONES

- El diseño, elaboración e implementación de ayudas tecnológicas e innovadoras que apalanquen el CCF, ayuda a disminuir el impacto emocional de las madres generado por la hospitalización en una UCIN de su hijo.
- La elaboración de videos dinámicos, innovadores y personalizados para las madres y sus familias contribuyo en el fortalecimiento del vínculo afectivo madre-bebe.
- La implementación de la ayuda audiovisual fue de gran acogida por parte del personal de salud de las UCIN, considerándola de gran apoyo para los padres para sobrellevar la situación estresante vivida durante la hospitalización.
- Las ayudas tecnológicas son consideradas por las madres, como herramientas claves a implementar en las UCIN, puesto que, es de gran satisfacción para ellas poder vivenciar aquellos momentos en los que no pudieron estar en contacto directo con su hijo por diversas situaciones, generando en ellas y sus familias gratos recuerdos duraderos.
- Para las instituciones de salud la implementación de estrategias tecnológicas innovadoras, contribuye a prestar un cuidado de forma cálida y humana a los recién nacidos y sus familias, lo cual genera empoderamiento, prestigio y un plus en el área de calidad a estas.
- Como futuras profesionales en el campo de enfermería la ejecución de la presente investigación nos permitió conocer la realidad social que se vive en las UCIN y fortalecer nuestros conocimientos y habilidades en el saber, el saber hacer y en el ser contribuyendo en nuestra formación integral.

11. RECOMENDACIONES

- La anterior investigación da la oportunidad para que futuras cohortes continúen implementando el uso de estrategias tecnológicas innovadoras con sus grandes beneficios en diferentes áreas.
- Sería importante plantear en futuras investigaciones la eficacia de una ayuda audiovisual como parte del CCF en el vínculo afectivo entre madre- bebe en las UCIN dentro de una investigación de tipo cualitativo q permita explorar significados de las experiencias vividas por las madres
- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, se recomienda implementar en los servicios de neonatología este tipo de estrategias que permitan un mayor acercamiento entre las familias y el personal de salud.

12. ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN A: CLÍNICA SEBASTIÁN DE BELALCAZAR Y CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS



Santiago de Cali, 29 de Noviembre de 2012.

Doctor

Carlos Ocampo/ Adrián Torres Pizarro

Director Medico

Clínica Sebastián de Belalcazar / Clínica Nuestra Señora de los Remedios.

Cordial saludo:

Conociendo el trabajo en el área de neonatología y en el cuidado de las familias que su equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal UCIN, realizan a diario y teniendo en cuenta, que a nivel mundial y nacional el cuidado centrado en la familia **CCF**, el cual esta basado en el principio fundamental de colaboración entre los profesionales de la salud y las familias de los pacientes.

Queremos ponerle a consideración una propuesta de investigación, para ser desarrollada en la UCIN de la Clínica Colombia.

Esta propuesta, denominada **“EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA FAMILIA EN DOS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE CALI”** tiene por objetivo determinar cómo puede influir el

uso de una herramienta audiovisual en el Vínculo de los padres con el recién nacido hospitalizado.

El Dr. conocedor de la propuesta, considera de gran importancia el trabajo, por otro lado para ustedes, como institución es relevante llevarla a cabo ya que se ofrecería un mayor acercamiento, entre el equipo de salud y los padres, y entre estos y el recién nacido. Por otra parte el proyecto traería un impacto positivo para la imagen institucional porque afianza la humanización del cuidado de los bebés particularmente los de alto riesgo.

La ayuda audiovisual, en este caso, sería un video con fotografías, en donde se permite a la familia ver reflejadas las acciones de cuidado rutinarias y otras que el equipo de trabajo en la UCIN realizan con su bebé. Estaría acompañado de un mensaje de texto claro en relación al cuidado, para ser entregado a la familia previa autorización de esta y visto bueno de ustedes.

No siendo más, agradezco su tiempo y atención.

Atentamente,

Luis Alexander Lovera Montilla

Profesor Escuela Enfermería
Universidad del Valle

ANEXO 2. CARTAS DE APROBACION DE LAS CLINICAS



Santiago de Cali, 01 de Febrero de 2013

Señor
LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA
Profesor Escuela Enfermería
Universidad del Valle

Por medio de la presente informamos que de acuerdo a la revisión de la propuesta de investigación denominada **"EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA FAMILIA EN DOS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE CALI"**, hemos aceptado que sea realizada en la Unidad de Cuidado Intensivos de la Clínica Sebastián de Belalcazar (Clínica Colsanitas S.A) con la supervisión de la Dra. María Catalina Medina (Jefe de la UCI NEONATOS).

Se recuerda que de acuerdo a nuestras políticas institucionales, la ejecución de la propuesta investigativa no debe afectar la prestación del servicio en la unidad. Así mismo se requiere de una adecuada presentación personal con uso de uniforme e identificación por parte del grupo investigador.

De antemano agradecemos el haber sido seleccionados como Institución Prestadora de Servicios de Salud y poder contribuir al desarrollo Investigativo de la Universidad y el bienestar de nuestros usuarios.

Atentamente,

CARLOS ALBERTO OCAMPO B.
DIRECTOR GENERAL CSB



Santiago de Cali, Septiembre 13 de 2013

MD2608

Señores
UNIVERSIDAD DEL VALLE
Att: Sr. LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA
Docente Titular Escuela de Enfermería
Ciudad

Cordial Saludo

Teniendo en cuenta que se nos ha tenido como referente para la realización de su estudio "eficacia de una ayuda audiovisual en el cuidado centrado a la familia en una unidad de cuidado intensivo neonatal en Cali, nos complace informarles que pueden realizar sus estudios en el área de unidad de cuidados neonatales CIAMAR

Cordialmente,

ADRIÁN TORRES PIZARRO

Director Medico

Clinica Nuestra Señora de los Remedios.



Instituto de Religiosas de
SAN JOSE DE GERONA

Conm. (572) 608 10 00 - 684 83 00
Fax: (572) 667 27 87
Avda. 2a. Norte No. 24-157
www.clinicadelosremedios.org
Cali - Colombia

ANEXO 3.



CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES



Estimado Padre de familia:

Gracias por dedicar unos instantes de su valioso tiempo para leer y tener en cuenta este consentimiento.

Somos estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad del Valle, institución acreditada de alta calidad; estamos llevando a cabo una **investigación** sobre vínculo afectivo llamada: **“La Eficacia de una ayuda audiovisual en el cuidado centrado a la familia en una unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN)”**, que tiene como objetivo principal determinar cómo influye el uso de una ayuda audiovisual como parte del Cuidado Centrado en la Familia.

La duración de su participación en el estudio es el tiempo que dure la hospitalización del bebé; en donde, lo primero es la presentación de la investigación y la aceptación de su participación en ésta. Al aceptar usted ser parte de la investigación, se procederá a realizar una encuesta de 10 preguntas sencillas, con las cuales se pretende indagar datos sociodemográficos como el género, edad, residencia, estado civil, estrato socioeconómico, actividad laboral, nivel educativo, afiliación al sistema de salud, credo religioso y creencias/cultura para obtener una caracterización de la población. Posteriormente los investigadores aplicaran durante las visitas a su recién nacido una escala llamada **“Escala de observación de vínculo madre – bebé internado en UCIN”**, la cual, se aplicara con una observación no participante; con su aceptación se diseñará una ayuda audiovisual durante el tiempo de la hospitalización, ésta será de su propiedad, y el único fin será el de la presente investigación. Luego se realizará una

encuesta sencilla de 8 preguntas donde usted expresará sus sentimientos y percepciones al momento de observar el video.

Su apoyo consiste en responder a las preguntas planteadas en las encuestas inicial y la final, no acarreará ningún riesgo, al contrario se espera con la ayuda audiovisual obtener un beneficio en relación al nivel de apego con su hijo.

Su participación es voluntaria, la información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad, este NO será publicado en redes sociales, ni ningún tipo de página web, su nombre no será utilizado para otros fines, protegiendo así siempre su identidad. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. Su participación o no en la investigación no afectará la hospitalización de su hijo en UCIN. No recibirá ninguna compensación por participar, ni tendrá que incurrir con ningún gasto. Usted tiene derecho a conocer los resultados cuando culmine la investigación.

Se entrega copia del presente documento, si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con los investigadores Anabel Erazo Barrios al 321 619 57 19, Yeraldine Grajales Barrera al 310 438 03 32, Kellyn Viviana Guzmán Oliva al 3166202437, Luis Alexander Lovera Montilla al 315 555 15 43.

Autorización:

He leído el procedimiento descrito arriba, del cual recibí una copia. Los investigadores me han explicado en que consiste el estudio y han respondido mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo _____ y yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ participemos en la investigación y autorizo la utilización de datos obtenidos en este estudio, en otros con previa aprobación del CIREH.

Firma del padre o madre de familia:

_____ fecha: _____

Testigos:

Nombre. _____

CC:

Nombre. _____

CC:

Nombre. _____

CC:

ANEXO 4.



“EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA FAMILIA EN DOS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL”



ENCUESTA: CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA

Marque con una X la opción elegida.

1. **Sexo :** M F
2. **Edad:**
3. **Primípara múltipara ¿cuántos hijos?**
4. **Residencia:** Urbana Rural Dirección: Teléfono:
5. **Estado civil:** Soltero Casado Unión libre Viudo otro ____ ¿Cuál? _
6. **Estrato socioeconómico:** 1 ----- 2 ---- 3----- 4----- 5----- 6-----
7. **Actividad laboral:**
8. **Nivel educativo:** Básica primaria Bachiller Tecnólogo Tecnología Pregrado
Posgrado otro ¿Cuál?
9. **Afiliación a salud:** Subsidiado ----- Contributivo -----
10. **Credo religioso:**

ANEXO 5. FORMATO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN PRE INTERVENCIÓN



“EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA FAMILIA EN DOS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL”

ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ INTERNADO EN UCIN

Fecha: _____ # HC: _____

Nombre observadora: _____

La administración del protocolo de observación se realiza durante la visita de la madre a su hijo en incubadora internado en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. La observación se inicia en el momento en que la madre se acerca a la incubadora donde se encuentra su hijo, hasta el fin de la visita o hasta transcurridos 5 minutos - lo que suceda primero-. Durante este lapso de tiempo se observan las conductas realizadas por ambos miembros de la diada y se registra la presencia de las mismas en el protocolo de la escala.

La observación es no participante. El observador no da consignas ni estímulos a la madre, sino que se observa el desarrollo natural de la interacción de la diada.

La escala está dividida en 5 funciones con sus respectivos ítems a observar. En cada función se marcará los ítems de la diada que más describa lo observado; además, en el caso de la función visual que incluyen una distinción cualitativa dentro de las miradas – codificadas como A (recorre el cuerpo del bebé con la mirada) y B (mira al rostro del bebé) también deberán marcarse para cada diada.

- ❖ Encerrar en un círculo el ítem correspondiente a lo observado en la interacción Madre/Padre – Recién nacido:

FUNCION DE ACERAMIENTO MATERNO		
Ítem	Posición de la mamá	Posición del bebé
0	Alejada de la incubadora (a + de 30 cm de la incubadora)	De espalda o de frente a la mamá
1	Cercana a la incubadora (a – de 30 cm de la incubadora)	De espalda a la mamá
2	Cercana a la incubadora (a – de 30 cm de la incubadora)	De frente a la mamá
3	Apoyada en la incubadora	De frente a la mamá

FUNCION CORPORAL		
Ítem	MAMÁ	BEBÉ
0	No toca la incubadora	
1	Toca la incubadora	
2	Introduce la mano en la incubadora sin tocar al bebe	
3	Toca al bebe: mano/pie	Acepta que la mamá lo toque: mano/pie
4	Toca al bebé: ropa	Acepta que la mamá lo toque: Ropa
5	Toca al bebé: cara/cuello	Acepta que la mamá lo toque: cara/cuello
6	Acepta ser tocada por el bebé	Busca tocar a la mamá

FUNCION VISUAL		
Ítem	MAMÁ	BEBÉ
0	No mira al bebe	

1	Desde lejos: la madre mira al bebe alejada (a + de 30 cm del bebé) Cualidad de la mirada: A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada B. Mira el rostro del bebe AB.	El bebe acepta la mirada de la madre desde lejos (a + de 30 cm del bebé) Cualidad de la mirada: A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada B. Mirando su rostro AB.
2	Desde cerca: la madre mira al bebe a través del plástico de la incubadora (a - de 30 cm del bebé) Cualidad de la mirada: A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada B. Mira el rostro del bebe AB.	El bebe acepta la mirada de la madre desde cerca (a - de 30 cm del bebé) Cualidad de la mirada: A. Recorriendo su cuerpo B. Mirando su rostro AB.
3	Sin barrera: la madre mira al bebe a través de la incubadora abierta (a - de 30 cm del bebé) Cualidad de la mirada: A. Recorre el cuerpo del bebe con la mirada B. Mira el rostro del bebe AB	El bebe acepta la mirada de la madre sin barrera (a - de 30 cm del bebé) Cualidad de la mirada: A. Recorriendo su cuerpo B. Mirando su rostro. AB.
4	La madre acepta la mira del bebé	El bebe mira a la mamá
Conductas de búsqueda de miradas		
5	La madre busca que el bebé la mira	El bebé responde
6	La madre responde	El bebé busca que la mamá lo mire

FUNCION VERBAL		
Ítem	MAMÁ	BEBÉ
0	No le habla	
1	Le habla alejada del bebe (a + de 30 cm de la incubadora)	Responde al estímulo verbal
2	Le habla cercana al bebé (a – de 30 cm de la incubadora)	Responde al estímulo verbal
3	Realiza algún sonido vocal para llamar la atención del bebé	Responde: presta atención a su madre
4	Le canta al bebé	Responde al canto de su madre

FUNCION POSTURAL						
				Respuesta del otro miembro de la diada		
Marcar con una x			No Responde 0	Responde acercándose 1	Responde alejándose 2	Acepta 3
Modificación de postura	Mamá	Se acerca				
		Se aleja				
	Bebé	Se acerca				
		Se aleja				
No hay modificación de la postura inicial						

PUNTAJE DE LA MADRE / PADRE: _____

PUNTAJE DEL RECIEN NACIDO: _____

ANEXO 6. FORMATO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN POST-INTERVENCIÓN



“EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA FAMILIA EN DOS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL”



ESCALA MASSIE-CAMPBELL DE OBSERVACIÓN DE INDICADORES DE APEGO MADRE-BEBÉ

Fecha: _____ # HC: _____

Nombre observadora: _____

La administración del protocolo de observación se realiza durante la visita; durante los primeros 5 minutos de la visita, durante este lapso de tiempo se observan las conductas realizadas por ambos miembros de la díada y se registra la presencia de las mismas en el protocolo de la escala.

La observación es no participante. El observador no da consignas ni estímulos a la madre, sino que se observa el desarrollo natural de la interacción de la díada.

La escala está dividida en 6 Conductas con sus respectivos ítems a observar. En cada función se marcará con una X los ítems tanto de la madre como del bebe que más describa lo observado.

CONDUCTA DEL BEBE DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE					
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	Si están cerca siempre toca a la madre.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.
AFECTO	Siempre está Intensamente	Frecuentemente irritable, temeroso	Ansiedad moderada	Tensión ocasional, en	Siempre sonriente

	angustiado y temeroso.	o apático.	y/o placer intermitente o poco claro	general sonríe	
PROXIMIDAD O CERCANIA .	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada

RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO					
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos
VOCALIZACION .	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño	Ocasionalmente toca al niño	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.
(b) .	Siempre evita ser tocada por el	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por

	niño				
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa	Frecuentemente irritable, temerosa y apática	Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño	Siempre en contacto físico con el niño.

ANEXO 7.



“EFICACIA DE UNA AYUDA AUDIOVISUAL EN EL CUIDADO CENTRADO A LA FAMILIA EN DOS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL (UCIN)”



ENCUESTA #2: PERCEPCIONES DE LA MADRE/PADRE

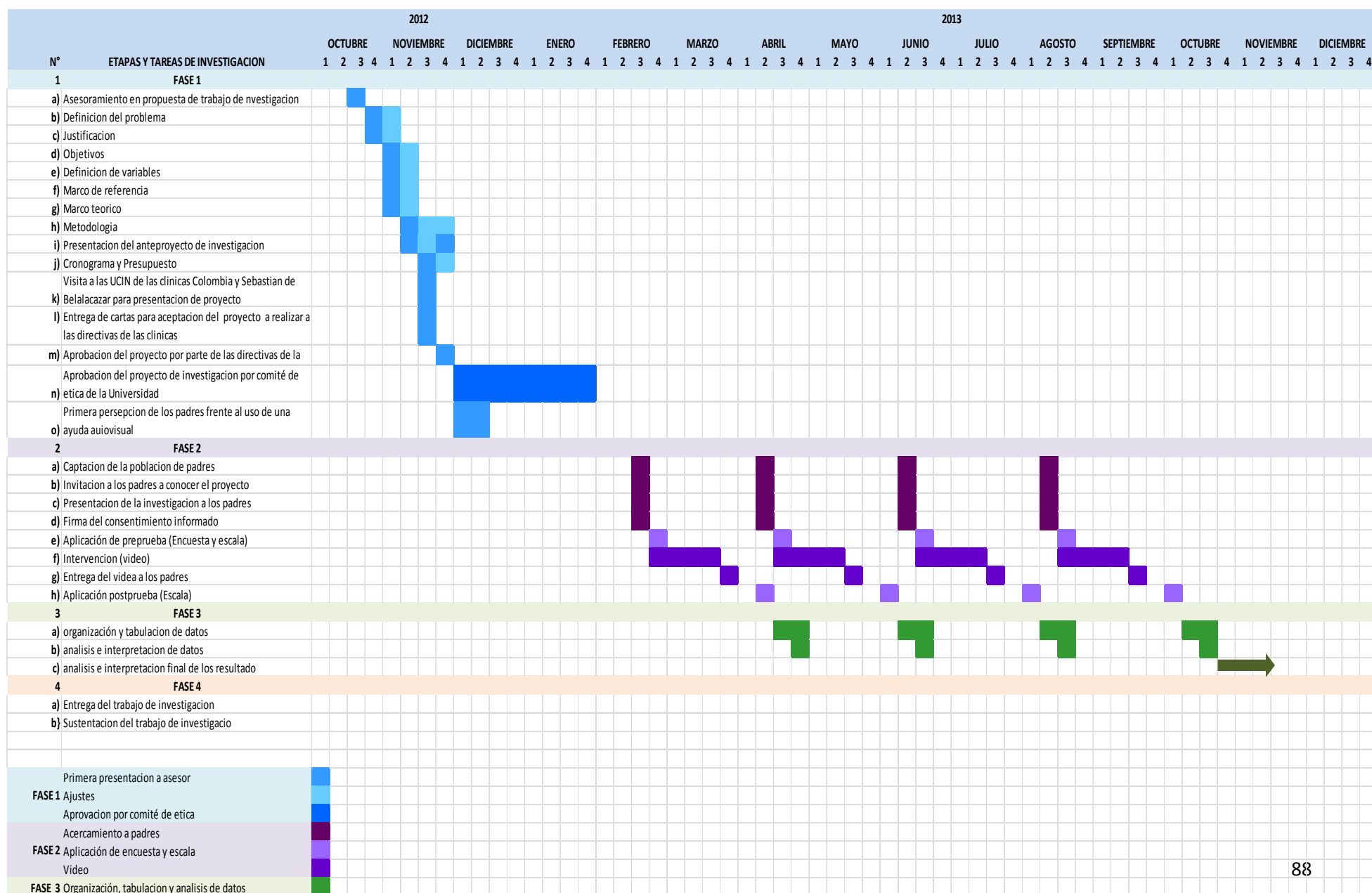
Gracias por dedicar unos instantes de su valioso tiempo para leer y responder las siguientes preguntas. La presente encuesta tiene por objetivo conocer su opinión sobre la ayuda audiovisual (video) que le fue entregada antes de la salida de su hijo de la Unidad de Cuidado Intensivo neonatal (UCIN).

Por favor marque con una “X” la opción que considere más apropiada:

1. Al saber que su hijo inmediatamente después del nacimiento requería cuidados especiales en una UCIN ¿Qué sentimientos le produjo?
 - a. Miedo
 - b. Angustia
 - c. Tristeza
 - d. Otro. ¿Cuál? _____
2. Al observar el video de su hijo (a), sintió:
 - a. Alegría
 - b. Tristeza
 - c. Nostalgia
 - d. Angustia
 - e. Miedo
 - f. Otro ¿Cuál? _____
3. Después de observar el video sus sentimientos expresados en la pregunta número 1 generados a causa de la hospitalización de su hijo, cree usted que:
 - a. Aumentaron
 - b. Disminuyeron

- c. Desaparecieron
 - d. No cambiaron
4. De acuerdo a lo observado cree que el trato del personal con su hijo fue:
- a. bueno
 - b. malo
 - c. regular
5. ¿Piensa usted que los momentos observados en el video, le han ayudado en el cuidado de su hijo(a) ahora que se encuentra en casa?
- a. Si
 - b. No
6. La implementación de este tipo de ayuda audiovisual para contribuir en el fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo le pareció:
- a. Muy buena estrategia
 - b. Buena estrategia
 - c. Mala estrategia
 - d. Le fue indiferente
7. ¿Cree usted que esta ayuda audiovisual sería un recurso importante a implementar en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal?
- a. Si
 - b. No
8. ¿El video realizado a su hijo (a) durante el tiempo de hospitalización en la UCIN, le pareció?
- a. Excelente
 - b. Bueno
 - c. Regular
 - d. Malo

Anexo 8. Cronograma



		2014																																				
		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				
N°	ETAPAS Y TAREAS DE INVESTIGACION	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
2	FASE 2																																					
a)	Captacion de la poblacion de padres																																					
b)	Invitacion a los padres a conocer el proyecto																																					
c)	Presentacion de la investigacion a los padres																																					
d)	Firma del consentimiento informado																																					
e)	Aplicación de preprueba (Encuesta y escala)																																					
f)	Intervencion (video)																																					
g)	Entrega del videa a los padres																																					
h)	Aplicación postprueba (Escala)																																					
3	FASE 3																																					
a)	organización y tabulacion de datos																																					
b)	analisis e interpretacion de datos																																					
c)	analisis e interpretacion final de los resultado																																					
4	FASE 4																																					
a)	Entrega del trabajo de investigacion																																					
b)	Sustentacion del trabajo de investigacio																																					
FASE 1	Primera presentacion a asesor																																					
	Ajustes																																					
	Aprovacion por comité de etica																																					
FASE 2	Acercamiento a padres																																					
	Aplicación de encuesta y escala																																					
	Video																																					
FASE 3	Organización, tabulacion y analisis de datos																																					
FASE 4	Entrega del trabajo y sustentacion de la investigación																																					

ANEXO 9. PRESUPUESTO

GASTOS DE PERSONAL	Valor Hora (pesos)	Horas Semanales	Meses	Valor Total (pesos)
a) Investigador/Asesor	30,000	3	18	6,480,000
b) Investigador 1	5,000	15	18	5,400,000
c) Investigador 2	5,000	15	18	5,400,000
d) Investigador 3	5,000	15	18	5,400,000
e) Estadístico	80,000	3	4	960,000
TOTAL PERSONAL				23,640,000

TRANSPORTE	Valor día (pesos)	# días Semana	Meses	Valor Total (pesos)
Transporte	6,400	3	9	1,036,800

OTROS GASTOS	Valor Unitario (pesos)	Cantidad	Total (pesos)
Cámara de Video	600,000	3	1,800,000
Edición de Video	30,000	40	1,200,000
Gastos de Papelería			150,000
TOTAL			3,150,000

13. BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Mary Frances D. Pate, RN, DSN Department Editor, Van Dell Tracey, MA, Patient- and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit in Our Own Words: One Family's Story, AACN Advanced Critical Care, Volume 22(4), October/December 2011, p 298–300
- ² Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledskey R, Berns S, Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families, Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association, 27 (2), p.32-37, Dec 2007
- ³ Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby AS Hall, Frans W Winkel, Marij Eliëns, Ad JJM Vingerhoets and Hedwig JA van Bakel, The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial, BMC Pediatrics, volume 12 (1), p.76, Jun 2012
- ⁴ Reynaga Ornalias Luxana, Estrés de padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales, junio 1996, pag 9
- ⁵ Walker Sandra B MRCNA, Neonatal nurses' views on the barriers to parenting in the intensive care nursery - a national study, Australian Critical Care 1998;1 1 (3):86-91.
- ⁶ LG Cooper, JS Gooding, J Gallagher, L Sternesky, R Ledskey and SD Berns, Impact of a family centered care initiative on NICU care, staff and families, Journal of Perinatology (2007) 27; pages S32–S37
- ⁷ Ruiz Ana Lía, Ceriani José, Cravedi Veronica y Rodriguez Diana, estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención, 2005; 103(1), pág. 36- 45
- ⁸ Aravena Jofre Viviane Eugenia, Henriquez Fierro Elena, Mother's stress level of newborn in neonatal intensive care unit at the guillermo grant benavente hospital, concepcion, Chile, 1999, pages 31-36
- ⁹ Santos, María Soledad; construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en ucín: resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación; 2008; pag: 207-217: URL disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a54.pdf>

¹⁰ LG Cooper, JS Gooding, J Gallagher, L Sternesky, R Ledsy and SD Berns, Impact of a family centered care initiative on NICU care, staff and families, *Journal of Perinatology* (2007) 27; pages S32–S37

¹¹ Walker Sandra B MRCNA, Neonatal nurses' views on the barriers to parenting in the intensive care nursery - a national study, *Australian Critical Care* 1998; 11 (3):86-91

¹² Cockcroft Sarah, How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care, *Journal of Neonatal Nursing* (2012) 18; pages 105-110

¹³ Griffin Terry, Wishba Cathy, Kavanaugh Karen, Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants, *Journal of Pediatric Nursing*, 1998, Vol 13, No 5; pages 290-295

¹⁴ O.M.S.: Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales. *Actas OMS*. 28:17,1950. 160:11 y anexo 18,1967. 233:18, 1976. Encontrado en URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnconcep.html>

¹⁵ Lubchenco O., Hansman C.H., Dressier M., Boyd E.: Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*, 1963; 32:793-800. Encontrado en URL: http://200.72.129.100/hso/documentos/neo/guiascli/01_Clasificacion_del_Recien_Nacido.pdf

¹⁶ Yale School of Medicine. Medical Group. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN. Encontrado en URL: <http://www.yalemedicalgroup.org/stw/Page.asp?PageID=STW028184>

¹⁷ Alvarez L.N. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. Bogotá, Colombia. . Octubre de 2007

¹⁸ Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson

-
- ¹⁹ Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.
- ²⁰ Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.
- ²¹ Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledskey R, Berns S, Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families, *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 27 (2), p.32-37, Dec 2007
- ²² Saleeba, Ashley, "The Importance of Family-Centered Care in Pediatric Nursing" (2008). School of Nursing Scholarly Works. Paper 48.
- ²³ Saleeba, Ashley, "The Importance of Family-Centered Care in Pediatric Nursing" (2008). School of Nursing Scholarly Works. Paper 48.
- ²⁴ Slideshare, vínculos afectivos 2, 2010; encontrado en URL: <http://www.slideshare.net/arbonillab/vinculos-afectivos-2-3441492#btnNext>.
- ²⁵ Sergi Banús Llorit (Psicólogo clínico infantil) - Tarragona (Catalunya-España), *Psicodiagnosis.es*, psicología infantil y juvenil, el apego, 2012. Encontrado en URL: <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/elapego/index.php>
- ²⁶ Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby AS Hall, Frans W Winkel, Marij Eliëns, Ad JJM Vingerhoets and Hedwig JA van Bakel, The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial, *BMC Pediatrics*, volume 12 (1), p.76, Jun 2012
- ²⁷ Massie-campbell, escala massie-campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress, 2007 (1), pag 1-28.
- ²⁸ Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby AS Hall, Frans W Winkel, Marij Eliëns, Ad JJM Vingerhoets and Hedwig JA van Bakel, The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial, *BMC Pediatrics*, volume 12 (1), p.76, Jun 2012

-
- ²⁹ Capitulo ix. Las ayudas audiovisuales, [en línea]. Málaga, eumednet (SEJ-309); 2007. [Fecha de acceso 2 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/302/ayudas%20audiovisuales.htm>
- ³⁰ Capitulo ix. Las ayudas audiovisuales, [en línea]. Málaga, eumednet (SEJ-309); 2007. [Fecha de acceso 2 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/302/ayudas%20audiovisuales.htm>
- ³¹ Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby AS Hall, Frans W Winkel, Marij Eliëns, Ad JJM Vingerhoets and Hedwig JA van Bakel, The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial, BMC Pediatrics, volume 12 (1), p.76, Jun 2012
- ³² Alvarez L.N. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. Bogotá, Colombia. . Octubre de 2007
- ³³ Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of Advanced Nursing, 1996; 24: 988-996.
- ³⁴ Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York: National League of Nursing, 1988. 158 p.
- ³⁵ Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.
- ³⁶ Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of Advanced Nursing, 1996; 24: 988-996.
- ³⁷ Santos María S.; construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en ucín: resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación; 2008; pag: 207-217; URL disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a54.pdf>
- ³⁸ Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego; Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de apego Madre-Bebé (“Escala de

Apego durante Stress (ADS)”). URL disponible en: prontus.uv.cl/pubacademica/.../m/.../manual_massie_campbell_2007.pdf

³⁹ Gooding Judith S., Cooper Liza G., Franck Linda S., Howse Jennifer L., Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact, Semin Perinatol, Elsevier Inc, Vol 35, pag.20-28, 2011

⁴⁰ De Rouck S., Leys M., Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008), Patient Education and Counseling 76, pag. 159–173, 2009.

⁴¹ Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby AS Hall, Frans W Winkel, MarijEliëns, Ad JJM Vingerhoets and Hedwig JA van Bakel, The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial, BMC Pediatrics, volume 12 (1), p.76, Jun 2012.

⁴² Guerra M, Expresiones y comportamientos de apego madre- recién nacido hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo neonatal, 2013.

⁴³ Santos María S.; construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en ucín: resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación; 2008; pag: 207-217; URL disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a54.pdf>

⁴⁴ Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego; Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de apego Madre-Bebé (“Escala de Apego durante Stress (ADS)”). URL disponible en: prontus.uv.cl/pubacademica/.../m/.../manual_massie_campbell_2007.pdf

⁴⁵ Franklin C, The Neonatal Nurse’s Role in Parental Attachment in the NICU, critical care nursing quarterly, Vol. 29, No. 1, pp. 81–85, 2006

⁴⁶ Guerra M, Expresiones y comportamientos de apego madre- recién nacido hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo neonatal, 2013.

⁴⁷ Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby AS Hall, Frans W Winkel, MarijEliëns, Ad JJM Vingerhoets and Hedwig JA van Bakel, The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial, BMC Pediatrics, volume 12 (1), p.76, Jun 2012.

⁴⁸ Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York: National League of Nursing, 1988. 158 p.