

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO



**COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN UNA
UNIDAD NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES - 2016**

Autor: Lic. Enf. Milagros Segura Urcia

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

Chiclayo, 11 de setiembre del 2018

**COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN UNA
UNIDAD NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES - 2016**

POR:

Lic. Enf. Milagros Segura Urcia

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar por el Grado
Académico de **MAESTRO EN ENFERMERÍA.**

APROBADO POR:

Mtro. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz
Presidenta de Jurado

Mtro. Yolanda Beatriz Villarreal Ortiz
Secretaria de Jurado

Mtro. Adela Rosanna Núñez Odar
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 11 de setiembre del 2018

DEDICATORIA

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento.

La autora

AGRADECIMIENTO

A Dios, por cada una de los momentos que me permitió vivir, por guiar mi camino.

La autora

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen y Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: Marco teórico conceptual:	
1.1 Antecedentes del problema	12
1.2 Base teórico-conceptual	14
CAPÍTULO II: Marco Metodológico:	
2.1 Tipo de investigación	19
2.2 Abordaje Metodológico	19
2.3 Sujetos de Investigación	20
2.4 Escenario	21
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
2.6 Procedimiento	22
2.7 Análisis de datos	23
2.8 Criterios de Rigor Científico	24
2.9 Criterios Éticos	25
CAPÍTULO III: Resultados y Análisis Preliminar	27
Consideraciones Preliminares	49
Recomendaciones	50
Referencias bibliográficas:	51
Anexos	55

RESUMEN

Cuando una de las necesidades del recién nacido se encuentra alterada, el neonato emite señales (llanto, gesticulaciones, movimientos) que el profesional de enfermería debe reconocer para proporcionarle el confort necesario durante su hospitalización. Esto, constituye un proceso de comunicación, donde la interpretación de signos y señales se convierten en un lenguaje que se registra como aprendizaje sensible. Surgiendo la interrogante ¿cómo es la comunicación enfermera – paciente en una unidad neonatal? Así, esta investigación de carácter cualitativo, desde la metodología de estudio de caso, tuvo por objetivo describir, analizar y comprender como es la comunicación enfermera–paciente en una Unidad Neonatal; con la finalidad, de reconocer la comunicación como base para el desarrollo de un cuidado humanizado en el área de neonatología. El marco teórico, se basó en las teorías de Watson, Travelbee y el modelo de interacción de Katherine Barnard. El escenario fue el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM); el sujeto de investigación, estuvo conformado por doce enfermeras del servicio mencionado; en la recolección de datos, se empleó la entrevista semi estructurada, la cual fue validada a través del juicio de expertos. La muestra fue determinada por la técnica de saturación; los datos fueron procesados a través del análisis temático; respetando los principios éticos y de científicidad. Obteniendo como resultado cuatro categorías: atribuyendo significados a los diferentes tipos de llanto, humanizando el cuidado a través de la comunicación con el neonato, la respuesta del neonato ante la comunicación y obstáculos que interfieren en la comunicación.

PALABRAS CLAVE:

Comunicación, cuidado de enfermería, recién nacido y unidad de cuidados neonatales.

ABSTRACT

When one of the needs of the newborn is altered, the neonate emits signals (crying, gestures, movements) that the nursing professional must recognize to provide the necessary comfort during their hospitalization. This constitutes a communication process, where the interpretation of signs and signals becomes a language that registers as sensitive learning. Emerging the question: how is the nurse - patient communication in a neonatal unit? Thus, this qualitative research, from the case study methodology, aimed to describe, analyze and understand how the nurse - patient communication in a neonatal unit is; with the purpose of recognizing communication as a basis for the development of a humanized care in the area of neonatology. The theoretical framework was based on the theories of Watson, Travelbee and the interaction model of Katherine Barnard. The scenario was the neonatology service of the Teaching Regional Hospital Las Mercedes (HRDLM); the research subject was made up of twelve nurses from the aforementioned service; In the data collection, the semi-structured interview was used, which was validated through expert judgment. The sample was determined by the saturation technique; the data was processed through the thematic analysis; respecting the ethical and scientific principles. Obtaining as a result four categories: attributing meanings to the different types of crying, humanizing care through communication with the newborn, the neonate's response to communication and obstacles that interfere in communication.

KEYWORDS:

Communication, nursing, newborn and neonatal care.

INTRODUCCIÓN

En diferentes servicios de una institución hospitalaria encontramos pacientes que pueden comunicarse de forma directa con el profesional de enfermería ante una incomodidad, expresando su malestar a través de diálogos como: “tengo hambre”, “tengo frío”, etc. Sin embargo, en una unidad de cuidado neonatal, el recién nacido, emite sonidos como el llanto o realiza gesticulaciones, que evidencian un malestar frente a la alteración de sus necesidades, de esta forma, el profesional de enfermería se encuentra de forma diaria ante la siguiente interrogante: ¿Qué significa el llanto del bebé? ¿Tiene hambre, dolor?; frente a ello, se debe reconocer que las señales emitidas por el neonato se convierten en un patrón de comunicativo que debe ser interpretado por el profesional de enfermería para brindar un cuidado humanizado.

El cuidado es definido por Watson como “una forma de expresión, relación con otro ser y con el mundo”, “una actitud fundamental, un modo de ser, mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud”¹; esta interacción, permite establecer una relación terapéutica encaminada a mejorar la salud del ser cuidado. En relación a ello, la comunicación, es una pieza fundamental en enfermería, pues la persona es un ser social por excelencia.

En enfermería, la comunicación, es un proceso que permite la interpretación hermenéutica y la comprensión de la realidad, ayudando a entender la conciencia histórica de la persona; siendo necesaria desarrollar diferentes tipos de comunicación, como la comunicación verbal y no verbal.² A partir de ello, la comunicación se convierte en una competencia que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, permitiendo establecer una relación interpersonal enfermera – paciente, donde la enfermera marca su presencia profesional al expresar un cuidado

humanizado.

Es necesario, reconocer que la comunicación es una herramienta básica del proceso de "cuidar", representando un eslabón esencial del cuidado, pues aproxima a los sujetos y proporciona momentos de preocupación con el otro. Ello, evidencia la interdependencia entre comunicación (a medio camino de la integralidad) y el cuidado (en el que la integralidad es esencialmente ella misma), toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa.⁵

En el servicio de neonatología, el recién nacido genera mensajes cuyo significado la enfermera debe aprender a comprender para satisfacer sus necesidades, de este modo, el proceso de cuidar por gestos y palabras permite al enfermero analizar e interpretar los mensajes para establecer la terapéutica y aliviar las necesidades afectadas del recién nacido.

Se puede afirmar, que desde el primer contacto con el recién nacido, el profesional de enfermería, entabla un proceso de comunicación, que se inicia desde la valoración², cuando la enfermera emplea el tacto para ofrecer contención al recién nacido mientras realiza el examen físico u otro procedimiento, ante lo cual, el neonato emite una respuesta de satisfacción o confort (cese de llanto, fascie tranquila).

Este razonamiento nos permiten entender que la relación interpersonal enfermera-paciente atraviesa por matices de la comunicación y del cuidado: abarcando el aspecto procedimental, técnicas de fundamentos de enfermería y conocimiento científico (cuidado instrumental), lo que se presenta por una comunicación objetiva; que incluye el cuidado orientado a las cuestiones subjetivas, sentimentales y emocionales (cuidado expresivo) manifestado a través de una comunicación afectiva, la cual definimos por un lenguaje en que los sentimientos de los sujetos involucrados pasan por un

intercambio de mensajes.³

Se debe reconocer, que la comunicación con el neonato es parte del cuidado y constituye un reto para el personal que labora en neonatología, ya que implica tocar, oír y sentir para poder determinar las necesidades físicas, biológicas y afectivas del ser cuidado, dado que el neonato manifiesta sus sentimientos y emociones con un lenguaje verbal y no verbal.⁴ Así, la enfermera, aprende a identificar en el llanto y los gestos emitidos por el bebé, señales de alarma; a las que atribuye significados como hambre, dolor o incomodidad; ante ello, el profesional de enfermería emitirá una respuesta, que puede ser: el uso de la voz, la contención, o la alimentación del bebé.

Sin embargo, muchas veces, estas situaciones pasan inadvertidas, siendo asumidas como parte del cuidado y no verdaderamente como una de las habilidades y fortalezas que el profesional de enfermería va formando en su ser enfermera, las cuales, permitirán revalorar la cotidianidad del ejercicio profesional, comprendiendo, que todas las intervenciones de cuidado tienen un sustento científico, siendo este un punto de partida para plantear estrategias y mejoras en el quehacer diario de enfermería.

Lo mencionado, puede evidenciarse en la labor diaria del profesional de enfermería del servicio de neonatología, que cuida diariamente de 8 a 10 neonatos con dependencia III; donde a lo largo de un turno de trabajo, se puede observar a la enfermera aprende a identificar las señales emitidas por el recién nacido como un patrón de comunicación que forma parte de su cuidado, por ejemplo : durante la aplicación de un medicamento a un bebé que se encuentra sedado, se puede observar, en ocasiones, que el recién nacido frunce el ceño y se observa en el monitor el incremento del latido cardiaco, ante ello, la enfermera asocia estas constante al dolor; y verifica la posición de la vía periférica. Así también, es usual, que cuando lllore un niño, el personal diferencie el llanto mencionando, si es de hambre, dolor o

necesidad de afecto y contención.

Estas situaciones, sumadas a la sobrecarga laboral de las tareas asistenciales, administrativas y docentes propias del servicio, tiene como resultante que el enfermero, en algunas ocasiones, no cuenta con el tiempo necesario para detenerse a reflexionar sobre la comunicación que se da entre la enfermera y neonato, lo cual, es de suma importancia durante el cuidado brindando al recién nacido.

Respecto a esta temática se han encontrado solo investigaciones de nivel internacional, entre las que resalta “Modelo de cuidado: Un acto de comunicación enfermera – neonato”. México 2012 ⁴, el cual, enfoca a la comunicación como una pieza clave en el cuidado de enfermería, buscando resaltar el desarrollo de esta habilidad, como un modelo de cuidado que permite detectar las necesidades del neonato y generar un ambiente de confort y bienestar facilitando el cuidado individualizado.

De esta forma, la investigación presentada formuló como problema de investigación ¿Cómo es la Comunicación Enfermera–Paciente en una Unidad Neonatal?, en torno a la pregunta de investigación se planteó como objetivo describir, analizar y comprender como es la comunicación Enfermera–Paciente en una unidad Neonatal, HRDLM – 2016; con lo se evidenció que la comunicación es una herramienta trascendental que permite lograr un cuidado humanizado, dado que permite conocer como la enfermera en medio de su cotidianeidad va fortaleciendo y aplicando su conocimiento personal, empírico y estético.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes del problema:

En torno a la investigación realizada se encontraron a través de los motores de búsqueda dos artículos a nivel internacional, los cuales, presentan como sujetos de investigación a la enfermera y al neonato.

Una de las investigaciones encontradas se titula “Modelo de cuidado: Un acto de comunicación enfermera – neonato”. México 2012, fue realizada por Muñoz Sánchez, L. y Luna Ferrales, C. Este estudio de tipo cualitativo, a través del diseño metodológico de teoría fundamentada, tiene como propósito presentar un modelo de cuidado que pretende fomentar el desarrollo de habilidades en la comunicación enfermera - neonato en el personal que labora en el servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Para la recolección de los datos se realizó una entrevista semi – estructurada a diez enfermeras., con lo cual, se identificó, que la adopción de un modelo innovador de cuidado en la UCIN permite detectar las necesidades del neonato generando un ambiente de confort y bienestar facilitando el cuidado individualizado. ⁴

La segunda investigación, denominada “La comunicación enfermera paciente neonatal: la verdadera expresión de amor sin uso de la voz”, realizado por Triana Monroy, L. en Colombia 2015. Es una investigación cualitativa, que a partir de la metodología de historia de vida, muestra como el cuidado de enfermería basado en la comunicación verbal y no verbal con el paciente; busca, en fin último la interacción de las partes (enfermera – paciente – familia) para concebir el concepto de holismo, humanización, interculturalidad y dignidad; sin interferir en el proceso de recuperación del recién nacido, poniendo a prueba la concomitancia de prácticas personales, empíricas e interdisciplinarias, para los beneficios de las acciones de atención y por la inclusión de una comunicación no verbal efectiva en pro de la

satisfacción de necesidades y bienestar de una familia centrada en la recuperación del recién nacido que reside en la hospitalización .⁵

Asimismo, esta investigación realizada se fundamenta en 2 artículos direccionados al tema de comunicación enfermera – paciente, las cuales son:

- “Comunicación entre la enfermería y los clientes imposibilitados de comunicarse verbalmente”, Brasil 2007. Este estudio realizado por Fabiani Bock, L. y Coelho de Souza, M. es de carácter cualitativo, y a través de la metodología investigación – acción, propone una reflexión sobre el cuidado de enfermería al cliente imposibilitado de comunicarse verbalmente, para ello, emplea la Teoría de Paterson y Zderad, analizando el proceso comunicacional entre la enfermería y el cliente. Además, utiliza como instrumentos de recolección de datos la observación no participante, teniendo como escenario tres oficinas existenciales, incluyendo la participación de nueve técnicos en enfermería.⁶

- Comunicación no verbal enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Essalud, Chiclayo 2010, esta investigación realizada por Cruzado R., Tarrillo E.L. es de carácter cualitativo; y, a través, de la metodología de estudio de caso, describe, analiza y comprende cómo es la comunicación no verbal enfermera - paciente de la UCI, para ello, emplea como herramienta de recolección de datos una entrevista semi - estructurada abierta a profundidad y la observación no participante, obteniendo como resultado las siguientes categorías y subcategorías: utilizando formas de comunicación no verbal enfermera-paciente; el arte de la comunicación no verbal: una habilidad creativa de la enfermera intensivista; el toque terapéutico: una forma de comunicación no verbal para brindar seguridad emocional y apoyo espiritual.⁷

1.2. Base teórico-conceptual:

Se denomina recién nacido, a todo neonato que tiene 28 días de vida contados desde su nacimiento, ya sea por parto normal o por cesárea, si bien, esta etapa de vida es muy corta, los cambios que se suceden pueden desembocar en consecuencias muy determinantes para el resto de la vida del recién nacido, por ello, el neonato requerirá de un cuidado y de una atención constante como consecuencia de la vulnerabilidad que presenta.^{4,8}

Würzburg, afirma que el llanto es una manifestación del lenguaje en el neonato, el cual está condicionado por el idioma materno; dado que intra-útero, el feto percibe diferentes entonaciones y características de la lengua materna, es posible, que al nacer, traten de reproducir esos patrones acústicos (balbuceo, gorgogeo) para aumentar el vínculo afectivo con su madre. A partir de ello, puede decirse que el llanto, es un lenguaje inarticulado, a través del cual, el bebé expresa sus necesidades primarias de afecto, hambre, frío, o incomodidad; cabe agregar, que los sonidos emitidos por el recién nacido presentan una determinada melodía y ritmo; los cuales, van acompañados de gestos y movimientos.⁹

En relación a lo descrito, Barnard, define al recién nacido como un ser que envía señales a la persona que lo cuida; el acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación del cuidador e inducirá los cambios oportunos en su actitud. Pues, el neonato, muestra signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal.¹⁰

Lo mencionado, puede observarse de forma diaria en el servicio de neonatología del HRDLM, lugar donde los recién nacidos son hospitalizados e interactúan de forma directa con el profesional de enfermería, quienes de forma diaria observan los signos y señales que realiza el recién nacido; y lo asumen como lenguaje, a través del cual, el neonato manifiesta hambre, frío,

incomodidad, necesidad de afecto, etc.

Debemos considerar, que el recién nacido, cambia su entorno de la vida uterina a un ambiente que le proporciona mayores estímulos; sin embargo, este cambio se ve afectado cuando el recién nacido atraviesa un problema de salud, pues al ser hospitalizado, requiere un cuidado especializado en una unidad neonatal, donde establece una relación de interacción con el profesional de enfermería.

Una unidad neonatal, es una sección de una institución hospitalaria especializada donde el recién nacido se encuentra para recibir cuidado médico y de enfermería permanente, intensivo y oportuno, contando con tecnología de alta complejidad; o en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, si el neonato no es crítico, pero presenta patología que requiere recibir atención de salud y monitorización no invasiva, vigilancia y manejo de enfermería permanente. ¹¹

Cuando el recién nacido ingresa a una unidad de cuidado neonatal, desde el primer momento de interacción entre la enfermera y el neonato, se entabla un proceso de comunicación que inicia desde la valoración, y continua, cuando el profesional de enfermería emplea el tacto para ofrecer contención al recién nacido mientras realiza un procedimiento, ante lo cual el neonato emite una respuesta que debe ser interpretada por el profesional.

De esta forma, puede reconocerse que el cuidado enfermero, establece una interacción basada en la comunicación que existe entre la enfermera y el neonato, donde la primera aprende a interpretar las señales emitidas por el segundo, con la finalidad de reconocer las necesidades del recién nacido y poder establecer las estrategias necesarias para brindarle confort. ⁷

Lo mencionado, se fundamenta en el modelo de atención propuesto

por Katherine Barnard, quien menciona que el recién nacido emite señales que debe ser reconocidos por su cuidador (enfermera) para poder dar respuesta a sus necesidades primarias.¹⁰

Estas señales constituyen un mensaje que es enviado por el recién nacido, el cual cumple el papel de emisor ante su cuidadora (profesional de enfermería), quien es su receptor; con estos elementos, se da un acto de comunicación; el cual, es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de “cuidar”, mostrándose como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro; por ello, no hay acción de cuidar que no constituya en una acción comunicativa.³

Según Sáenz, a través de la comunicación, la enfermera conoce al neonato y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades (respuestas y sentimientos), y en consecuencia, toma decisiones respecto a las estrategias y terapéutica requerida⁴, la cual, tiene como finalidad promover la condición del sujeto de cuidado, para que recupere su salud y esté listo para ir a casa al alta hospitalaria.

A partir de ello, podemos decir que el cuidado enfermero involucra un proceso de interacción, que presenta a la comunicación como un vínculo entre el ser cuidado y el profesional de enfermería; siendo, un elemento indispensable del proceso de cuidar, el cual, garantiza una práctica humanizada, en la que existe un intercambio de mensajes que se necesitan comprender.

La comunicación, puede definirse como la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor. Los procesos de comunicación son interacciones mediadas por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio de códigos y tienen unas reglas

semióticas comunes.⁷ Asimismo, Phillip, describe a la comunicación, como un proceso que permite la interpretación y la comprensión de la realidad, además ayuda a entender a las personas, propiciando la conformación de una concepción sistematizada del mundo¹², pues se produce un proceso de aprehensión en el que se otorga un sentido y significado a lo que nos rodea.

Lo mencionado, trasferido al objeto de la investigación, se evidencio en el sistema de comunicación que existe entre la enfermera y el recién nacido en una unidad neonatal, pues en este entorno el recién nacido emite señales que deben ser identificados por el profesional de enfermería para la satisfacción de sus necesidades; ello se observa, cuando la enfermera atribuye un significado al llanto del recién nacido, diferenciando cuando este es por hambre, dolor o disconfort.

De esta manera, podemos comprender que cada persona tiene una forma distinta de interpretar el contenido del mensaje intercambiado, es decir, cada contenido encierra una intencionalidad, que genera deducciones y conllevan a descifrar una información específica.

Considerando la base teórica presentada la autora define a la comunicación enfermera – neonato, como un proceso de interacción, donde el profesional de enfermería desarrolla la habilidad de comprender el lenguaje del neonato, el cual está compuesto de balbuceos, llanto y gesticulaciones; las cuales, encierran un mensaje que simbolizan una necesidad alterada necesaria para su supervivencia. Y en la medida que la enfermera desarrolle esta habilidad, lograra una mayor sensibilización ante las señales del neonato, logrando a partir de ello, un cuidado humanizado, que se evidencia en la preocupación y desvelo por el otro.

Por ello, a través de esta investigación, se buscó realizar un repaso de los diferentes aspectos de la comunicación en una unidad neonatal donde se

hace uso del tacto, la mirada, la voz, el llanto y los gestos, a partir, de lo cual se conocen las distintas formas que adopta el profesional de enfermería en el sistema de comunicación para aliviar las necesidades del recién nacido, a partir de las experiencias diarias durante el ejercicio de su cuidado en una unidad neonatal.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación:

La investigación cualitativa es una investigación social, estudia fenómenos que no son explicados a través de números e índices, siendo analizados como sistemas complejos interrelacionados desde el punto de vista humano, empleando la descripción de hechos en la generación de conocimiento que permita comprenderlos. Así, esta investigación de carácter cualitativo, es un planteamiento sistemático y subjetivo, empleado para describir las experiencias y situaciones en relación al cuidado humanizado, con la finalidad de describirlo, analizarlo y comprenderlo, otorgándole un significado, y con ello, mejorar la atención y el quehacer de enfermería.¹³

En relación al párrafo anterior, esta investigación permitió describir, analizar y comprender como es la comunicación Enfermera – Paciente en una unidad Neonatal. HRDLM – 2016, para ello, tuvo en consideración las experiencias relatadas por las enfermeras de la unidad de neonatología, a través, de una entrevista semi estructurada, la cual permitió obtener información y luego organizarla según categorías para dar respuesta a la problemática de estudio.

2.2. Abordaje Metodológico:

En cuanto al abordaje metodológico se creyó conveniente emplear la metodología de estudio de caso, la cual consiste en el acopio de información durante un periodo prolongado, que permitió realizar un análisis a profundidad¹⁴. Por ello, a lo largo de la investigación, se buscó identificar como es la comunicación enfermera – paciente en una unidad neonatal; para ello, se siguieron las tres fases del estudio de caso basadas en Burns N.

a) Fase exploratoria: En este primer momento, se inició la problematización, planteada por la investigadora, producto de la experiencia y la observación del campo clínico (Hospital Regional Docente Las Mercedes);

que acompañado de la revisión bibliográfica, permitió elegir una técnica de recolección de datos (entrevista semi - estructurada), y la elaboración del proyecto de investigación, el cual, constituyó la columna vertebral del presente estudio.

b) Delimitación del estudio: En esta etapa el investigador delimitó los elementos claves y procedió a recolectar de forma sistemática la información a través del instrumento elegido, empleando además la técnica de saturación de datos.

c) Análisis temático y elaboración del informe: esta etapa consistió en la transcripción de entrevistas, extracción de unidades de significado, se tornó esta información disponible a los participantes, con la finalidad de corroborar la información obtenida. Además, se organizaron las unidades de significado en categorías y sub categorías que contribuyeron en el desarrollo de la investigación.

2.3. Sujetos de Investigación:

Los sujetos de investigación estuvieron conformados por 16 enfermeras del área de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes; este número fue delimitado por la técnica de saturación o redundancia. Burns, menciona que “el número de participantes en un estudio cualitativo es el apropiado cuando en el área de estudio se alcanza una saturación de información. La saturación de los datos se da cuando los muestreos adicionales ya no proporcionan nueva información”^{13,14}. Para seleccionar a los sujetos de investigación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

Criterios de inclusión:

- Ser enfermera que labore en las en el servicio de neonatología (UCI, Intermedios I, Intermedios II) del H.R.D.L.M.
- Profesional de enfermería que labore más de 6 meses consecutivos en el servicio de neonatología.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras del servicio de neonatología con una antigüedad menor a 6 meses.

Teniendo en consideración, los criterios mencionados con anterioridad, se realizó la entrevista a 12 enfermeras, protegiendo su confidencialidad e identidad, al emplear seudónimos de flores.

2.4. Escenario:

El lugar donde se captó a los sujetos de investigación fue el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente "las Mercedes", este servicio, funciona desde el año 1970, y pertenece al departamento de pediatría, actualmente está ubicado en un segundo piso lejos de sala de partos, siendo este una estructura de material noble.

El servicio de neonatología, atiende a neonatos con problemas de salud, los cuales, nacen en la institución y otros son referidos de clínicas y centros de salud de la región de Lambayeque; de forma anual, se atiende a un promedio de 265 recién nacidos que ingresan por diversas patologías entre las que se pueden mencionar problemas respiratorios, infecciosos, o quirúrgicos.

Esta área, está dividido en 3 ambientes: unidad de cuidado intensivo neonatal, unidad de cuidados intermedios 1 y unidad de cuidados intermedios 2; el primero, se encarga de neonatos en estado crítico con patología respiratoria; el segundo, de neonatos que ingresan para ganancia de peso; y el tercero, encargado de aquellos recién nacidos con problemas infecciosos.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La recolección de datos, se realizó a través de una entrevista semi estructurada, la cual puede definirse como un proceso comunicativo, en el que el investigador extrae la información del informante, donde la principal característica de esta herramienta es reflejar la subjetividad directa del informante, a partir del establecimiento de preguntas clave.¹⁵ Este instrumento fue validado a través de un juicio de expertos, con lo cual se confirmó su confiabilidad y validez, lo cual permitió al investigador obtener resultados apropiados para la investigación,

Cabe mencionar, que las entrevistas se realizaron en el Star de enfermería del servicio, en un tiempo no mayor de 30 minutos, considerando la disponibilidad del sujeto de estudio (profesional de enfermería). Además se realizó una prueba piloto en el Hospital Regional Lambayeque, donde se realizó la entrevista a tres enfermeras pertenecientes en el área de Cuidados intermedios neonatales 1.

2.6. Procedimiento:

El proyecto de investigación fue presentado en la Universidad de origen, a la oficina de post grado, quienes realizaron la revisión del mismo y verificaron la vialidad del estudio; de forma posterior, una vez aprobado el proyecto, emitieron una resolución de aprobación.

Luego, se realizó el trámite correspondiente en la oficina de capacitación del Hospital Regional Docente Las Mercedes, quienes emitieron una constancia de autorización, que permitió el ingreso a la institución y la realización de las entrevistas en el servicio de neonatología. Para ello, se coordinó con las enfermeras del servicio los horarios para la ejecución de las entrevistas.

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a realizar la transcripción de la información, para luego iniciar el análisis y procesamiento de datos. Lo que permitió la elaboración de categorías y sub categorías.

2.7. Análisis de datos:

Para la presente investigación se realizó el tratamiento de los datos mediante el análisis temático, el cual es una estrategia utilizada en diseños cualitativos, consiste en descontextualizar cada una de las entrevistas como un todo, realizando una codificación de los contenidos de las mismas. Luego, a partir de datos textuales, se descompone el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías, siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existen en función de criterios pre establecidos.¹⁶

Para ello, el investigador transitó por tres fases:

La primera denominada “pre análisis”, en esta fase la investigadora preparó el material obtenido de las entrevistas dirigidas a los sujetos de estudio, mediante la transcripción de la grabadora hacia un registro en el cual se evidenciaron las narraciones tal y como fueron emitidas.

Se transcribieron 12 entrevistas realizadas a las enfermeras del servicio de neonatología del H.R.D.L.M., se protegió su identidad otorgándoles como seudónimo nombres de flores, los que de forma posterior, sirvieron para la organización de los datos encontrados. Cabe mencionar que durante cada una de las entrevistas el investigador permaneció imparcial, garantizando así la confiabilidad de los datos obtenidos.

La siguiente fase, denominada análisis, el investigador estudió y analizó el material mediante la operación de codificación que es “una transformación de los datos brutos del texto por descomposición, agregación y enumeración para la representación del contenido”.¹⁵

La descomposición de los datos recogidos a partir de las entrevistas realizadas al profesional de enfermería, permitió la construcción de núcleos de significados, se realizó el análisis de las mismas y se categorizó la información teniendo en cuenta las premisas seleccionadas en el marco teórico.

La tercera fase, consiste en “el tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos, aquí los resultados son tratados de tal manera que sean significativos y válidos”¹⁴. Una vez analizados los datos se procedió a resumir y representarlos para su mejor comprensión e interpretación, relacionando la información de acuerdo a los propósitos del estudio para la elaboración de conclusiones”.

2.8. Criterios de Rigor Científico:

La calidad de una investigación científica, se determina y señala a través del rigor metodológico con el que ha sido diseñada y desarrollada, y a la confianza que se puede tener en la veracidad de los resultados conseguidos. Para ello, se tendrá en cuenta los principios propuestos por Lincoln y Guba:

El principio de validez y credibilidad alude la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación y hace referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen de la realidad estudiada.¹⁷ En la investigación propuesta este principio se aplicó en el cuidado de la relación entre los datos obtenidos por el investigador y la realidad que cuentan los relatos de los participantes.

La transferibilidad, consiste en transferir los resultados de la investigación a otros contextos¹⁸; por ello, este estudio está dirigido a dar una descripción detallada del contexto y participantes, el muestreo teórico y la recogida exhaustiva de datos; de esta manera, los futuros lectores podrán manejar la

información necesaria para establecer comparaciones y transferir datos a otros contextos. En esta investigación, el autor examinó como los resultados se ajustan a otros contextos; por ello, se describió el escenario y las características de los sujetos de investigación; de esta manera, el lector puede transferir esta información a su realidad,

2.9. Criterios Éticos:

Se consideró el Decreto Supremo de Justicia 011 – 2011, denominado “Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos”, el cual, constituyen un referente vinculante a toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana, destacando el respeto a la persona humana y a su dignidad.¹⁹

Estos principios están basados en la bioética personalista de Elio Sgreccia²⁰, quien sostiene una concepción ontológica en el ámbito de la meta-bioética. En el caso, de la presente investigación, los principios que se consideraron a lo largo de este trabajo son:

Como primer punto, el principio de Autonomía y Responsabilidad; quien menciona que toda investigación y aplicación científica y tecnológica se desarrollará respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada. El consentimiento efectuado puede ser revocado en cualquier momento, sin que esto cause desventaja o perjuicio alguno para la persona paciente.^{19,20}

Este principio permitió que el investigador respete en todo momento la decisión de los sujetos de estudio de participar o no de esta investigación, siendo importante mencionar que no se coaccionó la participación de estos; si no que por libertad y voluntad propia los sujetos de estudio aceptaran participar de la investigación; para ello, antes de iniciar la entrevista semi

estructurada se dedicó un tiempo para detallar a los participantes, los objetivos de la investigación y la relevancia de su participación; asimismo, se protegió la identidad de la persona, la cual no será revelada en la investigación; para ello, se le asignó un seudónimo a cada participante; dándole a las enfermeras del servicio de neonatología la oportunidad de elegir como seudónimo el nombre de una flor. Todo este proceso se realizó a través del consentimiento informado, en donde los sujetos de estudio a través de su firma expresaron su autorización para participar de la investigación.

Además, se consideró el Principio de Sociabilidad – Subsidiariedad, la salud no solo corresponden a un bien personal sino también social, por ello, este principio obliga a la comunidad a ayudar donde la necesidad sea mayor, por ello se entiende que la protección de la salud es de interés público y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.^{19,20} Aplicado a la investigación, toda la información procesada se socializará en eventos científicos, lo cual permitirá mejorar la intervención de los actores sociales con la finalidad de mejorar el cuidado brindado al neonato, haciendo extensivo el conocimiento para beneficio de la sociedad.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS PRELIMINAR

El primer lenguaje del recién nacido es el llanto, donde a partir de este, el neonato es capaz de expresar sus necesidades y entablar un proceso comunicativo con su entorno. Así, el neonato cumple una labor de emisor al enviar un mensaje que se traduce a una respuesta humana que permite establecer un contacto con su cuidador y satisfacer una necesidad afectada; ante ello, el profesional de enfermería va:

1. Atribuyendo significados a los diferentes tipos de llanto durante la comunicación enfermera – neonato.

El llanto es un fenómeno complejo que implica la producción de sonido en las cuerdas vocales y que ocurre fundamentalmente durante la fase espiratoria de la respiración; requiere el funcionamiento de los músculos respiratorios, laríngeos y supra laríngeos; por lo tanto, está bajo el control de los sistemas de regulación neurovegetativa del tallo cerebral, especialmente el complejo vagal que incluye los pares craneales IX a XII. Es también un mecanismo innato de expresión conductual de estados funcionales, que se consideran fases muy tempranas de naturaleza emocional o psicológica, aún como medio de comunicación controlado por estructuras supra segmentarias, como el sistema límbico, las áreas corticales de asociación y el cerebelo.²¹

Además, el llanto, es considerado la primera manifestación vocal del recién nacido, denominándosele un "estado funcional", que en la normalidad se alterna con los de actividad, vigilia y sueño.²¹ Es un patrón acústico complejo, organizado con seriedad y directamente regulado por el sistema nervioso central (Brazelton)²². En las unidades neonatales, es importante conocer las características normales del llanto del neonato, para la identificación de determinadas situaciones, pues este, es un medio de

expresión muy importante que tiene el neonato de expresar algo que le gusta, desagrada o necesita.

A partir de ello, podemos reconocer que el llanto es la primera manifestación del lenguaje humano, el cual, es natural y exclusivo de la especie humana y simboliza un signo de vitalidad.²⁵ Además, este es uno de los aspectos más importantes de la personalidad humana y es el único modo, donde el niño puede expresar su estado de ánimo; por ello, se debe considerar que el llanto es el lenguaje empleado por el recién nacido para comunicarse con su entorno. Lo referido puede evidenciarse en los siguientes discursos expresados por el profesional de enfermería:

Con el llanto el neonato te llama, te dice que algo le pasa; tú lo escuchas y algo ocurre, está insatisfecho; otras veces es más la posición, tú lo acaricias y le cambias de posición y se calma. Él te llama y siente a veces la necesidad humana que estés cerca de él. (Margarita)

El neonato se comunica cuando llora, cuando hace gesticulaciones, cuando se mueve. (Jazmín)

Él bebe si comunica y expresa, a través del llanto todo, hambre llanto, dolor llanto, cariño llanto; todo es llanto. (Tulipán)

En relación a los discursos, podemos inferir, que el profesional de enfermería reconoce el llanto como un lenguaje, a través del cual, el neonato expresa sus necesidades y realiza un llamado a su cuidador, el cual es comprendido y permite realizar una acción que brinde confort.

Además, el neonato emplea una variedad de patrones (movimientos, gesticulaciones), que reflejan sus sensaciones y percepciones internas del ambiente^{21, 25}. Lo cual, se expresa, en el siguiente discurso:

Por medio del llanto, de gestos y movimientos; el neonato expresa cuando hay dolor; en ocasiones, cuando desatura, expresa incomodidad; a través de su mirada muestra irritabilidad y miedo. (Gladiolo)

Es importante reconocer, que el recién nacido, llega a nuestro entorno con la experiencia placentera de haber tenido todas sus necesidades satisfechas intrauterina, en consecuencia, su memoria interna reconoce, que en su nuevo entorno las cosas no deberían cambiar. Por ello, el llanto es una conducta que reviste importancia etológica en la medida que evoca la respuesta del cuidado más apropiado para el neonato. ²⁴

Murray, menciona que el llanto es un “liberador” de patrones de comportamiento de cuidados, siendo esta, una señal gradual que se incrementa en intensidad con angustia y que es disminuida luego que se satisface una necesidad alterada. ²⁵

A partir de lo descrito, el investigador define el llanto, es una forma de comunicación a través del cual, el neonato hace uso de su voz para llamar a su cuidador y manifestar a través de movimientos y gesticulaciones aquella necesidad que necesita ser satisfecha para su supervivencia, además este no lleva consigo una carga emocional y se intensifica en la medida que esta necesidad es ignorada y disminuye cuando es atendido.

En consecuencia, una condición prioritaria en los servicios de neonatología es comprender que nos quiere decir el neonato a través del llanto, para brindar un cuidado personalizado eficiente y de calidad. Pues al escuchar el llanto del neonato, es necesario iniciar la búsqueda de las posibles causas que lo promuevan.

Siendo el llanto el primer lenguaje del recién nacido, debemos considerar que este adquiere diferentes significados, de acuerdo a la necesidad que se encuentra alterada:

- Llanto fuerte y reflejo de búsqueda: Expresión de hambre

El llanto motivado por hambre tiene un timbre musical especial, tiene un tono máximo inferior al del dolor; la cara del niño no traduce enfermedad, a

la excitación general le acompañan, en ocasiones, movimientos temblorosos del maxilar inferior (Hertl, 1977), la posición de los brazos es indiferente, pero el niño puede encoger las piernas como lo hace durante el llanto por cólicos abdominales, aunque con menor frecuencia. El niño se calma con la alimentación o momentáneamente con un chupete. ²⁶ Lo descrito se evidencia en los siguientes discursos:

Cuando es llanto de hambre llora y se lleva las manitas a la boca como si las fuera a deglutir, abre los ojos. (Rosa)

Cuando es un llanto de hambre es fuerte acompañado de reflejo de búsqueda, parece que se va a comer su manito. (Tulipán)

Llanto de hambre, va acompañado de un reflejo de búsqueda y succión de su manito. Si su boca roza con su abrigo o sabana, él hace el intento de succionar. (Lirio)

A partir de ello, se puede observar que el llanto de hambre, va acompañado de movimientos (reflejos primarios: búsqueda y succión) y gesticulaciones que permiten identificar la necesidad alterada (alimentación), a lo cual, se adiciona como característica principal, la intensidad, ritmo y duración del llanto. Así, el llanto representa una señal de supervivencia, frente al nuevo entorno en el que se encuentra el recién nacido.

En neonato acompaña el llanto con expresiones faciales y lo combina el llanto con movimientos corporales, a través del cual, puede expresar:

- Movimientos rotatorios en extremidades: Incomodidad

El llanto de incomodidad se caracteriza por ser repentino, agudo, penetrante y prolongado; puede ocasionarse por situaciones de alteración de la temperatura corporal por calor, o frío, mala postura, escozor, o tener frío por tener el pañal sucio o húmedo. Este tipo de llanto, tiene una modalidad explosiva y va acompañado de movimientos corporales, como movimiento de piernas y extremidades superiores. ²⁷

El llanto se torna fuerte... cuando es por incomodidad, si su pañal está húmedo, el neonato mueve las caderas y agita sus piernitas... Este tipo

de llanto a diferencia del llanto de hambre, no cesa cuando intentas alimentar al bebe, pues este voltea la carita y no quiere recibir la leche. (Azucena)

El llanto por incomodidad es repentino, él bebe empieza agitar sus bracitos y piernas, a veces el mismo bota su manta si siente calor; otras veces necesita cambiar de posición (Lirio)

En el discurso presentado, se puede observar, que el profesional de enfermería detecta señales específicas que diferencian el tipo de llanto que presenta el recién nacido, notando, que el llanto por incomodidad involucra el movimiento de sus extremidades, el cual a diferencia del llanto de hambre no va acompañado de movimientos reflejos (succión y deglución)

Asimismo, a partir del discurso presentado, podemos notar que a partir del llanto, el recién nacido genera una acción para intentar el mismo satisfacer su necesidad y ayudar a su receptor a interpretarla, en el caso del segundo discurso, se observa que el mismo intenta retirar su manta cuando siente calor.

Sin embargo, en ocasiones el recién nacido, presenta un llanto prolongado, que denota angustia, este se considera:

- Llanto que cesa al toque terapéutico: Expresa necesidad de afecto

Debe recordarse que el recién nacido ingresa a un mundo extraño, donde uno de los grandes cambios que el neonato experimenta al nacer es la pérdida del sonido del ritmo cardiaco, de la respiración, la voz y de los movimientos de su madre que son completamente característicos de la vida dentro del útero. El sonido del corazón de la madre se convierte para el niño en una constante compañía durante el período fetal; por ello, es natural que al cantarle o imitarle sonidos que puedan parecerse al ritmo cardíaco, el niño experimente calma, seguridad y confort.^{24 y 26}

Lo descrito por el autor se observa en el siguiente discurso:

A veces él bebe llora, porque necesita sentir que alguien lo acompaña, ha estado tanto tiempo en el vientre materno; y ahora, en la incubadora está sólo, cuando es por apego, el toque de las manitos o el hecho que lo alces hace que él bebe se tranquilice. (Azucena)

En ocasiones ellos, se duermen sujetando fuertemente su sondita, les da seguridad porque piensan que es su cordón umbilical. Si tú retiras de ahí su manito, se sienten solos, no concilian el sueño, se mantienen llorando; y, si no se les levanta y se les abraza, no duermen y permanecen irritables; ellos, necesitan sentir tu voz, que los alces y les des seguridad, contención, solo así pueden descansar. (Clavel.)

En relación a los discursos presentados, el profesional de enfermería identifica en el neonato una necesidad afectiva, la cual se evidencia a través de acciones, como: la sujeción fuerte de la sonda orogastrica, que representa para el neonato el cordón umbilical que lo comunicaba con su madre y la necesidad de establecer un contacto físico con su cuidador, debido a que el llanto cesa al toque de las manitos y pies.

Lo obtenido a partir del discurso, se puede contrastar con la literatura a través del estudio de Álvarez, quien menciona que al nacer el neonato se enfrenta a un desamparo afectivo, el cual, contribuye a asumir mecanismos de supervivencia contrarios al abandono ²⁴; debido a ello, el neonato promueve el contacto con su familia o cuidador a través del llanto, el cual funciona como un llamado de alerta.

El llanto, es el mecanismo primario de reflejo unido fuertemente a la respiración, como se conoce, este gradualmente se irá modificando para servir a los propósitos del lenguaje. Pues, se debe considerar un fenómeno biosocial, que representa un “cordón umbilical acústico”, el cual es esencial durante los primeros meses postpartum, en los que el niño, luego de ganar suficiente coordinación neuromuscular, es capaz de arrullarse, sonreír, etc., es decir, señales sociales que llaman la atención y que se relacionan con su dependencia. ²⁵

Esto se evidencia en el presente discurso:

Es importante la comunicación con el neonato, porque al ser separado de su madre, este se expone a un desamparo afectivo, y nosotros entramos a cumplir el rol de mamá durante la hospitalización, de modo que este proceso no sea más traumático, y el neonato se sienta acompañado en su proceso de enfermedad. (Gio)

Hay niños que al sentir temor, no concilian el sueño, se mantienen inquietos; si no se les levanta, y abraza, no duermen y se mantienen irritables; ellos, a veces necesitan contención y sentirse seguros para descansar. (Lilium)

En relación a los discursos presentados, el tipo de llanto que cesa al toque terapéutico responde a una “llamada de angustia ante la separación” presente en muchos mamíferos recién nacidos que se inhibe al experimentar un contacto físico, que simboliza, la reunión con su madre que significaría una “respuesta de confort”; con lo cual, este tipo de llanto busca provocar una actividad materna de recuperación de la cría, lo que tiene gran importancia en la supervivencia.²⁴⁻²⁶

Cabe resaltar, que los seres humanos poseen sofisticados mecanismos de supervivencia que nos permiten aparcas las experiencias traumáticas para procesarlas con posterioridad²⁶. Esta realidad, se observa en el servicio de neonatología en recién nacidos que tienen larga estancia hospitalaria, por lo general en neonatos prematuros extremos, quienes desde su nacimiento fueron separados de sus madres, los cuales, reaccionan a través de un llanto “sin motivo”, que no cesa ante el cambio de posición o la alimentación; sino disminuye en la medida que es contenido y se siente acompañado cuando es alzado de su cuna o cuando su manito sujeta el dedo de la enfermera.

Además, hay llantos que se dan de forma repentina, acompañados de alteración en las constantes vitales, como taquicardias y periodos de desaturación, siendo este un:

- Llanto fuerte y ceño fruncido: Expresión de Dolor:

El llanto de dolor es de inicio repentino, pudiendo tener como causa enfermedad (hipoxia, malformación, traumatismo) o estímulo (fase post

operatoria, procedimiento invasivo), teniendo como principal característica un llanto agudo, penetrante y prolongado, seguido de una larga pausa en la que aguanta la respiración y realiza breves gemidos. Este tipo de llanto, va incrementándose en intensidad de forma arrítmica y suele acompañarse de gritos y movimientos corporales ²⁷. Lo mencionado, se representa en los siguientes discursos:

El llanto de dolor, va acompañado de movimiento de arqueo, se arquea y hace puño las manos, frunce la frente. (Rosa)

Cuando es dolor, presenta arqueo, cierra los ojos, coloca rígida las extremidades. (Clavel)

Cuando es de dolor, es un llanto irritable, con arcadas, mirada desesperada, no se calma cuando lo alzas; y hay que revisar la vía. (Azucena)

En relación a los discursos, el profesional de enfermería debe ser capaz de diferenciar el dolor de otros signos correspondientes a la irritabilidad, considerando que el llanto, en un neonato con dolor es repentino, fuerte y con un volumen alto; el cual está acompañado de signos corporales, como: postura rígida con tensión muscular, extremidades flexionadas, rubor en la cara y la disminución de los periodos de alerta; y alteraciones fisiológicas, representadas por aumento de la tensión arterial o la disminución de la saturación de oxígeno en la sangre. ²⁷

Lo descrito en esta categoría, nos permite inferir que el profesional de enfermería especializado en el área neonatal es capaz de establecer un patrón de signos característicos que funcionan como un código comunicativo, a través del cual el neonato envía un mensaje que es identificado por la enfermera, quien es un sujeto con sensibilidad capaz de captar la información y responder de forma oportuna al llamado que realiza el neonato. Estas características hacen que el cuidado de enfermería sea humanizado y personalizado, al entender que el recién nacido, es un ser capaz de establecer su propio patrón comunicativo con el entorno.

La enfermera neonatal, es un profesional que observa al neonato como un ser completo, que presenta diferentes dimensiones, de esta forma su enfoque transformador, la lleva a mostrar la humanización de su cuidado a través de su interacción con el recién nacido, así se presenta la siguiente categoría:

2. Humanizando el cuidado a través de la comunicación con el neonato: la voz, las caricias y el apego.

La comunicación es una pieza importantísima dentro del cuidado que brindamos al neonato, ya desde el primer contacto entre profesional y paciente, en la valoración o entrevista, se está haciendo uso de la comunicación. Sin embargo, desde el momento en el que se lleva a cabo de forma instrumental y sistemática, sin prestar atención al propósito en sí mismo, pierde su valor real.

Así, la comunicación como herramienta para el profesional de enfermería queda patente ya en las primeras teorías y modelos; destacan pensadoras como H. Peplau y, posteriormente, junto con el desarrollo de la salud mental y el surgimiento de la bioética, cobra verdadero sentido la relación interpersonal y los conceptos que de ella se derivan. ¹

De esta manera, el objetivo de la comunicación es la transmisión de un mensaje entre emisor y receptor, donde ambos comparten el mismo significado. Es imposible no comunicar, por lo que hay que prestar atención a dos vertientes, la comunicación verbal y la no verbal, donde jugará un papel importante la habilidad de observación.

Para enfermería, es característico el establecimiento de una relación de ayuda, que implica la interacción con el individuo e influencia mutua; esta

habilidad, en ocasiones no se relaciona con la puesta en práctica, pues intervienen factores como las características personales, la predisposición o las variables socioculturales.

En la sociedad en general y en el ámbito sanitario, el acto comunicativo, a pesar de ser una herramienta tan asequible, puede convertirse en algo precario si existe la tendencia a “la instrumentalización de las personas”.²

En enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal, siendo una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado de enfermería. La percepción de señales corporales y de la lengua hablada representa la posibilidad de ir más allá de la ejecución de procedimientos técnicos al permitir que los sentimientos, las emociones y la historia de cada uno favorezcan la comprensión de la totalidad que este ser humano representa.

Así, la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de “cuidar”. Se revela como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro. Esto evidencia la interdependencia entre comunicación (a medio camino de la integralidad) y el cuidado (en el que la integralidad es esencialmente ella misma), toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa.³

Lo mencionado, se puede evidenciar en el siguiente discurso:

Durante la comunicación, el neonato, diferencia el matiz de la voz... él bebe, reconoce en nosotros una madre o su cuidadora que lo acompaña... (Gio)

Él bebe entiende cuando uno le habla; y lo demuestra, cuando sigue tu voz con la mirada; cuando sonríe y demuestra alivio en su carita, luego que lo has tocado, o se le ha brindado el cuidado que solicitaba. (Orquídea)

*... Cuando lo alzo, le doy calor y le canto; observo que él bebe me mira
y fija sus ojitos en dirección a mí. (Tulipán)*

Frente al discurso presentado, se puede afirmar que es posible establecer una relación de interacción con el neonato, en la cual existe un envío de mensaje de forma bidireccional, donde tanto la enfermera, como el recién nacido son capaces de emitir mensajes, en el caso del segundo como muestra de la alteración de sus necesidades o señal de confort y en el caso del primero, en cuanto a la satisfacción de la respuesta humana.

Esta interacción evidencia el cuidado brindado por el profesional de enfermería hacia el neonato, el cual al dar confort y hospitalidad al recién nacido en su periodo de hospitalización, busca ser un cuidado trascendente, donde prima la interacción con un ser que posee dimensiones propias (biológicas, psicológicas, sociales, espirituales) que van engranadas entre sí, y tiene la capacidad de emitir una respuesta humana y comprender su entorno.

Cabe reconocer, que el profesional de Enfermería desde sus inicios ha puesto en práctica el cuidado humano y a medida que pasa el tiempo ha evolucionado para perfeccionarlo, basados en teorías así como la de Watson. Pero el cuidado va más allá de la teoría, involucra muchos aspectos propios del ser humano, entre estos encontramos la empatía, responsabilidad, el ser humanitario, la espiritualidad entre otros. De esta manera el cuidar, es una esencia de ser humano y una característica fundamental para ser desarrollada o adquirida por los Profesionales de Enfermería. ¹

Así, entre las características que forman un componente fundamental en el cuidado humanizado, encontramos el cuidado desde la espiritualidad, al respetar las creencias de cada persona; y en un segundo lugar, el equilibrio que debe existir en el cuidado humanizado y especializado del profesional que labora en una unidad de cuidado intensivo neonatal.

De esta manera, Cuidar también significa “conocer a cada paciente, interesarse por él; lo que involucra, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, y supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y manifestaciones. Lo cual se evidencia:

Debemos comprender que uno siente la energía positiva y la trasmite con las caricias; si tú hablas fuerte o no le haces caso, el niño sigue llorando; si tú te detienes, le hablas o le cantas, el niño se calma, te escucha. Por eso hay que hablarle todo el tiempo, cantarle; y él se va identificando, él es una persona que necesita escuchar la voz de quien lo cuida. (Margarita)

La comunicación con el neonato, da humanidad a nuestra labor, el neonato no es como un adulto que te dice que le duele con palabras, él lo expresa con el llanto y sus movimientos, por ello, es necesario ver como es el llanto y que lo acompaña, para determinar qué necesidad esta alterada. (Tulipán)

Debemos de ser conscientes que le comunicamos al neonato, ellos, son personas que sienten y cuando los tocamos sin avisarles ellos se asustan, se incomodan y se tornan más irritables. Comunicarnos con el neonato es sinónimo de un cuidado humanizado (Azucena)

A partir de los discursos presentados, podemos mencionar que la enfermera especializada en el cuidado neonatal, conoce la importancia de la comunicación, como un medio mediante cual otorga humanidad al cuidado brindado; asimismo, es consciente que es capaz de transmitir energía, a través del tacto; y con su voz, comunica compañía al neonato hospitalizado, el cual, enfrenta situaciones de desamparo afectivo al ser separado de su familia.

Siendo la comunicación base en el cuidado humanizado, esta se presenta en sus dos formas:

- Comunicación verbal: presentarse, llamarlo por su nombre, cantarle, explicación del cuidado

La comunicación verbal es el modo de comunicación más conocido y familiar, siendo el más frecuentemente usado. Se subdivide en comunicación verbal-oral, cuando informo oralmente a alguien alguna cosa, o verbal-

escrita, cuando me comunico por medio de relatos, normas y/o procedimientos.²⁸

La comunicación verbal o psicolingüística se refiere al uso del habla para interrelacionarse con el paciente. Al respecto Torralba, argumenta “la palabra es el medio de comunicación específicamente humano. Tenemos otros medios, pero la palabra es más excelente, de mayores posibilidades, el medio más adaptable para comunicar todo lo humano y lo divino”.¹ Referente al empleo de la comunicación verbal los sujetos de estudio expresan:

Empleo la comunicación verbal con el neonato, le canto, converso con él, le digo que va estar bien y que tiene que luchar para estar pronto en casa. Es ahí, cuando observo un cambio en él bebe, noto que está más tranquilo y descansa mejor. (Rosa)

... empleo la comunicación verbal; porque los llamo por su nombre y les canto. Eso les produce confort, se calman, se tranquilizan; pueden estar irritables, pero si les hablas, y les brindas atención, se calman y cambia la fascie de su carita, de llanto a una expresión de tranquilidad. (Tulipán)

Empleo la comunicación verbal, cuando entro de turno y los llamo por su nombre antes de controlarle las funciones vitales, luego cuando lo toco. Debemos hablarles a pesar que sabemos que no va a responder igual que un adulto, el escucha y recepciona todo, por eso a veces luego de hablarle nos mira y se calma. (Azucena)

De acuerdo a lo descrito, la enfermera hace uso de la comunicación verbal, al llamar al recién nacido con su nombre; con ello, se rescata la dignidad de la persona, pues permite ir entablando una relación interpersonal, es decir un encuentro entre dos personas, con igual dignidad y valor; resaltando la cualidad de igualdad, es decir reconozco al neonato como un ser holístico y no como un adulto pequeño.

En relación a ello, según una revolucionaria investigación de la Universidad de Nueva Jersey (EE.UU.), hace mención que cuando escuchamos nuestro propio nombre, el hemisferio izquierdo de nuestro cerebro se activa con más esfuerzo que cuando oímos el nombre de otras

personas. Concretamente, la actividad es mayor en las neuronas de la corteza frontal media y la corteza temporal. Asimismo, cuando alguien nos nombra, pone en marcha zonas cerebrales específicas que permanecen en silencio el resto del tiempo”, concluían los autores en un artículo de la revista Brain Research.²⁹ Este estudio, nos permite deducir, que el llamar al neonato por su nombre, no sólo nos lleva a entablar una relación más cercana con él, sino que permite ir activando sus hemisferios cerebrales y además estimula su neurodesarrollo.

- Comunicación no verbal: toque, alzarlo, caricia, masajes, apego.

La comunicación no verbal es la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de realizar un cuidado individualizado, empleando para ello, la interpretación del lenguaje simbólico, mediante la apariencia, contacto ocular, tacto, observación del comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos.⁷

En neonatología, este tipo de comunicación se da a través de los cuidados que se brindan al recién nacido al proporcionarle un ambiente térmico neutro, con manipulación mínima y su nido de contención, lo cual, proporciona seguridad y confort en el neonato, pues se traduce a mejorar su hospitalidad, es decir, que se busca que el ambiente sea agradable y genere bienestar. De esta manera, en la gestión del cuidado neonatal, el recién nacido es el principal sujeto de cuidado, lo que lleva al profesional de enfermería a realizar una labor comprometida y responsable.

La comunicación no verbal ocurre, en la interacción plena persona-persona, aún sin la verbalización de palabras, donde todos los comportamientos tienen valor de mensaje, desde que comunicamos a través de la expresión facial, la mirada, la postura corporal, la distancia mantenida, el toque, el calor, el espacio de tiempo mantenido entre los comunicadores,

de los objetos y adornos utilizados, de los olores que emanamos, o sea, de nuestra presencia. ¹

En la unidad neonatal la enfermera emplea la comunicación no verbal, a través del uso del toque terapéutico, el apego y las caricias que realiza al neonato, lo cual se ve representado en los siguientes discursos:

Empleo la comunicación no verbal, a través del tacto, cuando reportan que él bebe estuvo irritable, trato de no emplear movimientos bruscos y le brindo contención; de lo contrario, eso se queda en su memoria y es una experiencia negativa. (Gio)

Cuando él bebe esta irritable y uno intenta tomar su manito, ellos sujetan fuertemente tu dedo o tu ropa, luego poco a poco se tranquilizan y su mano queda abierta; "una vez tuve un niño que lloraba y desaturaba, le permití sujetar mi dedo y se calmó, cuando intente soltarlo, volvía a llorar; coloque su manito sobre el dedo de un guante y descanso. (Gladiolo)

En cuanto a lo mencionado en los discursos, podemos mencionar que "La relación enfermero-paciente involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales el paciente neonatal comunica sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado". ⁷

Lo descrito, en el primer discurso, nos lleva a reconocer que la enfermera identifica un patrón comunicativo, a través del cual, busca crear una sensación de hospitalidad y tranquilidad al neonato al brindarle contención, con la finalidad, de que el recién nacido pueda registrar en su memoria una sensación de tranquilidad; el segundo discurso, nos permite inferir la necesidad de contacto que presenta el recién nacido, por lo que, la ausencia de comunicación entre la enfermera y el neonato, ocasiona efectos negativos, como sentimientos de miedo, inquietud, pérdida de control, despersonalización, desorganización y ansiedad, lo que, incrementa el estrés del neonato durante la hospitalización .

En conclusión, esta segunda categoría presenta a la comunicación como un elemento clave en el cuidado humanizado que se debe brindar al neonato hospitalizado en el servicio de neonatología, para ello, se muestran dos vertientes: la comunicación verbal, a través de la cual la enfermera hace uso de la voz y realza la dignidad del recién nacido al llamarlo por su nombre e identificarlo como un ser único; y la comunicación no verbal, a través del toque terapéutico y el apego que genera un ambiente hospitalario cálido que proporciona confort y seguridad al recién nacido, con lo cual, se busca disminuir el estrés generado por la separación de su madre y evitar un registro negativo de experiencias generadas por la hospitalización.

Ante los diferentes tipos de comunicación, podemos observar que el neonato emite señales de respuesta frente a la comunicación realizada, las cuales se evidencian a través de signos de confort, cese de llanto, etc. Por ello, en la siguiente categoría, se presentarán:

3. Respuesta del neonato ante los diferentes tipos de comunicación.

Desde su nacimiento la persona es un ser íntegramente sociable y necesita comunicarse con su entorno para sobrevivir, pues ante un patrón comunicativo, se emite una respuesta que garantiza, el intercambio de información, que permite establecer relaciones y nexos con nuestro entorno.

En el caso del neonato, la conciencia del bebé aumenta a medida que transcurre el periodo de hospitalización, él reconoce que cada vez que emite una señal a través del llanto, obtiene una respuesta; y en base a ello, empieza a sentir un indicio de esperanza, y el llanto se convierte en un acto asociado a un resultado, ya sea negativo o positivo.²⁷

Por ello, cuando el neonato emite una señal, gesticulaciones, llanto o una especie de balbuceo, el profesional de enfermería evalúa el patrón del mismo,

buscando información acerca de que es lo que nos quiere transmitir el recién nacido, realizando en base a ello una intervención.

Barnard menciona que una vez realizada la intervención, el neonato aporta datos convincentes de bienestar o capacidad, de no ser así, la enfermera puede reconstruir la experiencia para determinar, si ha identificado oportunamente la necesidad de ayuda; si satisfizo la necesidad de una manera aceptable y si se necesita ayuda para saber dónde iniciar la necesidad de nuevo y luego tomar medidas adecuadas.^{30,31} Lo mencionado se evidencia:

Me encanta cuando tú estás hablando con él bebe y él te sonríe, es lo máximo, uno lo siente y lo ve en los prematuros. Cuando están llorando y uno les habla, te miran y se calman. En nuestro trabajo con pequeñitos, ellos todavía no balbucean, pero su llanto, que era fuerte, luego disminuye; en los más grandecitos, los a término, emiten sonidos y cuando le hablas parece una conversación, balbucean como si quisieran emitir una palabra. (Margarita)

Puedo reconocer que él bebé me entiende cuando me comunico con él, porque se tranquiliza; cuando lo alzo, muestra tranquilidad, cesa el llanto, su respiración cambia, se vuelve más tranquila y los latidos cardiacos vuelven a la normalidad. (Azucena)

En relación al discurso, debemos afirmar que los recién nacidos, son capaces de emitir una respuesta frente al cuidado realizado, lo cual es expresado a través de su expresión relajada, sonrisa y mirada atenta; además, es importante destacar que el profesional de enfermería reconoce la respuesta del neonato, al notar un cambio en el comportamiento, identificado en el cese del llanto, su postura corporal y expresiones de confort.

Las señales que emite el recién nacido, nos lleva a considerar que este muestra su conciencia humana sin importar su edad y sus limitaciones físicas, pues es capaz responder a lazos afectivos, los cuales se identifican como vínculos, que quedan registrados en su memoria como un aprendizaje, lo que en un futuro otorga al recién nacido la capacidad de tener una relación fraternal y la capacidad para crear vínculos con su cuidador y familia.³²

A lo largo de esta categoría, se puede evidenciar la capacidad del recién nacido en dar una respuesta frente al cuidado brindado por su cuidador, reconociendo a través de ello, la habilidad que tiene de comunicar no sólo la alteración de sus necesidades, sino también su sensación de bienestar, lo cual le permite entablar un proceso de interacción en el ambiente hospitalario, el éxito de este proceso, será fundamental para su proceso de socialización con su entorno y la creación del vínculo familiar.

Durante el proceso de comunicación enfermera - neonato, existen diferentes elementos que limitan la interacción, encontrándose:

4. Obstáculos que interfieren en la comunicación

La palabra obstáculo proviene del latín "obstaculum", vocablo integrado por el prefijo "ob" que denota un enfrentamiento, el verbo "stare" en el sentido de estar en pie, y el sufijo instrumental "culum". De esta etimología podemos deducir que un obstáculo es algo que está de pie frente a nosotros, representando un impedimento a nuestras acciones.³³ A partir de ello, el investigador define obstáculo como aquel factor que afecta o interfiere en el proceso de comunicación enfermera neonato; de manera, el proceso se encuentra limitado, y no puede lograrse de forma efectiva.

Entre los obstáculos que manifiestan el profesional de enfermería en las unidades neonatales encontramos:

- Sobrecarga laboral y escasez de tiempo: desproporción entre el número de enfermeras y número de pacientes:

A nivel mundial se ha reconocido la sobrecarga laboral como un problema cada vez más importante que se presenta en todas las profesiones, pero especialmente en los trabajos asistenciales como enfermería.³⁴ Hay que tener en cuenta que la sobrecarga laboral en enfermería está dada por la cantidad de pacientes asignados a cada enfermera, según su grado de complejidad, es

decir, por la cantidad de personal que haya en la unidad de cuidado intensivo y por las actividades y procedimientos que se les realizan a los pacientes que se encuentran hospitalizados en dicha unidad. Lo mencionado se evidencia en los siguientes discursos:

En ocasiones, tenemos muchos pacientes y el tiempo no alcanza; porque tienes que hacer procedimientos; además, debemos atender a los familiares; y existe inequidad entre el número de pacientes y el número de enfermeras en el área. Por ello, las autoridades del hospital deben tener en consideración eso, para que puedan contratar más personal y poder realizar bien nuestras acciones. (Lirio)

Cuando hay muchos niños y lloran más de uno a la vez, cada niño requiere un tiempo específico, a veces tenemos 12 – 13 niños y no se les puede atender a todos a la vez. (Tulipán)

El tiempo, el número de pacientes, incluso el horario que tenemos. Cuando es un turno diurno, permite que te organices mejor y planifiques de forma adecuada el cuidado; también cuando en la UCI son 6, hay una sobrecarga y no te permite estar tan presente con el niño; es diferente cuando hay dos o tres pacientes, donde puedes observar y conocer mejor al neonato, para poder brindarle el confort que necesita. (Azucena)

Los discursos presentados, nos permiten inferir, que la sobrecarga laboral, influye mucho en el tiempo que se dedica a la atención del niño, pues en ocasiones, juega un papel en contra, al limitar la interacción enfermera – neonato. En relación a ello, Corredor y Sánchez definen a la sobrecarga laboral en enfermería como “volumen y nivel del trabajo de enfermería”³⁵, es decir la cantidad e intensidad de trabajo de la enfermera en su jornada de trabajo, además es necesario agregar que hoy en día las enfermeras realizan otras actividades que no están relacionadas con el cuidado directo al paciente, como las administrativas entre ellas coordinar las interconsultas, llenar libros de productividad, control del material hospitalario, entre otras.

Debemos considerar, que según la norma técnica de salud N° 031 – MINSa, titulada, Norma de los Servicios de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud³⁶; los servicios de enfermería en el área crítica deben trabajar en una proporción de 2 pacientes por 1 profesional de enfermería; mientras que en un servicio de cuidados intermedios, 4 pacientes por cada enfermera.

Sin embargo, la realidad en nuestro escenario de estudio en la unidad de UCI es de 4 – 5 pacientes, por enfermera; mientras que en la unidad de cuidados intermedios es de 10 – 12 pacientes por enfermera. Esta situación sin duda, afecta el cuidado y desempeño del profesional de enfermería pues no puede brindar de forma óptima el cuidado y tiempo que requiere cada neonato.

- Edad gestacional: manipulación mínima

En relación a este tipo de dificultad, se pueden observar las interferencias que parten de las características del individuo, de su estado de salud, deficiencias sensoriales debido a la inmadurez; pues el neonato prematuro requiere manipulación mínima, que significa la minimización de los estímulos ambientales para que pueda alcanzar un estado óptimo en su neurodesarrollo, por ello, deben minimizarse las acciones de interacción con el neonato, unificando acciones y realizando los procedimientos en periodos específicos de manera que se asegure un correcto descanso y desarrollo del sueño en el recién nacido prematuro.⁵⁷

Cuando un bebe es prematuro extremo, requiere manipulación mínima, lo cual, interfiere en la comunicación con él, es diferente, con el niño a término, no significa que no nos acerquemos, sino que los momentos son por lo general continuados y largos, existe un horario estricto para controlarlo y realizar procedimientos, lo cual es necesario, para que el neonato complete su desarrollo neurológico. (Rosa)

De acuerdo al discurso, la edad gestacional, exige como cuidado prioritario la manipulación mínima del recién nacido, la cual, consiste en establecer un horario determinado para llevar a cabo los procedimientos necesarios, agrupando las intervenciones y las exploraciones no urgentes.⁵⁸

En cuanto a ello, la enfermera debe dar el tiempo necesario al neonato para la protección de su neurodesarrollo, asimismo, durante la intervención de este protocolo, las formas de comunicar seguridad al recién nacido son ofreciéndole una hospitalidad adecuada que le permita disminuir el discomfort, lo cual se traduce a proporcionarle un ambiente cómodo al recién nacido dentro de su incubadora, acogiéndolo dentro de un nido

proporcional a su tamaño y proporcionándole la humedad necesaria para que este logre el equilibrio de su temperatura. Estas intervenciones generan comodidad y traducen seguridad al recién nacido, de manera que él pueda imaginar que se encuentra dentro del útero materno.

- Estado de salud del neonato y uso de tecnología:

Esta representa una de las barreras más significativas para poder establecer algún grado de comunicación, pues encontramos pacientes con niveles sedación alto; y en aquellos, que se encuentran en estado crítico requieren uso de tecnología especializada, donde se observa grandes aparatajes y conexiones, siendo el caso del neonato en ventilación mecánica, con catéteres centrales y estado crítico, que muchas veces presentan alteración de su estado sensorial; y es donde, con frecuencia el personal de enfermería requiere de un lapso mayor para intentar comprender lo que necesitan.³⁹ Ello, se observa en el presente discurso:

Hay ocasiones donde el neonato por su prematurez se encuentra en ventilación mecánica, conectado a muchos equipos, como bombas de infusión, monitores cardíacos, circuitos de aspiración. En ellos el contacto debe ser mínimo, pues se deben disminuir los estímulos físicos y sonoros. (Clavel.)

Los neonatos en estado crítico, se encuentran conectados a diferentes equipos que nos brindan información de su estado de salud, pero que limita nuestro contacto; está conectado con el monitor que mide sus pulsaciones cardíacas, su respiración y temperatura. A veces, eso limita el tacto y ya no tocamos a nuestro bebe. (Tulipán)

En relación, a los discursos presentado, cuando nos cuestionamos sobre la tecnología y el cuidado en un entorno de cuidados intensivos, debemos cuestionar la finalidad del cuidado para luego entender y elegir qué tanto usamos y abusamos de la tecnología.

La tecnología es utilizada en la búsqueda de una práctica segura para implementar una atención estándar de excelencia, pero a menudo en busca de la novedad e innovación, se pierden los principios básicos, como el examen físico detallado, y se olvida de la práctica clínica. Por lo tanto, se

insiste en que "la práctica de la medicina basada en la evidencia es la práctica de la medicina, no la práctica de la evidencia".³⁹

En las UCI, la tecnología nos pone en situaciones y dilemas éticos; se debe reconocer que la tecnología dura, nos da apoyo en la ventilación mecánica y las bombas de infusión; la tecnología blanda - dura, nos ofrece los protocolos, directrices, procesos; y la tecnología blanda, nos orienta sobre la forma como debemos cuidar, al valorar las relaciones y los procesos de comunicación. No podemos pensar que solo la tecnología nos permite avanzar en la atención, a menudo la restringe y limita: al uso indeterminado de aparatos, a relaciones sin comunicación, y a la reducción del contacto, afecto y de la acogida del establecimiento del vínculo e interacción.^{40,41}

En la realidad estudiada, los prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología, requieren ventilación mecánica, y están sometidos a largos periodos de internamiento, en el cual, se encuentran conectados a diferentes sistemas que permiten su monitorización exhaustiva como monitores de signos vitales y bombas de infusión para la administración de soluciones parenterales y medicamentos, necesarios para recuperar un estado de salud óptimo. Esta realidad, en ocasiones limita la comunicación con el neonato, debido a que este se encuentra invadido por la tecnología; de modo, que el profesional de enfermería debe buscar estrategias que favorezcan el contacto con el neonato a fin de entablar un vínculo comunicativo, a través de medidas que generen confort al neonato.

Por último, debemos reconocer que nuestro compromiso como profesionales de la salud es la proposición de tecnologías duras, blandas - duras y blandas, y su incorporación a la práctica de manera equilibrada, tomándolas como un medio y no un fin, ya que el objetivo de la atención es satisfacer las necesidades reales de los seres humanos.⁴²

CONSIDERACIONES FINALES

- Es necesario reconocer que la comunicación enfermera neonato es un proceso de interacción, en el que ambos sujetos son emisores activos que transmiten un mensaje, donde el neonato es el principal protagonista, pues él, a través del llanto, gesticulaciones y movimientos envía un mensaje que el profesional de enfermería reconoce como un lenguaje especial, que se codifica en su memoria, y lo convierte en un ser más sensible, capaz de brindar un cuidado humanizado.
- La comunicación enfermera neonato es un factor clave, que resalta la humanidad del cuidado, al revalorizar el ser de enfermería; además, perfecciona las habilidades y experiencias comunicativas del profesional enfermero. Pues el cuidado realizado está sustentado en un fundamento científico.
- Durante el proceso de comunicación enfermera neonato, el recién nacido emite una respuesta que expresa confort y bienestar; sin embargo, debemos considerar que existen limitantes tales como la sobrecarga laboral, la edad gestacional - protocolos de manipulación mínima; y, el estado de salud y uso de la tecnología.

RECOMENDACIONES

- Siendo la comunicación enfermera neonato, un pilar en el cuidado humanizado, es importante que como profesionales de enfermería busquemos derribar los obstáculos que interfieren en nuestro quehacer profesional. En cuanto a la sobrecarga laboral, es necesario de organizarnos para poder brindar un cuidado de calidad a nuestros pacientes; asimismo, conocer nuestro marco legal, como la Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e Intermedios, de forma que podamos sustentar a las autoridades hospitalarias la necesidad de la contratación de personal de enfermería.
- Se debe brindar capacitación sobre los tipos de comunicación; pues, se debe reconocer que la comunicación enfermera neonato revaloriza el ser de enfermería, resaltando sus habilidades y experiencias comunicativas.
- Es necesario que las Instituciones Formadoras incluyan en su sílabo el tema de comunicación enfermera paciente, siendo este descrito de forma amplia, considerando el grupo etéreo; para lograr mejorar las habilidades sociales y permitir al futuro profesional entablar mejor contacto con la persona y familia cuidadas.
- La comunicación enfermera – neonato, es un proceso poco abordado en la actualidad, por ello, es necesario seguir investigando y difundir las investigaciones realizadas en torno al tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero A, Maldonado M, Guevara B, Crisalida D. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de enfermería [tesis]. Venezuela: Portales médicos; 2015.
2. Landete L. La comunicación pieza clave en enfermería. Dialnet [Revista en Línea]. 2016 [consultada 21 de enero 2016]; 4 (19). Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LaComunicacionPiezaClaveEnEnfermeria-4069152.pdf>
3. Rocha T, Faria S, Mara S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enferm. glob.* [Revista en Internet]. 2013 [citado 2016 Oct]; 12(30): 76-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005&lng=es.
4. Muñoz L, Luna C. Modelo de cuidado: Un acto de Comunicación Enfermera – Neonato. *Revista de Enfermería* [Revista en línea]. 2012 [citado 21 de enero de 2016]; 6 (3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/210/186>
5. Triana L. La comunicación enfermero - paciente neonatal: La verdadera expresión de amor sin uso de la voz [Tesis]. Cundimarca: Universidad de La Sabana; 2015 – 1.
6. Bock L, Coelho M, Amante L. Comunicación entre la enfermera y los clientes imposibilitados de comunicarse verbalmente. *Rev Latino-am Enfermagem* [Revista en línea] [citado 20 abr 2016]; 15(5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a12.pdf
7. Cruzado R, Tarrillo E. Comunicación Comunicación no verbal enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Essalud, Chiclayo 2010. [tesis]. Peru: Chiclayo. 2010.
8. Ucha F. Neonato. Definición ABC [homepage on the internet]. [citado 16 agosto 2016]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/?s=Neonato>.
9. El lenguaje del llanto. Blogolengua. [homepage on the internet]. [citado 20 oct 2016]. Disponible en: <http://www.blogolengua.com/2013/06/el-lenguaje-del-llanto.html>
10. Collado Y. Modelo de Katherine Barnard aplicado a pediatría. *Enfermería Pediátrica Blogs*. [consultado 16 de mayo 2016]. Disponible en: <http://enferpedia2tria.blogspot.com/>
11. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. R.M. N° 828 – 2013/MINSA, [publicado octubre del 2015] [citado agosto 2016]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
12. Noreña A, Cibanal J, Alcaraz N. La interacción comunicativa en el cuidado de la Salud. *Rev Esp Com Sal.* 2010;1(2): 113 -129. Disponible en: http://www.aecs.es/1_2_interaccion%20comunicativa.pdf

13. Hernández R, Fernández C, Baptista, O. Metodología de la Investigación. 5ta edición. México: editorial Mc Graw Hill; 2010.
14. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. 3ª ed. España: Elsevier; 2005
15. Entrevista en Salud [Internet]. [citado 21 de enero de 2016]. Disponible en: <https://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista.pdf>
16. Diaz C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. Rev. gen. inf. doc. 28(1) 2018: 119-142
17. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa [Internet]. [citado 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>
18. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. UPEL- IMPCH. Maracay; 7(11) 2015.
19. Normas Legales. lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos [Internet]. [citado 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/89/A15.pdf>
20. Sgreccia, E. Ciencia, Ética y Enfermería. (En línea). Revista en Internet. 2002. [Consultado el 18. 10. 2016]. Disponible en: <http://www.observatoriobioetica.com/informes/personalista.Pdf>.
21. Mandujano M, Arch-Tirado E, Verduzco A, Reyes-García CA, Pereira L, Sánchez C. Lo normal y lo anormal en el llanto del neonato y del infante. Cienc Clínicas. 2013;14(1):12-20
22. Valdez R, Reyes D. Examen Clínico del Recién Nacido. 1 edición. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2003.
23. El lenguaje del llanto. Blogolengua [homepage on the internet]. Disponible en: <http://www.blogolengua.com/2013/06/el-lenguaje-del-llanto.html>
24. Álvarez A. La importancia del llanto en los bebés. Psicología pre y perinatal. España; 2014.
25. Escobedo D. Análisis acústico del llanto del recién nacido orientado al diagnóstico de patología en su neurodesarrollo debido a la hipoxia. [tesis] Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2006.
26. Rollan R. Llanto del Recién nacido y Lactante. [En línea]. [Consultado el 30 de agosto de 2018]. Bol Ped 2001; 41: 3-8. Disponible en: https://www.sccalp.org/boletin/175/BolPediatr2001_41_003-008.pdf
27. Preciado A, Santiago S. Valoración del dolor en neonatos: propuestas de un modelo de registro en la unidad de neonatología del complejo hospitalario de Navarra. Universidad de Navarra; 2013.
28. Ordahi L, Padilha S, Souza L. Communication between nursing staff and clients unable to communicate verbally. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2007;15(5):965-72. (1)

29. Diaz A. Importancia de llamar a un paciente por su nombre. Laus Deus. Disponible en: <https://www.lausdeo.world/2016/09/07/por-que-es-tan-importante-llamar-a-un-enfermo-por-su-nombre/>
30. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2008.
31. Languado E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Revista Cuidarte. 2013; 3(7).
32. Cristo M, Vélez S, Mercier P, Tessier R. EL bonding: Un debate a terminar. Revista en Colombia de pediatría. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-361/pedi36101-bonding/>
33. Diccionario de Conceptos. Obstáculos. De conceptos.com. Disponible en: <https://deconceptos.com/general/obstaculo>.
34. Quiñones S. Comunicación de la enfermera intensivista con el paciente imposibilitado de comunicarse. [Internet]. [citado 21 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.google.com.pe/search?q=kathryn+barnard&hl=es-PE&biw=1366&bih=635&site=webhp&source=Inms&sa=X&ved=0ahUKEwi51uDtqLvKAhWFYyYKHRHuCg0Q_AUIBigA&dpr=1#hl=es-419&q=comunicacion+de+la+enfermera+intensivista+con+el+paciente+imposibilitado+de+comunicarse
35. Corredor L, Sánchez S. Relación entre la sobrecarga laboral en enfermería y la incidencia de infecciones nosocomiales en la UCI. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis50.pdf>
36. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/normas/v/snip/2015/Documentos_MINSA/32A_RM_N_489_2005_MINSA_UCI_y_servicios_de_cuidados_intensivos_intermedios.pdf
37. Rodríguez L, Mata I. Procedimiento de mínima manipulación en el neonato. Revista Enfermería. Vol 6 - N° 2; 2014
38. Peña L, Martínez M, Cardenas L, Cruz Patricia. Evaluación de las intervenciones de Enfermería en la Manipulación Mínima al recién nacido prematuro. [Revista en línea] [junio 2014] [citado 20 abril 2016]. Disponible en: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/58141/EVALUACION_DE_LAS_INTERVENCIONES%20DE%20ENFERMERIA_EN_LA_MANIPULACION_MINIMA.pdf?sequence=1
39. Kuerten P, Prado M, Almeida P, Jatobá A, Anders J. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. Index Enferm [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Oct 24] ; 22(3): 156-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

12962013000200009&lng=es.
12962013000200009.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132->

40. Oberto D, Rodríguez Y. "Tecnología del Cuidado en Enfermería." ClubEnsayos.com. [Internet]. [consultado agosto 2016]. Disponible en: <https://www.clubensayos.com/Tecnología/Tecnologia-Del-Cuidado-En-Enfermeria/256849.html>.
41. Arandojo M. Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Oct 24]; 25(1-2): 38-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100009&lng=es
42. Revista electrónica portales médicos. El manejo de la tecnología en el cuidado humano en Enfermería. una visión desde la ética. [citado julio 2015]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humano-en-enfermeria/>

ANEXOS

ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : Milagros Segura Urcia
Título: "Comunicación enfermera - paciente en una Unidad Neonatal, Hospital Regional Docente las Mercedes - 2016"

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Comunicación enfermera - paciente en una Unidad Neonatal. Hospital Regional Docente las Mercedes - 2016". Estamos realizando este estudio para describir, analizar y comprender como es la comunicación Enfermera – Paciente en una unidad Neonatal, con la finalidad reconocer a la comunicación como una herramienta de intervención para el desarrollo de un cuidado humanizado y personalizado en el área de neonatología.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 25 minutos. La entrevista puede realizarse en _____ o en su domicilio.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja o estudia y a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

Beneficios: Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante una consejería personalizada sobre el cuidado realizado en el área de neonatología y la comunicación.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan

como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contara con el permiso del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a _____ al tel. 978823535, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité I de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1038

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

<hr/>	
<i>Participante</i>	<i>Fecha</i>
Nombre:	
DNI:	
<hr/>	
Testigo	Fecha
Nombre:	
DNI:	
<hr/>	
<i>Investigador</i>	Fecha
Nombre:	
DNI:	

ANEXO 02: FORMATO DE ENTREVISTAS A ENFERMERAS



GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.R.D.L.M.

Objetivo: La siguiente entrevista está dirigida al profesional de enfermería que labora en el servicio de neonatología del H.R.D.L.M.; mediante el cual, se busca describir, analizar y comprender como es la comunicación Enfermera – Paciente en una unidad Neonatal, con la finalidad reconocer a la comunicación como una herramienta de intervención para el desarrollo de un cuidado humanizado y personalizado en el área de neonatología.

Seudónimo: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Fecha: _____

Nº de años de servicio: _____ Estudio o especialidad _____

- 1) ¿Cómo se comunica Ud. con el neonato?
- 2) ¿Cómo se comunica el neonato con usted?
 - a. ¿Qué señales emite el neonato para comunicarse con usted?
 - b. ¿Qué significado atribuye a esas señales?
- 3) ¿Qué tipo de comunicación (verbal, no verbal) emplea? Explique
- 4) ¿Cree Ud. que es importante la comunicación enfermera – neonato durante el cuidado en la unidad de neonatal?
- 5) ¿Qué dificultades interfieren en la comunicación con el neonato?

ANEXO 03: CARTA DE PRESENTACIÓN A INSTITUCIÓN



Chiclayo, 06 de mayo de 2016

CARTA N.º 008 – 2016 – USAT – EP

Señor
Director del Hospital Regional Docente Las Mercedes
Chiclayo

Presente.-

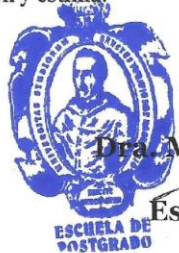
Asunto: Carta de Presentación para la revisión y ejecución de Proyecto de Investigación para obtención de grado de Maestría en Enfermería por parte del Comité de Ética

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y, a la vez, presentarle a la Maestrante **MILAGROS SEGURA URCIA** estudiante del Programa de Maestría en Enfermería, quien solicita revisión y autorización para desarrollar su Proyecto de Tesis titulado: **“COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE EN UNA UNIDAD NEONATAL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - 2016”**.

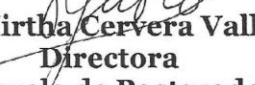
De acuerdo a las normas establecidas adjunto:

- 1 copia de Resolución de aprobación de su Proyecto de Tesis N.º 81– 2016 – USAT – EP.
- 1 Copia del Proyecto de Tesis
- Periodo de recopilación de datos: mayo a diciembre de 2016.
- Nombre del asesor de tesis: Mgtr. Rosanna Núñez Odar

Agradeciendo las facilidades otorgadas a la estudiante para la realización de su trabajo de investigación, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de consideración y estima.



Atentamente,


Dra. Mirtha Cervera Vallejos
Directora
Escuela de Postgrado
USAT

ANEXO 04: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN



ESCUELA DE POSTGRADO

Resolución N.º 081- 2015 – USAT – EP

Chiclayo, 06 de Mayo de 2016

Visto el informe de sustentación de proyecto de tesis de las estudiantes de la Maestría en Enfermería de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo presentado por la Coordinación del Programa; y

Considerando:

Que según las *Normas Académicas y Administrativas aprobadas de los Programas de Maestría y Doctorado*, el diseño, ejecución y sustentación del trabajo de investigación destinado a la obtención del grado académico de Magíster o Doctor, deberá seguir los lineamientos y plazos establecidos por la Escuela de Postgrado USAT.

Que la sustentación del Proyecto de Tesis titulado **“COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE EN UNA UNIDAD NEONATAL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - 2016”** de la maestrante **MILAGROS SEGURA URCIA** se desarrolló el día 22/02/2016, a horas 8:30, en el aula 310 de la USAT; ante el siguiente jurado calificador:

Presidenta: Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz

Secretario: Mgtr. Yolanda Villarreal Ortiz

Asesora-Vocal: Mgtr. Rosanna Núñez Odar

Se resuelve:

1. Aprobar el Proyecto de Tesis de la maestrante **MILAGROS SEGURA URCIA**, titulado **“COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE EN UNA UNIDAD NEONATAL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - 2016”**.
2. El proyecto en mención está apto para continuar con la ejecución y posterior informe de tesis que conllevará a la obtención del grado académico de Magíster.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Lic. Carlos E. Martín Cabrejos Fernández
Secretario Académico de Postgrado USAT

ESCUELA DE POSTGRADO
SECRETARÍA ACADÉMICA

Nº. San José de los Ríos N° 355, Chiclayo Perú. Tel: (074) 696266 - Pre-USAT: (074) 696217 - Profesionalización: (074) 696204 - Postgrado: (074) 696205
www.usat.edu.pe www.facebook.com/usat.peru



Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Directora Escuela de Postgrado USAT