

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO



**CUIDADO PERSONALIZADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO:
APORTES DESDE EL PERSONALISMO ONTOLÓGICO MODERNO**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN ENFERMERÍA

AUTORA

ELIZABETH SOLEDAD GUERRERO QUIROZ

ASESORA

Dra. MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS

Chiclayo, 2018

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi familia y amigos por su apoyo, consejos, comprensión, amor, y ayuda en los momentos difíciles, con los recursos necesarios para estudiar.

Soledad

AGRADECIMIENTO

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitió en el progreso de mi formación profesional, en especial: a la Dra Mirtha Flor Cervera Vallejos por haber guiado el desarrollo de esta investigación y llegar a la culminación de la misma.

Quiero agradecer a mi querido esposo, compañero de mi vida, Juan Artidoro Salazar Obando, mil gracias por acompañarme en este proceso, sobre todo por tu amor, comprensión, paciencia y fortaleza que me permitieron, no sólo trabajar, sino también llegar a buen puerto. A mis hijos Juan Diego y Juan José que son la razón de mi vida, de quienes aprendo constantemente. Gracias al apoyo de estos tres amores he podido culminar esta investigación.

ÍNDICE

PÁG

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
PRESENTACIÓN	
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	09
CAPÍTULO II	
PERSPECTIVAS TEÓRICAS	16
2.1 Antecedentes del problema	16
2.2 Base teórico-conceptual	20
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 Tipo de investigación	42
3.2 Abordaje metodológico	42
3.3 Sujetos de investigación	44
3.4 Escenario	44
3.5 Instrumento de recolección de datos	45
3.6 Procedimiento	46
3.7 Análisis de los datos	47
3.8 Criterios éticos	48
3.9 Criterios de Rigor científico	49
CAPÍTULO IV	
RESULTADO Y ANÁLISIS	51
CAPÍTULO V	
MODELO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA	67
RECOMENDACIONES FINALES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	82

RESUMEN

La corporalidad del recién nacido requiere cuidados personalizados acciones que encontraron respuesta en las bases epistemológicas del personalismo ontológico moderno propuesto por Juan Manuel Burgos y sustentado en los aportes de Karol Wojtyła, con lo cual la investigación ancorada en el paradigma crítico, interpretativo fue de tipo cualitativo, con abordaje de teoría fundamentada. Los objetivos formulados buscaron: Describir, analizar y comprender el cuidado personalizado al recién nacido prematuro con los aportes desde el personalismo ontológico moderno en un Hospital de nivel III, de la Región Norte del Perú. 2016 y proponer una teoría sustantiva sobre el cuidado personalizado al recién nacido prematuro. Participaron en el estudio 9 enfermeras, cinco médicos y 6 técnicas de enfermería del servicio de neonatología, la muestra fue intencional y obtenida por saturación con consentimiento informado, a quienes se aplicó entrevista semiestructurada a profundidad validada por juicio de expertos, estudio piloto y comité de ética de dicho hospital. Los datos recolectados fueron procesados siguiendo la metodología de comparación continua de la teoría fundamentada. El proceso de la investigación estuvo sustentada en principios éticos y de rigor científico. Obteniendo como resultados la categoría central: Cuidado Integral Personalizado orientado a la supervivencia, que enlaza cuatro categorías principales: Fragilidad y atención personalizada; satisfacción de necesidades básicas; previsión de trato humano ético y espiritual y enfrentamiento a la muerte por la vida del prematuro emergiendo una teoría sustantiva que impela a tratar al RNP como un quién trascendente durante su cuidado.

Palabras claves: cuidado, enfermería, prematuro y personalismo ontológico moderno

ABSTRACT

The corporality of the newborn requires personalized care actions that found a response on the epistemological basis of the modern ontological personalism proposed by Juan Manuel Burgos and based on the contributions of Karol Wojtyła, with which the research anchored in the critical, interpretive paradigm was qualitative, with an underlying theory approach. The objectives sought were to describe, analyze and understand the personalized care of the premature newborn with the contributions from the modern ontological personalism of a Level III Hospital in the Northern Region of Peru, 2016 and to propose a substantive theory on personalized care at the premature newborn. A total of nine nurses, five physicians and six nursing technicians from the neonatology department of a Level III Hospital in the northern region of Peru participated in the study. The sample was intentional and obtained by saturation with informed consent, to whom a semi-structured interview was applied to depth validated by expert judgment, pilot study and ethics committee of said hospital. The data collected were processed following the methodology of continuous comparison of the grounded theory. The research process was based on ethical principles and scientific rigor. Obtaining as results the central category: Personalized Comprehensive Care oriented towards survival, linking four main categories: Fragility and personalized attention; Satisfaction of basic needs; anticipation of human ethical and spiritual treatment and confrontation with death by the life of the premature, emerging a substantive theory that impels to treat the RNP as a transcendent one during his care.

Keywords: Care, premature nursing and modern ontological personalism

PRESENTACIÓN

Neonatología, especialidad a la cual la investigadora se ha dedicado hace más de treinta años, le ha permitido crecer, en su vida personal, familiar y profesional al estar en contacto con aquella persona, frágil, y débil, que apenas abre los ojos a la vida, preocupación y razón de ser una Enfermera, ocasión propicia aprovechada para llevar a cabo la presente investigación, que será no cabe duda un gran aporte para elevar aún más el cuidado personalizado del recién nacido prematuro (RNP).

El personalismo ontológico moderno en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado, es una corriente que no ha terminado de ser aplicada en la praxis variada del ciclo de la vida, pero dada la inquietud y curiosidad de la investigadora por los RNP.; quienes son personas frágiles, con doble vulnerabilidad, portadoras de dignidad, derechos inalienables y sobre todos hijos de Dios como todas las personas que habitan en este mundo, encontró la posibilidad con los estudios del doctorado de Enfermería y la exigencia de una investigación exhaustiva, llegar a realizarla, llegando a conocer y analizar en primer lugar que abarca la filosofía personalista, como el personalismo ontológico moderno nos provee de la esencia de la persona, como encuentra aciertos con las diferentes teóricas de enfermería en los metaparadigmas relacionados con la persona, como se enlaza con el conocimiento enfermero y como se aplica al cuidado personalizado del prematuro, aspectos que fueron posibles con la guía acertada y personalizada de la asesora Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos.

La preocupación de un cuidado personalizado dirigido al RNP, marca el hacer enfermero desde que realizamos la historia clínica con los datos de los padres del neonato, en el nacimiento del prematuro con la identificación y somatometría, colocándole una pulsera y su tarjeta de identificación con el color ya establecido y correspondiente: rosado para las mujeres y celeste para los hombres y a partir de esta investigación a identificarlo con su nombre y apellido. Protegiéndolo del frío, colocándole en una incubadora pre calentada solo para él, dando cuidados exclusivos y oportunos para cada uno, en el momento que lo requiera y de acuerdo a sus necesidades de tal manera que el cuidado personalizado siempre tenga como fin la supervivencia del RNP.

Aciertos que han conducido a la investigadora a ofrecer una teoría sustantiva y un modelo de cuidado personalizado y a dilucidar que todos los seres humanos son vulnerables durante su existencia, pero hay momentos o circunstancias en que la vulnerabilidad se presenta más evidentes y que las manos cuidadoras de las enfermeras con su hacer, ser y saber convivir son sujetos primordiales y muy necesarios para rescatar al RNP. de la muerte; por el contrario si esta es inminente salvarle el alma a través del bautizo.

Maestra. Soledad Elizabeth Guerrero Quiroz. Investigadora

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La filosofía, la ética y sus contenidos están al alcance de los enfermeros para estimular su personalización, así van desplegando la capacidad de analizar cuanto les rodea, sus actos, las consecuencias de sus decisiones, así como llegar a poseer cambio de cultura profesional, en beneficio de quienes cuidan^{1,2}.

Los beneficiados son personas enfermas que reclaman cuidados y estos son aplicados en diferentes contextos, bien sean hospitalarios, familia o la misma sociedad con sus múltiples problemas emergentes por solucionar. Y las medidas utilizadas por las enfermeras en los últimos años, requieren mudanzas de formas de cuidar anteriores por otras donde interesa la persona como sujeto de cuidado, de forma explícita a quienes les acompaña una doble fragilidad dada por su naturaleza misma de ser humano y por su situación de salud, al ser un recién nacido prematuro.

Por ello, cuando la enfermera decide cuidar a un recién nacido prematuro (RNP), asume considerar a la persona del recién nacido, cuando no tiene conocimiento, voluntad, autonomía o capacidad por sí mismo para mantener su salud, por cursar de gran fragilidad, al nacer antes de cumplir las 37 a 38 semanas de gestación, para enfrentarse en forma independiente de la madre a muchos factores estresantes tales como: el medio ambiente, el cambio de temperatura, la respiración natural, succión en la alimentación materna, movilización o inestabilidad hemodinámica^{3,4}.

Situación hasta cierto punto alarmante porque cada año nacen en el mundo 15 millones de niños prematuros, el 60% en el África y Asia meridional. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. También cada año mueren cerca de un millón de recién nacidos prematuros, y muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa de por vida, lo cual supone un verdadero problema mundial con incremento en la exigencia de cuidado especializado y gran costo para las familias y la sociedad⁵.

Las circunstancias de Perú son muy parecidas a nivel mundial, en los últimos años ha crecido de forma notable el número de prematuros, con lo cual en el 2015 del total de nacidos vivos, el 6,5% nació Pre término. Al analizar la prematuridad en las regiones, se observó en Ayacucho (12,7%), Cuzco (9.5%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%), presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) tiene el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos ⁶.

Con referencia a Lambayeque en el mismo año nacieron 13,867 niños pre término ⁽⁶⁾, y en un Hospital de nivel III del distrito de Chiclayo en el año 2016, nacieron 180 prematuros, realidad que resulta comprometedor cuando el RNP., está hospitalizado, ya que el poco peso, de su corporalidad, condiciona su estancia en una incubadora, precisando de múltiples cuidados, y respiración asistida por tener al nacimiento sus pulmones sin madurar, sin defensas y también el sistema digestivo inmaduro. Realidad que aun con el desarrollo tecnológico y la especialización de médicos y enfermeras, adyacente al avance de la perinatología, también exige infraestructura poco habitual (ventiladores, incubadoras, bombas infusoras), en la mayoría de las unidades de neonatología, sumado al estricto control de la madre gestante y la instalación de políticas que aseguren el parto intrahospitalario en todas las regiones del Perú.

Por ello, las mejoras en algunos de estos aspectos, ha producido un notable incremento de la supervivencia de gran número de prematuros y recién nacidos con patología grave

⁷. Ratifica la OMS, la cual explica que tres cuartas partes de niños prematuros podrían sobrevivir si tuvieran acceso a cuidados eficaces y con frecuencia económicos, como calor, apoyo para la lactancia y atención básica para las infecciones y las dificultades respiratorias⁸.

Estas consideraciones conducen al razonamiento que los recién nacidos, aún con su doble fragilidad (naturaleza y nacimiento prematuro), son un “quién”, ya que lo personal, es irreductible aunque se trate de un recién nacido prematuro, porque es una persona y una persona no es algo, sino es alguien ⁹. Y la persona tiene una prioridad ontológica frente a la sociedad, pero, al mismo tiempo, un profundo deber de solidaridad por parte de quién le cuida: las enfermeras, equipo de salud y de sus propios padres.

Prioridad que también la tiene la profesión de Enfermería porque a través de las interacciones terapéuticas forman un conjunto de acciones profesionales (cuidado) que tienen como objetivos

el mantenimiento de la salud del ser humano, el restablecimiento del equilibrio del hombre con su medio, el alivio del dolor y la cura de los¹⁰. Razón por lo cual, el cuidado enfermero, está sustentado como un proceso sistémico con su método, teorías y modelos dirigidos a la persona de acuerdo al momento en que los diferentes autores han planteado sus teorías, a las tendencias en salud y al desarrollo mismo de la práctica profesional, en el transcurrir de los años hasta la actualidad. Lo importante de estas apreciaciones son que la persona se refiere al destinatario de enfermería, del cuidado enfermero, en cualquiera de sus ambientes y estilos de vida: solitario como el caso del recién nacido prematuro hospitalizado; en familia, comunidad, o inmerso en otros grupos¹¹.

Al respecto, la doctrina personalista es la que afirma el primado de la persona humana, sobre las necesidades materiales y sobre los mecanismos colectivos que la sostienen. Su tesis central argumenta la noción de persona como categoría filosófica esencial en la argumentación y valoración moral, es decir su valor absoluto, no dominada ni subyugada, mucho menos sometida a maltrato o daños ocasionados. Tratar a alguien como persona es asumirla como ser integrado, unificando progresivamente los actos que se le dirigen a partir de las situaciones de su circunstancia y se le respeta como ser libre e integral¹².

Respeto, que conducen a la consideración imperativa que el RNP., es persona, aun con riesgo alto de morbilidad por ser pequeño, de aspecto frágil, portador de una piel delgada y fina, pegajosa al tacto y que a través de ella se visualicen los vasos sanguíneos; cuya cabeza puede parecer desproporcionadamente grande para el tamaño de su cuerpo con muy poca cantidad de grasa y tono muscular muy pobre por lo que sus movimientos son escasos y a modo de “sacudidas” o “sobresaltos”; pero a medida que pasan los días, el prematuro va madurando. Duerme, come, gana peso y su aspecto irá pareciéndose cada vez más al de los bebés normales¹³.

Cabe mencionar, que cualquiera sea la situación de fragilidad del RNP., en un servicio de neonatología es el centro de cuidado del equipo de salud porque el valor que tiene el RNP, es intrínseco, pues es inherente al propio ser de la enfermera y del resto del equipo de neonatología. Esta deferencia también lo contiene los diferentes metaparadigmas de los diferentes modelos de enfermería, uno de ellos, referidos a la “persona”, muy interrelacionado con los otros denominados: entorno, cuidado y salud, todos integrados en una unidad onto-epistemológica que funda los intereses, conocimientos y prácticas de Enfermería en el ser cuidado como afirma Watson ser como una unidad de mente /cuerpo/espíritu /naturaleza¹⁴.

Unidad admitida en el ser cuidado, ante quien se asume un compromiso responsable, en los actos y decisiones de las enfermeras especialistas en neonatología, sin embargo también puede existir desequilibrios entre el compromiso responsable teórico, de conocer y saber a quién se cuida y la realidad práctica responsable de cómo se cuida al quién. Afirmación confirmada por el estudio de Daza de Caballero R; Torres A., y Prieto G., quienes al hurgar sobre un análisis crítico del cuidado de enfermería, afirman que este desde las dimensiones de interacción, participación y afecto tiene debilidades del sentido humano en la relación enfermera-paciente, y favorece la valoración de la técnica por encima del componente integral e individual del ¹⁵. Juicios, que conducen a percibir la realidad experimentada por las enfermeras especialistas en neonatología, quienes brindan cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado para garantizar su crecimiento de manera saludable y disminuir o evitar lesiones que afecten su salud y calidad de vida. Por ello, sus conocimientos están centrados en su acción onto-epistemológica, participando con su cuidado en abordar una de las principales causas de mortalidad neonatal como es la prematuridad¹⁶.

Y la prematuridad en la persona del recién nacido, condiciona los factores que regulan su desarrollo y exhiban en los servicios hospitalarios o unidad de cuidados intensivos neonatales una serie de afectaciones resultado del acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal por la supresión de la oxigenación tras placentaria tales como: la patología propia del binomio inmadurez-hipoxia¹⁷. Los RNP., empiezan a respirar de forma autónoma desde el momento en que nacen, pero otros podrían necesitar reanimación. Si los pulmones no han terminado de desarrollarse y les falta surfactante (sustancia que permite que los alvéolos pulmonares permanezcan abiertos y expandidos) los RNP., podrían tener dificultades para respirar. Y podría suceder que los que empiezan a respirar de forma autónoma no tienen fuerza suficiente para seguir haciéndolo, se agotan y pueden dejar de respirar (apnea). Ese es el momento en que la especialista en el cuidado de estos seres indefensos da la voz de alarma y se procede a la entubación y al inicio de la ventilación mecánica¹⁸.

Igual podrían presentar patologías neurológicas con afectación del Sistema Nervioso Central. Problemas Oftalmológicos con daño en las áreas visuales centrales. Cardiovasculares con disfunción cardíaca. Gastrointestinales afectando la tolerancia con escasa capacidad gástrica. Inmunológicos con inmunidad inespecífica. Hematológicos con presencia de anemia tardía. Endocrinos con modificaciones en la perfusión tiroidea. Presencia de patología que hacen del RNP., sumamente frágil, conectado a sensores, respiradores y vías endovenosas¹⁷.

Razón por la cual, la complejización del cuidado neonatal y la sobrevivencia de prematuros cada vez más pequeños exigen a las enfermeras como lo explica Quiroga una permanente actualización para poder alcanzar cuidados cada día más eficientes, integrales y con una óptima utilización de los recursos¹⁹.

En este sentido, las enfermeras tienen que comprender que cada RNP. es un ser humano único, que requiere de una valoración completa, y que es un deber ético y moral el tener una mirada crítica sobre la propia práctica de cuidado diario, cómo se realiza, porqué se realiza y sobretodo cuál es la visión que tienen sobre la persona humana en cualquier circunstancia que pase.

Allán A., ratifica, al imperar sobre el cuidado realizado por la enfermera, que este tiene que ser reflexivo y ser capaz de preguntarse si es que la rutina de los tiempos actuales ha hecho que se olvide la humanidad, o si es que verdaderamente el hecho de ser profesional en Enfermería llena la razón de ser como persona. O si es que estamos trabajando en esta profesión por una finalidad solo de recursos²⁰. También Díaz A., advierte sobre la capacidad de tener conciencia de sí como uno de los rasgos más propios del hombre, y de ello no sólo es testigo la historia, sino que además del propio avance depende los progresos de esa conciencia humana. Si bien no es posible reducir la realidad humana y sus avatares históricos a la conciencia, sin ella se hace impensable el mundo propiamente humano, y su explicación –nuevamente– la debemos verificar en la constitución ontológica del hombre²¹.

Constitución ontológica que todo RNP. tiene por ser persona, sumado a la comprensión integral, es decir las razones que la enfermera conoce, vive y hace al cuidarle en toda su complejidad de salud con fondo en la comprensión de lo más noble y trascendente que tiene entre las manos y que a veces no es considerado con la profundidad deseada al omitirse acciones que denigran la dignidad del RNP., dignidad protegida por derechos propios reconocidos por la constitución Política del estado Peruano en sus artículos 1°,2° y 7°²², en el decálogo del RNP. promovido el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), específicamente en sus artículos 2°, 3° y 4°²³ También exigidos al equipo de salud: médicos y enfermeras de los servicios de neonatología en sus respectivos códigos de ética. Para los primeros contenidos en los artículos 1° y 63° y a los segundos especificados en los artículos 1°,3°,4°,5° y 9°²⁴.

Por otro lado, no basta con conocer los derechos humanos, como normas, decálogos o exigencias, todas ellas tienen una fundamentación ética y antropológica, que las acciones voluntarias del cuidado de médicos y enfermeras tienen que vivenciarlas como bienes y a largo plazo como virtud, si estas en algún momento de la acción de cuidado se articulan, los profesionales vivenciarán la verdadera ética de carácter personal^{25,26}, la cual no es tan fácil de

practicar sin rectitud de intención, por esta razón a veces se perciben en la labor cotidiana del servicio de neonatología de un Hospital de nivel III, la expresión de actitudes donde no existe un verdadero interés por el RNP., o la realización de movimientos bruscos al momento de manipularlo, o pequeños atentados en desmedro de su seguridad produciéndole de alguna manera una iatrogenia resultado de: luces encendidas, ruidos intensos producidos por compresoras, monitores, conversaciones en tono alto, caídas bruscas de material sonoro. Incluso formas inadecuadas de comunicación como referirse a los RNP con apelativos y no por su propio nombre.

Confirma, estas percepciones el estudio de Pinto E, y Beresford H, quienes llegan a la conclusión que el ambiente de la Unidad neonatal puede ser considerada un ambiente excesivamente estimulante, que compromete el proceso de desarrollo del neonato, quien presenta mayor susceptibilidad en un ambiente, donde diferentes profesionales interactúan a la vez para la necesaria e indispensable asistencia al RNP, exponiéndole a manoseos constantes, al dolor y a otras formas de estimulación de naturaleza sensorial, tales como, fuerte luminosidad y ruidos provocados por movimientos humanos y por el manoseo de materiales, el neonato sufre la interrupción de sus ciclos de sueño, lo que puede contribuir a el surgimiento del estrés y de iatrogenias, dificultando el proceso de crecimiento y de maduración relativo al desarrollo orgánico y a su mejora clínica ²⁷.

Otro aspecto importante para los profesionales médicos y enfermeras a parte del RNP., como centro de la atención; son los padres, dado que aquel depende biológica, social, ética y legalmente de éstos. La carencia de autonomía del recién nacido hace que sus padres, en primer término, se constituyan en sujetos decisorios para efecto de cualquier procedimiento a efectuarse en la corporalidad del RNP.

Por todo las consideraciones descritas se requirió hurgar ¿Cómo es el cuidado personalizado al recién nacido prematuro hospitalizado, de un Hospital de nivel III, de la región Norte del Perú. 2016? Para encontrar respuesta se formuló los siguientes objetivos: Describir y analizar el cuidado personalizado al recién nacido prematuro hospitalizado de un Hospital de nivel III, de la región Norte del Perú. 2016 y proponer una teoría sustantiva sobre el personalismo en el cuidado.

La ciencia de enfermería no existe sin la aplicación de la investigación científica, que sustente y nutra el cuerpo de conocimientos, el cual no está estático, sino, en continuo movimiento y evolución ²⁸.

Y al hurgar sobre el personalismo ético en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado,

creció el interés al no encontrar antecedentes sobre el tema elegido, lo cual resultó relevante, importante y de impacto al usar la filosofía Personalista por ser una filosofía fuerte, original, específica y moderna para abordar el estudio contemporáneo de la persona⁹, en la presente investigación el cuidado al recién nacido prematuro, buscando desentrañar si el cuidado al niño prematuro podría ser personalizado teniendo en cuenta que la práctica sin la teoría es ciega y la teoría sin la práctica está vacía. Con las consideraciones de que el personalismo, cubre la falta de una antropología integral y equilibrada de referencia en un mundo fragmentado ideológico y culturalmente en gran peligro de pérdida de sentido.

Consideraciones asumidas por la investigadora al ofrecer una teoría sustantiva de conocimiento nuevo para el cuidado al recién nacido prematuro desde el abordaje cualitativo con teoría fundamentada y desde los propios sujetos de estudio participantes en la investigación, con quienes se conoció las diferentes características del niño prematuro con enfoque personalista, integradas como un todo, en el intento de dar un cuidado personalizado en concordancia con las necesidades expresadas por un ser que sólo solicita cuidado con el llanto y su corporalidad frágil, transferencia que permitió analizar como los metaparadigmas de enfermería estaban relacionados propiciando un enfoque más integral y se podría afirmar hasta holístico.

Cuidado que necesitó investigación desde la teoría para beneficiar a la enfermería como ciencia y disciplina, no abordados hasta la actualidad y de esta manera lograr nuevas perspectivas para la comprobación de teorías más específicas en la práctica; permitiendo unir las, prescindiendo el hacer sin sentido y fortalecer el desarrollo de la profesión, validando sus planteamientos y demostrando la importancia que como disciplina la enfermería posee.

También la investigación aporta, la importancia de la centralidad del cuidado en la persona frágil como el niño prematuro para asegurar su sobrevivencia hacia la normalidad, cuidado por un equipo de salud motivado, preparado, actualizado y con principios éticos que restaure su compromiso profesional, preocupación por el bienestar del otro, generando beneficios tanto para el niño prematuro como a su familia y en general a los servicios de neonatología por el costo- beneficio de prestar una mejor calidad en el cuidado de enfermería personalizado.

Además se crean nuevas oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje en el aspecto del cuidado personalizado desde el pre grado, segunda especialidad, maestría y doctorado, quizás constituyéndose como línea de investigación a futuro, ya que servirá como fuente de consulta, por la profundidad en el estudio de la persona propuesto por el grupo de investigación PROFEDIC de la escuela de enfermería de la USAT.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Comprende como la investigadora pensó con una mayor flexibilidad teórica y abarca en primer lugar los antecedentes encontrados en diferentes bases de datos y libros y en segundo lugar la base teórica conceptual y en los autores que sustentaron la presente investigación

2.1. Antecedentes del problema

En la búsqueda de bases de datos a nivel mundial, latinoamericano y nacional se encontraron escasos trabajos de investigación sobre la temática investigada, sin embargo se acogieron algunas investigaciones relacionadas con el objeto de investigación que a continuación se describen:

Murcia Cl; Parra H; Rodríguez Y., con su estudio sobre el Cuidado de enfermería orientado hacia el confort en recién nacidos prematuros, 2017²⁹, concluyeron que la adecuada aplicación de las técnicas de posicionamiento favorece el desarrollo funcional y el movimiento, permitiéndole al niño prematuro minimizar el riesgo de hipoxia y hemorragias intraventriculares. Asimismo la adecuada termorregulación se refleja en el comportamiento vasomotor del recién nacido. Por ello, enfermería debe contribuir con la disminución de los niveles de ruido y de luz para favorecer su desarrollo, sus estados conductuales y la capacidad desarrollar respuestas adaptativas. Con relación al manejo de los estímulos dolorosos mediante los métodos no farmacológicos permite reducir en el prematuro los niveles de estrés, logrado porque enfermería es quien establece más interacción con el entorno del paciente y sus familias, por tanto es indispensable que sea líder en este proceso.

Pazmiño M. con el estudio sobre: Factores de riesgo en los recién nacidos prematuros para la intervención en el proceso de atención de enfermería. Tesis para obtener título de enfermera Machala, 2017³⁰. La autora delibera que todo recién nacido prematuro es aquel que nace antes de haberse completado las 37 semanas de gestación, a causa de infecciones bacterianas, hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional o consumo de drogas. Los recién nacidos prematuros son vulnerables a sufrir, distress respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, ceguera, pérdida de audición. por estas razones el personal de enfermería debe estar capacitado para brindar atención de calidad y calidez para su recuperación, cuya atención debe estar orientada a la prevención de los problemas que surgen al nacimiento y diagnóstico precoz al manejo temprano de las condiciones que se van presentando, debe contar

con una preparación eficiente y competente siendo primordial tener conocimientos sobre todo lo relacionado a la prematuridad para que fundamente científicamente sus acciones y así proporcionar una atención de calidad, calidez, eficiencia y eficacia; especialmente brindarles amor ya que esto les estimula afectivamente, a través de las caricias, la voz, ya que el prematuro desarrolla comportamientos que lo estimulan sensorialmente y que se cree que son la base de la interacción psicoactiva, del desarrollo cognitivo.

Acosta M.; Cabrera N.; Basante Y.; Jurado D.; con el estudio: Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros, 2017. Develó que los padres son las personas que directamente se ven implicados con el proceso de hospitalización de un hijo prematuro y no están preparados para ello; esta situación les genera sentimientos de tristeza, angustia, autocrítica y temor con retraso en el establecimiento de los lazos paternales. Los autores argumentan como la comunicación hace parte del cuidado de Enfermería, además de brindar una atención clínica, conviene identificar las necesidades de los padres, ya que para ellos la comunicación oportuna y asertiva se convierte en algo prioritario dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Acierto que los autores proponen a las enfermeras implicadas enfocarse en brindar un cuidado humanizado a partir de las percepciones, con visión de las personas de manera holística ³¹.

La investigación de Montes, M., Mendoza, J., Silva, K.: Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima del recién nacido prematuro”, 2017 evidenciaron como resultados de 80 enfermeras encuestadas, el 40% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero regular en torno a la “manipulación mínima” del recién nacido prematuro, el 32% un nivel bajo y solo el 28% un nivel alto. Con relación a las dimensiones procedimentales del cuidado se encontró que la mayoría de las enfermeras evidenciaron un nivel procedimental de regular a malo. Concluyendo que la mayoría de las enfermeras presenta un nivel procedimental en la manipulación mínima del recién nacido prematuro de regular a malo ³².

La investigación Utilização do Processo de Enfermagem no cuidado ao prematuro hospitalizado em uso de gavagem: Um relato de experiencia, de Marcell Hanauer M; Oliveira R; Paz M; Chris Netto de Brum C; Oliveira D, 2016. Argumentaron que la fragilidad de los recién nacidos prematuros requiere una atención redoblada del equipo de enfermería, con ello la importancia de aplicar el proceso de enfermería. Se realizaron cuidados con los recién nacidos prematuros los que necesitaban vías alternativas para la alimentación durante su estancia hospitalaria, con el fin de ganar peso, sin olvidar el fortalecimiento de la vinculación del binomio madre / hijo.

Hurgaron en la historia clínica de la familia, y con relación a los cuidados, encontraron lagunas de informaciones en la literatura científica, pues los contenidos encontrados en artículos no describían cómo los cuidados deberían ser realizados, enfatizando apenas la importancia de los mismos. Asumieron que el proceso de enfermería en el niño prematuro ayuda a brindar cuidado individualizado y sobre todo humanizado³³.

Klossowski D.; Godói V.; Xavier C., Fajinada C.; con la investigación: Asistencia integral al recién nacido prematuro: implicaciones de las prácticas y de la política públicas (2016), hallaron dos núcleos temáticos para la discusión: La fragmentación del cuidado al prematuro y las familias; Contradicciones entre las prácticas profesionales y la política pública establecida. Consideraron que no hay seguimiento efectivo para los prematuros y se cuestiona la continuidad en las atenciones, para una asistencia integral. Se observa que los profesionales desconocen lo que la política pública preconiza, y valoran la atención y cuidado hospitalario ³⁴.

Barriga A. con su estudio sobre: El efecto del contacto físico en el crecimiento físico de bebés prematuros. Tesis para obtener el título de Psicóloga Clínica. Universidad San Francisco de Quito, 2016. Llega a la conclusión que la terapia de masaje incrementa la absorción de nutrientes mediante el aumento de insulina y adrenalina, mientras que disminuye la liberación de cortisol; estos procesos están involucrados en el crecimiento del infante. Explica que la estimulación táctil ayuda a que el neonato aumente de peso a través de la actividad vagal; incrementando la liberación de insulina y reduce el nivel de energía gastada, aumentando la motilidad gastrointestinal, permitiendo la absorción de nutrientes. Aspectos facilitadores para nutrirse adecuadamente, con repercusión en su ganancia de peso y estatura. Por lo cual, podría aceptar la hipótesis de que el contacto físico va a tener un efecto positivo en el crecimiento físico de bebés prematuros ³⁵.

Mosqueda R. Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología (CCD), 2016 (Tesis Doctoral). Infieren que la mayoría de los profesionales que trabajan en las unidades neonatales de la Comunidad de Madrid tiene conocimientos aceptables sobre los CCD. Estos conocimientos mejoran significativamente tras la realización de un curso teórico-práctico encaminado a mejorar la aplicación de dichos cuidados. Se muestra cómo los conocimientos pre-curso y post-curso no son significativamente diferentes en relación con el nivel asistencial de la unidad neonatal. Sin embargo, cabe destacar que la satisfacción con el curso, a pesar de ser alta, no parece influir en los conocimientos que se adquieren³⁶.

Fernández, D., 2016 en su artículo: La violencia al inicio de la vida: una perspectiva bioética y de los derechos humanos enfatiza que la Bioética personalista vinculada estrechamente con la normatividad ética, y jurídica, es la que regula los aspectos esenciales de la persona humana en todas las etapas de su vida, y por supuesto, con el respeto absoluto de sus derechos esenciales o derechos humanos fundamentales. Dicho en otras palabras, la Bioética funge como defensora del ser humano ante la violencia que se puede ejercer contra de él ³⁷.

Burgos J. con su artículo El personalismo frente a la crisis contemporánea de sentido, 2015 afirma que la persona, tiene una prioridad ontológica frente a la sociedad, pero, al mismo tiempo, un profundo deber de solidaridad. El hombre sólo se autorrealiza en la donación de otro. No es posible progresar como persona desde el egocentrismo ni desde el individualismo denunciado por tantos personalistas como Maritain, Mounier, Buber, Marcel, etc. ³⁸.

Prats M. con la investigación sobre: Fortalecer el vínculo madre-hijo en unidades neonatales: Parámetros para su evaluación, 2012. (Tesis doctoral). La autora intuye y acepta el efecto positivo del canguro en el recién nacido prematuro pero no ha descrito cuantificación ni metodología que determine resultados desde la perspectiva orgánica y psíquica. Si permitió observar que a mejor condición del niño, el canguro es capaz de mejorarlo; facilita la disminución de la asistencia respiratoria por presión; permite estabilizar las variables clínicas: FR, FC, saturación de oxígeno y en el periodo pos canguro, el recién nacido pasa por una fase de adaptación a la ausencia de la madre ³⁹.

El estudio de Muñoz L y Luna Cl., sobre Modelo de Cuidado: Un acto de Comunicación Enfermera-Neonato, 2012 ⁴⁰. Argumentan que el acto de comunicación enfermera-neonato es un punto clave en el cuidado del neonato para que se establezca una buena interrelación, la enfermera debe comprometerse a identificar y resolver las necesidades del neonato como ser humano vulnerable. En este proceso se trata de personas únicas con sentimientos y emociones que aún no pueden comunicarse verbalmente, muestran sus necesidades con la comunicación no verbal⁴⁰ (llanto, gestos, posturas, manos entre otras) en donde la enfermera de la UCIN debe tener la habilidad y conocimiento de detectar estas necesidades para individualizar el cuidado, en la cual se identifican prácticas básicas para la enfermera como es la observación, valoración de necesidades, preparación y administración de medicamentos, registro y acciones llevadas a cabo en el neonato. Promover un cuidado individualizado y sensitivo es un reto donde el personal de enfermería se compromete y busca estrategias a través de las cuales se puede comprender el mundo de los neonatos donde están involucrados los atributos como son los sentimientos y emociones e interiorizar el verdadero sentido de la comunicación del neonato

así como el compromiso como educador, facilitador, generador de procesos de participación y de posibilidades de la inserción a una familia y sociedad a ese ser tan vulnerable que está pasando por un proceso de enfermedad.

2.2. Base teórico-conceptual

Respecto al análisis conceptual que enrola el estudio sobre el personalismo ontológico en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado, se requirió hurgar en el pensamiento de Juan Manuel Burgos y Karol Wojtyla y para el tema cuidado a la teórica Watson.

A continuación, se aborda la conceptualización de prematuridad fin de comprender a quién se estudia y lo que implica su cuidado.

En el hospital y en los servicios de neonatología, la edad gestacional al nacer es el parámetro más importante para valorar el pronóstico del bebé prematuro. En general, el bebé debe permanecer dentro del útero tanto tiempo como sea posible, porque la madre le asegura nutrientes, oxígeno, humedad y otros elementos necesarios para su crecimiento y maduración. A pesar de que la madre no esté en perfectas condiciones, el medio externo (la incubadora) será todavía más inhóspito y el bebé dependerá de sus propios recursos para respirar, comer, crecer y sobrevivir. Por ello que es imprescindible intentar que el bebé esté intraútero tanto tiempo como sea posible, si la situación permanece estable y prepararlo para cuando se produzca o se decida el nacimiento⁴¹.

Cuando hay referencia a prematuridad, se alude al relato que la edad gestacional del neonato se encuentra entre 21 y 37 semanas de gestación y es la primera causa de mortalidad neonatal en el mundo ⁴². Ocupa un segundo lugar dentro de las muertes infantiles, siendo responsable de 1,1 millón de muertes anuales. Lo cual origina el 80% de las muertes dentro del primer mes de vida y el 98% de estas muertes neonatales ocurren en los países en desarrollo como el Perú ⁴³.

Con el paso de los años, el avance de la biotecnología y la experticia de médicos y enfermeras, han conseguido logros para la supervivencia de neonatos nacidos antes de las 37 semanas; sin embargo la prematuridad continúa como un problema creciente de salud pública y problema social emergente debido al incremento de técnicas de reproducción asistida y otros factores tales como la edad materna, lo cual trae como resultado los partos prematuros por embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión ⁴⁴.

Esta situación de salud, no sólo comprende los determinantes biológicos, también comprenden los que son responsabilidad del sector salud y aquellos concernientes a responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos⁴⁵. Por ello, la

realidad de la prematuridad se ha convertido en una prioridad de salud, por su magnitud y elevada prevalencia en algunos países, de allí que las graves consecuencias individuales, familiares, sociales, asistenciales y económicas constituyen un gran reto para el cuidado enfermero^{46, 47}, ya que la gravedad de ser precoz predispone al recién nacido a lesiones que pueden ser causa de secuelas psicomotoras o de muerte neonatal.

Secuelas psicomotoras que tienen que ver con la madurez del prematuro en consideración a la edad gestacional, así cuanto más precoz sea su nacimiento más riesgo, y más vulnerabilidad de lesiones o muerte tendrían. Así se podrían presentar: Prematuros extremos (menos de 28 semanas); Muy prematuros (28 a 32 semanas) o Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)^{48,49}.

Los recién nacidos prematuros visibilizan determinadas características físicas⁵⁰ tales como:

- Edad gestacional de 36 o menos semanas.
- Peso menor de 2500 gr, con perímetro cefálico menor de 33 cms. Perímetro torácico menor de 30 cms. y talla menor de 47 cms.
- La piel es muy fina, con físico frágil. Como aún no ha acabado de formarse, la piel a menudo es transparente y deja ver los vasos sanguíneos, tiene un aspecto rojizo.
- Presencia de lanugo, vello suave que cubre la corporalidad del niño prematuro y que, en el útero materno, le servía para protegerse.
- Tiene apariencia desproporcionada: La cabeza es más grande que el resto del cuerpo, y los brazos y las piernas, más largos en relación al tronco.
- A las orejas carecen de cartílago. Por eso están dobladas o pegadas a la cabeza.
- Los párpados permanecen fusionados, y con el tiempo se van abriendo.
- Tiene poca grasa corporal, se ve delgado y pequeño.
- Su tono muscular es bajo, no se mueve, lleva a cabo una serie de sacudidas o movimientos bruscos, ya que aún no ha perfeccionado el mecanismo de coordinación.
- Sus órganos sexuales están inmaduros. Si es de sexo masculino, el pene es muy pequeño y los testículos no han descendido (criptorquidia). En el caso del sexo femenino, el clítoris parece agrandado, por escaso desarrollo del aparato genital.
- La respiración es muy elaborada.⁵⁰

Con lo cual, la corporalidad del RNP., requiere cuidados especializados, sin embargo antes de abordarlos, es necesario reflexionar sobre las bases epistemológicas de la filosofía personalista ontológica moderna (POM) para argumentar porque se asume como sustento filosófico cuando

se cuida al recién nacido prematuro, conforme se describan sus características se harán las transferencias respectivas relacionándolas con las bases teóricas del conocimiento.

Iniciamos desentrañando lo que encierra el personalismo como Filosofía y la necesidad de plantear preguntas propias, a fin de resolverlas y encontrar las respuestas profesionales debidamente sustentadas, avanzando así en el campo de estudio del cuidado, haciendo de la investigación interdisciplinaria la clave del asentamiento de la identidad en enfermería como disciplina científica.

Abordar el personalismo como filosofía y su aplicación nocional en el cuidado del recién nacido prematuro, en esta investigación es el inicio de la generación de una teoría sustantiva que propiciará algunos cambios desde la práctica cotidiana generando el sustento teórico de porqué el cuidado del recién nacido prematuro tiene que ser personalizado.

El personalismo, nace en la Europa de entreguerras, en el siglo XX, aparece como una reacción a dos movimientos sociales imperantes. el colectivismo representado por el marxismo, el nazismo, el fascismo, corrientes que coloca a la sociedad sobre la persona y el individualismo constituido por el capitalismo salvaje, colocando al individuo sobre la sociedad ⁵¹. Al emerger el personalismo toma elementos de ambos movimientos y los asume modificados: da primacía a la persona, quien es un radical ontológico sobre la sociedad. Transforma al individuo en persona, señalándole un deber de solidaridad social, desde entonces el personalismo ha influenciado en la declaración Universal de los Derechos Humanos, por la ONU, 1948, las Constituciones de la República Italiana, 1947, República Federal Alemana 1949, del Reino Español 1948, en el Concilio Vaticano II, 1982, etc.

Al respecto los avances de la filosofía personalista beneficiaron a la humanidad entera especialmente a todos los recién nacidos prematuros, porque se reconocieron sus derechos protegido por las constituciones políticas de todos los estados y del Perú; la OMS y OPS.

El Fundador de la filosofía personalista fue Emmanuel Mounier, 1905 y los aportes de sus contemporáneos, entre los que destacan: Lacroix, Maritain, Guardini, Stefanini, Marías, Wojtyla, Nedoncelle, Buber, Ebner, Levinas, Carlini, Pareyson, Seifert, Crosby, Burgos, López Quintás, Díaz, entre otros. etc. Cada uno de ellos cumplió una misión: suscitar dudas, abrir horizontes, aportar soluciones, el resultado final fue la construcción de la filosofía personalista, ya que posee sistemas propios (conceptos, lógica, esquematización) pertinentes para fijar y comunicar un pensamiento y como instrumento de descubrimiento y exposición en beneficio de las personas, las familias y la sociedad en general⁵².

Para Burgos, el personalismo es una filosofía realista, fuerte, original, específica y moderna, ideal para abordar el estudio contemporáneo de la persona y no sólo una actitud⁵³, como real es el cuidado del recién nacido prematuro, que requiere el servicio total de la enfermera y no sólo simples actitudes.

Con lo cual, presente investigación se sustentó en el personalismo ontológico moderno propuesto por Juan Manuel Burgos con base en planteamientos de Karol Wojtyla en su obra *Persona y acción para el reconocimiento del recién nacido como persona digna y poseedora de derechos universales*. Wojtyla ha desarrollado una antropología personalista original y sólida con el propósito de alcanzar un mejor cuidado de una corporalidad frágil, cuya dependencia de quién le cuida es total para seguir viviendo de una manera integral, afirmaciones también dilucidadas por todas las teóricas de enfermería al abordar los conceptos paradigmáticos de sus modelos o teorías donde incluyen a la persona pero no con la profundidad que lo hace la filosofía personalista moderna.

Entre las características del POM⁵⁴, prima el concepto de persona. La persona como un yo y quién, la afectividad y la subjetividad, la interpersonalidad y el carácter comunitario; la corporalidad, tripartición unificada de la persona en nivel somático, psíquico y espiritual; la persona como varón y mujer, primacía del amor, libertad como autodeterminación; carácter narrativo de la existencia humana, trascendencia como relación con un tú, etc. Características que se desarrollarán a continuación:

La realidad y categoría del hombre como persona, es radicalmente distinta de las cosas y esencialmente distinta de los animales, incluso en aquellas dimensiones en las que pueden parecer más similares, como las físicas o sensibles, de ahí que Karol Wojtyla afirme que cada ser vivo es cualitativamente distinto. Persona no es un simple sinónimo de hombre sino un modo concreto y específico de entender al ser humano, concepto fundamental y estructural de la antropología filosófica usada con carácter sistemático y fundante. La noción de persona hace referencia principalmente al hombre y mujer concreto, irrepetible y existente con nombre propio y de características únicas, diferenciándose profundamente de los demás hombres y mujeres ^{51,55}.

La persona humana es un dato de experiencia, un radical ontológico que se presenta ante la mirada como realidad compleja, exigiendo rigurosidad cognitiva e incluso espiritual para ser aprehendido en profundidad, lo cual pide una teoría filosófica y una visión del mundo con

conciencia de la prioridad del hombre sobre las cosas, donde la relevancia del yo singular e irreductible de cada persona o, en otros términos, del quién personal⁵⁶ sea el fundamento de sentido de la existencia total del mundo. Esto genera el personalismo como filosofía, transformando la pregunta, ¿qué es el hombre?, en otra más precisa y profunda: ¿quién es el hombre?, con el hecho de que la persona, más que naturaleza común (que también la posee), es sobre todo un yo personal irreductible a cualquier otro. Un reconocimiento que supone admitir el valor especial de cada ser humano, su dignidad ligada a su irrepitibilidad y a su espiritualidad. El hombre no es sustituible, como sí lo son los animales. Cada persona posee un rasgo especial, la radicalidad subjetiva-personal que la convierte en un yo único, en un alguien, que la hace, justamente, persona⁵⁵.

En relación a lo filosóficamente sustentado, el RNP., es un quién real, tiene vida pero en situación de salud crítica, con padres precisos que aportan sus genes, su nombre y apellidos, sin embargo la condición de su naturaleza frágil, con sus sistemas incluso sin desarrollar totalmente y que los hacen centro de multiplicidad de complicaciones orgánicas y de neurodesarrollo es igual que el resto de recién nacidos prematuros, pero al mismo tiempo diferente, siendo cada caso enteramente especial.

Y como se afirma desde la antropología personalista: “La persona es un ser digno en sí mismo, pero necesita entregarse a los demás para lograr su perfección, es dinámico y activo, capaz de transformar el mundo y de alcanzar la verdad, es espiritual y corporal, poseedor de una libertad que le permite autodeterminarse y decidir en parte no solo su futuro, sino su modo de ser, está enraizado en el mundo de la afectividad, portador y destinado a un fin trascendente”⁵⁷.

Concepción antropológica que encierra tres dimensiones personales constitutivas de la persona: 1) corpórea, 2) psíquica y 3) espiritual, dimensiones que interactúan unas con otras, como sucede en la acción o en la experiencia del cuidado, es difícil determinar dónde comienza una y dónde acaba la otra ⁵⁵.

La persona es un ser integrado y unitario en el que todas sus estructuras están en conexión y funcionan de manera armónica. El cuerpo, no es solo biología y la libertad también se consigue a través de la corporalidad. La tripartición unificada de

la persona quiere dar razón de este hecho, toma en consideración que, en el hombre, existen estructuras y realidades que no son ni propiamente corporales ni propiamente espirituales. Para el POM, la persona posee una estricta dimensión espiritual que se refleja en la inteligencia,

libertad y la noción filosófica de ‘corazón’. La dimensión espiritual es la que permite postular de un modo difícil de entender pero, al mismo tiempo, posible, su existencia después de la muerte⁵⁷.

En la persona existe un carácter autónomo, originario y estructural de la afectividad^{55,56}. Eje primario y esencial de la estructura de la persona, sede propia de su humanidad (sentimientos y experiencias), cuyas experiencias evidencian que el hombre “vive algo”. Revela que el hombre no es solo un ser que conoce y quiere, aprehende y se determina, capta o tiende, sino también que “siente”: ya que es tocado por otras realidades del mundo y es capaz de responder a estos con afectos propios⁵⁸.

- a) La afectividad corporal, y las estructuras más esenciales y primarias^{55, 56}: el cuerpo y los sentidos. Los sentimientos sensibles, se dan sólo en relación con el estímulo que los provoca, ligado a las sensaciones captadas por los órganos de los sentidos y con otros receptores corporales, y lo integran experiencias como el dolor y el placer, el calor o el frío, la cinestesia o sensación de movimiento, caracterizados por estar localizados corporalmente. Los sentidos y las facultades desiderativas de la sensibilidad e incluso según las funciones vegetativas, se ven alteradas cuando se produce la emoción (latido del corazón, tensión muscular, expresión y color de la cara, agitación, etc.). Los sentimientos corporales, afectan al cuerpo en su totalidad y no solo por estar localizados, son sensaciones que el cuerpo proporciona en determinadas circunstancias y de las que envían un mensaje global, recibido de manera inmediata ya que no hay separación real entre el yo y el cuerpo.
- b) La afectividad psíquica^{55,56}, los sentimientos tienen un componente fisiológico y orgánico, son exteriorizados y expresados corporalmente a través del rostro y constituyen uno de los principales modos de vinculación con el mundo. Se añade la vivencia interior, porque afecta al yo, a la subjetividad y se vive como algo

Profundamente personal e íntimo, lo cual influye de modo determinante en la personalidad e impide su comunicación. La intimidad y la relativa incomunicabilidad de los sentimientos crean, en consecuencia, un mundo misterioso, enigmático y ambiguo donde la incertidumbre tiene un peso importante.

- c) La afectividad espiritual ^{55,56}. El corazón se constituye como uno de los centros espirituales de la persona junto con la libertad e inteligencia; elemento último y decisivo del yo. Las vivencias afectivas de carácter intencional se desplazan dentro del hombre en sentidos muy precisos, unas se encaminan de “fuera hacia dentro”, en dirección centrípeta, y otras se

proyectan de “dentro hacia fuera”, en dirección centrífuga. Las primeras se dirigen a los estratos más profundos del alma humana (ser afectados), donde se encuentra el corazón del hombre, mientras las segundas se dirigen del yo del hombre hacia el mundo exterior (respuestas afectivas). Así alegría y tristeza son ejemplos claros de “respuestas afectivas”, lo mismo que el amor y el odio, el respeto y la veneración, la indignación o el entusiasmo. La conmoción o la compasión, el pesar o la aflicción, la vulnerabilidad o el enternecimiento, en cambio, son ejemplos típicos de “ser tocados”.

Al respecto, en el RNP., se da estas tres niveles de afectividad, desde el primer contacto al momento de nacer piel a piel con las manos del médico al colocarlo en la servocuna y al permeabilizar vías aéreas altas ^{8,50} y, luego al ser separado de la madre y los cuidados inmediatos a los cuales es sometido por su situación de salud, genera altos niveles de estrés que exponen al neonato a la producción de grandes cantidades de cortisol, lo que influye directamente en el sistema neuronal y el neurodesarrollo, generando una respuesta, la cual tiene relación directa con el ambiente y bienestar emocional por parte de sus cuidadores como son las enfermeras, quienes están en permanente disponibilidad para resolver las necesidades primarias del RNP.

También ante la vulnerabilidad física, cognitiva y emocional que pone en riesgo su proceso madurativo, el equipo de salud hace que se lleve a cabo el método canguro con el apoyo de la madre o padre en ausencia de ella como herramienta para mejorar el vínculo afectivo entre prematuro-cuidador fortaleciendo esta relación como un elemento de significación del yo, dichos procesos requieren siempre como afirma Narvaez E⁶⁰ concienciación y educación del personal de salud y de las familias para generar grandes ventajas en el desarrollo neurológico y emocional de los niños y niñas nacidos prematuros.

En este sentido, el recién nacido prematuro, aún con secuelas psicomotoras es una persona, así lo declara la doctora Frédérique Berne-Audéoud, pediatra en el servicio de neonatos del Hospital Universitario de Grenoble, quién en su, *Histoires d'Avant – L'apprivoisement du monde de la prématurité* (Historias de antes: un acercamiento al mundo de la prematuridad), la autora explica que “el bebé, incluso prematuro, es una persona, real, ya afirmado por el personalismo, no solo por sus particularidades médicas, sino también y ante todo por su personalidad y carácter ⁶¹.

Verme- Audéoud, inculca a reconocer al RNP como alguien que pertenece a una familia, a un grupo social y que no es un objeto sobre el cual practicar cuidados ⁶¹. El bebé prematuro es una persona, no es un “renacuajo” como a veces se oye decir; es un ser humano. Sí, son bebés con una historia neonatal

difícil, tanto para ellos como para sus familias. Quizás tengan una infancia temprana compleja, a veces una posterior experiencia escolar difícil, debido a las dificultades de aprendizaje que pueden sufrir, pero la mayoría de ellos alcanzarán una vida adulta normal. Por todas estas razones, debemos cuidarlos con todo el respeto que merecen y es necesario ser sensible al tema del dolor y a la presencia de los padres en el servicio”⁶¹.

Lo aplicado en el cuidado al prematuro en el ámbito de la salud, y sustentado por el personalismo ontológico moderno son acciones y planteamientos ratificados por Ratzinger en el documento *Donum Vitae*, sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación “El fruto de la generación humana desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado, que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual. El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida”⁶².

Otra realidad asumida por el POM es libertad denominada, como la estructura personal de la autodeterminación, donde está presente la capacidad de elección, como elementos que permiten tematizar la experiencia básica de la libertad que se muestra en la expresión “yo quiero algo”³³. Capacidad que tiene cada persona, de decidir quién quiere ser y lograrlo a través de sus acciones, decidir acerca de sí mismo. Si bien cada persona es dueña de sí misma, lo que le permite modificar su ser, solo puede realizarlo de modo limitado y progresivo a través de elecciones concretas. En cada elección, la persona decide acerca de sí misma y del futuro a través de elecciones concretas, temporales y específicas. En definitiva, se auto determina por la capacidad de elección que posee^{55,56}.

En sintonía entre el conocimiento científico y el análisis filosófico personalista, el niño prematuro, por su constitución genética, es una persona con naturaleza humana portador de 46 cromosomas, donde se encuentra fijado el programa de lo que será ese ser prematuro: un hombre. Ese programa hace que su desarrollo continúe siendo autónomo, igual que cualquier otra persona no de forma absoluta, ya que por su situación de salud depende de la atención de todo un equipo de salud, pero expresa llanto ante el dolor, ante ruidos exagerados o manipulaciones bruscas, siente y responde ante la ternura y caricias que le propician. La vida humana del prematuro es un proceso y el crecimiento continuo, ordenado y autónomo de sus diferentes órganos es propio de lo que es un ser individual.



Foto N° 01
Recién Nacido Prematuro visibiliza su naturaleza frágil, real y autónoma

Cabe mencionar aspectos sobre la teoría de la praxis del POM, entendida como la acción en cuanto transformadora de la realidad, contiene en primer lugar, la apuesta por una prioridad de la persona sobre la praxis tanto a nivel ontológico (o metafísico) como a nivel praxeológico⁶³ significa, que la persona, a nivel radical, constitutivo, está por encima de sus acciones, la persona tiene prioridad sobre la acción, ya que esta es una cualidad de la persona, y no al revés.

La prioridad praxeológica, por su parte, es de orden ético, y sostiene que no solo la praxis procede del hombre (prioridad metafísica), sino que debe estar orientada hacia lo que le conviene en cuanto ser trascendente y no meramente material ⁵⁶.

Afinidad con lo presentado por el RNP., quién tiene las prerrogativas propias de un ser humano, y se debe tributar el respeto como inalienable. Un ser humano grande o pequeño, sano o enfermo, nunca puede ser lesionado ni usado como cosa aunque sea en beneficio de otro.

Ahora nos encontramos con la realidad, según el POM, la persona constituye a la relación: la interpersonalidad. El peso de la interpersonalidad es una constante irrenunciable con los aportes de Martin Buber, en su, Yo y tú, que llevaba a pensar no solo desde el yo aislado, y de la relación yo-ello, sino a partir de la relación yo-otro y, en concreto, de la relación yo-tú; y, dando un paso más, desde la díada yo-tú como elemento primigenio del existir. Al principio no estaría el yo, sino la relación yo-tú, a través de la reciprocidad de las conciencias⁵⁴

Esta gran novedad supuso un notable vuelco y enriquecimiento en la antropología filosófica que sustenta a las antropologías disciplinarias. El hombre se hace hombre sólo frente al hombre, se hace yo-sujeto frente al tú-sujeto, no frente al tú-objeto, pues completamente formado y constituido, entra a relacionarse con el mundo de los objetos y, mucho más tenuemente, con el de los sujetos, constatado en el mundo real, ya que las personas nacen de una relación, de sus padres, y se van configurando identitariamente en el marco de relaciones personales, comenzando por las familiares, las más profundas y decisivas, siguiendo por los amigos y compañeros de trabajo y culminando en los procesos de enamoramiento que pueden acabar en la conformación de una nueva familia. Por tanto es la persona la que constituye a la relación, en particular, la relación interpersonal, y no al contrario⁶⁵.

Estos criterios dan razón como el recién nacido prematuro desde que nace es acogido por su madre para luego pasar a las manos del equipo de salud y ser transportado a una incubadora, preparada con antelación para que encuentre igualdad de armonía con el seno materno, en este proceso sistemático siente movimiento de manos que lo tocan, percibe ruidos, voces del equipo de salud que es notorio porque todos lo reconocen como persona como fin en sí misma, ante la cual propician atención humana no instrumentalizada, es decir una relación personal y personalizante de las relaciones terapéuticas para salvarle la vida. Vínculos basados en lazos de conexión de humano a humano pero de manera plena porque se entra en los espacios subjetivos con entrega, respeto y bienestar ⁶⁶.

Apreciaciones que inclinan a una epistemología personalista con necesidad de integrar objeto y sujeto para dar una explicación objetiva del conocimiento, donde la realidad es “aquello que encuentro, tal como lo encuentro” que es sustentado con la afirmación personalista: “La facultad cognoscitiva no es un ingenio mecánico, sino una potencia viva. Indica que lo que existe es el pensamiento concreto de la persona viviente dirigido a una cosa precisa. Y esto es un acto concreto, vivo, que puede realizarse bien o mal y depende de presupuestos muy precisos el que se realice correctamente” ^{55,56}.

Si no se puede conocer la realidad más que a través del conocimiento, ese mismo conocimiento muestra con evidencia que el mundo que conocemos, en su constitución ontológica, es independiente de nosotros, lo que supone que los procesos cognoscitivos son enormemente complejos y están mediados por el sujeto que conoce, con ello “la experiencia integral” se explica como el modo más adecuado de explicar el proceso cognoscitivo, en el que se

encuentran unificadas, las dimensiones objetivas y subjetivas, ya que dicha experiencia consiste en un acto humano de tipo vivencial dadas intrínsecamente entrelazadas: yo me experimento a mí mismo al experimentar lo que sucede fuera de mí. Esta sería la experiencia básica sobre la que se funda el proceso cognoscitivo, al que Wojtyla denomina comprensión, y que consiste en la objetivación o estabilización de los contenidos de experiencia, lo cual se realiza a través de la inducción y la exploración o reducción^{55,56}

Por la inducción (no por la abstracción), los cambiantes contenidos de la experiencia se fijan, dando lugar a *eidós* o conceptos que permiten fijar la comprensión y comunicarla. Y, a través de la exploración, esos *eidós* se contrastan con la experiencia, al mismo tiempo que se descubren nuevos contenidos de la realidad que apelan a su formalización. Por eso, si bien la comprensión trasciende a la experiencia, en otro sentido, nunca se separa de ella desbocándose hacia la abstracción ya que siempre debe estar en contacto con la experiencia, que es quien le da sentido y le justifica.

Por otro lado, el nombre de experiencia integral, remite a la actividad conjunta de inteligencia y sentidos ⁵⁵. La inteligencia (pasiva) no está a la espera de que los sentidos le transmitan los contenidos alcanzados por los sentidos y espiritualizados por el intelecto agente. La inteligencia trabaja desde el principio juntamente con los sentidos en el proceso cognoscitivo unitario que realiza la persona. La inteligencia puede conocer el singular y de hecho lo conoce, aunque en colaboración con los sentidos, ya que, quien realmente conoce es la persona a través de todas sus capacidades cognoscitivas ⁶⁷.

La experiencia integral es la vía y el método adecuado para acceder no solo a la realidad personal sino a todo tipo de realidad. En otros términos, es la vía originaria de todo conocimiento humano incluido el científico y el metafísico⁶⁴.

La pertenencia de estos supuestos nos describen por una parte la experiencia narrada del equipo de salud, con lo cual se abrió un horizonte global sobre quién es el recién nacido prematuro, como son las acciones del equipo cuando lo atienden y qué hacen con él ante su situación crítica de salud de tal forma que resultó una experiencia rica de contenido, donde la investigadora colocó todas sus capacidades cognoscitivas.

La otra parte, el uso de la investigación cualitativa con abordaje de teoría fundamentada propició información descriptiva, rica, porque se ha desarrollado en el mundo de la vida, ancorada en la observación y de modo inductivo, donde el cuerpo es el primer insumo de quien

investiga, ya que hay que estar presente en el lugar donde se produjeron los hechos, lo cual dio paso a la reflexividad equivalente a la conciencia de la investigadora sobre su persona y los condicionamientos girados en la práctica del cuidado, con una reflexión epistemológica que dio cuenta de las intersubjetividades que se ponen en juego durante el trabajo de investigación cuyo centro fue el cuidado personalizado del recién nacido prematuro.

Entonces, la corporalidad como una dimensión de la persona va más allá de la simple materialidad del cuerpo como solo biología, es un rasgo peculiar de la antropología del POM. La corporalidad humana no puede reducirse a biología ya que, en realidad, es inseparable de la persona. No existe cuerpo humano fuera de la estructura personal ⁶⁷.

El cuerpo humano se da en la persona y, fuera de ella, no hay corporalidad. Por eso, puede hablarse del carácter personal del cuerpo y, en consecuencia de que el cuerpo manifiesta a la persona. Si hay cuerpo humano, hay persona ⁶⁸. Con lo cual no es posible pensar sin ser, ni ser sin poseer cuerpo; por este, se está expuesto a uno mismo, al mundo, a los otros; por el cuerpo hay huida de la soledad porque está presente en la problemática del mundo y las luchas del hombre, se siente el envejecimiento asumiendo que existe una duración y cuando la muerte se presenta se enfrenta con la eternidad. Hace sentir el peso de la esclavitud, pero al mismo tiempo está en la raíz de toda conciencia y de toda vida espiritual. Es el mediador omnipresente de la vida del espíritu”^{69,70}

La corporalidad del recién nacido prematuro es inseparable de su persona porque su cuerpo según los argumentos de López Moratalla “dice quién es”: la cara, gestos, hasta la forma de moverse, identifica al titular de ese cuerpo, ya que el individuo concreto es inseparable de su desarrollo. En cada momento de la vida actualiza la plenitud de su ser biológico en esa etapa concreta. La auto-referencia (identidad) al material genético, recibido con la fecundación de los gametos de sus padres, aporta la conexión del cigoto con el embrión pre-implantatorio; y de éste con el término de la embriogénesis (el feto), y del feto con el término del desarrollo fetal (el nacido) y del nacido con el joven, y así sucesivamente. Ninguno de esos estados de la vida posee diferente nivel de realidad ontológica. Es la misma persona humana el que existe en plenitud de vida embrionaria o fetal, joven o anciano ⁷¹.

Los aportes anteriores los confirma, la Constitución Gaudio et Spes "Cada persona humana, en su irrepetible singularidad, no está constituida solamente por el espíritu, sino también por el cuerpo, y por eso en el cuerpo y a través del cuerpo se alcanza a la persona misma en su realidad concreta”⁷².

Por esta razón, el POM afronta la diferenciación varón-mujer ^{55,56} postulando la existencia de dos tipos de personas, la persona-masculina y la persona-femenina. Estas son diversas pero complementarias: la masculina y la femenina. No existe el hombre o ser humano en abstracto; lo que existe son varones o mujeres, iguales en cuanto personas pero profundamente diferentes en cuanto varones y en cuanto mujeres ⁷³.

Desde esta perspectiva, que es la misma que sostiene Karol Wojtyła, la masculinidad y la femineidad se presentan como un hecho humano primario y originario que afecta a *toda* la estructura del ser personal. Se es varón o se es mujer no solo a nivel de la sexualidad biológica, sino en todas las complejas estructuras del ser humano. Ambos poseen exactamente las mismas estructuras personales según su identidad masculina o femenina ⁷², ambos son inteligentes pero su inteligencia es diversa y opera de modo diverso, confirmado recientemente por las neurociencias. Ambos poseen afectividad, pero su afectividad es diversa. Su relación con el propio cuerpo varía, así como su modo de socialización, el orden de prioridad en sus intereses.

Ambos son personas humanas, pero diferentes: persona masculina, persona femenina. Se nace hombre o se nace mujer. No se elige serlo, hecho que resulta confirmado por la experiencia humana plurisecular, que es una experiencia de hombres y de mujeres. La identidad sexual no está radicada en la simple biología o naturaleza, sino en la identidad personal global que afecta a todas las estructuras del ser personal y se muestra a través del cuerpo y del comportamiento ^{73,74}.

Y la realidad concreta está centrada en los RNP., quienes nacen como niñas o niños, sexo heredados de sus progenitores, cada quien con sus particularidades anatomofisiológicas y psíquicas propias, testimonio de la modernidad, cuya frecuencia de nacimientos han generado su propio espacio de consideración subjetiva, asistencial y social por su carácter de fragilidad/vulnerabilidad ya que comienzan a identificarse sus necesidades efectivas, dada su dependencia extrema de las enfermeras especialistas en neonatología, quienes sostendrán su cuidado por la condición de no tener la capacidad de reclamar. Posterior a esta narrativa diagramaremos a la persona del recién nacido prematuro según los aportes del POM y de Juan Manuel Burgos ⁵⁶

FIGURA N° 01
LA PERSONA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO SEGÚN JUAN MANUEL
BURGOS 56

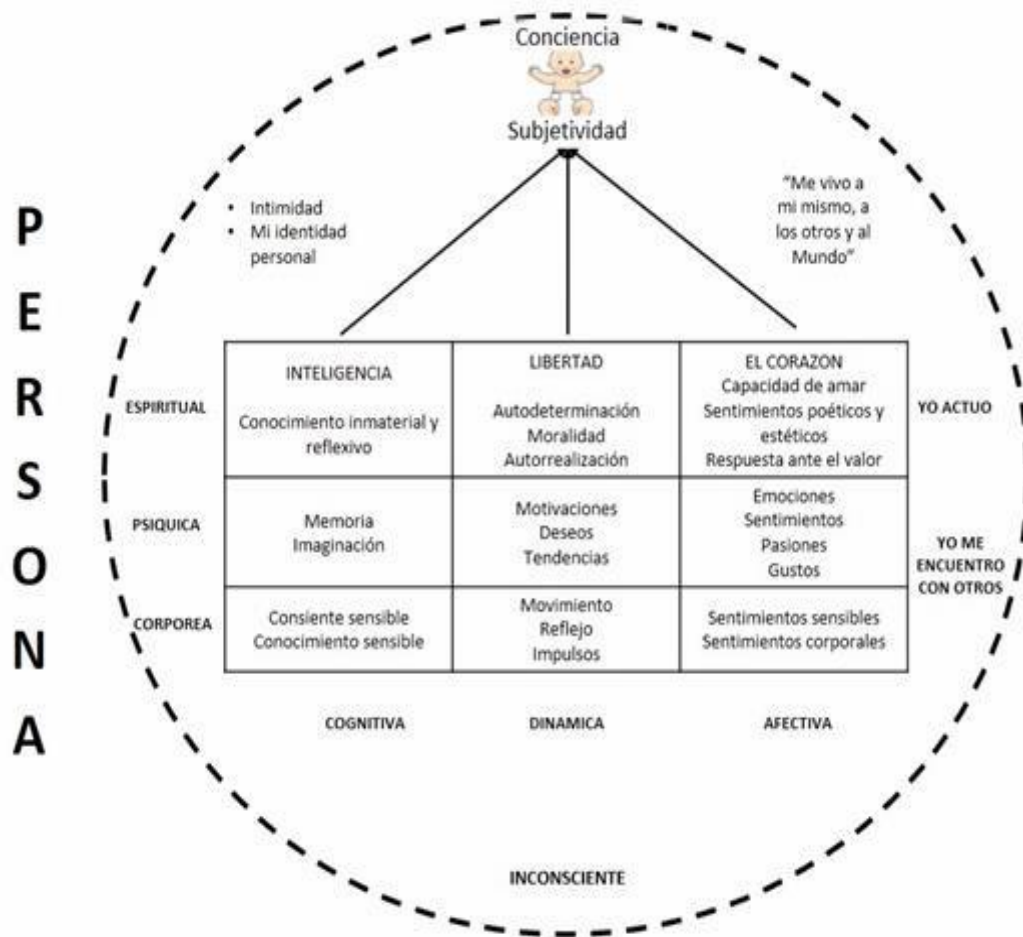


Fig. N° 01.

Niveles y dimensiones de la persona del RNP según el POM. Elaboración propia, adaptación al esquema propuesto por Juan Manuel Burgos ⁵⁶

El diagrama, desde la perspectiva personalista ontológica moderna, también se percibe en el RNP., quien tiene tres niveles en su persona: el somático, el psíquico y el espiritual, estos niveles no están aislados, sino que los tres forman parte de un todo, un todo unificado por el “yo” personal. La persona del RNP., aún con su naturaleza humana frágil, no es solamente corporal y espiritual sino, que la persona del RNP., es un ser dotado de afectividad o aspecto psíquico, cualidad que afirma que es persona. Inserta tres dimensiones: afectividad, conocimiento y dinamicidad de cada uno de sus niveles, desligándose otras dimensiones: la afectividad en lo corporal (el RNP. siente frío, calor, capta lo que viene de fuera, duerme,

despierta, llora cuando el cuerpo esta pinchado, bosteza. La afectividad psíquica afluye en su corporalidad expresado en su cuerpo, cuando se le canta abre los ojos, cuando se le acaricia sonríe, gusta de su leche, pero sólo su yo en su interioridad daría explicación cuando corran los meses. La afectividad en lo espiritual, el RNP, no se entiende sin su cuerpo, hace referencia a su corazón, donde convergen sus vivencias que más adelante al crecer y sobrevivir aprenderá a usar con voluntad y libertad.

El conocimiento a nivel corporal, determinado por dos facultades sensibles: la sensación y la percepción, los ruidos fuertes, luz intensa o manipulaciones bruscas se visibilizan ante la respuesta corporal. El conocimiento en el nivel psíquico como el uso de su memoria, la imaginación. Conocimiento a nivel espiritual, con su inteligencia, que más tarde lo ayudará a pensar.

La dinamicidad en lo corporal, el RNP., está expresado por la experiencias precoces de dolor y sufrimiento que vive, actúa buscando sentirse como en el útero materno, siente seguridad con el nido que le prepara la enfermera. Dicha dinamicidad espiritual es libre, aunque con tendencia pasiva por su situación de salud, pero al sobrevivir tendrá un crecimiento irrestricto, autodeterminación y capaz de elegir.

La corporalidad frágil del RNP., requiere cuidados personalizados, los cuales encuentran resonancia ante las exigencias de trato humanizados en la mayoría de usuarios y como imperativo moral en los RNP., al revisar la literatura y hacer transferencia de los aportes del personalismo ontológico moderno se ofrece un acercamiento de cuidado de enfermería personalizado

Los cuidados de enfermería ofrecidos a los neonatos prematuros, son personalizados ⁷⁵ porque estas ofrecidos a la medida de quién es el receptor del cuidado, y cada niño o niña prematuro es distinto uno de otro, asumiendo las particularidades propias de un cuerpo frágil mediante la interacción continua ⁶⁷ enfermera- neonato, el segundo muy condicionado y dependiente; con el fin de ayudarlo a permanecer vivo, asegurando su supervivencia en la experiencia precoz de la enfermedad y el sufrimiento, para lo cual la enfermera docta observa, interpreta e integra la realidad, toma de decisiones y hace cuidado, desplegando competencias científicas y humanas, ciencia, arte; entrega total y amor ^{76,77}.

Competencias humanas y científicas por parte de la enfermera, que requieren también una infraestructura poco habitual basada en tecnología de punta empezando por la incubadora, maquinaria necesaria para la sobrevivencia del RNP, bombas infusoras, aspiradores y otros que en conjunto apoyan el cuidado de la enfermera pues ante el riesgo de deshumanización explica Watson⁷⁷ el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería; además, sustenta que el Cuidado Humano comprende; un compromiso moral de los miembros del equipo de salud (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona). Requiere que cada individuo, sea sano o enfermo, mejore su calidad de vida y la educación en cada uno de ellos⁷⁸.

Los cuidados brindados al RNP están dirigidos a solucionar su situación de salud en el servicio de neonatología entre las acciones de cuidado personalizado son realidades vitales y comprenden:

1.-Estabilización térmica ⁷⁹⁻⁸⁰ Los RNP por la inmadurez y de acuerdo a la edad gestacional, tienen escaso tejido subcutáneo y mayor área de superficie en relación a su masa corporal. La grasa parda, que es un tejido especial formado por células adiposas (entre las escápulas, axilas y alrededor de los riñones), les genera calor como respuesta al frío, mediante el proceso de “termogénesis química” El estrato córneo, que es el encargado de controlar las pérdidas de agua, se encuentra poco desarrollado, lo que provoca un aumento de las pérdidas transepidermicas de agua. Por esta razón, en la recepción resulta fundamental minimizar las pérdidas de calor. El ambiente debe estar alrededor de 28 ° C., sin corrientes de aire. Al RNP se le ubica en su servo cuna, utilizando sábanas tibias y suaves para secarlo, colocarle gorro y, si se encuentra con temperatura entre 36° y 36,3°, se le cubre con sábana plástica para conservar su temperatura y disminuir las pérdidas. Al mismo tiempo se favorece la manipulación mínima, que en este período es muy importante⁸¹.

Todas las acciones descritas también se realizan en el Servicio de neonatología la enfermera especialista trasladada al RNP., en una incubadora con calor y O2 para luego colocarlo en una incubadora pre calentada, monitorizarlo, colocarle el sensor de T° y cubrirlo con una sábana plástica, la cual le ayudará a conservar la temperatura corporal, y disminuirá las pérdidas de calor (foto 02)



Foto 02 Incubadora donde el RNP se le asegura la termorregulación

2.- Estabilización respiratoria^{78,80,82}: El síndrome de dificultad respiratoria es la patología más frecuente en el RNP, asociada a la inmadurez anatómico-fisiológica y de producción de surfactante. Para poder realizar acciones adecuadas en la estabilización respiratoria, se precisa conocimiento y praxis de : Anatomía y fisiología de la vía aérea de los bebés prematuros; la valoración clínica y respiratoria, examen físico, radiografía y laboratorio; distintos métodos de administración de oxígeno y ventilación (CPAP, oxihood, ARM, etc.), cuidados de la vía aérea y administración de surfactante. Cuidados del oxígeno. Monitorización de todos los parámetros (temperatura, saturometría, frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial invasiva y no invasiva). Dinámicas importantes que ayudan a disminuir el riesgo de disfunción respiratoria.

Las recomendaciones para la ventilación de los prematuros, se basa en utilizar presión positiva con válvula de PEEP, que evita el colapso alveolar. Para ello es necesario contar en la recepción con una bolsa auto inflable completa, con manómetro de presión, válvula de PEEP y máscaras de distintos tamaños. La recepción debe contar con el material necesario para: Intubación: (laringoscopio, con rama chica, mediana y grande más pilas de repuesto—; tubos endotraqueales 2 - 2,5 – 3; fijaciones para tubo preparadas. Saturómetro se debe colocar desde el inicio de la administración de oxígeno. Colocación de CPAP precoz (equipo de CPAP completo).

Administración de surfactante (se realiza en la unidad luego de constatar radiológicamente la posición del tubo endotraqueal). Canalización de acuerdo a normas del servicio (excepto que sea un bebé que requiera reanimación, en la mayoría de los servicios se prefiere estabilizar respiratoriamente al bebé y trasladarlo de inmediato a la unidad). Drenaje de neumotórax. Drogas de reanimación (Adrenalina, Bicarbonato, Naloxona, Expansores de volumen). El uso racional del oxígeno es otro de los factores fundamentales que se debe cuidar desde la recepción. El uso de oxígeno mezclado con aire comprimido permite aportar la concentración necesaria para mantener saturaciones entre 86% y 92%, que son las recomendadas, ya que saturaciones mayores, podrían contribuir al aumento de la retinopatía (ceguera del prematuro) y displasia broncopulmonar (enfermedad pulmonar crónica). Para ello la enfermera especialista coloca un saturómetro permanente en la recepción, si no tuvieran “blenders” (mezcladores de aire y oxígeno), se coloca un “flowmeter” de aire y uno de oxígeno con una llave en “Y”, utilizando una fórmula que permite calcular la FiO₂, según los litros de aire y oxígeno administrados.

Por lo que en el servicio de Neonatología, además de administrarle un ambiente tibio, se ha preparado para el RNP un ventilador mecánico, el equipo de CPAP o de oxihood. En caso sea necesario.

3.-Estabilización hemodinámica ^{81,82}. Cuando la oxigenación es adecuada, el corazón del RNP restablece su función de bomba. El masaje cardíaco se realiza cuando la frecuencia cardíaca permanece por debajo de 60 latidos por minuto, a pesar de haber suministrado 30 segundos de ventilación con intubación y presión positiva efectiva. En estas primeras horas, la monitorización continua de la saturometría, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial invasiva con catéter umbilical arterial, permite evaluar la estabilidad hemodinámica, del medio interno y nutrición. La enfermera canaliza una vía endovenosa periférica o apoya en la cateterización de una vena umbilical según lo decida el médico, para iniciar la infusión endovenosa de dextrosa al 10%. Los recién nacidos pre término poseen un contenido de agua corporal muy elevado. Al nacer, aproximadamente el 80% del peso corporal es agua y el 50% de ésta se encuentra en el líquido extracelular. Conocer estas modificaciones fisiológicas permite realizar cuidados fundamentados con relación al balance hidroelectrolítico, ya que es esencial que éste sea negativo para permitir la contracción normal del líquido extracelular. Por otra parte, el filtrado glomerular es bajo y los mecanismos renales de compensación son inmaduros. Por eso es básico realizar un balance estricto de líquidos, ya que cuando son administrados en exceso,

el niño no los puede eliminar, pero tampoco puede concentrar o conservar líquido ante un aporte disminuido. Por lo tanto, existe riesgo de sobrecarga hídrica o deshidratación.

También, en el servicio de neonatología se monitoriza a los RNP., colocándoles los electrodos correspondientes para visualizar las funciones vitales como: Fc. Fr, P. Art. y, el pulso oxímetro, el mango para medir la presión arterial, canalizar una vía periférica e iniciar la infusión e.v., según prescripción médica.

4.-Cuidado de la piel^{79, 80,81} por la inmadurez de la piel, la enfermera evita la colocación de vías innecesarias y programando la colocación de vías percutáneas antes de retirar los catéteres umbilicales. La piel es el órgano más extenso, y presenta características particulares: Posee gran permeabilidad, hay una disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis, ya que las fibras que las unen están más espaciadas. Esto favorece la lesión de la piel. Tiene mayor tendencia al edema; esto produce una disminución de la perfusión con riesgo de daño por decúbito. La inmadurez de la piel no ha permitido que se forme el manto ácido que se encuentra en los recién nacidos a término. Este manto posee un Ph menor de 5, y esta acidez aseguraría una cierta capacidad bactericida. Debido a esto, los cuidados en las primeras horas de vida son fundamentales. En caso de usar humedad, se debe recordar que el riesgo de infección es muy alto; se recomienda entonces el uso de guantes para todos los miembros del equipo que realicen procedimientos con el prematuro y sábanas estériles.

Los padres no necesitan ponerse guantes ya que el ingreso de gérmenes se produce por los procedimientos invasivos, excepto que la piel este dañada. La remoción de las adhesivas debe realizarse humedeciendo la tela con agua tibia. Utilizar bases de hidrocoloide. Colocar antes de la tela adhesiva para fijar tubos, sensores de saturometría, y sensores de temperatura. Mantener la piel limpia y seca. Se recomienda un primer baño de esponja cuando la estabilidad del RNP lo permita, con agua tibia y compresas suaves. Esta acción se debe realizar en forma suave, sin friccionar, secando por suave presión y con especial atención a que estén limpias y secas las zonas de mayor riesgo de colonización: axilas, ombligo, inglés, detrás de las orejas y el cuello. Para evitar las úlceras por decúbito es recomendable utilizar colchones de gel, agua, piel médica, que pueden colocarse debajo de la sábana estéril. De la misma manera es importante la rotación de decúbito, y evitar que el RNP se apoye sobre cables y sensores, que dañan la piel. Por esta razón, en el servicio de Neonatología el baño es diario se realiza dentro de la incubadora (baño de esponja) con pañitos de algodón y agua tibia (no se usa jabón ni champú), además se

aprovecha para cambiar cubiertas y cambiar de posición de manera suave evitando brusquedades al cambiar de posición.

5.-Disminución del estrés, estimulación y dolor^{81, 82}. Una de las secuelas que produce morbimortalidad es la hemorragia intracraneana. Esto se fundamenta en el concepto de autorregulación cerebral, un mecanismo por el cual, al aumentar o disminuir bruscamente la tensión arterial, en condiciones normales las arteriolas y vasos cerebrales se contraen y dilatan para mantener el flujo sanguíneo cerebral (FSC) estable. Sin embargo, esto no ocurre en los frágiles capilares de la matriz germinal de los RNP. Por ello la hipertensión arterial, puede provocar hemorragia intracraneana, por asistencia respiratoria mecánica, episodios de hipoxia e hipercapnia, expansiones bruscas o correcciones de volumen, manipulación desordenada, intubaciones bruscas, así como aspiración de tubo endotraqueal innecesaria.

A partir de esta preocupación, surge el protocolo de intervención mínima, permitiendo disminuir los episodios de estrés y estimulación desordenada, incluyendo una evaluación del dolor en los primeros quince días de vida, ya que es el período agudo con mayor riesgo que se produzca una hemorragia intracraneana⁸³. El RNP necesita tener períodos de reposo y descanso para recuperarse de la invasividad. El rol de enfermería es interpretar la conducta del recién nacido, evaluando el grado de organización o desorganización de la misma. Las intervenciones que favorecen la organización son, prioritariamente, el conocimiento de las necesidades individuales de cada bebé. De aquí surge el concepto del Cuidado para el Neurodesarrollo. El Protocolo de intervención mínima, las modificaciones del ambiente tales como la disminución de la luz y el ruido, y la prevención del estrés y el dolor son herramientas que permiten favorecer la organización y el descanso, disminuir el estrés y favorecer la maduración de los RNP.

En el servicio de Neonatología se toma en cuenta el protocolo de manipulación mínima porque todos los profesionales médicos y enfermeras son conocedores de la importancia que tiene para el neurodesarrollo del prematuro, aunque en algunas ocasiones son mayores los ruidos que producen las máquinas de ventilación o las compresoras que están funcionando dentro de la unidad.

Cuidado centrado en la familia ⁸¹ El nacimiento de un bebé prematuro produce un fuerte impacto para las familias. Algunas madres tienen su primer contacto con el bebé antes de ingresar a la unidad; otras sólo lo pueden ver después de 1 ó 2 días, con lo cual no comenzó el vínculo tempranamente, entonces se puede convertir en un desconocido si el equipo de salud, pero sobre todo las enfermeras, no ubican a las familias en el centro, ya que los padres son el

referente más cercano entre tecnología y enfermedad. Son múltiples las acciones que se realizan para favorecer este vínculo, siempre respetando los tiempos de los padres y los bebés tales como ingreso irrestricto a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, vínculo precoz, fomento de la lactancia, contacto piel a piel, incorporarlos en la atención del recién nacido, son medidas simples que permiten que los padres se integren rápidamente a la rutina. En este aspecto, las enfermeras, son privilegiadas en acompañar a las familias durante su estadía crítica en la UCIN. Más allá de la experiencia científico-técnica y del cuidado físico que da la enfermera, su papel se extiende a las necesidades emocionales y espirituales, cuando piensan en los bebés y sus familias juntos, contribuyendo al desarrollo emocional de la familia y humanización de la atención.

En el servicio de Neonatología no existe un acercamiento a la familia, los padres no participan directamente en el cuidado del RNP., solo ingresan en un horario instaurado por el servicio o el médico de turno, muy pocos establecen una relación afectiva, las madres suelen manifestar con frecuencia sus sentimientos hacia ellos desempeñando el rol de madre canguro asistida por la enfermera, durante su permanencia en el servicio.(foto 03)



Foto 03. Madre. En su rol de madre canguro en la visita a su RNP.

Cabe mencionar que aún después de salir de la incubadora el recién nacido prematuro, requieren cuidados específicos. Además de los exámenes pediátricos regulares, y de las vacunas que se ponen a todos los bebés, deben someterse a evaluaciones oculares y auditivas de manera frecuente. Asimismo, debe prestarse atención al desarrollo del sistema nervioso, incluyendo el

momento en que alcanzan las principales señales motoras, como sonreír, sentarse y andar, así como las posturas y el tono muscular. El desarrollo del habla y del comportamiento también son áreas importantes a evaluar durante las visitas de seguimiento.

Con estas consideraciones es de importancia una buena relación enfermera- familia para comprender sus actitudes, poniéndose en su situación, tratando de valorar todos los factores que inciden en la relación prematuro-familia, y desplegando una base de valores vividos al tratarla: La comprensión que no es tolerancia perjudicial, sino que significa tener una postura abiertamente humana hacia todos, explicándoles y dando orientaciones necesarias, descubriéndoles sin engaños todo lo positivo de la situación de salud de su hijo y el sentido sobrenatural que el dolor moral y físico encierran.

La paciencia ante las múltiples preguntas de los familiares que tienen un noble deseo de conocer todo lo referido a su hijo, especialmente cuando está alejado y en una incubadora. Discreción, naturalidad y prudencia, en el hablar y en el actuar, haciendo las preguntas necesarias para el bien del RNP. Educación, cortesía, amabilidad y presencia humana. La pulcritud en el uniforme y el arreglo personal, así como la jovialidad de carácter, al margen de la edad de la enfermera, son muy importantes para el prestigio profesional ante las personas que dejan a su responsabilidad los cuidados del RNP.

Las enfermeras del servicio de neonatología ven al RNP como único, una unidad compuesto de cuerpo y alma, realidad profunda que impela a ofrecer también un cuidado espiritual personal para ello es necesario un conocimiento ponderado y serio de la enfermedad del RNP, religión que profesan sus padres, situación familiar. Estos datos permitirán la confianza de los padres, habrá conciencia de cuidado con el RNP, la misma que las enfermeras en general deberían elevar al terreno sobrenatural, respetando siempre con libertad y don de lenguas, porque nadie como las enfermeras se encuentran tan a menudo en los momentos inminentes de la muerte y nadie como ellas para prestarles a los RNP el socorro sobrenatural del bautismo que les abre las puertas del cielo, para lo cual la enfermera usa agua corriente de caño y al momento de derramar el agua repite las palabras “ *Yo te bautizo en el nombre del padre del hijo y del espíritu santo*”. Posteriormente regulariza esta situación con el capellán del hospital.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La investigación se desarrolló ancorado en el Paradigma interpretativo simbólico y constructivista, engloba a la investigación cualitativa que representa un modo específico de análisis del mundo empírico, naturalista que busca la comprensión de los fenómenos sociales desde las experiencias y puntos de vista de los actores sociales, y el entendimiento de los significados que éstos asignan a sus acciones, creencias y valores, posibilitando comprender cómo las personas sienten, piensan y actúan respecto a situaciones, eventos, fenómenos, interacciones y comportamientos observables a los cuales se llega por procedimientos distintos a los estadísticos u otros medios de cuantificación⁸⁴⁻⁸⁵⁻⁸⁶

La investigación cualitativa enfatiza la hermenéutica para captar el sentido de las cosas sociales, comprendiéndolas a través de su interpretación, permitiendo describir y explicar la realidad de los significados y acciones de las personas con la finalidad de lograr conocimiento nuevo, centrándose en la descripción rigurosa de la experiencia cotidiana para lograr constituirse en una teoría⁸⁷

La elección de la investigación cualitativa para esta investigación es por la naturaleza del problema que se investigó y de la experiencia de los sujetos participantes (enfermeras, médicos y técnicos de enfermería) en el cuidado personalizado al recién nacido prematuro con los aportes del POM. La investigadora en el desarrollo de la investigación apprehendió y entendió la realidad como algo existente en el contexto, con esta investigación se encontraron respuestas completas e integrales sobre el cuidado personalizado al recién nacido prematuro y así obtuvo un conocimiento más profundo desde los propios sujetos participantes.

3.2. Abordaje Metodológico

Esta investigación cualitativa tuvo un abordaje metodológico en la teoría Fundamentada, proveniente del interaccionismo simbólico, donde los seres humanos son actores de su propia experiencia gracias a su interpretación y a la respuesta que adoptan ante situaciones problemáticas y actúan con una intención especificada por la interacción, procurando revisar sus pensamientos y conductas con los otros en un contexto determinado. Por eso es inductiva al generar y formular una teoría a partir de la interpretación y el análisis sistemático, con sucesivas recogidas y análisis de los datos y un desarrollo conceptual que generan teorías, fundamentadas en los datos, denominada teoría sustantiva⁸⁸⁻⁸⁹.

La teoría sustantiva es un tipo de construcción teórica, surgida de los datos recogidos sobre un aspecto de la realidad humana, construida en ámbitos particulares de la realidad social o cultural sobre los cuales la teoría formal no ha desarrollado una comprensión y una conceptualización específica; en la investigación recae sobre el objeto de estudio: el cuidado personalizado al recién nacido prematuro con aportes del POM, donde hubo una interpretación analítica del mundo de los participantes en su interacción en el cuidado del neonato prematuro, en esta situación hubo un encaje en la experiencia de los participantes, el fenómeno de estudio era relevante y el hallazgo de una teoría sustantiva⁸⁸.

En este sentido, en la teoría sustantiva existe la contingencia de informar de realidades humanas singulares porque se obtiene del proceso de recolección de datos de la investigación desarrollada, de forma abierta y dinámica⁸⁹, con estrecha relación entre sí especialmente en la base teórica, la cual siguió tres fases: descripción, ordenamiento conceptual y teoría⁸⁸⁻⁸⁹.

Con la descripción⁸⁸, se trató del uso de palabras para expresar imágenes mentales de un acontecimiento, un aspecto del panorama, una escena, experiencia, emoción o sensación; el relato se hizo desde la perspectiva de la persona que realizó la descripción. En este caso, la descripción lo hizo el equipo de salud del servicio de neonatología (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería) sobre el cuidado personalizado al neonato, tal y como lo hace, desde los sentimientos que le embarga hasta la descripción de la acción misma. La descripción, fue necesaria para enunciar lo que estaba pasando, conocer el panorama de trabajo, las acciones de cuidado de cada enfermero; de esta forma el uso del lenguaje descriptivo convirtió los acontecimientos ordinarios en algo extraordinario; o sea, las acciones que aparentemente eran rutinarias en la labor enfermera describirlas desde otro sentido, más allá de lo físico. Se debe añadir que si bien la descripción es importante, existe una diferencia entre realizar descripciones cuidadosas y hacer teoría. En esta última no solo se describió acontecimientos y sucesos sino que se extendió el análisis de manera que también incluya interpretaciones para explicar por qué, cuándo, donde qué y cómo sucedieron los acontecimientos.

En la segunda fase⁸⁸: El ordenamiento conceptual⁵, está referida a la organización de los datos en categorías según sus propiedades y dimensiones; en este esquema de clasificación se identificaron asuntos a partir de los datos y se refinaron según diversas propiedades y dimensiones generales. Los conceptos e ideas que se derivaron de los datos, se agruparon en codificación abierta, axial y selectiva como más adelante se ha detallado en el proceso de análisis de los datos.

Y la tercera fase es la teorización ⁸⁸, actividad compleja que implica no solo concebir o intuir ideas sino también formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo; para que una idea llegue a ser teoría se exige que esta se explore a plenitud y se considere desde muchos ángulos o perspectivas. Cabe resaltar que la teoría denota un conjunto de categorías bien construidas (temas y conceptos) interrelacionados de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones para formar un marco teórico que implica algún fenómeno. En este estudio, se unió las categorías y subcategorías, relacionarlas entre sí, construyendo la categoría central y así se explicó los hallazgos que comprendía el objeto de estudio.

3.3. Sujetos de Investigación

La muestra de todos los sujetos de investigación fue intencional con selección no probabilística y obtenida por saturación y redundancia⁸⁴⁻⁸⁵ con consentimiento informado (Ver anexo 1, 2, y 3).

Participaron en el estudio 9 enfermeras especialistas en neonatología, con edades comprendidas entre 30 a 58 años, con un año de antigüedad, en el cuidado al neonato prematuro en el servicio de neonatología de un Hospital de nivel III, del distrito de Chiclayo; a quienes se les asignó el código E1 a E9, para resguardar su identidad, con participación voluntaria. Y como criterio de exclusión no se consideraron a enfermeras de reemplazo por vacaciones, descanso médico o pre-natal.

Otros de los sujetos participantes fueron cinco médicos neonatólogos, 3 varones y dos mujeres, con un año mínimo de trabajo en el servicio de neonatología. El código asignado fue de M1 a M5 para proteger su identidad. La participación total fue voluntaria. Se excluyeron a los médicos que realizaban pasantías o residentes de primer año.

Para el estudio con base en teoría fundamentada se consideraron también a 6 técnicos de enfermería, todas mujeres, con experiencia de un año en la atención del niño prematuro en el servicio de neonatología. Asignando para su identificación el código T1 a T6, participando todos de manera voluntaria. Se excluyeron a las técnicas de enfermería con reemplazo de descanso médico, vacaciones o prenatal.

3.4. Escenario

En la investigación se usó como escenario el servicio de Neonatología de un Hospital de nivel III, específicamente el servicio de cuidados intensivos neonatales. En el año 2017, esta unidad atendió a 290 niños prematuros, a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales especializados ⁹⁰.

El servicio está organizado por áreas, según el caso de complejidad de cada neonato: el área de cuidados intensivos neonatales (uci neonatal), con cabida para cuatro incubadoras pero se colocan cinco; el área de cuidados intermedios neonatales (ucin.) que tiene capacidad para seis incubadoras pero se colocan siete, el área de aislados (aislados) con dos incubadoras y por último la unidad de cuidados mínimos (ucm) que tiene 28 cunas, donde permanecen los recién nacidos a término⁹¹.

El equipo multidisciplinario del servicio de neonatología lo conforman 12 médicos, 25 Enfermeras especialistas, 12 técnicas de Enfermería, una nutricionista, una asistente social y un sacerdote.

Dicho personal es asignado de acuerdo al número de pacientes y a la situación crítica del neonato para asegurar cuidados de calidad, incluyendo a sus familias.

El neonato prematuro que ingresa al servicio de neonatología queda al cuidado del equipo multidisciplinario⁹¹ para el incremento de su supervivencia cuando su peso tiene 1,500g, y son mayores de 28 semanas de gestación. Los cuidados y actitudes de enfermería frente a la fragilidad del recién nacido prematuro les lleva a situaciones límite a los que no están preparados. Las competencias actualizadas de las enfermeras las mueve a intentar mantenerlos en un ambiente lo más parecido al "útero materno", favoreciendo su desarrollo físico y emocional. Y mantener a estas personas pequeñas como las enfermeras los llaman en un estado de equilibrio y evitando de situaciones de estrés, con alteración en los signos vitales, termorregulación alterada, alteraciones metabólicas e infecciones.

3.5. Instrumentos de recolección de datos

En la investigación se utilizaron como instrumentos de recolección de datos la entrevista semiestructurada a profundidad mediante la técnica de guía de entrevista; la observación no participante y el diario de campo ⁸⁴.

La entrevista semi estructurada a profundidad ^{85,86} es un proceso comunicativo mediante el cual el investigador obtiene información del entrevistado propiciándose un diálogo directo con el propósito de captar información, conocimientos, actitudes, reacciones, valores, experiencias de testimonios orales para profundizar el conocimiento de las causas y consecuencias de los hechos y problemas que permitan comprender el fenómeno de estudio en relación con los objetivos de la investigación, hurgando comprender el mundo desde la perspectiva del hablante.

La entrevista semiestructurada empleada en la presente investigación permitió en su curso plantear interrogantes sin aferrarse estrictamente al guion establecido previamente (un listado tentativo de temas y preguntas relacionados con la temática de estudio) 15 , de tal forma que se llegaron a formular preguntas no previstas pero pertinentes, ya que el guion utilizado no fue de una estructura cerrada y limitante al que se sometieron la entrevistadora y el entrevistado, sino que orientó el curso de la información e indicó qué información fue necesaria⁸⁶.

La entrevista ofreció elementos para corroborar evidencias conectadas por otras fuentes posibilitando triangulaciones para ahondar el conocimiento⁴. Por lo cual se aplicó a enfermeras, médicos y técnicos de enfermería (Ver anexo 4, 5 y 6) y antes de aplicarla fue validada por estudio piloto y por juicio de expertos ⁹²

El segundo instrumento usado fue la observación no participante (Anexo N° 7), donde la investigadora asumió el rol de espectador, de forma indirecta sin involucrarse con los sujetos de estudio en el momento de cuidado al neonato prematuro, lo cual permitió observar acciones, gestos y palabras relacionados con el cuidado personalizado al RNP.

Por último también se utilizó el cuaderno bitácora donde la investigadora, incluyó notas, y algunas descripciones de los sujetos de investigación en el servicio de neonatología incluyendo conversaciones llamativas o movimientos corporales de cercanía en el cuidado al recién nacido prematuro⁸⁴.

La recolección de datos aconteció en el servicio de Neonatología y se usó para entrevistar un MP3, donde se almacenaron los discursos con una duración de 30 minutos cada una.

3.6. Procedimiento

Posterior a la obtención del permiso de la institución de salud, para realizar la investigación, se entró en contacto con el equipo de salud del servicio de neonatología: enfermeras, médicos, y técnicos de enfermería, a quienes se les explicó los objetivos de la investigación, incluyendo que la investigadora presencio los turnos de trabajo y hacer algunas tomas fotográficas como evidencia de la existencia de prematuros en el servicio de Neonatología, previo permiso respectivo de las jefaturas del servicio.

Obtenida la aceptación de participación del equipo de salud, firmaron el consentimiento informado garantizándoles la confidencialidad de sus discursos con el uso de códigos. Quedando con los participantes en el día y la hora de la entrevista, coordinaciones que permitieron realizarlas sin mayores dificultades en un periodo de cuatro meses, junto con las entrevistas se anotan los acontecimientos dilucidados por los propios sujetos de investigación y las observaciones de la investigadora.

Después de la primera entrevista la investigadora hizo el manuscrito y con la guía de la asesora realizaron el microanálisis y con los vacíos encontrados profundizar en la segunda entrevista repreguntando y generando una nueva pregunta hasta obtener la saturación. Culminado este proceso, siguió el análisis de los datos con el método propio de la teoría fundamentada de donde emergió la categoría central con cuatro subcategorías e continua articulación dando lugar a la teoría sustantiva y que se narra en el capítulo N°

IV. Luego se procedió a elaborar el informe final y solicitar la fecha de sustentación.

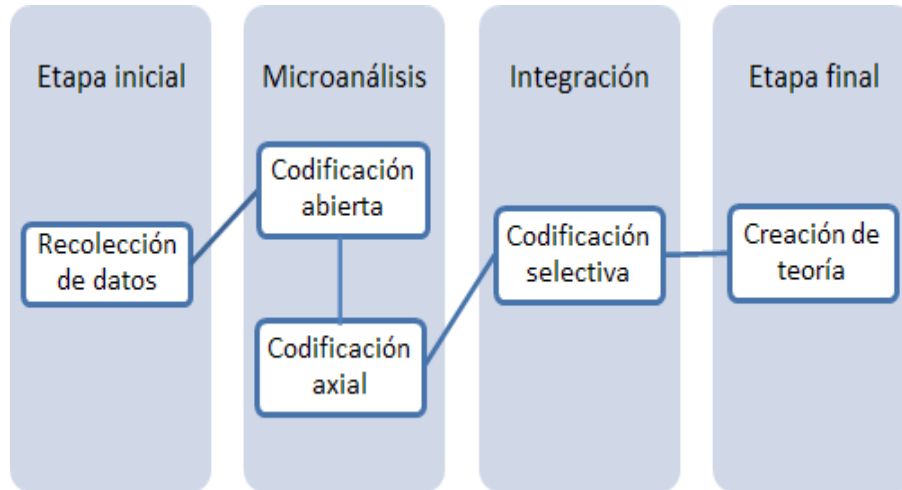
3.7. Análisis de los datos

El análisis de datos se procesó mediante el método comparativo constante, el cual es dinámico y sistemático por medio del cual se fragmentaron, conceptualizaron, redujeron e integraron los datos para formar una teoría.

La codificación fue dividida en cuatro fases: 1) Inicial que lo constituyo la recolección de datos en sí hasta obtener saturación teórica; 2) El microanálisis o análisis detallado línea por línea que consistió en discutir minuciosamente como el participante del estudio uso la palabras, frases y oraciones, necesarios para generar categorías iniciales (con sus propiedades y dimensiones) y para seguir las relaciones entre ellas. El microanálisis comprendió a la vez a) la codificación abierta.- Etapa donde se agruparon y codificaron los datos en conceptos para elaborar y desarrollar categorías emergentes. Durante el proceso de análisis se comparó los datos nuevos con los codificados para controlar la homogeneidad del conjunto. Y b) codificación axial.- consistió en la comparación con categorías resultantes de anteriores comparaciones. Al relacionar las categorías se determinó si fueron suficientes, en la investigación y al usar por primera vez el método, la investigadora lo considero suficiente. Pero si no se hubiera logrado debe continuarse a través del muestreo teórico, en la búsqueda de nuevos casos que aporten más información y permitan explicar los conceptos y precisar la teoría. Por esta razón y para lograr la interacción entre lo que se conoce y lo que se necesita conocer la recogida de datos y el análisis de los datos es simultáneamente. Por último 3) la codificación selectiva.- en esta etapa se integró las categorías principales, buscando conexión e interrelación entre ellas, para reducir el número de conceptos y delimitar así la teoría, con esta acción emergió la teoría sustantiva detallada más adelante⁸⁸. (Ver figura N° 01)

Figura N° 01

Etapas de análisis de la investigación: Cuidado personalizado al recién nacido prematuro con aportes del POM



Fuente: Adaptación de Strauss, A & Corbin, J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2002 ⁸⁸.

3.8. Criterios Éticos

Los criterios éticos de la investigación en curso se sustentaron en la ley del trabajo del enfermero 27669, artículo 7mo. Inciso I ⁹³; en el código de ética del CEP, artículo 1^o ⁹⁴ donde la enfermera como investigadora no debe atentar contra los principios éticos y bioéticos, los cuales la propia investigadora lo experimentó. Además se acoplo en el D.S.N° 011-2011-JUS⁹⁵, donde establece que toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana en el país se deben interpretar de modo unitario e integral. Basado primordialmente en el respeto de la persona humana y su inherente dignidad. Normativa legislativa que la investigadora por cursar estudios de doctorado y ser enfermera especialista en neonatología vive y vivirá en el curso de su labor profesional.

Igualmente se transfirió a la ética de la investigación los principios de la bioética personalista de Sgreccia ⁹⁶.

Principios que empezaron con respeto inalienable a todos los participantes del estudio y el valor fundamental de sus vidas⁹⁶, considerados como personas únicas, valiosas y portadoras de dignidad, consideración que mantuvo a la investigadora alerta en no causar ningún tipo de daño de índole física o psicológica, respetando las decisiones en los horarios de entrevistas, sabiendo esperar con paciencia sus intervenciones , venciendo el cansancio en la observación , manteniéndose neutral y objetiva para no dañar los aportes de los sujetos de estudio, nunca los utilizó sólo como recursos para obtener datos; la exploración de información que proporcionaron los participantes no deterioró en ningún momento su dignidad tampoco estuvieron expuesto a riesgos de identificación mientras expresaron sus discursos, pues su identidad se mantuvo en anonimato, para lo cual se utilizó códigos de identificación y se guardó la debida confidencialidad.

El principio de libertad y responsabilidad⁹⁶, donde la investigadora permitió que cada participante exprese con libertad su experiencia, consientes de haber recibido toda la información necesaria y como resultado la firma del consentimiento informado, todos lo asumieron de forma voluntaria y ninguno se retiró de la investigación. Los médicos dieron respuestas muy directas y escueta aun así valiosas y se respetó sus aportes. Este principio también lo asumió la investigadora al ceñirse con objetividad a encontrar el objeto de estudio, buscando la verdad y desarrollando la investigación conforme estuvo planificada sin alterar ninguno de sus momentos.

La Socialización y Subsidiariedad⁹⁶, con los resultados obtenidos, la investigadora los dará a conocer en primer lugar al sustentar su tesis, en foros en el servicio de neonatología y presentar la teoría sustantiva para empezar aplicar el cuidado personalizado al recién nacido prematuro con aportes del POM. También el diseño de artículos científicos próximos a publicarse, la elaboración de un libro físico para su presentación en certámenes de enfermería y del Grupo Profedic en el 2020, así como su socialización en certámenes a nivel nacional e internacional incidiendo sobre los aportes del POM en el cuidado personalizado al recién nacido prematuro.

3.9. Criterios de Rigor Científico

Los criterios de rigor científico para esta investigación estuvieron sustentados los aportes de Lincoln y Guba ⁹⁷, cuya importancia en todas las etapas del proceso investigativo, no sólo se razona por el deber ser, sino también en el cómo hacer, ya que la buena ciencia es ética ⁹⁸

- 1) **Credibilidad**⁹⁷, con este criterio la investigadora hurgó los hechos donde se evidenció lo observado con la realidad, con una relación cercana, de confianza y de prestigio con los

participantes del estudio, de tal manera que expresen su experiencia con naturalidad y sencillez. Luego las transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentados en los resultados finales se utilizaron. Y en tercer lugar los aportes con sus críticas de doctores de otras disciplinas (humanidades), asesora y doctorandas en estudio durante los seminarios y conversatorios del grupo de investigación PROFEDIC ⁹⁹.

- 2) **La consistencia.**- para obtenerla la investigadora ha descrito minuciosamente las características de los participantes así como las etapas y resultados de la investigación. Realidades que permitirán que otros investigadores puedan llegar a conclusiones similares siguiendo la trayectoria del estudio.⁹⁷
- 3) **Transferibilidad.**- con este criterio de rigor, la misma investigación puede replicarse en otros sujetos o contextos.⁹⁷
- 4) **La confirmabilidad.**- la investigadora asumió la objetividad de los datos y neutralidad de la investigación de tal forma que lo presentado en el informe final son los resultados de la investigación, los cuales en ningún momento fueron modificados por intereses propios de la investigadora, quien se limitó a escuchar, transcribir y analizar de acuerdo al proceso de análisis enunciado anteriormente es decir usando el método comparativo constante propio de la teoría fundamentada, además la investigadora quiso asegurar un rigor superior con la triangulación de los participantes, las técnicas de recogida de datos y con los investigadores colaboradores y así obtener la objetividad de los datos ⁹⁷.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación se presentan las categorías y subcategorías emergentes en el estudio, se abordan cuatro categorías principales: “Fragilidad y atención personalizada”, “satisfacción de necesidades básicas”, “Provisión del trato humano ético y espiritual” y “Enfrentamiento a la muerte por la vida del prematuro”. A su vez cada categoría principal describe subcategorías, y como se interrelacionan las unas con las otras hasta llegar a conformar la categoría principal, alrededor de la cual giran, dependen e influyen todas las demás. La categoría central es la denominada “Cuidado integral personalizado orientado a la supervivencia”, como una categoría sustantiva que emerge de los datos y que puede llegar a explicar el cuidado personalizado al recién nacido prematuro con los aportes del POM. (Visibilizada al finaliza el capítulo III)



Figura N°02.- Categorías principales que conforman la teoría sustantiva Cuidado integral personalizado, orientado a la supervivencia. Elaboración propia.

1.- Fragilidad hacia la atención personalizada

La evidencia del nacimiento de un bebé prematuro es real, sucede en el tiempo y dentro de un contexto de tal manera que sitúa a la enfermera frente a un ser especial con factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, cuyas condiciones biológicas hacen saber de su naturaleza humana frágil¹⁰⁰, es decir su inestabilidad de permanecer vivo, porque tiene una reducción de su reserva física, inmadurez de sus órganos y sistemas, con mayor probabilidad de presentar un resultado adverso al permanecer en un medio totalmente diferente al útero materno. Un recién nacido prematuro conlleva cuidado individualizado, congruente y sensitivo con la finalidad de lograr cambios positivos para toda su corporalidad externa e interna, aspectos que lograrán trascender hacia su propia familia y la sociedad. Al respecto Gretchen¹⁰¹, aporta la necesidad de una intervención individualizada de los profesionales que se ocupan del niño prematuro cuya posición también es ideal para guiar a los padres y a comprender su lenguaje corporal. A continuación las subcategorías describen este contenido.

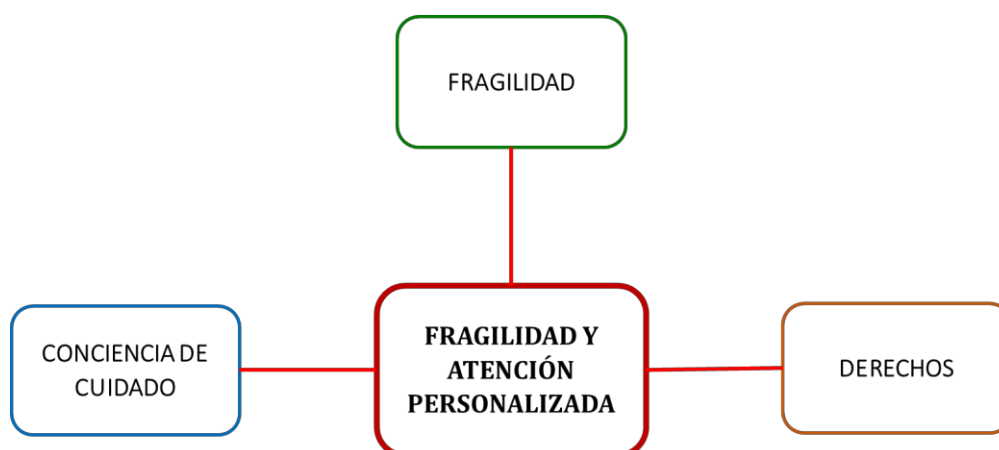


Figura N° 03.- I categoría principal y sus tres subcategorías. Elaboración propia

1.1. Fragilidad conmovedora.- La compasión emerge cuando la enfermera considera al RNP., desamparado, sin fuerzas y vencido ante las dificultades de continuar con vida constituyéndose en un gran desafío para ella cuidarlo¹⁰⁰, pues dicho cuidado considera al paciente cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por sí mismo para mantener su salud, declarado por las propias enfermeras: “...*Se ven frágiles, porque se encuentran lejos del apego materno...debemos actuar con cuidado y no hacerle daño...E1*, “...*Veo todo lo que concierne al bebé prematuro hospitalizado y a veces veo, más de lo que necesita, lo conozco tanto que sé hasta cuándo va a convulsionar, doy gracias a Dios por estar cerca de este ser de gran importancia en nuestro quehacer,*

pues se trata de una personita...”E6. Coincide con la afirmación la técnica de enfermería “...Hay esos niños indefensos tan chiquititos...uno tiene que estar atenta porque no está en su gestación como debe ser...” T1 y el médico “los atendemos con todo lo que tenemos en este servicio, su vida es valiosa” M2

Los profesionales involucrados en el estudio tienen sensibilidad ética y visión humana porque consideran la vida del prematuro (cualidad intrínseca de la persona real) como valiosa, coincidiendo con los aportes de Burgos⁶⁵ desde el POM, quien argumenta que la persona humana en la condición que se encuentre requiere un respeto absoluto que impide su instrumentalización pues es poseedora de substancialidad-subsistencia por ser un ser con densidad existencial tan fuerte que permanece en sí misma a través de los cambios; tiene intimidad –subjetividad tripartita, es un ser corporal, espacial y temporal, con apertura y vive como hombre o como mujer, no distintos sino esencialmente iguales, caracterización de personas que se observaron durante el desarrollo del estudio.

Asimismo es encomiable narrar como la enfermera sabe explicar que es una fragilidad conmovedora cuando observa por primera vez al bebé, una vida que dejó un recinto seguro, con temperatura adecuada, sin luz, poco ruido y sobre todo con su madre y pasar desde que nace a una incubadora, donde existe mucha luz y ruido, manipulaciones frecuentes, técnicas dolorosas y especialmente separado de su madre. Situación reflexiva retándose a no causar daño. Al respecto Harrillo, Rico y López consideran que la calidad/calidez de los cuidados, la prevención y tratamiento del dolor debería considerarse como un derecho humano esencial de los recién nacidos, independientemente de sus consecuencias a corto o largo plazo^{102, 103}.

1.2 Conciencia de cuidado.- Es tener conocimiento exigente de los propios actos al momento de cuidar, razonando si estos buscan el bien del otro, de acuerdo al deber propio tanto personal como Profesional ¹⁰⁴, El cuidado de enfermería entendido como arte implica un acto de conciencia, es decir un actuar intencionado. La enfermera al querer cuidar a la persona, desarrolla autoconocimiento, se reconoce a sí misma en los procesos de transformación y cambio, comprende la experiencia total del otro y lo acompaña en sus transiciones y sentimientos con una capacidad humilde, amorosa y de escucha ¹⁰⁵.

Con estos razonamientos, los porqués emergen de la autorreflexión común de todos involucrados en la atención-cuidado neonatal con el reconocimiento de su dignidad y además con el asentamiento de ser queridos así lo manifiestan las enfermeras: “...son seres que están a nuestra disposición y nosotros actuamos de acuerdo a nuestra conciencia ya que ellos nunca dirán si

los tratamos bien o mal... son muy pequeñitos pero son personitas dignas de lo mejor que puede darles... E5. Corroboró el médico "... somos personas profesionales que actuamos de buena fe poniendo nuestro conocimiento al servicio de nuestros queridos pacientes..."M3 y la técnica de enfermería "...estoy pendientes de ellos, hay uno, hay otro...a veces se ponen mal y todos colaboramos para salvarle la vida... T4

Los razonamientos de conciencia y cuidado que llevan a cabo enfermeras, médicos y técnicas de enfermería son operaciones intelectuales que revelan en primer lugar la intencionalidad¹⁰⁵ con quien están en contacto: el RNP, todos visibilizan su condición humana con el límite de la fragilidad, todos reflexionan al llamado de un ser vivo que necesita vivir y se interpelan hacia la llamada de cuidado, haciéndose cargo de su situación, existencia temporal y existencial^{106,107} dotando a sus acciones de responsabilidad hacia el neonato hospitalizado y en situación crítica con ello la decisión de una atención integral pues en todos se observó actitudes humanas y claras, denotando comprensión ciencia y humanismo con capacidad de servir frente a una dignidad frágil al respecto Burgos⁵⁷ explica que la dignidad es una perfección intrínseca y constitutiva e todas las personas por el hecho de ser humanos, quien tiene un valor absoluto en sí misma, es el fundamento de los derechos humanos por su dignidad la persona se hace irreplicable insustituible, ligada al cristianismo.

1.3 Derechos inalienables.- Los derechos humanos son normas básicas necesarias para vivir como un ser humano, sin las cuales las personas no pueden sobrevivir ni desarrollarse con dignidad¹⁰⁸. Son inherentes al ser humano, inalienables y universales. Instalar en el cuidado de los RNP desde la perspectiva de sus derechos se constituye en un desafío para los profesionales de la salud que lo atienden, planteado desde el sector salud en compañía del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF) la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁰⁹, el cual es un tratado internacional de las Naciones Unidas, firmado en 1989, a través del cual se enfatiza que los niños tienen los mismos derechos que los adultos, y se subrayan aquellos derechos que se desprenden de su especial condición de seres humano¹¹⁰, como los propios sujetos de estudio los declaran *"...es un ser humano que tiene derecho...lo trato como a cualquier persona, delicadamente..." E7. Aprueba también el médico "...estamos con un ser humano igual que todos., pero que viene con un problema de salud..."M1 y la técnica de enfermería "...intervengo a solicitud de la enfermera le doy su lechecita, le cambio su pañalito, donde soy necesaria y debo hacerlo porque estamos con bebé que me necesita, pero mayormente lo cuida la enfermera..."T4*

Tomar conciencia de que una persona tiene derechos inalienables es reconocerla como tal, saber cuáles son y operativizarlos en la práctica de la atención que se brinda, asumiendo la responsabilidad de su protección y seguridad para conservarle la vida¹¹⁰. Uno de los derechos ineludible es que la atención de un recién nacido prematuro debe ser individualizada teniendo en cuenta sus riesgos y todos los factores que rodean su nacimiento en particular, ya que requiere según sentencia T- 1078/03 “mucha más ayuda y atención a fin de que pueda desarrollarse tan normalmente como le sea posible, pues se trata de menores expuestos a una serie de circunstancias que ameritan mucho más cuidado que los menores que nacen al término completo del período de gestación”.

Los derechos del prematuro son reconocidos por toda la sociedad mundial ya que todos los años se celebra la semana del prematuro y a nivel mundial la celebración es denominada el Día Mundial del Niño Prematuro (World Prematurity Day) ^{111,112}, el día 17 de Noviembre, cuyo propósito, busca la concienciación de la sociedad mundial sobre el parto prematuro y la gravedad del problema del nacimiento prematuro, segunda causa de mortalidad infantil en el mundo.

II.- Satisfacción de necesidades básicas.

Las enfermeras permanecen al lado de los niños prematuros durante el tiempo de la hospitalización, están al pendiente de su evolución, vigilan el funcionamiento adecuado de todos los dispositivos de apoyo y tiene la oportunidad de realizar una detección temprana de variaciones del equilibrio hemodinámico, termorregulador y respiratorio del niño¹¹³. También la asistencia integral y especializada al neonato prematuro se realiza al brindarle bienestar y comodidad para contribuir con su desarrollo incidiendo en el área sensorio motriz o psicoemocional y la conservación de un medio ambiente extrauterino protector en la UCIN, englobando la atención del neonato como un ser biopsicosocioespiritual, con una asistencia individual, con dignidad, intimidad y autonomía ^{114,115}.

Para Ojeda, un trato digno a los recién nacidos implica una atención oportuna, personalizada, continua y eficiente brindado por el personal de enfermería de acuerdo a los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Es importante el respeto a los derechos y características individuales de los recién nacidos, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas¹¹⁶.

Por esta razón, los recién nacidos prematuros requieren del cuidado de la enfermera para continuar con vida, su variedad de carencias y limitaciones reclaman ayuda para su crecimiento adecuado, y las enfermeras en su acción de cuidar gestan satisfacer las necesidades, conocidas en la teoría con diferentes enfoques pero los tienen que articular en su cuidado, explicado en la siguientes sub categorías.

Figura N° 04

II categoría principal y sus tres subcategorías. Diagramación propia



2.1 Higiene y comodidad.

Los cuidados relacionados con la higiene, comodidad y nido son acciones fundamentales propias del rol cuidador de las enfermeras en neonatología¹¹⁷, después de valorar al RNP, ellas saben que el cuidado es más que un repertorio de destrezas, una actitud, una propensión a pensar que la vida sólo tiene sentido si se proyecta en otras, si las completa o las hace posibles según la corporalidad dañada.

La teórica Kolcaba explica que el cuidado de enfermería es un proceso que incluye la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad; la valoración y la revaloración deben ser intuitivas y/o subjetivas, con intervenciones ambientales para proporcionar comodidad y bienestar con la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo y el involucramiento que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica^{118,119,120}, como sucede en el encuentro de cuidado de la enfermera con el recién nacido prematuro y como realiza las diferentes acciones de higiene y comodidad para no perjudicarlo como las propias enfermeras lo expresan: “...*el baño diario con mínima manipulación sólo con baño de esponja, proporcionándole al mismo tiempo comodidad y confort, colocándole lo más cómodo posible, haciéndole un nido...*” E7. Discursos

secundados por los médicos *“...Las indicaciones de higiene de los prematuros en el servicio de neonatología están establecidas de acuerdo a la actualización de guías y protocolos, un bebé prematuro tiene que tener mínima manipulación aún en su higiene...”M4* y las técnicas de enfermería se unen a la atención de la enfermera y médico: *“...colaboro en su bañito y en cambiarle su pañal cuando está sucio, la enfermera me lo indica...”T6*

La higiene en el recién nacido conlleva proteger su termorregulación¹¹⁷⁻¹¹⁸, la enfermera actúa de acuerdo a la normatividad del servicio, utilizando el tiempo y el momento adecuado para hacerlo, la manipulación mínima involucra no hacer daño a la piel y al momento de hacer cambios de posición que pudieran ocasionarle fracturas. La preparación de un nido comprende simular el vientre materno⁸¹, facilitando su flexión, seguridad y protección, aspectos que ocasionan alivio, tranquilidad y trascendencia porque libera al prematuro de estímulos sensoriales, ambientales y corporales desagradables³². Con estos aportes, el equipo de salud llegan a la comprensión que cada bebé es un ser humano único, que requiere de una valoración completa, y que es un deber ético y moral el tener una mirada crítica sobre la propia práctica de cuidado.

2.2 Alimentación y procedimientos especiales

Incorporado al baño, higiene y nido, está la alimentación y los procedimientos especiales a los cuales está sometido el RNP³², el aporte nutricional que recibe según el desarrollo de su reflejo de succión considera la leche materna de preferencia o las fórmulas indicadas por el médico, de manera natural o a través de una sonda orogástrica. Entre los procedimientos especiales se establecen el farmacológico, hidratación, ventilación mecánica como las propias enfermeras lo evidencian: *“...en su alimentación administro su lechecita por sonda orogástrica y a gravedad...”*, *“...controlamos signos vitales, administro su tratamiento en horarios indicados...”*, *“...canalizo los PICC para su hidratación y los que necesitan ventilación mecánica se la damos, aspirar secreciones cuando sea necesario y por circuito cerrado.* Revalida el médico en la atención que le compete: *“paso visita, examino, aplico el ABC, temperatura adecuada, alimentación y buena oxigenación, veo su evolución y así hasta que es dado de alta...”M5*

La leche materna es el alimento mejor tolerado por el prematuro, con un vaciado gástrico más rápido y menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales³², para ello, las madres de los niños las dejan depositadas en recipientes estériles y las enfermeras la administran por sonda orogástrica. Los medicamentos que recibe el RNP están relacionado con su situación de salud y los diagnósticos agregados a su prematuridad. La administración de medicamentos se realiza por vía parenteral, a través de catéter venoso central de inserción periférica llamado también epicutáneo 21 (PICC) ³² es un

procedimiento de enfermería frecuente junto a la aplicación de ventilación mecánica por indicación médica en caso de depresión del sistema respiratorio.

2.3 Sueño y reposo.

El sueño y reposo, también es una necesidad básica y reconocido por las enfermeras como derecho, el cual exige respeto de los ciclos del sueño del RNP, requerido para mantener el crecimiento y la salud, ya que el sueño es básico en la maduración del cerebro y su correcto progreso neurológico con afectación a los otros sistemas de su cuerpo^{30, 32}. Exigencia que las propias enfermeras lo definen: *“...La capacidad de cada profesional debe ser en la consideración del sueño, el dolor, del bebe, no interrumpir el sueño, evitar el ruido que se hace al manipular la incubadora, y lo más importante es hacer participar a los padres en el cuidado del bebé...”*^{E7}; *a veces somos bruscas al hablar o sonreír y una que otra se nos escapan ruidos al tocar las incubadoras o al caer al suelo las riñoneras, pero son pocas las veces, más vigilamos el sueño del niño... E4*. Discursos que la técnica de enfermería también asiente como realizado por ella. *“... aunque no tengo una participación directa si sé que debo guardar silencio para proteger el sueño del bebito...”*

La enfermera especialmente se esfuerza, en evitar los ruidos fuertes, estímulos frecuentes de manipulación, luz intensa porque llegan a causar graves perjuicios en el prematuro como el stress u ocasionarle la muerte ¹¹⁹.

También advierte que la colaboración de los padres es fundamental en la evolución favorable del RNP, porque están informados como va evolucionando su hijo y el contacto piel a piel con ellas previas medidas de bioseguridad, impela a la estabilidad emocional de padres a hijo.

III. Provisión de trato humano, ético y espiritual

Los enfermeros son el recurso humano más valioso para liderar los cambios fundamentales de un hospital o servicio ¹⁰⁰. Con ello, el equipo de atención neonatal está conformado por personas, el RNP, es una persona y todos están constituidos por una naturaleza humana portadora de una afectividad tripartita, con un cuerpo femenino o masculino con un espíritu que no puede ser captado por los sentidos sino a través de las operaciones, las acciones, exclusivas de ser hombre, del ser personas, que les conducen a realizar cuidado o atención para proteger la naturaleza humana y con ello se hace buena persona, lo contrario será una mala persona ⁵⁷

Las enfermeras, médicos y técnicos de enfermería en sus acciones expresan el bien porque son sujetos morales, profesionales, guiados por un código de ética que en su actuar por la misma

profesión que viven llevan implícito el respeto, que les conduce a ser cordiales y eficientes para cuidar la vulnerabilidad del RNP. Vulnerabilidad constituida por un cuerpo que alberga el alma, la esencia del cuerpo vivo, ambos se necesitan mutuamente e influyen de forma diversa

Entonces conociendo estas apreciaciones aportadas desde el POM, el rol de los profesionales que atiende al RNP y con ellos todas las enfermeras tienen que influir en la transformación de los sistemas de salud y en la profesión misma como imperativo imprescindible, ya que requiere de una visión más allá de la misma atención y un proceso de gestión consecuente con la realidad vivenciada, así como el replantear lo que es enfermería en el mundo actual, salvadora y al servicio de la vida, guiada en hacer el bien siempre, porque el cuidar a un RNP, llega a su más notable profundidad como es la trascendencia espiritual, descritas en las siguientes subcategorías:



Figura N° 04.- III categoría principal y sus cuatro subcategorías. Elaboración propia

3.1 Acercamiento de los padres

La disrupción de la relación padres a RNP., afecta su desarrollo emocional y estabilidad física. En cambio el acercamiento de los padres contribuye a su egreso temprano, anclado en los beneficios que aportan el vínculo de proximidad¹⁰², al transmitir afecto, cariño amor, específicamente cuando lo acogen en sus brazos, acciones que las enfermera favorecen al consentir hasta donde les compete el acercamiento de los padres, como las propias enfermeras lo detallan. *“...permiso que vengan los padres, trato de que participen, tuve un bebe que el padre colaboro con su nebulización, hago que les canten, que les hablen por sus nombres, acá debe haber*

más oportunidad para eso...” E6 , “...ahí viene lo que es aparte del cariño y el buen cuidado, el bebé necesita estar en contacto con la madre, no solo observándole sino que la mamá le hable, que lo toque, y los padres aún temerosos se acercan y los cargan....”E4 ; ratifica la técnica de enfermería: “...la enfermera hace que los papás entren hasta donde está su hijito, unos los cargan , otros ayuda a alimentarlo cuando pueden mamar, sonríen, se les nota su alegría , y quieren permanecer más tiempo...”T2

La cercanía de la enfermera con el RNP., durante las 24 horas, la constituye en una fuente de enseñanza, comparte su conocimiento con los padres aun en el servicio de neonatología restringida, quienes van aprendiendo desde acercarse a su hijo hasta tener seguridad en cargarle, gozan primero en verlos vivos con su ojos abiertos, con su cuerpo que se mueve develando en su rostro júbilo y gozo.

Y obedecen lo que las enfermeras le indican como cantarle o hablarle, porque la hospitalización según Agote L ¹²¹ está siempre acompañada de una gran movilización emocional de la familia como un todo y más directamente de los padres. El nacimiento de un nuevo integrante de la familia normalmente simboliza alegría, celebración y expectativa, cuando algo interrumpe esta armonía, verdaderos dramas familiares son vivenciados.

Ratifica Vélez C, y Vanegas J, afirmando que durante la hospitalización del recién nacido, el profesional de salud brinda cuidado y es partícipe de la recuperación, e igualmente está en continuo contacto con los padres cuando ingresan a la unidad a visitar a su pequeño, de ahí la importancia que el equipo interdisciplinario de las UCIN trabajen con un método inductivo, enfocado en las personas y no únicamente en la enfermedad. Convirtiendo a los padres en parte fundamental y esencial en el cuidado de sus hijos prematuros y a su vez que alivia en parte el estrés que genera la hospitalización ¹²².

3.2 Caricias y comunicación.

Las caricias es un vínculo afectivo entre enfermera y RNP, a través de su piel, por medio de ellas se transmiten información al cerebro y este libera algunas sustancias químicas, como la oxitócicas y endorfinas¹¹⁴, que son las hormonas del cariño, del afecto y de la capacidad de transmitir las emociones a los demás. Con las caricias también se activa el sistema límbico, cuya red neuronal interpreta y libera sustancias que producen armonía, felicidad y satisfacción a la persona. Acciones que detallan las enfermeras “...Tocarles su cabecita, hacerles sus masajes, hablándoles que se calmen, que ya viene su mama, para que no se sientan solos...” E1; “...para que no sienta el trato como opresión, para qué tenga confianza...”E2; ratifica el médico de acuerdo a su intervención “...establecemos una relación familiar aunque no lo sea...” M.3 y la

técnica de enfermería “...*Le explico lo que hago, cuando le doy su lechecita...*” T2.

El lenguaje natural que utiliza la enfermera para comunicarse con el RNP son las caricias, sus manos lo tocan y establece contacto piel a piel como una vía de comunicación propia de personas humanas, el encuentro de dos subjetividades ¹⁰¹ que se hace familiar aunque no existan estos vínculos entre ambos. Las caricias dan seguridad y bienestar, propician la empatía, y emergen aspectos emocionales en los profesionales de la salud que lo acompañan.

Beltrán O, refiere que mediante la comunicación y observación el enfermero conoce a los neonatos y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para así tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida. ¹²³

Por su parte Muñoz L., y Luna Cl.⁴⁰, consideran que la enfermería es una profesión en la que se aplica el arte y la ciencia al ayudar al neonato a conseguir restaurar su salud, así como disminuir su estancia hospitalaria, infortunadamente las dificultades en la comunicación generan fallas ya que se observa que los mensajes emitidos por los neonatos no son comprendidos, con lo cual es difícil detectar los mensajes emitidos pero no imposible y con rol de educador el personal de enfermería empoderado, puede ir más allá de cualquier barrera, obstáculo que se presenta ya que estos seres tan vulnerables la hacen más sensibles, por dar tanta ternura, por lo pequeñito, y aprender de cada experiencia a ofrecer cuidado individualizado ⁶⁷. La seguridad del neonato se puede ver afectada por un erróneo proceso de comunicación, rompiendo el estado de bienestar y confort y así dificultando la continuidad de cuidado.

3.3 Responsabilidad ética

La enfermera y médicos poseen competencias que les permiten comprender a la persona, sus reacciones, su estado de salud sus comportamientos y tiene capacidades para darle apoyo.

Por esta razón es una responsabilidad ética no solo de la enfermera, sino también de los médicos actuar como abogados del paciente para hablar por sus derechos¹⁶, hacer que lo respeten, hablar cuando no puede expresarse por sí mismo como las propias enfermeras y médicos expresan: “...*si hay niños con malformaciones, evitar que las madres lo curioseen, mantener su privacidad, protegerlo sin comentar ni divulgar lo que tienen las otras criaturas...*”

E1. Revalida el médico “...el cuidado aquí es altamente especializado, humanizado donde el aspecto cognoscitivo y ético están presentes para dar como resultado el mejoramiento de los problemas de salud de los pacientes.” M4

Tomar decisiones involucra responsabilidad ética¹⁹ y actuar de acuerdo a esas decisiones conlleva libertad responsable que denota compromiso, interés por proteger la dignidad del RNP, su privacidad, asumido por los sujetos de estudio como deber moral de buscar el bien del vulnerable, proteger su dignidad e intimidad y no ser expuesto a personas ajenas a la neonatología, acciones de índole ética exigidos en el código de ética de los profesionales de la salud y la propia ética personal

3.4 Bautismo y rezos.- Es un deber grave de caridad de la enfermera administrar el sacramento del bautismo en caso de gravedad del RNP. Cualquier persona aunque no tuviera fe, está en la obligación de aplicarlo ¹²⁴. Y en el servicio de neonatología las enfermeras aplican el bautismo con aprobación médica y valorado por el sacerdote del servicio, agregando rezos al momento de darles atención como ellas mismas lo declaran: *“...El bautismo es importante, aunque sea creyente de otra religión, el bebé, así como está, tiene derecho a ser bautizado y estar cerca de Dios sino es por un sacerdote es por nosotros...” E7, “...cuando los voy atendiendo les rezo, les hago la señal de la cruz, en la frentecita, les rezo el Padre Nuestro...” E5*

La corporalidad del RNP alberga el alma espiritual¹⁹, pero no depende del cuerpo para existir, sin embargo junto con el cuerpo forman la persona. El alma es inmortal y no se puede desintegrar, posee facultades operativas como la inteligencia, voluntad y libertad ⁵⁷ y es el principio remoto de las operaciones. La enfermera cuida el cuerpo y el alma del RNP y considera el bautismo primordial, fundamento de la vida cristiana a través de las manos de las enfermeras llega el poder divino de convertirlo en Hijo de Dios, salvarle y hacerlo heredero de una felicidad eterna en el cielo, como novísimo de fe

IV. Enfrentamiento a la muerte por la vida del prematuro

La muerte es una realidad inexorable, propia de la naturaleza finita del hombre, la cual puede adelantarse por causas biológicas como la prematuridad de la vida, aspecto que la enfermera experimenta en la acción de cuidar y aplica destrezas para enfrentarla aunque llegue consigo la pérdida de ser que cuida, situación que se explica en las siguientes subcategorías.

Figura N° 05

IV categoría principal y sus tres subcategorías. Elaboración propia



4.1 Lucha con el equipo de salud y tecnología.

La herencia profesional de enfermería está directamente relacionada a los procedimientos técnicos. Ellos exigen de quien los práctica, rapidez, actividad, buen sentido y conocimiento teórico práctico, así lo explica la enfermera al querer salvarle la vida del RNP: “...*Vi un bebe agonizando, cianótico en paro, realice RCP avanzado, con el médico de guardia, quería recuperarlo, y no quería suspender el RCP, el médico, me decía, que era inútil, quería arrancarle a la muerte y que él bebe viviera. Pero todos nuestros esfuerzos fueron inútiles...*” ENF6

La resucitación cardiopulmonar⁸² (RCP), restablece una ventilación adecuada, la actividad y el ritmo cardíaco y establece la situación hemodinámica, consiguiendo una oxigenación y perfusión rápida de los órganos vitales, como fue la intervención de la enfermera al tener un RNP en paro cardíaco, sin resultados, pues ella toma conciencia de sus limitaciones, ser enfermera también es complejo. Pero asegura su ser humanista con el uso de la tecnología.

4.2 Lucha consigo misma

La enfermera como persona es un sistema abierto y cómo tal⁶⁸, conoce de lo que es capaz y de lo que no es y al razonar sobre sus impedimentos al momento de cuidar se desafía asimismo, descubriendo sus falencias que la hacen sentir no estar cumpliendo a cabalidad con su deber como las propias enfermeras *lo dicen*: “...**al visualizar la frecuencia cardiaca baja, lo mantengo con oxígeno hasta donde él pueda, pero siento impotencia, trato de hacer algo , pero me siento inútil por no poder dar más rápido la atención, me he sentido mal...**” *Enf8*

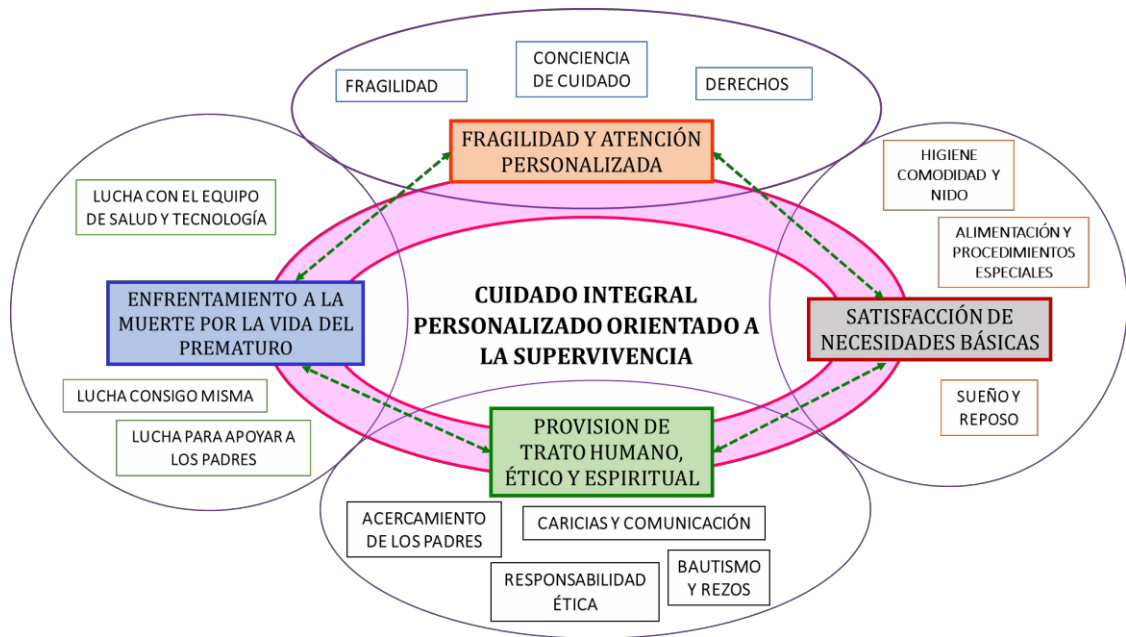
La vida del recién nacido prematuro es un proceso vital continuo que va desde que vive por la fecundación hasta que termina por problemas asociados a su prematuridad²⁶, esta situación de gravedad es contemplada por la enfermera, quien reconoce que le falta adquirir competencias para ser más rápida y oportuna en el cuidado que ofrece al RNP, como resultado emerge el desánimo y la tristeza, como resultado de acciones que se dan aun con la convicción que son inútiles porque la vida del RNP se va extinguiendo y quizás con la producción de la muerte.

4.3 Lucha para apoyar a los padres.-

El acto de conectarse y acompañar a los padres de RNP., revela sensibilidad ética al enfrentar a padres desconsolados por la situación crítica de salud del hijo, de una persona frágil, al borde de la muerte²⁶, entonces hay solicitud de la enfermera por la interrelación para consolar, acompañar y dar un ambiente de paz y amor como las enfermeras lo disciernen “...**Cuando un niño está delicado llamamos a los padre por teléfono, o si ha fallecido se deja al bebe tal cual se encuentra hasta que vengan los padres y después se les retira todas las conexiones...** E2, “...**lo más difícil es tener que recibir a los padres y tener que atenderlos en este momento difícil, no tengo palabras para darles consuelo y a veces pienso que no existe una palabra que diga lo siento y pueda llenar el vacío que deja un hijo...**” *E9*

Apoyar a los padres significa que la enfermera ha traspasado las dimensiones de la realidad humana, en ella existe misericordia y alivio para proporcionárselo a los padres, que es mucho más eficaz que el uso de la tecnología porque la primera está en orden a los fines como es cuidar hasta el final y la segunda está en relación a los medios.

Finalmente lo descrito en las categorías principales al relacionarse unas con otras da origen a la categoría central. Fig. N° 06 Categoría Central: Cuidado integral personalizado orientado a la supervivencia



Fuente elaboración propia: Mgr. Soledad Guerrero Quiroz y asesora Dra. Mirtha Flor Cervera vallejos

CATEGORÌA CENTRAL

CUIDADO INTEGRAL PERSONALIZADO ORIENTADO A LA SUPERVIVENCIA

El cuidado personalizado al recién nacido prematuro es una realidad alcanzable, cercana y con imperativo ético ancorado en el personalismo moderno para una praxis continua realizable.

Los cuidados de enfermería ofrecidos a los neonatos prematuros, son personalizados ⁷⁶ porque están ofrecidos a la medida de quién es el receptor del cuidado, y cada niño o niña prematuro es distinto uno de otro, asumiendo las particularidades propias de un cuerpo frágil mediante la interacción continua⁶⁷ enfermera- neonato, el segundo muy condicionado y dependiente de equipo de la salud; con el fin de ayudarlo a permanecer vivo, asegurando su supervivencia en la experiencia precoz de la enfermedad y el sufrimiento, para lo cual la enfermera docta observa, interpreta e integra la realidad, toma de decisiones y hace cuidado, desplegando competencias científicas y humanas, ciencia, arte; entrega total y amor⁷⁷.

El cuidado integral para la supervivencia visibilice su efectividad requiere escudriñar sobre la doble fragilidad del RNP, con conciencia de cuidado y los reconocimientos de derechos inalienables que ningún profesional de la salud podría quitar omitir bases encontradas en el POM.

Al tomar conciencia de cuidado la enfermera posterior a la valoración, satisface las necesidades básicas dirigidas a la higiene, comodidad y procurarle un ambiente parecido al del seno materno mediante el nido, alimentarlo y realizar procedimientos especiales que no le produzcan daño, porque son realizados por guías actualizadas.

Y como la enfermera al tocar el cuerpo toca todo el ser del RNP., la provisión de su cuidado es humano, ético y espiritual que la conducen a acercarse a los padres dar caricias y comunicarse con el RNP. , asume que frente a la situación de salud expresa responsabilidad ética que la hace enfrentarse consigo misma con los propios padres, con el equipo de salud y la tecnología pero cuando la fragilidad del RNP., se agota por la enfermedad busca la trascendencia del ser, bautizándolo ante la eminencia de la muerte, rescatándolo para la vida eterna.

El personalismo ético encuentra cierta semejanza con las premisas de los diferentes modelos de enfermería, las cuales abordan a la persona con diferentes enfoques pero como centro de cuidado, lo cual debe ser aplicado por todas las enfermeras, quienes en su actuar cotidiano evidencian su capacidad de poder modificar el panorama de salud que involucra la presencia de recién nacidos prematuros. Sin embargo todavía existen vacíos en el sistema de salud Pública en el Perú, por la carencia de una red de seguimiento cuando el recién nacido prematuro es dado de alta para garantizarle con políticas públicas serias y éticas una atención y educación a largo plazo.

CAPÍTULO V

MODELO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

I. INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería ofrecidos a los neonatos prematuros, son personalizados ⁷⁶ porque están ofrecidos a la medida de quién es el receptor del cuidado, y cada niño o niña prematuro es distinto uno de otro, asumiendo las particularidades propias de un cuerpo frágil mediante la interacción continua ⁶⁷ enfermera- neonato, el segundo muy condicionado y dependiente; con el fin de ayudarlo a permanecer vivo, asegurando su supervivencia en la experiencia precoz de la enfermedad y el sufrimiento, para lo cual la enfermera docta observa, interpreta e integra la realidad, toma de decisiones y hace cuidado, desplegando competencias científicas y humanas, ciencia, arte; entrega total y amor ⁷⁷.

II. BASES

Jurídicas: Derechos universales; derechos del niño y derechos del prematuro declarados y con exigencias de practicar. Recordatorios los días mundiales del prematuro no sólo en el servicio de neonatología sino también en todos los servicios de neonatología del Perú y el mundo.

Antropo.filosoficas: Recién nacido prematuro con crecimiento irrestricto con dependencia de cuidado por su doble fragilidad con bases en el POM, es una persona digna con valor absoluto que tiene que ser querida y protegida por el equipo de salud a su cargo.

Ético-Bioéticas: Impelan a favorecer prioridad de salvaguardar la vida evitando producirle daño, cuidados bien hechos y acercar a la familia en la participación del cuidado.

III. INICIATIVA DOCTORAL

Difusión de modelo de cuidado personalizado en los servicios de neonatología; congresos, pregrado y post grado especialidades de enfermería, másteres y doctorados.

IV. FASES DE APLICACIÓN DEL MODELO

Primera fase: Sensibilización y concienciación a los profesionales de la salud y ciudadanía en general que el RNP es una persona portadora de dignidad, con derechos inalienables que ningún profesional de salud puede obviar y como tal posee una afectividad tripartita, una corporalidad frágil y un ser Yo con potencias operativas inteligencia, voluntad y libertad, nacido en una familia y es actor social dentro de una comunidad. Usar modelo adaptado del POM al RNP: usando redes sociales, artículos científicos, creación de página web el cuidado personalizado

en el prematuro como un quién valioso y de crecimiento irrestricto por las manos de la enfermera.

Segunda Fase.-Elaborar material educativo y videos sobre modelo personalizado al RNP sustentado en las cuatro categorías principales, haciendo énfasis en el trato personalizado, comunicación asertiva; protección del neurodesarrollo; acercamiento de los padres entre muchos más, de tal forma que sea comprensible y sencilla su lectura y aprendizaje para practicarlo empezando por el propio servicio escenario de estudio.

Tercera Fase.- Práctica del cuidado personalizado en todas las áreas del servicios de neonatología, con inicio en el mes de enero del 2020; empezando por la investigadora, jefe de servicio, enfermeras especialistas, médicos, técnicos de enfermería y padres en las diferentes áreas donde se encuentre Hospitalizado el RNP. Promoviendo:

- El reconocimiento de su identidad basado en nombre y apellidos y para evitar olvidos u omisiones, actualizar letreros y pegatinas con la identidad del RNP.
- Acariciar al bebé, hablarle con ternura, interceder ante sus derechos
- Satisfacer sus necesidades básicas con delicadeza y durante esos procedimientos hablarle de manera normal pero dulce y con ternura.
- Aplicar tratamientos invasivos con exactitud y evitar las infecciones cruzadas con bioseguridad y recursos propios.
- Reducir riesgos que atenten en el neurodesarrollo: exceso de luz, otros ruidos, tono de voz, manipulaciones bruscas, cambios de posición, etc.
- Promover la comodidad y confort con el uso de nido, música muy suave y el uso de la mamá canguro.
- Promoción del autocuidado en los padres para que aprendan a hablar y conversar con su hijo así como alimentarlo y participar del cambio de pañal.
- Educar y acercarse a los padres con momentos organizados para llegar a comprender la esencia de sus problemas y apoyarlos en momentos de duelo
- Evitar el encarnizamiento terapéutico.
- Bautizar al RNP ante la inminencia de la muerte.
- Mantener mente positiva y carácter amable con todos y ante el exceso de trabajo actuar como equipo y muy unidas.
- Organizar cuaderno de incidencias del cuidado personalizado, logros y metas a corto y mediano plazo y proponer en reuniones de servicio futuras investigaciones.

Cuarta fase.- Evaluar, la primera quincena de Diciembre logros alcanzados para promocionarlos en los días mundiales del RNP. Y determinar que investigaciones se podrían abstraer para empezar su diseño y elaborarlas, entre las que podrían emerger a manera de preposiciones futuras a ser investigadas, serían:

- Todo RNP es una persona portadora de dignidad, entonces el cuidado también tiene que ser personalizado.
- La afectividad tripartita del RNP se ve alterada por la luz, ruidos fuertes y manipulación brusca, entonces el cuidado será aplicado para disminuirlas o desaparecerlas.
- Los derechos del RNP son inalienables pero desconocidos y el cuidado debe visibilizarlos.
- La satisfacción de necesidades básicas en el RNP es primordial para su recuperación global.
- La conciencia de cuidado salvaguarda la sobrevivencia del RNP.
- El cuidado personalizado al RNP trasciende ante la eminencia de la muerte con el bautizo.
- La enfermera enfrenta la tecnología en la sobrevivencia del RNP.
- El acercamiento a los padres del RNP favorece el trato humano y la confianza en el otro.
- Las caricias y la comunicación con el RNP me permite identificar necesidades.
- La responsabilidad ética promueve el cuidado personalizado.
- El bautizo de los RNP garantiza su salvación eterna frente a la eminencia de la muerte

Quinta Fase.- escribir el libro titulado “cuidado personalizado al RNP con los aportes del personalismo Moderno” y presentarlo en Próximo Congreso internacional de Enfermería USAT en el 2020.

Sexta Fase. Promover en el grupo de Investigación PROFEDIC, profundizando en la esencia del cuidado personalizado al RNP y su intervención en aportes en políticas públicas para garantizar el pleno restablecimiento del RNP al ser dado de alta, elaborando propuestas reales y factibles de ejecutar con ayuda del equipo de salud del servicio de neonatología.

Chiclayo. Perú 2019

RECOMENDACIONES FINALES

- Los cuidados de enfermería ofrecidos a los neonatos prematuros, son personalizados ⁷⁶ porque están ofrecidos a la medida de quién es el receptor del cuidado, y cada niño o niña prematuro es distinto uno de otro, asumiendo las particularidades propias de un cuerpo frágil mediante la interacción continua ⁶⁷ enfermera- neonato, el segundo muy condicionado y dependiente; con el fin de ayudarlo a permanecer vivo, asegurando su supervivencia en la experiencia precoz de la enfermedad y el sufrimiento, para lo cual la enfermera docta observa, interpreta e integra la realidad, toma de decisiones y hace cuidado, desplegando competencias científicas y humanas, ciencia, arte; entrega total y amor ⁷⁷.
- EL POM⁵⁶ de J.M. Burgos aporta una comprensión integral de la persona del RNP, que viene al mundo con una corporalidad de doble fragilidad, donde se integran: el nivel corporal, el nivel psíquico y el nivel espiritual, ancorados con el conocimiento, la afectividad y el dinamismo propio de su naturaleza humana.
- La fragilidad y la atención personalizada del RNP podría restablecerse cuando sus necesidades básicas son satisfechas, que le conduzcan a sentirse cómodo, bien nutrido y con su sueño protegido de ruidos o luces excesivas.
- La supervivencia de RNP se podría afirmar que es integral si las enfermeras proveen trato humano, ético y espiritual en el acto de cuidarlo con responsabilidad, ética, acercamiento a los padres para que encuentren sentido a la situación de salud del hijo, proporcionando caricias y encuentros comunicativos con el RNP.
- Y si la presencia de la muerte es inminente abogar por el RNP con entereza para evitar el encarnizamiento terapéutico, apoyo a los padres y trascender al cuidar administrando el bautizo para rescatarlo para la vida eterna.
- La teoría sustantiva emergida del proceso de datos hace reflexionar a la investigadora que el futuro para los RNP. es esperanzador porque será tratado como persona portadora de dignidad, ya sus padres a través de una buena relación enfermera familia para comprender su actitud, poniéndose en su situación, y tratando de valorar todos los factores que inciden en esta relación.
- Las revisiones teóricas del estudio evidencian un vacío en el sistema de salud pública que garantice el proceso de seguimiento del RNP al ser dado de alta para garantizarle políticas públicas que favorezcan su atención y educación a largo plazo, ya que no todos los RNP tiene padres con seguro social . Por ello el estado debe en primer lugar garantizar servicios neonatales bien equipados en lo material y humano, invertir en capacitación de profesionales de salud altamente cualificados, formar mesa de trabajos prácticos junto con los sectores de educación justicia para la protección de la madre gestante con riesgo de parto prematuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz M. Filosofía de la ciencia del cuidado. Analogía del mito de la caverna de platón con la profesión de enfermería. . RICS. 2013. Vol. 2 (3):1-13. Acceso el 10/05/2015. Disponible en: <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/348/1/Filosofia%20de%20la%20ciencia%20del%20cuidado.pdf>
2. Ortiz R. Atención Personalizada en Enfermería .CONAMED. 2009; 14 (Supl.1): 44-48. Acceso el 14/08/2015. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59711&id_seccion=702&id_ejemplar=6038&id_revista=41
3. Sola A, Urman J. Cuidados intensivos neonatales: fisiopatología y terapéutica. 4ª. ed. Buenos Aires: Científica Interamericana, 2001
4. Mata M; Salazar E; y Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17(1): 45-54. Acceso 28/01/ 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim091h.pdf>
5. OMS. Nacimientos prematuros. [Internet]. Feb 2018. Acceso. 06/12./2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
6. MINSA. Sistema de registro en Línea y principales características del recién nacido. . [Internet]. Abril 2016. Acceso el 13/09/2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
7. OPS. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. [Internet]. Sep.- Oct 2008. Consultado Oct. 23, 2016. Disponible en: http://www.paho.org/pahousaid/dmdocuments/MatNeoNat-Estrategia_plan_accion_salud_recien_nacido-
8. OMS. ¿Qué es un niño prematuro? [Internet]. Nov 2015. Acceso el 20/07/2016. Disponible en: http://www.portal.pmnch.org/features/qa/preterm_babies/es/
9. Burgos J. Reconstruir la persona: Ensayos personalistas: El personalismo hoy. Madrid: La palabra; 2012. p. 1-42
10. Hernández L, Sequeira D, y Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Sep. 6]; 26 (1): 30-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007&lng=es)

11. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3a ed. Davis Philadelphia: Company; 1995; p. 2.
12. Burgos. J. Introducción al personalismo. 1a ed. Madrid: Palabra; 2012.
13. Balza A, Fernández M. El bebé prematuro. Neonat Hosp Univ Donostia. [Internet]. Acceso el 29/04/2016. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/eshdon/adjuntos/Guia_Bebe_Prematuro_C.pdf
14. Watson J. Human Caring Science. A Theory of Nursing. 2a ed. Canadá: Jones & Bartlett Publishers; 2012
15. Daza de Caballero R, Torres A, Prieto de Romano G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Índex Enferm [Internet]. 2005 [citado 2017 Agosto 06]; 14 (48-49): 18-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es.
16. Morales, J. El cuidado de enfermería como vivencia humana. Revista cultura del cuidado de Enfermería, Vol. 1 Nov. 2004. Programa de enfermería .Universidad de Pereira, p 28.
17. Martin R, Fanarott A y Walsh M. Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 10a ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.
18. Rellan S, García de Ribera C y Paz M. El recién nacido prematuro. AEP [Internet]. Madrid 2012. citado 2017 Agosto 06 Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
19. Quiroga A. Valoración clínica del recién nacido con dificultad respiratoria <https://es.scribd.com/document/56685026/Enfermeria-Neonatal-1>
20. Allán A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Enfermería en Costa Rica. 2011; Vol. 32(1):37-42 Acceso el 04.02.2016. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>
21. Díaz A. La concepción de la persona en Jacques Maritain: Desde la noción de individuo a la de libertad personal. Polis Rev. Latinoamericana. 2016; N° 15. Acceso en el 1/12/2017. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/4874>
22. Constitución Política del Perú: De la persona y de la sociedad. Cap. I: derechos fundamentales de la persona: Artículos 1°, 2° y 7°. Acceso el 19/06/2017. Disponible en: <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf>

23. Código de Ética y Deontología de los Médicos del Perú. Acceso el 26 de Abril del 2016. Disponible en: <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>
24. Código de ética de los enfermeros del Perú. Acceso el 27 de abril del 2016. Disponible en: <http://blogdelilianaherrera.blogspot.com/2014/01/codigo-de-etica-y-deontologia-del.html>
25. Polo L. Ética. Hacia una versión de los temas clásicos. 2a ed. Madrid: Unión Editorial S.A; 1997.
26. Papa Francisco. Catequesis en audiencia del 20 de septiembre. Roma: 2017. Acceso el 20/09/2017. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/francesco/es/audiences/2017/documents/papa-francesco_20170920_udiencia-generale.html
27. Da Fonseca A, Lima S, Cardoso F y Beresford H. El estrés en el neonato pre- término: una reflexión axiológica acerca de posibles influencias de los factores sensorio-ambientales en unidades de terapia intensiva neonatal. Fit Perf J. 2008 Sep.-Oct; 7(5):345-51. Acceso 20/09/17. Disponible en: <http://www.fpjournal.org.br/doi/doi419es.htm>
28. León R. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev. Cubana Enfermer [Internet].2006 Dic [citado 2017 Oct 20]; 22(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es)
29. Murcia Cl, Parra H y Rodríguez Y. Cuidado de enfermería orientado hacia el confort en recién nacidos prematuros. 2017. [Tesis]. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2016. Acceso 20/04/2017. Disponible [_https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/29745/Claudia%20Patricia%20Murcia%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/29745/Claudia%20Patricia%20Murcia%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Pazmiño M. Factores de riesgo en los recién nacidos prematuros para la intervención en el proceso de atención de enfermería. [Tesis]. Machala: Universidad técnica; 2017. Acceso el 12/09/2017. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10053/1/PAZMI%C3%91O%20LEON%20MARIA%20ISABEL.pdf>
31. Acosta M, Cabrera N y Basante Y. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. Rev. Univ. Salud. [Internet]. 2017 Mar. Vol. 19(1): 17-

25. Acceso 2017 Sep. 29. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000100017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.65>.
32. Montes A, Mendoza J y Silva K. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima del recién nacido prematuro” Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2016. Acceso 11/8/2017. Disponible en:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/767/Aura_Trabajo_Investigaci%F3n_2017.pdf?sequence=7
33. Hanauer M, Oliveira R, Paz M, Netto de Brum C y Oliveira D. Utilização do Processo de Enfermagem no cuidado ao prematuro hospitalizado em uso de gavagem: Um relato de experiencia. Rev. Anais do. SEPE Seminario de Ensino, Pesquisa e Extensao da UFFS. Vol. 6(1) Fe 2017. Acceso 20/09/2017. Disponible en:
<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/SEPE-UFFS/article/view/4808>
34. Klossowski Diulia Gomes, Godói Vanessa Cristina Xavier César Rey, Fujinaga Cristina Ir. Asistencia integral al recién nacido prematuro: implicaciones de las prácticas y de la política pública. Rev. CEFAC [Internet]. 2016 Feb [citado 2017 Sep. 25]; Vol. 18 (1): 137-150. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100137&lng=en.
35. Barriga A. El efecto del contacto físico en el crecimiento físico de bebés prematuros. [Tesis]. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2016. Acceso 10/09/2017. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5862/1/124875.pdf>
36. Mosqueda R. Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2016. Acceso 11/12/2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38925/1/T37710.pdf>
37. Fernández D. La violencia al inicio de la vida: una perspectiva bioética y de los derechos humanos. Rev. Direito e Política. Junio 2016; Vol. 11(2). Acceso 22/Nov/ 17. Disponible en: <https://www6.univali.br/seer/index.php/rdp/article/download/9027/5016>

38. Burgos J. El personalismo frente a la crisis contemporánea de sentido. Rev. Metafísica y persona. Filosofía. Agos 2015. N° 13. Acceso el 13/06/2016. Disponible en: <http://metyper.com/el-personalismo-frente-a-la-crisis-contemporanea-de-sentido/>
39. Prats M. Fortalecer el vínculo madre-hijo en unidades neonatales: Parámetros para su evaluación 9. [Tesis doctoral]. Barcelona: UD Vall d'Hebron – UAB; 2012. Acceso 02/02/2016. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/96436/mpc1de1.pdf;sequence=1>
40. Muñoz L, Luna C. Modelo de Cuidado: Comunicación Enfermera- Neonato. ENE. Rev. de Enfer. Dic. 2012. Vol. 6(3). Acceso el 09/07/2015. Disponible: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/210/18>
41. Hospital Clínica Barcelona. Problemas de prematuridad. Cent Med Fetal. [Internet]. Consultado 20/02/2017. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/index.php?option=com_content&view=article&id=28%3Aprematuroidad&catid=1%3Aenfermedades-fetales&lang=es
42. Pignotti M, Donzelli G. Atención perinatal en el umbral de la viabilidad: una comparación internacional de pautas prácticas para el tratamiento de partos extremadamente pre término. Pediatrics. Enero 2008; 121 (1): e193-8. Consultado 16/09/2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18166538>
43. Organización Mundial de la Salud. OMS. El prematuro. 2015. Acceso 20.11.2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
44. Guzmán J, Párraga M, Del Prado N, Ruiz M. D, García del Río M. Benito F, Fernández C, Figueras J. y Red Neonatal Española SEN1500. Análisis de la utilidad del Clinical Risk Index for Babies por estratos de peso como predictor de muerte hospitalaria y de hemorragia interventricular grave en la Red Neonatal Española SEN 1500. [Internet]. Agosto 2009; Vol. 71(2):117-127. Consultado el 16/09/2017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540330900263X>
45. Mendoza Luis, Claros Diana, Mendoza L, Arias M, Peñaranda Claudia Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. Agos 2016. [Citado 12/12/17]; 81(4): 330-342. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>.
46. World Health Organization. Nacido demasiado pronto: el Informe de acción global sobre el nacimiento prematuro. [Internet]. Mayo 2012. [Citado 16/12/17]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon_report.pdf

47. Marina Mata-Méndez, Martha Elba Salazar-Barajas, Luis Raúl Herrera-Pérez. Cuidado enfermero al recién nacido prematuro. Acceso el 20.12.2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>.
48. Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev. Mex Pediatr [Internet]. En- Feb 2012. [Citado 18/08/17]. Vol. 79(1):32-39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2012/sp121g.pdf>
49. Organización Mundial de la Salud. OMS. Nacimientos prematuros. 02 - 2018 acceso (13.03 2018). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
50. Kendig J. Recién nacido prematuro. Manual MSD. [Internet]. Acceso el 17/ 05/ 2017. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacido-prematuro>
51. Burgos J. Introducción al personalismo. Madrid: Ed. Palabra; 2012. Madrid. P 8,9,12
52. Mounier E. Manifiesto al servicio del personalismo. 1a ed. Salamanca: Sígueme; 2002.
53. Burgos J, Cañas J, Ferrer U. Hacia una definición de la filosofía personalista. Madrid: Ediciones Palabra, 2006.
54. Burgos J. El personalismo, autores y temas de una filosofía nueva 2a ed. Madrid: Palabra; 2004.
55. Wojtyla K. Persona y acción. 3a ed. Madrid: Palabra; 2017.
56. Burgos J.M. El personalismo ontológico II. Claves antropológicas. Quién Rev. Filos Pers. [Internet]. Sep. 2015; p 9-27.[Citado 20/5/18]. Disponible en: http://www.personalismo.org/wp-content/uploads/2016/11/Articulo_1_QUIEN_Num_2.pdf
57. Burgos J. Antropología: una guía para la existencia. 5a ed. Madrid: Palabra S.A, 2013; p 355-372
58. Burgos J. La experiencia integral: un método para el personalismo. Madrid: Palabra S.A; 2015.
59. Rodríguez A. Ética General. 6a ed. Pamplona: Eunsa; 2010; p 66-169.
60. Narváez E. Influencia del vínculo afectivo en el neurodesarrollo y desarrollo emocional de neonatos prematuros o con bajo peso al nacer. [Tesis Maest]. Palma: Universidad de les Islas Balears; 2017. [Citado 18/12/17]. Disponible en: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146680/tfm_2016-17_MPIN_enm362_1164.pdf?sequence=1&isAllowed=y

61. Aleteia. Niños prematuros, la fragilidad de nuestro futuro. [Internet]. [Citado 30/2/17]. Disponible en: <https://es.aleteia.org/2017/11/17/ninos-prematuros-la-fragilidad-de-nuestro-futuro/>
62. Berne-Audéoud. Historias de antes: un acercamiento al mundo de la prematuridad. Francia: Lieux Dits; 2010
63. Ratzinger J. Donum vitae: sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación [Internet]. [Citado 12/03/17]. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html
64. Wojtyla K. El Hombre y su destino. 5a ed. Madrid: Palabra; 2014; p 304.
65. Burgos J. Reconstruir la persona: el personalismo como praxis. Madrid: palabra, 2009, p 97-131.
66. Buber M. Yo y Tú. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina; 2002, p 35.
67. Muñoz L, Luna C. Modelo de Cuidado: Un acto de Comunicación Enfermero – Neonato. ENE Rev. Enfermería. [internet]; Dic. 2012. [Citado 19/04/17]. Vol. 6 (3). Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/210/186>
68. Burgos J. La filosofía personalista de Karol Wojtyla. 2a ed. Madrid: Palabra; 2011.
69. Zubiri X. Inteligencia y razón: Madrid: Alianza; 2008. .
70. Riego de Moine I. Emmanuel Mounier y el personalismo. Persona Rev. Iberoam de Personalismo Comunitario. [internet]; N° 1. Abril 2006. [Citado 19/11/17]. Disponible en: <http://www.personalismo.net/persona/emmanuel-mounier-y-el-personalismo>
71. López M, Santiago E, Herranz G. Inicio de la vida de cada ser humano ¿qué hace humano el cuerpo del hombre? .Cuad. Bioét. [internet]; 2011. Vol. 22(2). [Citado 7/6/17]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2011/22/2/75/283.pdf>
72. Roberto Tucci “Introduzione storico-dottrinale alla Castituzione Pastorale contemporáneo, Elle di Ci, Turín 1966²
73. J. M. Burgos, J: M. Dos formas de afrontar la identidad sexual: personalismo e ideología de género, en Persona y género. Pamplona: Aranzadi; 2011, p 405- 421.
74. López N. Cerebro de mujer y cerebro de varón, Madrid: Rialp; 2007.
75. Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. 8av Ed. España: ELSEVIER; 2015. Pág. 640
76. Harillo D, Rico J, López A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. Enfermería Global [Internet]. 2017; 16(4):577-589. 2017. [Citado 12/08/17]: disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365852824020>.

77. Monge M. San Josemaría y los enfermos. Sus enseñanzas sobre el dolor, los enfermos y el trabajo de los profesionales de la salud. Ed. Palabra. 2005. Madrid.
78. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2005.
79. Ceriani, J. Neonatología práctica. Edit. Médica Panamericana .2009 .Argentina
80. Su Laurent Y. Prematuros: La guía imprescindible de cuidados especiales para tu bebe prematuro. Edty. Timun Mas, Barcelona, 2013, págs. 30 79, 128
81. Egan M. El ABC del cuidado de enfermería en los bebés prematuros extremos. Rev. Enfermería neonatal pág. 1.12.
82. American Academy of Pediatric. Reanimación Neontal 7ma Ed. 2017. pág. 324
83. Rodríguez L. Procedimiento de mínima manipulación en el neonato Rev. enferm. CyL Vol. 6 - N° 2, 2014
84. Izcarra S. Manual de Investigación cualitativa. Ed. Fontamar. 2014 pág.7- 160. ; pág.236 México.
85. Hernández R. Metodología de la investigación Científica. 6ta. Ed. Mc Graw Hill. México.2014. pág355-528. N° de pág. 589
86. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa.2da edc.Morata. 2007. Madrid, pág. 40-235. N° de pág. 323
87. Pedraz A.; Zarco J.; Ramasco M.; Palmar A. Investigación cualitativa. Elsevier. Barcelona España. 2014 pág. 3-110. N° de pág. 120
88. Strauss A. y Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ra. Ed. (en español): Editorial Universidad de Antioquia, diciembre de 2002. Colombia
89. Holloway I. y Todres. L. Teoría fundamentada. 5a ed. En Gerrich K y Lacey, A. (Eds.).Investigación en Enfermería. Madrid: McGraw Hill; p 192-207.
90. Diario la República. 20 de nov del 2017. Al año nacen 290 bebés prematuros en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Acceso el 22. 03 2018.Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1147339-al-ano-nacen-290-bebes-prematuros-en-el-hospital-almanzor-aguinaga-asenjo>
91. Protocolo de atención al recién nacido Prematuro de alto riesgo ingresado en un servicio de neonatología. esssalud.201.
92. ML de Souza, MC Cometto et al. Investigación cualitativa en enfermería. Métodos y didáctica. Organización Panamericana de la Salud. 2013.

- 93.** Ley del trabajo de enfermeros 27669. Art.7mo.inciso I. acceso 20 .09.2015. Disponible en [ww.essalud.gob.pe/downloads/c_enfermeras/ley_de_trabajo_del_enfermero.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/c_enfermeras/ley_de_trabajo_del_enfermero.pdf)
- 94.** Código de ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, art. 57. 2008. Perú. Acceso el 05 08 205. Disponible en: http://cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf
- 95.** Decreto Supremo N° 011-2011-JUS. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. Lima, miércoles 27 de mayo de 2011. Acceso el 30.12.2016. Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2011/Julio/27/EXP-DS-011-2011- JUS.pdf>
- 96.** Sgreccia E. Manual de Bioética. Ed. Uned. 2009
- 97.** Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Estados Unidos: Sage Publications; 1985. p. 289-414.
- 98.** Arias MM, Giraldo CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm. 2011;29(3): 500-514. Consultado el 02.10.2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406020.pdf>.
- 99.** Promoción de la salud, familia, ética y bioética (PROFEDIC). Grupo de Investigación USAT.2015
- 100.** Servicio de Neonatología, Grupo NIDCAP. Cuidados centrados en el desarrollo: Método NIDCAP [monografía en Internet]. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2008 [acceso 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.abap.cat/documentos/Metodo%20Nidcap.pdf>
- 101.** Gretchen L. Facilitación of parenting the premature Infant withing the newborn intensive care unit. J. Perinatal Neonatal Nursing. 2002 16: 71-82
- 102.** Harrillo D., Rico J., y López A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura Rev. Enf Globalk N° 48 Obt 2017, pág. 577. Acceso el 23.11. 2017. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00577.pdf>
- 103.** Ginovart Galiana G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma [revista en Internet]. 2010 [acceso 29 de noviembre del 2015]; 26: 15-27. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/196127/262943>
- 104.** Vanegas, J. La conciencia de cuidado de la salud como expresión del cuidado. [Internet]. 2015. Acceso el 14 de Mayo 20.16. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.1>

- 105.** Rodríguez S. et Al. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enfermería Universitaria. 2017; 14(3):191-198. Acceso 19.005 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300404>
- 106.** Rodríguez, L. Ética General, 4ta Ed. Madrid: Biblioteca de autores cristiano. Madrid 2005
- 107.** García Moyano, L. M., Pellicer García, B. y Arrazola Alberdi, O. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. 2016. Revista Latinoamericana de Bioética, 16(1), 72-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1442>. Acceso el 08 .12.2017. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1442/1464>
- 108.** Alvarado García Alejandra. La ética del cuidado. Aquichán. 2004. Acceso el 24 de noviembre del 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en.
- 109.** Declaración de los Derechos del Recién. Acceso el 27 .06 2017 disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/declaracion_derechos_recien_nacido.pdf
- 110.** Convención sobre los derechos del niño, 1946-2006 UNICEF. Acceso el 30.06.2017. Disponible en. <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- 111.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Acceso el 21 de octubre del 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/Decalogo2011.pdf>
- 112.** March Of Dimes . Nacersano. Acceso 20 .04 del 2017. Disponible en. <https://nacersano.marchofdimes.org/quienes-somos/el-dia-mundial-del-nacimiento-prematuro.aspx>
- 113.** Su Laurent Y. Prematuros: La guía imprescindible de cuidados especiales para tu bebe prematuro. Edty. Timun Mas, Barcelona, 2013, págs. 30 79, 128
- 114.** Broncano y. Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: una perspectiva de enfermería. unidad de cuidado intensivo neonatal. hospital san Bartolomé. Tesis para optar el grado académico de Doctora en ciencias de enfermería. 2016. Lima. Perú
- 115.** Ojeda A. Trato digno por el personal de enfermería en el recién nacido hospitalizado. Resúmenes de trabajos de investigación VXIII Congreso Nacional de Neonatología & ix congreso nacional de enfermería neonatal 18 al 21 de febrero 2015. México Pág. 13
- 116.** Ceriani, J. Neonatología práctica. Edit. Médica Panamericana .2009 Argentina

- 117.** Gomes Silva, Loiana; Teixeira de Araújo, Rosália; Argolo Teixeira, Marizete. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectivas de profissionais de enfermagem. Rev. Electr. Enfer. 2012;14(3). Disponible en https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21.pdf (acceso: 03/03/2016). [Links]
- 118.** Guadalupe Nava Galán. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Enf Neurol (Mex) Vol. 9, No. 2:94-104, 2010.
- 119.** García M., Cárdenas., Arana B, Monroy A. Hernández Y., Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 74-80.
- 120.** Medina-López, O. Báez-Hernández M., Ramos-Cedeño F. Leticia, Nava- Navarro L. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan (en Línea) 2009, 9 (Agosto-Sin mes): [Fecha de consulta: 31.01.2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002>> ISSN 1657-5997
- 121.** Argote L, Montes M. La donación hace la diferencia en el cuidado de padres y niños prematuros: Relación padres e hijos. Grupo Familia, Fam Saúde Desenv. 2002; 4(1):7-15.
- 122.** Vélez C, Vanegas, J. El Cuidado En Enfermería Perspectiva Fenomenológica. Hacia La Promoción de la Salud. 2011;16(2):175-189
- 123.** Beltrán O. La práctica de enfermería en el cuidado intensivo. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia. 8 (1). , 2008.
- 124.** Sarmiento A., Adeva I., Escos J. Ética profesional de Enfermería. Eunsa, 2004

ANEXOS



ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO 01

Título de Estudio: Cuidado personalizado al recién nacido prematuro con los aportes del personalismo ontológico moderno

Investigadora: Guerrero Quiroz Elizabeth Soledad

Nombre del Asesor: Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos

Con este estudio se pretende describir, analizar y comprender el cuidado personalizado al recién nacido prematuro en el servicio de neonatología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y proponer el desarrollo de una teoría personalista para el cuidado al recién nacido prematuro en el área hospitalaria.

La investigación servirá de reflexión para los integrantes del equipo de salud en especial los profesionales de enfermería que centran su participación en el cuidado de la persona, contribuyendo al desarrollo de una teoría sustantiva para el cuidado personalizado al recién nacido prematuro.

El estudio será aprobado por juicio de expertos y por el comité de ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

El estudio no producirá daño a la persona, se respetará su privacidad en todo momento, será considerada como un ser humano con dignidad y no como un objeto, este principio se verá reflejo en la escucha atenta y en el análisis de las ideas de cómo es el cuidado personalizado al recién nacido prematuro con los aportes del personalismo ontológico moderno.

El procedimiento incluye:

- a) La realización de las preguntas orientadora por parte de la investigadora y usted contestará con toda libertad de expresión acerca de las preguntas planteadas.
 - b) La participación en el estudio va a ocuparle aproximadamente 20 minutos puede preguntarle a las investigadora si tiene cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación
 - c) Su participación en el estudio es de manera voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho de retirarse cuando usted lo crea conveniente y la relación con el investigador no se verán en absoluto afectadas.
 - d) La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará. Toda información recopilada será solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a su privacidad.
- He leído el formulario de consentimiento informado y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del Informante

He explicado la investigación al individuo presentando y confirmando su comprensión para dicho estudio.

Investigadora: Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

DNI: 16451321

CEL: 979581918

Le agradezco su colaboración.



ANEXO N° 02

ENTREVISTA

Buenos Días, soy Estudiante del Doctorado en Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, que cuenta con el permiso de la institución donde Ud. Labora para que los integrantes del equipo de salud de este servicio sean entrevistados y ejecutar el proyecto de tesis denominado “Cuidado personalizado al Recién nacido Prematuro con los aportes del personalismo ontológico moderno”, cuyo objetivo es describir , analizar y comprender este cuidado personalizado y proponer la aplicación de un teoría sustantiva en el cuidado personalizado del RNP.

La presente entrevista es anónima, su identificación será representada con un código específico que ya está establecido y que oculta su identidad. Se le agradece anticipadamente por su colaboración y participación en el presente trabajo

DATOS INFORMATIVOS.

Código.....

Edad.....

Profesión o encargo:

Tiempo de servicio..... Ultimas

capacitaciones en neonatología.....

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Cómo es el cuidado que brinda al recién nacido prematuro? Hable todo lo que concierne a ese cuidado?

.....
.....
.....

2. ¿En el turno de trabajo , que aspectos abarca en su cuidado al recién nacido:

Necesidades

Básicas:...

Humana:...

Espiritual... Ética...

Familia... Legal....

3. ¿Cómo se comunica con el niño prematuro cuando lo cuida...qué peculiaridades tiene con él?

.....
.....
.....

4. ¿Describa que eventos adversos han ocurrido durante el cuidado al recién nacido prematuro?

.....
.....
.....

5. como actúa usted cuando el niño prematuro tiene alguna complicación está en agonía o muerte.

.....
.....

6. ¿Desea agregar algo más?

.....
.....

ANEXOS

Sueño del RNP



Tratamientos especiales





