

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA. FACULTAD DE ENFERMERÍA.



**PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
NEONATAL EN EL DESARROLLO Y GESTIÓN DE
CALIDAD DEL VÍNCULO AFECTIVO MADRE/HIJO**

ROLE OF NEONATAL NURSING IN CHILD DEVELOPMENT AND
QUALITY MANAGEMENT OF MOTHER/CHILD BONDING

Grado en Enfermería

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/21

Autor: Alba Matesanz de la Fuente

Director: Aroa Delgado Uría

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría transmitir mis agradecimientos a todos aquellos que me han ayudado a llegar hasta aquí; profesores, familia y amigos.

En especial, a mi tutora de este trabajo, Aroa Delgado Uría, por guiarme durante el camino, por la paciencia, por su dedicación y por el tiempo invertido y; a mi tío Jose por la ayuda prestada, la implicación y por transmitirme el amor hacia la pediatría.

A todos, gracias.

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN -----	4
<i>ABSTRACT</i> -----	4
INTRODUCCIÓN -----	5
<i>OBJETIVOS</i> -----	6
<i>METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA</i> -----	6
<i>DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS</i> -----	7
<i>GLOSARIO DE TÉRMINOS</i> -----	8
CAPÍTULO I: DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL APEGO -----	9
CAPÍTULO II: RECIÉN NACIDO QUE NO PRECISA INGRESO HOSPITALARIO -----	12
<i>CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP)</i> -----	12
<i>LACTANCIA MATERNA (LM)</i> -----	13
<i>PARTO POR CESÁREA</i> -----	14
CAPÍTULO III: RECIÉN NACIDO QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO -----	16
<i>CONTACTO FÍSICO EN UNA UNIDAD NEONATAL</i> -----	16
<i>LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD NEONATAL</i> -----	17
<i>EL PREMATURO</i> -----	18
CAPÍTULO IV: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA NEONATAL EN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL VÍNCULO -----	20
<i>CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA</i> -----	20
<i>MÉTODO CANGURO Y LACTANCIA MATERNA</i> -----	21
<i>EL DUELO</i> -----	23
CAPÍTULO V: EL VÍNCULO EN TIEMPOS DE COVID-19 -----	24
<i>PREVENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES</i> -----	24
<i>MADRE POSITIVA Y/O RECIÉN NACIDO POSTIVO</i> -----	25
CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE ESTUDIO DE CALIDAD -----	27
<i>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</i> -----	27
<i>PROCESOS DE LOS QUE QUEREMOS MEDIR LA CALIDAD</i> -----	28
<i>MEDICIÓN DE LOS PROCESOS</i> -----	29
<i>ANÁLISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO</i> -----	29
<i>ANÁLISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL TRABAJADOR</i> -----	30
CONCLUSIONES -----	31
BIBLIOGRAFÍA -----	32
ANEXOS -----	36

RESUMEN

Los seres humanos, tras el nacimiento, buscan de manera instintiva crear un vínculo emocional fuerte y seguro con su figura de apego. De esta forma consiguen una sensación de seguridad y protección además de unos cuidados. Por parte de las figuras de apego, normalmente los padres, se requiere que sepan identificar las necesidades de su hijo en cada momento y cómo satisfacerlas.

Existen conductas que facilitan el desarrollo del vínculo como pueden ser el contacto piel con piel, la lactancia materna o el método canguro, entre otras. La forma en la que se instauran en el día a día de un lactante y su familia condiciona el desarrollo de dicha unión. Cuando el lactante o la madre se encuentran hospitalizados su desarrollo puede verse comprometido haciendo más complicado su mantenimiento.

La enfermería actúa como intermediaria para fomentar las estructuras de apego, tanto en condiciones de salud como de enfermedad. Para el correcto desarrollo y mantenimiento del vínculo se cuenta con bases de conocimientos, técnicas y conductas que proporcionan los profesionales enfermeros.

El desarrollo del vínculo se ha visto afectado por la situación sanitaria actual en relación con el virus SARS-COV-2. Ha sido necesario llevar a cabo medidas de contingencia para proteger a los niños, familias y profesionales sanitarios, las cuales han puesto en riesgo el correcto desarrollo de las conductas promovedoras del vínculo.

Palabras clave: vínculo, apego, enfermería neonatal, recién nacido.

ABSTRACT

Instinctively after birth humans seek to create a strong and safe bond with their attachment figure so they can feel protected, safe, and taken care of. As for this attachment figure, normally the parents, it needs to be able to identify the baby's needs as well as know how to satisfy them. This is defined as attachment.

Skin-to-skin contact (SSC), breastfeeding and the kangaroo method are referred as some of the practices that lead to the development of this bond. How the union develops is determined by the way these behaviors are incorporated into the everyday life of the baby and its parents. When, either the baby or the mother, is admitted to hospital the development of these practices can be at risk and so can their bond.

The role of nursing is to act as an intermediate to promote these bonding practices, so much in healthy situations as in situations when hospitalization is required. Nurses must educate the families with knowledge, techniques, and behaviors for them to develop a healthy and strong bond with their child.

The current health situation due to the SARS-COV-2 has put at risk the development of this bond. In order to protect the newborns, their families, and the healthcare professionals a contingency plan had been developed. The measures involved negatively affected the development of the bonding practices.

Key words: bond, attachment, neonatal nursing, newborn.

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos, de forma innata y desde el nacimiento, desarrollamos relaciones afectivas con los que nos rodean creando así vínculos y figuras de apego.

Cuando nacemos poseemos todas las neuronas de las que vamos a disponer el resto de nuestra vida, pero hemos de desarrollar infinidad de interconexiones entre ellas. Para lograrlo necesitamos ser estimulados mediante contacto físico, verbal... La calidad de la estimulación neuronal en las primeras etapas de la vida determina el desarrollo de nuestro cerebro, así como sus futuras capacidades emocionales y cognitivas. Por esto, el cerebro de un recién nacido cuenta con una gran plasticidad permitiéndole adaptarse al medio en el que ha nacido. ⁽¹⁾

La inmadurez hace que se cree una relación de dependencia entre el niño y la figura que le proporciona los estímulos necesarios para su desarrollo. Principalmente, la madre, puesto que esta unión ha comenzado durante los meses de embarazo. Es, para los niños, una necesidad básica el construir una relación con una persona de confianza que les estimule puesto que es vital para su supervivencia. Podemos definir esta situación como la necesidad que tiene el recién nacido de crear un vínculo con su figura de apego. ^(1,2)

El psicoanalista inglés John Bowlby fue quien, en 1958, postuló la teoría del apego movido por la necesidad de explicar los procesos de creación de vínculos y sus efectos, siendo el primero en plantear el concepto de vínculo afectivo. En ella define el apego como *“el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas y controladas por el sistema nervioso central, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna”*. ⁽²⁾ Bowlby consideraba estas conductas instintivas puesto que el niño busca su propia supervivencia. ^(2,3)

En 1969, Mary Ainsworth, una psicóloga estadounidense, basándose en la teoría de Bowlby describió los diferentes tipos de vínculos que se establecían entre la madre y el hijo cuando estos se reunían después de un periodo de tiempo separados. Lo hizo estudiando el comportamiento y la reacción de los niños en el momento de la separación y posteriormente en el de la unión. Fue así como determinó tres tipos de conductas de apego: ^(3,4)

- **Apego seguro:** caracterizado por una gran sensibilidad materna que se muestra pendiente de las necesidades del niño y le proporciona un ambiente adecuado. El niño encuentra calma y tranquilidad en su cuidador ya que le cubre las necesidades creando así una relación recíproca.

- **Apego inseguro:**
 - o **Evitativo:** los niños prestan más atención al entorno que a su madre. Cuando esta les deja no muestran signos de estrés o ansiedad y, si lo hacen, pueden ser calmados por un extraño. En cambio, cuando se les deja solos muestran signos de angustia o ansiedad. Esto ocurre porque el cuidador no se muestra receptivo o presente cuando el niño está en una situación de peligro o vulnerabilidad. Aprenden a desactivar sus comportamientos de apego y así no mostrarse vulnerables y dependientes a los ojos de los demás. Sin embargo, esta apariencia externa no se corresponde con su necesidad real ya que ante la marcha de la madre sufren una elevación del ritmo cardíaco y con un nivel de cortisol en saliva similar al de los niños con apego seguro. ⁽⁵⁾

- **Resistente o ambivalente:** se caracteriza porque el niño presenta signos de ansiedad incluso cuando está en compañía de su madre. Cuando esta se va muestran un llanto incesable y altos niveles de estrés. A su regreso su comportamiento es demandante de cercanía combinado con enfado. Se muestra una ambivalencia a la hora de demandar atención y después rechazarla. ⁽⁵⁾

- **Apego desorganizado o desorientado:** corresponden a niños que presentan patrones de respuesta caóticos, inesperados e inestables y no parecen responder a ninguna organización lógica. Cabe pensar que han sido niños víctimas de maltrato. Unos padres atemorizados y con unas pautas de crianza inseguras e inestables son factores de riesgo para desarrollar este tipo de apego. ⁽⁵⁾

La calidad de la unión del binomio madre-hijo dependerá de lo que cada uno aporte a la relación, así como el efecto que tenga en el otro. Se puede decir que existe una adecuada interacción entre ambos cuando: ⁽⁶⁾

- Existe contacto físico constante y la madre es capaz de calmar en brazos a su hijo.
- La madre se muestra receptiva y conoce las señales del niño cuando precisa cuidados.
- Se crea un ambiente en el que el niño es consciente de las consecuencias de sus acciones.
- Disfrutan ambos de la compañía del otro

Podemos definir la alteración en el vínculo materno-infantil como una anomalía en la respuesta emocional materna a las necesidades del niño tras el parto y durante el primer año de vida del lactante. ⁽⁷⁾ Sin embargo, no existe un trastorno o desorden de la vinculación reconocido como tal por las principales clasificaciones diagnósticas más habituales en la salud mental: el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10). ⁽⁷⁾

OBJETIVOS

1. Conocer los mecanismos de creación y mantenimiento de un vínculo afectivo entre el lactante y los padres en condiciones de salud.
2. Identificar las principales situaciones en las que se compromete el vínculo parental en una unidad neonatal.
3. Analizar la importancia de la figura del profesional de enfermería neonatal para comprometer el vínculo lo menos posible y facilitar su mantenimiento durante la estancia hospitalaria.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

Para el desarrollo de esta monografía se ha realizado una búsqueda bibliográfica en el año 2020-21. Como herramienta de búsqueda se han utilizado las siguientes bases de datos online: PubMed, Web of Science, Scielo y Google Académico. También, han sido revisados artículos obtenidos de dichas referencias bibliográficas. Los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS y

MeSH) utilizados han sido: vínculo (*bonding*), apego (*attachment*), enfermería neonatal (*neonatal nursing*), y recién nacido (*newborn*).

En total se han empleado 48 referencias, elegidas tras una lectura exhaustiva de las mismas, de las 90 encontradas inicialmente. La búsqueda se ha realizado en castellano (31 artículos) y en inglés (17 artículos).

En cuanto a los criterios de exclusión se encuentran el no poder obtener el artículo completo, y un año de publicación inferior a 2012 (a excepción de los utilizados en la contextualización histórica de la Teoría del Apego).

Se ha complementado la bibliografía con la utilización de dos libros y con artículos publicados por organismos nacionales e internacionales como el Ministerio de Sanidad o la Organización Mundial de la Salud (OMS).

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

Capítulo I

En este capítulo se desarrolla una pequeña contextualización histórica del vínculo madre/hijo. Se incluyen desde los primeros indicios de que existía algún tipo de unión hasta las posteriores teorías más formales, incluyendo la teoría del apego de John Bowlby.

Capítulo II

En este apartado se aborda cómo se crea, fortalece y mantiene el vínculo tras el parto y en los primeros meses de vida cuando el lactante goza de una buena salud. Se destacan las principales conductas que deben ser llevadas a cabo con dicho fin y como han de ser desarrolladas. Del mismo modo, se exponen las principales amenazas al mantenimiento de dicha unión.

Capítulo III

En este apartado se trata cómo la enfermedad afecta al nacimiento y desarrollo del vínculo, tanto por parte del lactante como por parte de la madre. Se detallan las principales dificultades que se encuentran para el establecimiento del vínculo además de la repercusión que puede tener, tanto en la madre como en el hijo.

Capítulo IV

En el cuarto capítulo se explica la importancia de la enfermería neonatal en el correcto desarrollo y mantenimiento del vínculo, desde el parto hasta durante una estancia hospitalaria. Se profundiza en el modelo de “cuidados centrados en la familia”, explicando cómo se pueden desarrollar en una unidad neonatal y cuales son los beneficios que aportan en comparación con los cuidados tradicionales que se vienen aportando en las unidades hasta ahora. Además, se detalla cómo desarrollar un modelo teórico de control de calidad de dichas actuaciones.

Capítulo V

Dada la situación sanitaria actual es relevante reflejar, al menos ligeramente, como la enfermedad por Sars-Cov-2 afecta al tema tratado en el trabajo. En este último capítulo se aporta una ligera pincelada de como la forma de trabajar en las unidades neonatales se ha visto afectada por la Covid-19.

Capítulo VI

En este capítulo final se desarrolla un posible estudio de calidad que permitiría medir la labor de los profesionales de enfermería en el desarrollo del vínculo madre-hijo en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

SIGLAS	DEFINICIÓN
RN	Recién nacido
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
CPP	Contacto Piel con Piel
SSC	Skin-to-skin contact
LM	Lactancia Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
UTPR	Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación
REA	Sala de Reanimación
SARS/SRA	Severe Acute Respiratory Syndrome/Síndrome Respiratorio Agudo

CAPÍTULO I: DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL APEGO

El apego es una vinculación emocional intensa entre dos personas que perdura en el tiempo. Los recién nacidos (RN) tienden a buscar esta figura de referencia para sentirse protegidos y sobrellevar situaciones de estrés, miedo o ansiedad. Los niños manifiestan el apego mediante determinadas conductas y/o comportamientos, como puede ser la búsqueda de proximidad con su figura de apego ante un peligro. Las conductas de apego de los padres hacia los niños consisten en ser capaces de entender y satisfacer las necesidades del lactante.⁽⁸⁾ Para poder entender cómo se crea, se mantiene y se moldea esta relación Bowlby desarrolló la “Teoría del Apego”.

Jhon Bowlby, médico psicoanalista inglés, comenzó a investigar sobre el desarrollo del vínculo con una figura de apego. Para ello, se fijó en jóvenes delincuentes y relacionó sus actos delictivos con una falta de capacidad para establecer relaciones afectivas, describiendo así el desapego. Un tiempo más tarde, se hizo cargo del Departamento de pediatría de una clínica en Londres donde trabajó en la investigación sobre la repercusión que tenía en los niños el ser separados de su padre. Se planteó como hipótesis que padecerían un desajuste psicológico a largo plazo y posibles dificultades para establecer vínculos afectivos. Durante la Segunda Guerra Mundial en 1950, la Organización Mundial de la Salud (OMS), encargó a Bowlby una investigación sobre el posible futuro de los niños que se habían quedado huérfanos o tuvieron que emigrar hacia otros países y lo plasmara en un informe. En ese trabajo el psicoanalista introdujo una nueva variante a su teoría en desarrollo. Hasta entonces se daba mucha importancia a la figura materna y a cómo su ausencia alteraba el desarrollo del niño. Sin embargo, Bowlby aportó que la madre puede estar presente pero no desarrollar su rol como tal. A esto lo determinó “privación materna”. Llegó a la conclusión de que no solo hay que tener en cuenta la presencia de la madre, sino también la calidad de la relación entre ambos ya que esto afecta al desarrollo mental del infante.⁽⁴⁾

Bowlby siguió con sus tareas de investigación sobre el desarrollo de conductas de apego. Quería buscar una explicación a la ansiedad que demostraban los niños cuando eran separados de sus figuras de cuidado y, para ello estudió el trabajo realizado por otros investigadores sobre el desarrollo de dichas conductas en mamíferos y en otros animales. En estos estudios se encuentra desarrollada “*The Theory of Secondary Drive*” postulando que una relación de agrado hacia otro ser de la misma especie se consigue si este te alimenta. En relación con el ser humano, según Freud, el niño quiere sentir la presencia de su madre porque sabe que va a satisfacer sus necesidades sin demora.⁽⁹⁾

Lorenz, en 1935, realizó un experimento con crías de ganso. Cogió una gran nidada de huevos y los separó en dos grupos. Uno de ellos lo devolvió con su madre hasta que rompieran el cascarón y, el otro se lo quedó él. Tras el nacimiento de todas las crías, Lorenz comenzó a imitar los sonidos de un pato y, las crías que se había quedado él, lo reconocieron como su madre y se dejaron guiar por él. El otro grupo seguía a su madre, de la que no habían sido separadas. Lorenz se dio cuenta de que las crías siguen al primer objeto con movimiento que ven tras haber roto el cascarón. A este proceso se le denominó “*Imprinting*” y se considera innato y programado genéticamente. También se dio cuenta de que ocurría sin necesidad de alimentar a las crías. En 1958 y con la ayuda del psicólogo Hess, llegaron a la conclusión de que entre las 12 y 17 horas tras el nacimiento es cuando más fuerte es la respuesta, y pasadas 32 horas si no han estado en contacto con algo/alguien que puedan identificar como figura de referencia, ya es muy improbable que desarrollen este tipo de relación.⁽⁸⁾

El psicólogo Harry Harlow llevo a cabo un experimento con crías de mono en 1958. En su jaula metió dos muñecos que simulaban ser las madres. Uno de ellos estaba hecho con lija y sostenía un biberón y el otro estaba hecho con tela, pero no tenía biberón. Según la teoría descrita en el párrafo anterior, las crías deberían haber elegido el primer muñeco por el hecho de que satisface su necesidad de alimentarse; sin embargo, eligieron la segunda, lo que lleva a pensar que prevalece la sensación de seguridad y confort. Continuando con el experimento, introdujo un objeto desconocido dentro de las jaulas y cuando las crías se encontraban solas mostraban signos de nerviosismo y miedo, mientras que cuando estaban con el muñeco de tela se mostraban más tranquilas e incluso se atrevían a explorar el nuevo objeto. ⁽⁸⁾

John Bowlby llevó esta teoría y demás información que había recabado, al campo del ser humano. Los bebés disfrutaban de la compañía de otras personas y de los estímulos que les proporcionan, tales como las caricias, las palabras, las sonrisas... Desde los primeros días de vida se les tranquiliza con la voz, acunándoles o cogiéndoles en brazos, entre otras conductas; su manera de demostrar ese agrado es mediante sonrisas o sonidos con la boca. Estas respuestas se incrementan en intensidad cuando la persona, durante la interacción social, reacciona a ellas, ya que les da a entender que se les tiene en cuenta y se les hace caso; es por esto por lo que los niños sienten una atracción hacia otros niños de su misma edad o un poco más mayores e incluso se alteran y entristecen cuando son separados. De esta forma se demuestra que los niños desarrollan una conducta de apego hacia cualquier persona, niño o adulto, que simplemente satisfaga sus necesidades psicológicas; desechando así lo postulado en "*The Theory of Secondary Drive*", se dio cuenta de que cuando los niños sienten ansiedad o estrés buscan la seguridad de su cuidador principal que, además, les proporciona cuidados. ⁽⁹⁾

Esto le llevó a postular las fases en las que se desarrolla el apego: ^(4,10)

- *Fase I:* el niño está en conexión con el ambiente, pero siente mayor atracción o conexión hacia estímulos (voces) que provienen de seres humanos.
- *Fase II:* a través de los sentidos, desarrolla preferencia por uno o más cuidadores.
- *Fase III:* el lactante solo entrará en esta fase cuando sea capaz de demostrar una conducta de apego activa, es decir, que es capaz de reconocer a su figura de apego y seguirla. Para conseguirlo debe estar constantemente cerca de esa persona y ser capaz de moverse con ella.
- *Fase IV:* esta última fase corresponde al momento en el que el niño es capaz de anteponerse a los planes de su cuidador/madre/padre y sintonizarse sus propias actividades o acciones en base a ellos; es capaz de predecir lo que va a pasar y comportarse (llorar, reír...) en función de lo que quiera conseguir.

Mary Ainsworth, psicóloga, desarrolló en 1970 un experimento de situación denominado "Situación del extraño" para valorar las conductas de apego y exploración bajo una situación de estrés. La duración del experimento fue de aproximadamente 20 minutos y se llevó a cabo con niños entre 12 y 18 meses y sus madres. Para su desarrollo se necesitó que la madre y el hijo entraran en una habitación y posteriormente lo hiciera también una persona desconocida; mientras la desconocida jugaba con el niño la madre aprovechaba para ausentarse de la habitación. La madre volvía a entrar, y al volver a salir lo hacía acompañada de la desconocida, dejando al niño completamente solo. Para finalizar ambas regresaban. Ainsworth se dio cuenta de que los niños jugaban y exploraban más cuando estaba la madre presente y reducían estas conductas tanto cuando estaban los tres en la habitación como cuando salía la madre y le dejaba solo con la desconocida. Llegó a la conclusión de que los niños no perciben la amenaza o el peligro de la misma forma cuando sienten a su figura de apego cerca que cuando no; utilizan a su madre

como un pilar de seguridad (base segura) para continuar con la exploración, y ante cualquier situación amenazadora activan las conductas de apego hacia ella y desaparecen las exploratorias.
(11)

En relación con las conclusiones a las que llegó Ainsworth en su experimento, desarrolló los tres tipos de apego: apego seguro, apego inseguro (con dos subtipos: inseguro evitativo e inseguro resistente o ambivalente) y apego desorganizado o desorientado (ya explicados en apartados anteriores).^(5, 11)

En conclusión, el apego es una conducta que ayuda a sobrellevar las situaciones de estrés, miedo o ansiedad. Desde el momento del nacimiento, los niños buscan una figura que les aporte seguridad. La calidad de esta relación no viene determinada genéticamente, sino que está influenciada por el contexto social en el que se desarrollan los primeros meses de vida del niño.
(10)

CAPÍTULO II: RECIÉN NACIDO QUE NO PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

El embarazo es el punto de partida de la creación del vínculo madre-hijo. Durante este proceso la madre experimenta un estado psicológico llamado *“preocupación primaria maternal”* que determinará su capacidad para identificar, abordar y satisfacer las necesidades de su hijo una vez nazca. ⁽⁷⁾

El parto y el postparto inmediato son los siguientes momentos claves en el desarrollo del vínculo. Son situaciones estresantes para la mujer, que requieren un esfuerzo físico, psicológico y emocional. ⁽⁷⁾ En el postparto entran en juego las conductas físicas de contacto entre la madre y el recién nacido (RN) para conocerse por primera vez. Durante las dos o tres primeras horas de vida del RN, este se encuentra en un período sensitivo, provocado por la fuerte descarga hormonal durante el trabajo de parto, que le hace estar reactivo a estímulos del medio extrauterino. Posteriormente, entra en un período de somnolencia en el que se encuentra menos receptivo a dichos estímulos. ⁽¹²⁾ Es, durante este primer periodo, cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre; esta técnica es conocida como *“Contacto Piel con Piel”* (CPP) y da pie al resto de acciones promovedoras del vínculo.

Las condiciones descritas a continuación, se desarrollan en un estado de salud, tanto de la madre como del RN. Se considera un RN aparentemente sano y que, por lo tanto, no precisa ingreso hospitalario, a todo aquel que nace entre las semanas 37 y 41 de gestación, con un peso comprendido entre los 2500 y los 4000 gramos. Además, las revisiones durante el embarazo y su exploración física tras el parto deben corroborar un estado de ausencia de enfermedad, es decir, sin hallazgos de significación patológica y evidenciarse una buena adaptación a la vida extrauterina por parte del RN. ⁽¹³⁾

CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP)

El CPP consiste en colocar al RN desnudo en decúbito prono con la cabeza ladeada sobre el pecho descubierto de su madre inmediatamente después del parto (primeros 5 minutos de vida del bebé), durante al menos una hora y en un ambiente tranquilo. ⁽¹⁴⁾ Se le puede poner un gorro o cubrir con una manta para evitar la pérdida de calor.

Esta primera interacción entre ambos es crucial para el correcto desarrollo del vínculo, ya que el RN reconoce el olor de su madre, siente su calor, siente su voz, siente sus caricias, etc.

Es una técnica que reporta beneficios tanto a la madre como al RN ^(12,14) (tabla 1):

Tabla 1: Beneficios y riesgos del Contacto Piel con Piel madre-hijo:

Beneficios en el RN	Beneficios en la madre
<ul style="list-style-type: none">- Favorece su adaptación al medio extrauterino- Mejora su oxigenación- Facilita su termorregulación- Disminuye el gasto energético- Promueve y facilita la creación del vínculo con la madre- Favorece la lactancia materna y ayuda a su mantenimiento de forma exclusiva	<ul style="list-style-type: none">- Libera oxitocina y beta-endorfinas que favorecen la secreción de calostro y contracción del útero- Sentimiento de protección y cuidados hacia el RN- Reduce el riesgo de padecer depresión postparto

Fuente: elaboración propia.

Del mismo modo que su realización reporta beneficios, el no llevarlo a cabo también repercute en la madre y el lactante. Ambos experimentan una situación de estrés que fomenta la liberación de ciertas hormonas (adrenalina, cortisol...) que enlentecen su recuperación tras el parto, la adaptación a la vida extrauterina del RN y retrasan el reconocimiento madre-hijo, así como la creación del vínculo haciéndolo más débil. ⁽¹²⁾

Uno de los mayores riesgos a los que se enfrentan los lactantes es al “*Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*” (SMSL), definiéndose como la muerte inesperada de un lactante menor de un año, aparentemente sano, sin causa específica. ⁽¹⁵⁾ Su diagnóstico se hace por exclusión o descarte de otras patologías ya que tiene un origen multifactorial. Existe la hipótesis del triple riesgo, que hace al RN más susceptible de padecer este síndrome. Uno de esos riesgos es la exposición a un factor externo estresante, como puede ser la posición en prono durante el CPP. ⁽¹⁶⁾

El RN debe adaptarse inmediatamente a la vida extrauterina, tanto fisiológicamente como metabólicamente. Cabe la posibilidad de que esta adaptación no sea del todo efectiva. Es por esto por lo que, la realización del CPP debe realizarse siempre bajo la supervisión del personal de enfermería siendo los encargados de observar y recoger periódicamente los signos vitales del RN y detectar cualquier signo que implique un peligro para la salud del lactante, pudiendo alertar al resto de profesionales sanitarios para una rápida intervención. Algunos de estos signos son: bradicardia, hipotensión, palidez, cianosis o asfixia progresiva, entre otros. ⁽¹⁷⁾

LACTANCIA MATERNA (LM)

El CPP y la lactancia materna (LM), otra conducta potenciadora del vínculo, van de la mano, ya que el primero predispone al segundo. Al encontrarse en un periodo de reactividad, el RN buscará durante el CPP de forma instintiva el pecho de su madre para alimentarse. La mayoría de los niños son capaces de encontrar el pecho y realizar la primera toma en los primeros 60 minutos de vida, aunque si en ese tiempo no lo han logrado se puede extender la duración del CPP. ⁽¹⁸⁾

La leche humana es el mejor alimento que puede recibir un RN puesto que le aporta nutrientes, anticuerpos y la energía necesaria durante los primeros meses de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan comenzar la LM durante la primera hora de vida del niño además de continuarla de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad. ^(19,20)

Entre los beneficios para el RN, encontramos que es más fácil de digerir que la de fórmula, que está siempre disponible y a la temperatura adecuada y hace que madre e hijo estén en contacto por lo que favorece el vínculo entre ambos y reduce el riesgo de muerte neonatal. Además, es un alimento que va evolucionando paralelamente a las necesidades del niño y se va adaptando a sus requerimientos nutricionales en cada etapa, proporcionándole protección contra ciertas enfermedades. ⁽¹⁸⁾ La leche de los primeros días se denomina calostro y le proporciona altas cantidades de proteínas, sodio e inmunidad a través de las inmunoglobulinas y bajas cantidades de lactosa; más adelante, cuando el RN requiere un alimento con un mayor aporte de grasa, este calostro se transforma en leche de transición, que contiene menos proteínas y más grasa y lactosa. A los 10-12 días de vida, esta leche de transición ha pasado a ser leche definitiva con más de 300 componentes.

Por otro lado, también presenta beneficios en la madre: ⁽²¹⁾

- Niveles de colesterol y triglicéridos más bajos tras el parto.
- Recuperación uterina más rápida.
- Disminución de la pérdida de sangre postparto con disminución del riesgo de anemia.
- Prolongación del periodo de amenorrea tras el parto incrementando el tiempo entre la gestación un hijo y otro.
- Menor riesgo de nacimiento pretérmino.

Entre los beneficios a largo plazo, destacamos que hay una relación inversa entre la duración de la LM y el riesgo de padecer hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares e infarto durante la menopausia. ⁽²¹⁾ Si, además, la LM comienza durante el CPP en el postparto inmediato, se fomenta un apego mayor y además ayuda a que se instaure durante más tiempo. ^(14, 22)

Los profesionales de enfermería han de involucrarse en el proceso de la LM, tanto durante el embarazo como tras el parto. Han de informar a las futuras madres y padres durante la gestación de su hijo de la importancia y los beneficios de dicha técnica, tanto para la madre como para el hijo (ver Anexo 1).

Además, la enfermería está presente en el momento del parto y durante el postparto inmediato, pudiendo proporcionar apoyo y ayuda a la madre desde el mismo paritorio para que comience con la LM en ese mismo momento. Es fundamental solventar las dudas de la madre en relación con la técnica desde las primeras tomas para que adquiera una buena base, esté predispuesta a continuar con la LM y sepa como prevenir las principales complicaciones que puede experimentar (mastitis, ingurgitación mamaria, grietas en los pezones...) (ver Anexo 2)

PARTO POR CESÁREA

En los últimos años el número de nacimientos por cesárea ha ido en aumento. ⁽¹²⁾ Este tipo de parto altera la transición natural del RN del medio uterino al medio extrauterino. Esto repercute en el niño haciendo que su proceso de adaptación a dicha vida extrauterina sea más lento, además de poseer un mayor riesgo de complicaciones (alteraciones de la termorregulación, problemas respiratorios...); asimismo, el periodo de reactividad o alerta es menor, encontrándose menos receptivos a estímulos externos. Esto ocurre por efecto de la medicación administrada a la madre y por una menor estimulación de su sistema nervioso simpático.

Según algunos estudios, las mujeres que dan a luz mediante cesárea presentan una recuperación más lenta tras el parto, con mayor dolor y cansancio que tras un parto vaginal. A la hora de salir de quirófano, la madre debe pasar por la sala de reanimación (REA) obligándola a separarse de su hijo. Este acontecimiento provoca en la madre una menor liberación de oxitocina, adrenalina y noradrenalina que enlentecen su recuperación y el inicio del vínculo con el niño. Estas madres, a las que han separado de sus hijos, adoptan conductas menos cariñosas hacia el RN dificultando establecer el vínculo a corto plazo. Además, esta separación está relacionada con un mayor riesgo de padecer depresión postparto. ⁽¹²⁾

Como se ha mencionado con anterioridad, una conducta importante en la creación y mantenimiento del vínculo es la LM; la alteración hormonal producida por el parto, la separación madre-hijo, y las alteraciones físicas y psicológicas propias de una cesárea hacen que la instauración y mantenimiento de la LM sean más costosos, favoreciendo un cese precoz de la misma. ⁽¹²⁾

En conclusión, tras un parto por cesárea se recomienda que el CPP sea lo más inmediato posible; si por el estado de salud de la madre es imposible, se puede realizar con el padre u otro familiar y se debe alentar a la madre sobre la importancia de comenzar con la LM tan pronto como sea posible. ⁽¹⁸⁾

CAPÍTULO III: RECIÉN NACIDO QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Todos los padres esperan un bebé sano y a término y no están preparados para lo contrario. En ocasiones estas condiciones se ven alteradas, ya sea durante el embarazo o durante el parto, y llevan al RN a ingresar en una unidad de cuidados neonatales (UCIN). Su hijo está rodeado de máquinas y cables y su cuidado es llevado a cabo por extraños. Un sentimiento de culpabilidad les inunda, fundamentalmente a la madre por no haber sido capaz de proteger a su hijo y traerlo al mundo en condiciones de salud.

Ante la enfermedad de un hijo los padres se sienten cansados física y emocionalmente, sienten que han fracasado y que no pueden proporcionar el cuidado que su hijo necesita y por eso ceden su cuidado a los profesionales de la unidad. ⁽²³⁾

CONTACTO FÍSICO EN UNA UNIDAD NEONATAL

El contacto físico es uno de los puntos clave para un correcto desarrollo del vínculo entre los padres y el niño. Cuanto más precoz sea este contacto más fuerte será el vínculo entre ambos. Los padres conocen al niño y son capaces de reconocer sus necesidades y el niño reconoce a sus padres como sus figuras de apego y cuidadores principales. Además, un contacto físico precoz promueve la estabilidad psicológica del RN, así como reduce su llanto y promueve la lactancia materna. ⁽²⁴⁾

Pero ¿qué ocurre cuando el RN precisa ser ingresado en una unidad neonatal o incluso de cuidados intensivos? Estas unidades son lugares complejos con numerosos aparatos y tecnología donde los pacientes son neonatos con graves patologías que requieren cuidados especializados por parte de un equipo de profesionales sanitarios. ⁽²⁵⁾

Todo esto hace más complicada la implicación de los padres en los cuidados, ya que se sienten temerosos, culpables y con miedo de hacer daño a su hijo. En la madre, causa sentimientos de ansiedad y un deterioro del desarrollo de su rol maternal. ⁽²⁶⁾ En estas situaciones, el contacto físico es todavía si cabe, más importante, ya que influye en la recuperación del RN y puede tener consecuencias en su desarrollo a largo plazo. Los progenitores describen su paso por la unidad como una “montaña rusa de contacto y separación” ⁽²⁴⁾ ya que están continuamente separándose de sus hijos. Cuando llegan a verlos experimentan un sentimiento de felicidad, pero cuando es el momento de separarse les inunda un sentimiento de tristeza y de culpabilidad al dejarlos “solos” y dejar su cuidado en manos de extraños.

El sentimiento de cercanía física con su hijo no siempre implica el contacto físico como tal; varía desde el CPP hasta estar juntos en la unidad, pero sin contacto físico. En ocasiones, los progenitores experimentan sentimientos de desvinculación emocional aun estando físicamente en contacto con su hijo, mientras que otros refieren estar emocionalmente vinculados con su hijo aún sin establecer contacto físico. ⁽²⁴⁾

El contacto físico en las UCIN tiene lugar gracias a la interacción padres-hijo-enfermería. Los padres se sienten inseguros y temerosos ante la situación, no saben como ayudar a su hijo. Los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante ya que proporcionan ayuda, motivación y apoyo a los padres para que se involucren en la recuperación de su hijo lo antes posible.

Uno de los métodos con los que se consigue este contacto entre ambos es mediante el “método canguro”,⁽²⁷⁾ el cual consiste en que el niño, vestido solo con un pañal, sea colocado sobre el pecho descubierto de uno de sus padres. Entre sus beneficios cabe destacar que ayuda a controlar la temperatura corporal del niño, previene infecciones, reduce el dolor, estimula los sentidos del RN y le ayuda a regular sus ciclos de sueño y descanso, lo que permite un mejor flujo de oxígeno al cerebro y una mayor liberación de hormonas gastrointestinales. Además, sus beneficios se multiplican si el motivo de ingreso es prematuridad, estando entre ellos el mantenimiento de una respiración regular, y una disminución del consumo de energía favoreciendo una ganancia de peso.⁽²⁶⁾

LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD NEONATAL

Como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, la lactancia materna constituye una de las formas de alimentación más completas y con más beneficios tanto para el propio niño como para su madre. En una UCIN la separación del niño es obligada, pero esto no implica que no se pueda llevar a cabo la implantación de la lactancia materna eficaz.

Los profesionales de enfermería proporcionan a los padres la información adecuada y necesaria para continuar con su implantación durante su estancia, así como técnicas para llevarla a cabo de una forma correcta y beneficiosa para ambas partes.

La leche materna puede ser administrada de numerosas formas, siendo una de ellas, y la más natural, el amamantamiento. Para poder desarrollarla, el niño tiene que poseer el reflejo de deglución y además una coordinación succión-deglución-respiración para evitar episodios de bronco-aspiración, entre otras complicaciones. El amamantamiento se debe promover siempre que sea posible, indicando a la madre las horas de las tomas de su hijo para que ella esté presente y pueda ponerle al pecho. Cuando su presencia en la unidad sea imposible, se la enseñará a extraerse la leche para poder almacenarla y administrársela al niño cuando ella no esté. Del mismo modo, de esta forma también se consigue involucrar al otro progenitor para que las tomas en las que la madre no esté presente pueda ser quien alimente a su hijo, fomentando el vínculo entre ambos.

En el caso de que este reflejo de deglución o la coordinación succión-deglución-respiración no exista, se deberá pensar en otra forma de administrar la leche materna, como puede ser mediante sonda nasogástrica u orogástrica. La finalidad de estos dispositivos es que la leche llegue directamente al estómago del niño sin que este tenga que realizar un esfuerzo activo.

Además de informar a los padres y promocionar la implantación de la lactancia materna, la enfermería es la encargada de cerciorarse de que se realiza de forma satisfactoria para ambas partes y en el caso de detectar algún problema es la encargada de buscar su solución.

Algunas de las dificultades presentes en las UCIN son las relacionadas con la succión; en ellas, el lactante no es capaz de realizar una succión lo suficientemente efectiva como para adquirir todo el alimento que necesita y además se cansa en poco tiempo. En estos casos, se debe enseñar a los padres a estimular la succión con masajes en el paladar del RN. Del mismo modo, la succión también está relacionada con el agarre al pezón; siendo ineficaz o deficiente cuando al agarre es malo. Para facilitar dicho agarre se utilizan unos dispositivos denominados pezoneras, que

simulan un pezón más prominente favoreciendo así el acoplamiento de la boca del niño. Otros de los problemas relacionados con un mal acoplamiento boca-pezón son las grietas en los pezones o la congestión mamaria. Estas alteraciones promueven un vaciado ineficaz del pecho que puede acarrear problemas en la madre, como la disminución de la producción de leche o incluso una mastitis.

EL PREMATURO

Es especialmente relevante abordar la situación de los RN prematuros ya que es una de las causas más frecuentes de hospitalización neonatal. ⁽³⁾ Definimos RN prematuro como *“aquel niño nacido vivo antes de la semana 37 de gestación”*. ⁽²⁸⁾ La OMS ^(OMS, 2018) realiza la siguiente clasificación en relación con las semanas de gestación: ⁽²⁹⁾

- Prematuro extremo: menos de 28 semanas
- Muy prematuro: 28 a 32 semanas
- Prematuro moderado a tardío: 32 a 37 semanas

Debido a que no han completado el período gestacional, estos niños nacen sin haber finalizado la maduración/desarrollo, lo que hace más complicada la adaptación a la vida extrauterina. Presentan unas características comunes al nacimiento como son la ausencia de llanto o la debilidad de este, una piel muy fina, bajo peso, problemas para llevar a cabo una respiración efectiva y para alimentarse ya que puede no existir coordinación entre la succión, la respiración y la deglución y el sistema digestivo no está preparado. ⁽³⁾ A todo esto, hay que añadirle que su sistema inmunitario es demasiado débil para combatir las amenazas del mundo exterior.

A nivel cognitivo, el cerebro de un RN prematuro es inmaduro y vulnerable por lo que presenta un mayor riesgo de sufrir alteraciones durante su desarrollo. Por otro lado, cabe destacar que cuenta con una gran plasticidad cerebral y potencial de compensación de daños que le permite adaptarse al medio. Esta adaptación está determinada por la calidad de los cuidados que reciba, tanto físicos como emocionales. ⁽⁴⁾

Ante un nacimiento prematuro la separación entre los padres y el hijo es inevitable, dando lugar a grandes niveles de estrés por ambas partes. En una separación prolongada, el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal del RN genera grandes cantidades de cortisol, hormona reguladora del estrés, afectando negativamente a su neurodesarrollo. La labor de los profesionales de enfermería es fundamental a la hora de proporcionar ayuda e información a las familias en relación con las formas seguras de establecer contacto físico con sus hijos prematuros durante su ingreso, consiguiendo así la regulación de los niveles de cortisol en el RN y de otras hormonas dañinas para su desarrollo cerebral. ⁽²³⁾ Los profesionales tienen en sus manos la posibilidad de crear un ambiente de confianza con los padres para que estos se sientan cómodos y puedan compartir sus dudas o preocupaciones; además de tener otros beneficios como una mayor implicación de estos en el cuidado de sus hijos.

En relación con el vínculo en la diada madre-hijo, este comienza durante el embarazo y continúa reforzándose y desarrollándose durante el parto, el postparto y el periodo neonatal del RN. Es de vital importancia que durante todas las etapas posteriores al parto de un prematuro se fomenten y se lleven a cabo actitudes y conductas favorecedoras de dicho vínculo para el correcto

desarrollo físico, mental y emocional del niño siendo más importante, si cabe, que en un RN a término. ⁽²⁸⁾

El nacimiento de un hijo prematuro, además de las preocupaciones por su estado de salud, afecta al rol de madre de la mujer. Según la “Teoría de adquisición del rol maternal” ⁽²⁵⁾ la mujer desarrolla su identidad maternal cuando, tras dar a luz, proporciona los cuidados necesarios a su hijo y obtiene una respuesta positiva por su parte. En dicha teoría se exponen tres componentes del rol maternal: crear un vínculo con el niño, llevar a cabo los cuidados de este y, obtener una respuesta por parte de su hijo como recompensa. ⁽²⁵⁾ Cuando el RN ingresa en una UCIN sus cuidados ya no dependen exclusivamente de su madre creando en ella una sensación de estrés, soledad, miedo de perder a su hijo y, un riesgo de desvinculación entre ambos. ⁽²⁸⁾

CAPÍTULO IV: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA NEONATAL EN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL VÍNCULO

Los profesionales de Enfermería se encuentran en una posición privilegiada para fomentar el vínculo desde el inicio, puesto que abordan el cuidado tanto de la madre como del niño durante el embarazo, el parto y el postparto. La labor de la Enfermería en una unidad neonatal se basa en informar y explicar a los padres los cuidados que precisa su hijo y realizar dichos cuidados involucrándoles siempre que sea posible para que desarrollen su rol como padres y se sientan partícipes.

CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA

La hospitalización de un hijo recién nacido desestructura a las familias provocando en ellas sentimientos de ansiedad, estrés, culpabilidad y temor, entre otros. Los profesionales de enfermería se encargan de acompañar durante el duro camino de la hospitalización poniendo en práctica los denominados “Cuidados Centrados en la Familia” con los que pretenden integrar a la unidad familiar en el cuidado del RN hospitalizado; es decir, no percibir al niño como el único paciente, sino tener también en cuenta las necesidades de los padres, formando así los tres una unidad de cuidado. ^(30,31) Es una teoría cuyo eje central consiste en promover el desarrollo del vínculo afectivo entre los niños ingresados y sus padres durante la estancia hospitalaria. ⁽³²⁾

Uno de los momentos más duros para los padres es cuando, tras haber sido separados, se reencuentran con su hijo en la UCIN y lo encuentran rodeado de cables, máquinas y sonidos desconocidos. Afloran en ellos sentimientos de pena, culpa, temor o ansiedad.

Todas las conductas que los padres pueden llevar a cabo con su hijo están influenciadas por su estado psicológico y de ánimo. La unidad de hospitalización debe ser para ellos un lugar tranquilo que les transmita confianza y no les cohíba a la hora de cuidar de su hijo; sin embargo, suele ser todo lo contrario. Lo encuentran como un lugar extraño, con mucha tecnología que desconocen y con un gran flujo de profesionales, provocándoles una sensación de agobio y estrés; ⁽²⁸⁾ desde este momento se tiene que empezar a crear una relación entre los padres y los profesionales de la unidad, siendo estos últimos quienes se tienen que presentar y permitir que los progenitores expresen sus sentimientos o dudas.

La comunicación entre el profesional de enfermería y los padres es un aspecto clave para reducir esos sentimientos de desconocimiento, ansiedad o estrés, entre otros. Están en una posición privilegiada para transmitir tranquilidad y guiarles durante todo el proceso resolviendo dudas y escuchando sus temores o sentimientos; además, con el paso de los días, los padres se van familiarizando con la unidad, así como con las máquinas y el personal, haciendo más fácil la interacción con sus hijos, ya que se muestran más confiados y en un ambiente más conocido. Todo esto promueve el desarrollo de su rol de padres. Para conseguir crear ese ambiente de confianza entre los padres y los profesionales, estos últimos deben desarrollar unas habilidades de comunicación efectivas además de dejar de lado sus opiniones o preferencias personales y comunicar información objetiva y basada en evidencia científica. ⁽³³⁾

Los padres pueden y deben ser partícipes del cuidado de su hijo desde el momento del ingreso. El profesional de enfermería es el encargado de informarles sobre los cuidados que pueden

realizar y cómo realizarlos de forma segura, así como de supervisar en todo momento y prevenir complicaciones. Es importante valorar su estado psicológico y anímico para determinar el grado de implicación que pueden tener.

Durante los primeros días se pueden mostrar abrumados y sobrepasados por la situación, por lo que explicarles el funcionamiento de las máquinas resultaría en vano; sin embargo, sí que se les puede involucrar en los cuidados más básicos, como son la alimentación, el cambio de pañal o el aseo; de esta forma se van a sentir partícipes del cuidado de su hijo, favoreciendo así el vínculo entre ambos y creando en ellos una sensación de confianza y seguridad que dará pie a futuras intervenciones.⁽³¹⁾

MÉTODO CANGURO Y LACTANCIA MATERNA

Como se ha desarrollado con anterioridad, dos conductas favorecedoras del vínculo son el CPP y la LM. Los profesionales de enfermería son los encargados de promover su realización, informando a los padres sobre los beneficios y supervisando cada técnica para garantizar su correcto desarrollo y prevenir complicaciones.

El CPP se promueve desde el momento del nacimiento, inmediatamente tras el parto, siempre que el estado de salud del RN y la madre lo permitan. En las unidades de hospitalización se lleva a cabo mediante el “Método Canguro” (MC), una técnica que consiste en colocar al RN desnudo y en posición vertical, con la cabeza ladeada y las extremidades flexionadas, sobre el pecho descubierto de uno de sus progenitores (Figura 1). Su instauración debe ser paulatina, incrementando poco a poco su duración, pero no debe ser nunca inferior a 60 minutos.⁽³⁴⁾ La duración ideal sería de 120 minutos o más. De manera general suele realizarse con la madre, ya que ayuda en su recuperación postparto y además favorece el amamantamiento; sin embargo, puede llevarse a cabo con otros familiares, como el padre. De esta forma se consigue que también se sienta partícipe del cuidado y recuperación de su hijo, potenciando en ellos un sentimiento de protección y unión con el niño que le predispondrá a futuras interacciones entre ambos. Además, permite que desarrollen sus roles como madre y padre.

Figura 1: Correcta colocación método canguro.



Fuente: Guía “Método Madre Canguro” OMS, 2004.

Es una técnica que requiere supervisión por parte del personal de enfermería en todo momento para prevenir complicaciones y garantizar la seguridad del RN. Los profesionales deben estar formados en cómo y cuándo iniciar el MC, en reconocer situaciones de riesgo para el RN o en cómo ofrecer apoyo a la familia, entre otros aspectos. Se deberá prestar especial atención a la temperatura corporal del RN y a su respiración, sobretodo en prematuros.

A las ventajas de este método ya mencionadas en el anterior capítulo, cabe añadir que también:^(30, 34)

- Favorece el vínculo entre los padres y el hijo
- Potencia la producción de leche materna
- Fomenta el desarrollo neuromotor del RN
- Disminuye el nivel de ansiedad de los progenitores
- Humaniza el trabajo en las unidades de hospitalización neonatal
- A semeja a una incubadora en cuanto a mantenimiento del calor corporal y seguridad del RN

Existen situaciones en las que el MC está desaconsejado:

- Hábito tabáquico en la madre
- Enfermedad o patología del RN incompatible con el CPP
- Estado de la madre tras el parto incompatible con el CPP

Es, además, una conducta promotora de la lactancia materna, puesto que permite que el niño reconozca a la madre e incluso repte hasta el pezón y realice la toma. Se ha demostrado que incrementa su prevalencia y su duración.⁽³⁴⁾ Cabe pensar que el amamantamiento es algo innato tanto en la madre como en el niño; sin embargo, es una técnica que requiere de una correcta realización para obtener los máximos beneficios y reducir al mínimo el riesgo de desarrollar complicaciones, siendo para ello imprescindible que tanto madre como hijo estén instruidos. Es el profesional de enfermería el encargado de aportar estos conocimientos a las familias.

Dos de los aspectos más importantes son el correcto agarre del niño al pecho y el correcto posicionamiento durante la toma. La posición del lactante al pecho debe ser de frente, con el cuerpo alineado, la nariz a la altura del pezón y los labios evertidos para adherirse a la areola. La madre debe sujetar todo el cuerpo del lactante y no solo el cuello o la cabeza, evitando así que gire, extienda o flexione el cuello. Tan importante es una buena colocación del niño como de la madre, que puede estar en cualquier posición durante la toma mientras esté cómoda. Si tiene un pecho muy grande lo puede sujetar durante la toma, pero de forma que los dedos no dificulten la succión del RN.⁽³⁵⁾ La alimentación del RN no implica que se deba parar el MC, pudiéndose realizar simultáneamente.

Previamente a la toma, la madre puede masajearse los pechos para favorecer la producción de leche. Durante la succión, el niño debe tener tanto pezón como areola en la boca. Es importante que no solo succione el pezón ya que puede hacer daño a la madre además de realizar una succión ineficaz. Si muestra problemas para agarrarse al pezón se pueden utilizar las ya mencionadas pezoneras que se encargan de hacer el pezón más prominente. Otro aspecto importante es la correcta higiene de los pechos, sobretodo de los pezones para evitar complicaciones asociadas. Esta zona debe permanecer seca. No es necesario realizar la higiene de los senos tras cada toma, con llevarla a cabo una vez al día sería suficiente. Tampoco es necesario aplicar cremas o lociones.⁽³⁶⁾

Indicadores de buen agarre y posición del lactante: boca del lactante abierta, ausencia de dolor en la madre, menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón, la nariz del RN debe estar libre y el mentón tocando el pecho de la madre. ⁽¹⁸⁾

Indicadores de buena succión y correcta alimentación: succión rítmica, deglución audible y visible, pausa respiratoria, boca húmeda y pañales mojados constantemente. ⁽¹⁸⁾

Ante un niño que no consigue vaciar el pecho por completo o ante la separación de la diada madre-hijo, se recomendará a la madre la extracción de la leche. Los profesionales enfermeros son los encargados de formar a la madre para la extracción de leche. Esta puede realizarse de manera manual, mediante un masaje que estimula el pecho o con ayuda de un sacaleches eléctrico. Se debe fomentar que la madre se encuentre cerca del niño para favorecer la producción de leche. La frecuencia de la extracción variará en función de las tomas del lactante y se deberá obtener la mayor cantidad de leche posible. La leche se puede conservar refrigerada a 4°C durante un máximo de 48 horas. ⁽³⁴⁾ Si se prevé que vaya a almacenarse durante un periodo mayor, deberá congelarse inmediatamente después de la extracción, aguantando así hasta 6 meses. ⁽³⁶⁾

En el caso de que el niño no realice la toma completa al pecho se puede suplementar o reforzar la toma con técnicas de alimentación alternativas, como pueden ser la sonda, la jeringa o el biberón. ⁽³⁴⁾ La leche administrada puede ser la previamente extraída de la madre o leche de fórmula.

EL DUELO

Uno de los factores que más pone en riesgo el desarrollo del vínculo es el miedo a la pérdida del niño. Durante toda la estancia hospitalaria, los padres viven con el miedo de que su hijo no salga adelante y muera. Según van pasando los días, este miedo puede ir desapareciendo si observan que el niño va respondiendo favorablemente al tratamiento o, en cambio, puede agudizarse si observan que su recuperación está estancada o incluso que ha dado un paso hacia atrás.

En las ocasiones en las que sienten que pueden perder a su hijo, evitan las conductas favorecedoras del vínculo para no crear esa unión y sufrir menos cuando el niño ya no esté.

Los profesionales de enfermería han de estar preparados para abordar los cuidados de la familia durante el ingreso, tras el alta y en el momento de la pérdida del recién nacido. En el caso de muerte perinatal, los profesionales deben guiar a la familia en todos los aspectos, proporcionar la ayuda profesional necesaria y respetar la forma que tiene la familia de vivir el duelo.

CAPÍTULO V: EL VÍNCULO EN TIEMPOS DE COVID-19

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una patología infecciosa que se transmite a través de aerosoles presentando un cuadro clínico que va desde un resfriado común hasta la sintomatología producida por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo (SRA/SARS). El contagio se produce cuando una persona sana entra en contacto o inhala las gotas o aerosoles producidos por una persona infectada y viajan hasta sus vías respiratorias. Los aerosoles son partículas de un tamaño inferior a 5 micras que se expulsan al hablar, gritar, toser, respirar... y que permanecen suspendidas en el aire; también puede ocurrir por contacto con superficies u objetos en las que se han acumulado estas gotas o aerosoles y se produce un contacto posterior con las mucosas o la conjuntiva. ⁽³⁷⁾ Existen estudios que afirman que no existe transmisión vertical, a través de la placenta o de la lactancia materna, por lo que los casos en los que la madre es positiva y el niño se infecta se debe al contacto entre ambos tras el parto. ⁽³⁷⁻³⁹⁾ Sin embargo, se sigue investigando sobre el tema. La mayoría de los neonatos que se contagian muestran sintomatología leve y que remite a los pocos días sin mayor relevancia. ⁽³⁸⁾

PREVENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Con la finalidad de parar la propagación de este virus, las unidades de cuidados neonatales se han visto obligadas a poner en práctica medidas de contingencia para proteger a niños, padres y trabajadores. ⁽³⁸⁾ Una de las restricciones, ha sido la implantación de un horario de visitas, impidiendo que los padres pasen las 24 horas junto a sus hijos o estén simultáneamente ambos progenitores en la unidad; de esta forma se rompe la base de los cuidados centrados en la familia que interpreta, tanto al niño como a los padres, como la unidad susceptible de cuidados. ⁽³⁸⁾ La creación del vínculo padres-hijo se ve claramente alterada ya que se dificultan o reducen los tiempos de realización de dichas conductas, como es el método canguro o el simple hecho de estar cerca de su hijo y prestarle los cuidados más básicos. Privar a los RN del contacto con sus padres afecta a su desarrollo neuronal y a su recuperación.

El estado psicológico de los padres ya es delicado cuando tienen a un hijo enfermo e ingresado. Esta medida de restricción de visitas solo consigue crear una sensación de impotencia en los padres por sentir que están dejando solo a su hijo y no le están prestando los cuidados necesarios; del mismo modo, esta separación también dificulta la interacción del personal de enfermería con los padres ya que se encuentran durante menos tiempo en la unidad, haciendo más difícil establecer una relación de confianza y seguridad.

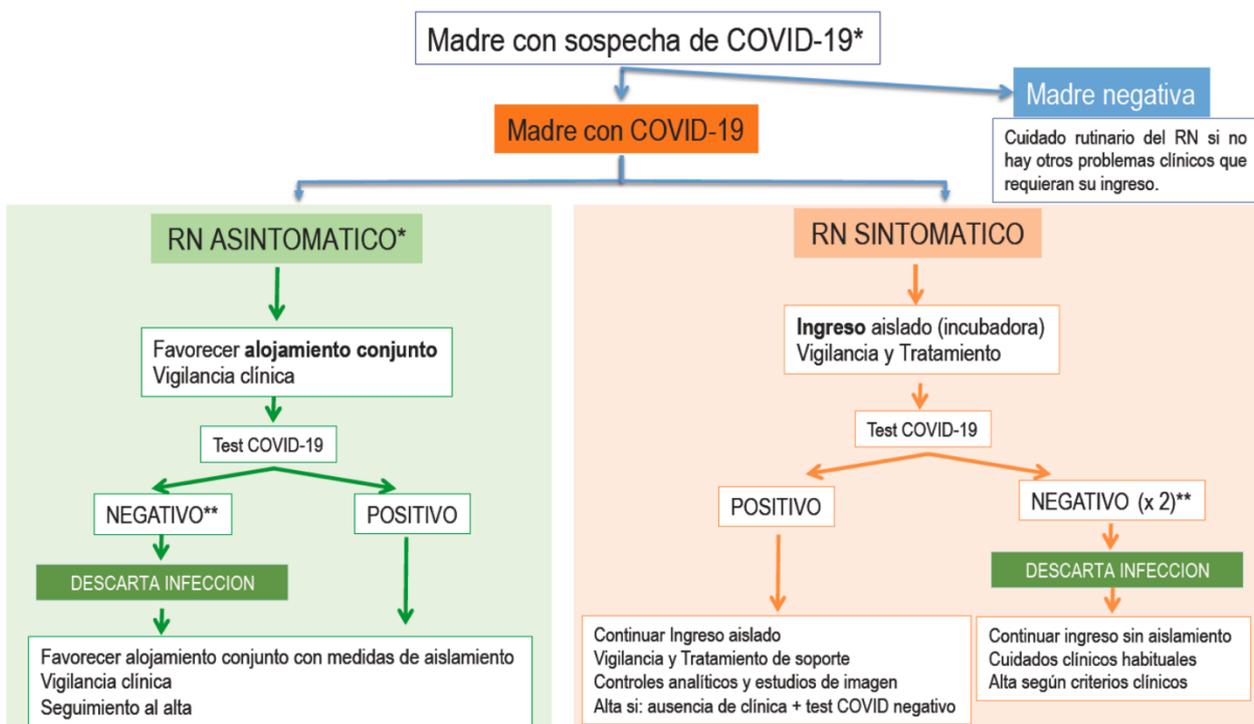
Algunas alternativas para asegurar el vínculo fraterno-filial sin incrementar el riesgo de contagios podrían consistir en un lavado de manos de forma regular, llevar mascarilla en todo momento, higiene de los pechos antes de amamantar y antes del CPP y, realizar las pruebas de detección del virus a padres y personal de la unidad periódicamente. ⁽³⁸⁾

MADRE POSITIVA Y/O RECIÉN NACIDO POSTIVO

En el caso de estar ante una madre positiva que va a dar a luz, hay que tener especial precaución en el contacto entre ambos tras el nacimiento, ya que es donde se cree que ocurre el contagio del RN. Solo se deben separar si la patología de la madre es crítica (sintomática) y/o el RN requiere ingreso en una unidad de cuidados neonatales (ya sea por clínica asociada al virus o por otras patologías). Si el RN es sintomático se le ingresará aislado en una incubadora en la unidad. Ante una madre positiva asintomática y un RN asintomático se recomienda el aislamiento conjunto que consiste en que ambos estén en la misma habitación, pero con aislamiento de gotas y contacto entre ambos. Todo esto se debe valorar con la familia y tomar las decisiones de forma conjunta, además de con el resto de los profesionales del equipo. ⁽³⁹⁻⁴¹⁾ (Figura 2).

A los recién nacidos sintomáticos de madres positivas se les realiza la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), a través de una muestra orofaríngea y/o nasofaríngea, al nacimiento y a las 24-48 horas. Hasta conocer los resultados, estos RN son considerados como posibles positivos y tratados como tal. ^(39,41,42)

Figura 2: Algoritmo de actuación para el manejo perinatal del RN con sospecha de madre positiva en COVID.



Fuente: Sociedad Española de Neonatología (SENEO) 2020. Recomendaciones en el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS- CoV-2. Versión 6.2 27/5/2020 P.15

Si se trata de una madre positiva asintomática y un RN asintomático se recomienda que permanezcan en alojamiento conjunto con aislamiento de contacto y gotas entre ambos. Esto implica que se deberá realizar la higiene de manos, utilizar mascarilla y la cuna debe estar a 2 metros de la cama de la madre. El neonato será aislado y, por tanto, separado de su madre si esta

es positiva sintomática. La extensión de la separación dependerá de cada caso, tanto de la clínica de ambos como de los resultados de las pruebas de detección del virus. ⁽³⁹⁾

Para descartar la infección y poder retirar las medidas de aislamiento en un RN asintomático de madre positiva, se deben realizar uno o dos controles de PCR; en el caso de que el RN sea sintomático, se recomienda tener dos controles negativos, uno realizado al nacimiento y otro a las 24-48 horas. ⁽³⁹⁾

Los estudios más recientes no han sido concluyentes en relación con la transmisión del virus a través de la leche materna; sin embargo, cabe pensar que es una forma de adquirir inmunidad pasiva para el neonato, pudiendo ser posible que adquiriera anticuerpos contra la enfermedad si su madre ya la ha padecido. ⁽⁴¹⁾ Los beneficios son mucho mayores que los riesgos por lo que se recomienda que, en casos de madre positiva, se continúe con la lactancia. ⁽⁴³⁾

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE ESTUDIO DE CALIDAD

ESTUDIO DE CALIDAD DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO MADRE/HIJO EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Se define calidad como el conjunto de propiedades implícitas que posee un producto o servicio para satisfacer las necesidades del consumidor. ⁽⁴⁴⁾

La evaluación de calidad en la asistencia sanitaria resulta más complicada que en la industria u otro ámbito ya que los servicios de salud poseen características propias: *intangibilidad*, es decir, no pueden ser percibidos antes de ser consumidos. *Complejidad*, pues muchos factores y variables afectan a la percepción de calidad. *Simultaneidad* en cuanto a la producción y su consumo. Además, en ocasiones el usuario no es capaz de valorar por completo el servicio dada su complejidad técnica. Valga un ejemplo: el paciente podrá ser capaz de evaluar el resultado final de una intervención de cataratas, el dolor que ha sentido durante el proceso, la lista de espera... pero le resultará difícil hacerlo con la técnica. Como hace referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad en la provisión de servicios sanitarios consiste en su desarrollo con un alto grado de excelencia profesional, con los mínimos riesgos para el usuario y con la máxima eficiencia. ⁽⁴⁴⁾

A continuación, se describen los pasos para llevar a cabo un estudio de calidad en cualquier unidad o servicio dentro del sector sanitario.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El estudio de calidad comienza con un análisis descriptivo de la unidad, sección o servicio en el que se vaya a llevar a cabo la intervención. En nuestro caso, elegimos la hipotética unidad de "promoción y desarrollo del vínculo afectivo" que forma parte del servicio de neonatología ubicado en un hospital de referencia regional, por lo que dispone de UCI neonatal. La unidad de reanimación neonatal, y el nido que dependen funcionalmente del servicio de neonatología se encuentran ubicados junto a la sala de dilatación/trabajo de parto/ recuperación (UTPR), cerca también de los paritorios y de los quirófanos obstétricos.

El equipo de trabajo es multidisciplinar y está apoyado por profesionales de otras áreas y especialidades. Consta de personal sanitario y no sanitario:

- *Sanitarios*: profesionales enfermeros (20), médicos (5) y auxiliares de enfermería (20).
- *No sanitarios*: celadores, personal de limpieza, auxiliares administrativos...

La ratio de profesionales de enfermería por cada neonato con necesidad de cuidados intensivos es de 1:2 o en casos de extrema complejidad del recién nacido puede ser 1:1 o incluso 2:1 (en caso de ECMO, hemofiltro...). Entonces con estas ratios ya podemos deducir que nuestra unidad está dotada con personal suficiente para una correcta atención sanitaria.

En el caso de médicos, la ratio es 1:4. Para un correcto desarrollo de las funciones requeridas por la unidad los profesionales sanitarios deben ser especialistas en el ámbito pediátrico y con formación específica en neonatología. ⁽⁴⁵⁾

En cuanto a los recursos de la unidad, esta cuenta con 15 cunas de hospitalización denominadas “boxes”, siendo tres de ellos de aislamiento encontrándose en habitaciones individuales y separadas del resto.

En este hospital nacen anualmente unos 3000 niños, de los cuales 650 requieren asistencia en una unidad de cuidados neonatales. De estos últimos 200 ingresan en cuidados intensivos (UCIN). Los estándares de calidad dicen que, para mantener una unidad de neonatología de gran complejidad, como la de este supuesto caso, se debe realizar una actividad mínima anual: atender al menos 2500 partos, hospitalización de al menos 500 niños y, mínimo, 150 ingresos en UCIN.⁽⁴⁶⁾

Al Servicio de neonatología que utilizamos como ejemplo acceden recién nacidos:

- desde el paritorio (89.5%), por complicaciones durante el parto o el embarazo, siendo inferior al valor que manejan otros hospitales similares (90%)
- desde urgencias (10%) si el recién nacido ya fue dado de alta tras su nacimiento, pero desarrolla patología posterior,
- por reingreso tras alta de la unidad (0.5%), estando muy por debajo del 3% que reflejan otros hospitales similares.

PROCESOS DE LOS QUE QUEREMOS MEDIR LA CALIDAD

Para nuestro ejemplo hemos elegido una parte de los procesos que se llevan a cabo en la que hemos llamado “*unidad de promoción y desarrollo del vínculo afectivo*”. La primera descripción/evaluación de la actividad, revela los siguientes resultados:

- El 80% de pacientes procedentes del paritorio habían realizado el CPP tras el parto. Nuestros objetivos ideales, en comparación con otros hospitales similares al nuestro, eran del 95%, por lo que estamos ante un valor inferior a lo esperado.
- En el momento del alta de nuestra hipotética unidad, el 90% de los niños era alimentado mediante lactancia materna, siendo una tasa mayor en comparación con otros hospitales con unidades similares a la nuestra.
- La tasa de realización del “método canguro” es del 78%, con un 5% de interrupciones por complicaciones. En relación con las condiciones ideales pactadas con la gerencia este porcentaje debería ser del 85% o mayor con menos de un 2% de interrupciones durante su desarrollo, estando, este hipotético caso, por debajo de los esperado.

Como acabamos de exponer con el ejemplo del párrafo anterior, la primera aproximación al estudio de la calidad se obtiene con el análisis de los indicadores de actividad del servicio o unidad en cuestión.

El siguiente paso consiste en definir los indicadores de calidad que vamos a utilizar para la medición/evaluación de los procesos en la unidad objeto de estudio. En nuestro ámbito de interés denominamos proceso a todo aquello realizado por los proveedores de asistencia sanitaria que nos ayuda a conseguir el producto sanitario deseado.

MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

Dentro de todos los procesos que se llevan a cabo en una unidad de enfermería neonatal, para nuestro ejemplo nos centraremos en medir la promoción de la lactancia materna, el contacto piel con piel y el método canguro, ya que son los relevantes para evaluar el vínculo.

- *Contacto piel con piel (CPP)*

Para valorar el CPP, a modo de ejemplo, podemos tener en cuenta como indicadores de calidad: si se realiza inmediatamente después del parto, durante cuánto tiempo, en qué ambiente, cuál ha sido la posición del recién nacido, la tolerancia de la técnica por parte de ambos, las complicaciones asociadas...

- *Método canguro*

El método canguro al ser un contacto piel con piel continuado presenta una valoración similar a este, por ello valoraremos: la postura del recién nacido, la postura del padre/madre, la duración, la frecuencia, si se realiza a las pocas horas del nacimiento, las veces que se debe interrumpir por complicaciones...

- *Lactancia materna*

En cuanto a la lactancia materna tendremos en cuenta: momento de inicio, la duración de cada toma, la frecuencia, el agarre al pecho, vaciado del pecho, la postura del lactante, la postura de la madre, necesidad de suplementación tras toma, complicaciones que lleven a una interrupción de la técnica, cuidado de las mamas para prevenir complicaciones (grietas, mastitis...) ...

A la hora de realizar la evaluación de estos procesos utilizamos variables, denominados indicadores, que permiten medir cambios, y estándares, que determinan el rango para el que resulta aceptable un indicador.

Para cada técnica que se quiera medir se desarrollará un cuestionario con un número de indicadores y a cada uno se le adjudicará una puntuación (estándar). Una vez finalizado el cuestionario se sumarán todos los puntos y se obtendrá un valor final que determinará la calidad de la técnica.

Un ejemplo de como podría empezar a desarrollarse el cuestionario para valorar el contacto piel con piel:

Tabla 2: Ejemplo de cuestionario para medir el contacto piel con piel:

Indicador	1 punto	2 puntos	3 puntos
La duración del CPP ha sido...	Inferior a 60 min	Entre 60-120 min	Superior a 120 min
El inicio del CPP tras el parto ha sido...	No posible	Precoz pero no inmediato	Inmediato

Fuente: elaboración propia

ANÁLISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

El siguiente paso, después de analizar la unidad desde el punto de vista técnico de enfermería se debe analizar la satisfacción del usuario.

La asistencia sanitaria gira en torno al paciente por lo que es importante valorar su opinión de la atención recibida. En este caso el paciente es la unidad familiar, no solo el recién nacido. Para ello, se les realizará un cuestionario para valorar su grado de satisfacción con el personal de enfermería en relación en el desarrollo del vínculo con su hijo durante su estancia en la unidad (Ver Anexo 3). De modo indirecto, puede contribuir al estudio de la calidad percibida por el usuario otros indicadores como el número de reclamaciones puestas por las familias en relación con la asistencia recibida por parte del personal de enfermería.

Las encuestas se pueden realizar a todas las familias o de manera aleatoria entre las que reciben el alta de la unidad. Se entrega una carpeta con la información sobre lo que se quiere evaluar y los cuestionarios que rellenan de forma anónima.

ANALISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL TRABAJADOR

No se podría acabar el trabajo sin contar con la opinión del trabajador. Otra parte muy importante de la asistencia es el personal que la dispensa, en este caso particular el personal de enfermería, por lo que para un buen análisis de la calidad de la unidad se debe contar con su opinión. Se puede abordar mediante el desarrollo de una encuesta de satisfacción interna.

CONCLUSIONES

- De forma innata los seres humanos buscan crear un vínculo fuerte y seguro con una figura de apego que les proporcione una sensación de seguridad y unos cuidados. Generalmente esta figura es la madre, ya que su relación comienza a forjarse durante el embarazo intensificándose en el parto y en los primeros momentos de vida del lactante. Las familias carecen de los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar este vínculo correctamente siendo tarea del profesional de enfermería transmitir estas destrezas y conocimientos.
- La calidad y el tipo de vínculo que se crea no viene determinado genéticamente, sino que está determinado por el contexto social en el que se desarrollan los primeros meses de vida del lactante dando lugar a los tres tipos de apego: seguro, inseguro y desorganizado. Las principales conductas que promueven este vínculo son el contacto piel con piel, la lactancia materna y el método canguro, ya que ayudan a intensificar esta unión.
- En condiciones de salud de la madre y el niño, estas conductas se pueden realizar de manera inmediata tras el parto. En el caso contrario, su desarrollo se puede ver alterado por la separación padres-hijo, pero se pueden seguir llevando a cabo bajo una vigilancia estrecha por parte del personal de enfermería.
- Los profesionales de enfermería se encuentran en una posición privilegiada para promover el vínculo; se encargan de aportar conocimientos a las familias, de enseñarles la correcta realización de las conductas favorecedoras del vínculo y de supervisar que se realiza de forma correcta y segura estando alerta ante cualquier posible complicación que pueda ocurrir, actuando siempre según el modelo de “Cuidados Centrados en la Familia”.
- La situación actual por la pandemia del SARS-Cov-2 ha repercutido negativamente en el vínculo ya que dificulta el contacto físico, limita el tiempo que pasan los padres con su hijo al día y obstaculiza que se involucren en sus cuidados diarios. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la educación y la adquisición de medidas y habilidades que sigan promoviendo el vínculo con seguridad dentro de las circunstancias además de trabajar para fomentar una buena relación familia- equipo sanitario.
- Para evaluar el papel de la enfermería en la creación y desarrollo del vínculo se puede llevar a cabo un estudio de calidad. Los componentes de dicho estudio son: descripción de la unidad/sección en la que se realiza la intervención los procesos que queremos medir, la medición de dichos procesos, y análisis de la calidad percibida por el usuario y por el trabajador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braojos OB. Educación para un apego seguro: aproximación para pediatras. 2019;25–30.
2. Alonso Allende L, González Fuente LJ, Pérez Rivera FJ, Fernández García D. Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;16(45):295–308.
3. Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. *Universidad Rovira I Virgili* ; 2014.
4. Narváez Moscoso EM. Influencia del vínculo afectivo en el neurodesarrollo y desarrollo emocional de neonatos prematuros o con bajo peso al nacer. 2016;1–40.
5. Delgado Egido B, Sierra García P. El mundo emocional y afectivo temprano. En: García Madruga JA, Delval J, coordinadores. *Psicología del Desarrollo I*. 2ª edición. UNED; 2019. P. 113-140.
6. Giraldo-Montoya DI, Castañeda-Palacio HL, Mazo-Álvarez HM. Factores demográficos relacionados con en el apego materno infantil. *Rev Univ. Salud*. 2017;19(2):197-206.
7. Palacios Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48(2): 164-176.
8. Schaffer R, Emerson P. Attachment Theory. Saul McLeod [Internet]. 1973;(1964):1–6.
9. Bowlby J. Attachment and Loss, Volume I: Attachment. Vol. 21, *The British Journal of Sociology*. 1970. 326 p.
10. Ijzendoorn M. El Apego durante los Primeros Años (0-5) y su Impacto en el Desarrollo Infantil. *Encicl sobre el Desarro la Prim Infanc* [Internet]. 2005;8.
11. Oliva A. Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004, 4 (1); 65-81
12. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev Esp Salud Públi- ca*.2019;93: 19 de febrero e201902006
13. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. *Asoc Española Pediatría*. 2008;20–8.
14. Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV. Skin-to-skin contact followed by breastfeeding in the first hour of life: associated factors and influences on exclusive breastfeeding. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019; 28:e20180260.
15. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz González LC y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:361-70

16. Horne RSC. Sudden infant death syndrome: current perspectives. *Intern Med J*. 2019;49(4):433–8.
17. Munkel Ramírez L, Durón González R, Morera PB. Síndrome de muerte súbita del lactante Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Med Leg COsta Rica Edición Virtual [Internet]*. 2018;35(1).
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
19. Gutiérrez Martínez MM, González Carrión P, Quiñoz Gallardo MD, Rivas Campos A, Expósito Ruiz M, Zurita Muñoz AJ, Instituto de Investigación Biosanitaria Ibs Granada. Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93: 6 de noviembre e201911088.
20. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. 2021 Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
21. Sattari M, Serwint JR, Levine DM. Maternal Implications of Breastfeeding: A Review for the Internist. *Am J Med [Internet]*. 2019;132(8):912–20.
22. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM, de Luna-Bertos E, García-Martínez O. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutr Hosp* 2019;36(4):786-791.
23. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2012;101(10):1032–7.
24. Mäkelä H, Axelin A, Feeley N, Niela-Vilén H. Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery*. 2018;62(February):183–8.
25. Santos AS, Rodrigues LN, Santos MSN, Sousa GJB, Viana MCA, Chaves EMC. Maternal role during child's hospitalization in the neonatal intensive therapy unit. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2019; 28:e20180394.
26. Mph EC, Kim S, Kwon MS, Cho H, Hye E, Msn K, et al. The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants , Maternal – Infant Attachment , and Maternal Stress. *J Pediatr Nurs [Internet]*. 2016;31(4):430–8.
27. Schrauwen L, Kommers DR, Oetomo SB. Viewpoints of Parents and Nurses on How to Design Products to Enhance Parent – Infant Bonding at Neonatal Intensive Care Units : A Qualitative Study Based on Existing Designs. 2018;11(2):20–31.
28. Fernández Medina IM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Camacho Ávila M, López Rodríguez M del M. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth [Internet]*. 2018;31(4):325–30
29. Organización Mundial de la Salud. Tomado de *Nacimientos prematuros*. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
30. Cuesta M, Bela A, Gomez S. Enfermería neonatal: Cuidados centrados en la familia. *Enferm Integr*. 2012;98:36–40.

31. Utrilla Rojo AC, Sellán Soto MC, Ramos Cruz A, Mateo Martínez G. La relación enfermera - padres - neonato desde la perspectiva enfermera TT. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018;34(3):637–48.
32. Tosca CF, Rimolo ML, Breigeiron MK. Support offered to newborns' parents by the nursing team. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2020;20(1):47–54.
33. Dos I, Internados PDER, Unidades EM, Ferreira S, Martins T, Oliveira G De, et al. Integrative literature review uncertainties of newborn ' s parents in intensive therapy units. 2017;11:5361–9.
34. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud Ginebra. *Dep Salud Reprod e Investig Conex*. 2004;3.
35. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm Glob*. 2013;12(3):443–51.
36. Lozano GB. Guía de Cuidados Del Recien Nacido en la Maternidad. *Hosp Univ* 12 Oct. 2008;81(28):127–30.
37. Ministerio de sanidad igualdad y asuntos sociales. Información Científica-Técnica Coronavirus. *Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit*. 2021;1:73.
38. Montes MT, Herranz-Rubia N, Ferrero A, Flórez A, Quiroga A, Gómez A, et al. Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future? *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2020;26(5):247–51.
39. Sociedad Española de Neonatología (SENEO). Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2. 2020;15.
40. López P, Pantoja L, Mella M, Utreras M, Vergara C. Review of maternal and perinatal risks in times of COVID-19. Challenges for the role of Midwifery. *rev chil obstet ginecol* 2020; 85; suplemento nº1: s131 – s147
41. Cojocarú L, Crimmins S, Sundararajan S, Goetzinger K, Elsamadicy E, Lankford A, et al. An initiative to evaluate the safety of maternal bonding in patients with SARS-CoV-2 infection. *J Matern Neonatal Med*. 2020.
42. Jiménez J, Román B. El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. *Rev Bioética y Derecho*. 2019;45(c):127–47.
43. De Carvalho WB, Gibelli MABC, Krebs VLJ, Tragante CR, Perondi MBM. Role of a neonatal intensive care unit during the COVID-19 pandemia: Recommendations from the neonatology discipline. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;66(7):894–7.
44. Matesanz JL. *Briznas de eficiencia para la sanidad en crisis*. Ediciones Camelot (en prensa). 2021.
45. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79(1):51.e1--51.e11

46. Ministerio de Sanidad. Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. 2013;53(9):176.

ANEXOS

ANEXO 1: LOS DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXISTOSA.

Los DIEZ PASOS para una Lactancia exitosa

1 POLÍTICAS HOSPITALARIAS
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
No implementar fórmulas infantiles, biberones o tetinas.
Recibir la práctica estándar de la lactancia materna.
Hacer un seguimiento del apoyo para la lactancia materna.

2 COMPETENCIA DEL PERSONAL
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Capacitar al personal para ayudar a las madres a amamantar.
Evaluar el conocimiento y las habilidades de los trabajadores de la salud.

3 CUIDADO PRENATAL
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Ofrecer la información de lactancia a las embarazadas y madres.
Preparar a las mujeres para amamantar a su bebé.

4 CUIDADO DESPUÉS DE NACIMIENTO
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Fomentar el contacto piel con piel entre la madre y el bebé desde el momento del nacimiento.
Ayudar a las madres a iniciar a su bebé al pecho de inmediato.

5 APOYAR A LAS MADRES CON LA LACTANCIA MATERNA
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Considerar el peso, el crecimiento del bebé y la lactación.
Ofrecer apoyo práctico para amamantar.
Ayudar a las madres con problemas comunes del amamantamiento.

6 SUPLEMENTACIÓN
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Dar sólo leche materna a menos que haya razones médicas.
Dar prioridad a la leche materna durante cuando se necesite un suplemento.
Ayudar a las madres que tienen dificultades con biberón a recordar de su momento seguro.

7 ALOJAMIENTO CONJUNTO
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Dejar que las madres y los bebés permanezcan juntos día y noche.
Asegurarse de que las madres de bebés enfermos puedan proporcionar leche de su bebé.

8 SEÑALES DE HAMBRE
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Ayudar a las madres a saber cuándo su bebé tiene hambre.
Sin limitar los tiempos de las tomas de lactancia.

9 BIBERONES, TETINAS Y CHUPONES
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de amamantar con biberones, tetinas y chupones.

10 DISCHARGE
Los hospitales apoyan a las madres a amamantar por...
Reflexionar a las madres sobre los recursos de la comunidad para el apoyo de la lactancia materna.
Trabajar con los comités de apoyo para mejorar los servicios de apoyo a la lactancia.

World Health Organization

unicef

Traducido por Lactancia Placentera

ANEXO 2: CONSEJOS PARA UNA BUENA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

¿CÓMO AMAMANTAR A UN BEBÉ?

unicef 
únete por la niñez

Consejos para tener una correcta técnica al amamantar
Conoce más sobre la lactancia materna en: www.unicef.org.mx

La madre y el bebé deben estar cómodos, tranquilos y relajados
Con la espalda recta y los hombros relajados, la madre debe acercarse al bebé a su pecho para comenzar con la alimentación.
Evitar el estrés le ayudará a estar tranquila en todo momento.

Asegurarse del buen agarre del niño al pecho
La madre tiene que acercarse al niño y asegurarse que el pezón y la areola queden dentro de la boca del bebé. El mentón y la nariz deben rozar el pecho.

Sentarse y apoyar la espalda
Sosteniendo el pecho con sus cuatro dedos por abajo y el pulgar arriba, atrás de la areola, con el pezón se debe tocar el labio inferior del bebé hasta que abra la boca.

Amamantar en la noche es muy importante
Para hacerlo con comodidad, la cabeza tiene que estar sobre una almohada doblada y recostar el niño sobre su brazo.

Cuando no se está siempre con el bebé, la leche se puede extraer y guardar
Para sacarla, se debe masajear el pecho y luego, con los dedos abiertos por detrás de la areola, comprimir hacia atrás y después presionar la areola hacia el pezón.

¡Que no queden dudas!
No se debe salir del hospital antes de aclarar todas las dudas sobre cómo amamantar a un bebé. Es un derecho recibir información de forma clara y comprensible.

UNA POSICIÓN INCORRECTA
PUEDE CAUSAR PROBLEMAS COMO:

-  dolor en los pezones
-  rechazo a la alimentación
-  insuficiente producción de leche

ANEXO 3: CUESTIONARIO PARA VALORAR LA SATISFACCION DE LAS FAMILIAS EN RELACION CON EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO

Enunciados	0	1	2	3	4	5
1. La información proporcionada por el personal de enfermería sobre la importancia de la creación del vínculo con su hijo le ha parecido...						
2. Considera la información aportada sobre la lactancia materna...						
3. Considera la información aportada sobre el contacto piel con piel y el método canguro...						
4. Su grado de seguridad y tranquilidad durante la realización del contacto piel con piel y método canguro ha sido...						
5. Su grado de seguridad y tranquilidad durante la realización de la lactancia materna ha sido...						
6. La atención por parte del personal de enfermería durante la realización de las conductas promovedoras del vínculo (lactancia materna y contacto piel con piel) ha sido...						
7. El grado de satisfacción en relación con lo que se le ha permitido involucrarse en los cuidados de su hijo ha sido...						
8. El tiempo que los profesionales de enfermería han dedicado a su estado de salud emocional ha sido...						
9. Las dudas que le han surgido han sido resultas de manera...						
10. La distribución de la unidad para favorecer la unión con su hijo le ha parecido...						
11. Su grado de satisfacción con los recursos materiales (mantas, sacaleches, biberones, sillón ...) proporcionados durante su estancia es...						