

SEGUIMIENTO FAMILIAR EN EL AREA DE PERINATOLOGIA

**"EL RECIEN NACIDO NO ES
EXCLUSIVAMENTE DE LA MADRE"**

Pilar Amaya de Peña*

RESUMEN

Se presentan, por una parte algunos problemas de la atención de salud fuera del contexto familiar y por otra, los compromisos y exigencias que se requieren de la Enfermera comprometida en el trabajo con la familia. El centro de interés del artículo es la fase de Expansión familiar. Se describen los principios y estrategias de intervención que aseguran el vínculo del Recién Nacido (RN) sano o con problemas de salud a la familia. Se propone finalmente un modelo práctico de seguimiento familiar que persigue favorecer el desarrollo óptimo del RN con problemas de salud, donde la familia es el eje de atención y control.

I. ASPECTOS GENERALES

Antes de hablar del RN es importante señalar que para la (el) enfermera(o) una alternativa viable y tal vez la mejor, es involucrar en su práctica profesional a la familia en la atención de salud, cuando la meta es un cuidado comprensivo e integral. Desafortunadamente, la práctica tradicional de los profesionales de la salud ha sido de "dar" salud al individuo. La familia es ignorada como elemento indispensable dentro del continuo salud-enfermedad y se desconoce que la familia es la que finalmente "mide", "asume" y "sufre" los resultados de la acción practicada.

* Licenciada en Enfermería. Universidad Javeriana Magister en Salud Familiar, School of Nursing Healt Sciences Center. State University of New York, at stony Brook.

Como se verá posteriormente, hay suficiente evidencia en el sentido de que la familia es uno de los factores causales de la enfermedad, es la afectada como sistema en situaciones de enfermedad de uno de sus miembros, y es además un elemento que contribuye a la recuperación de la salud (Amaya de Peña, 1983).

Varias consecuencias se derivan de un tipo de atención centrada exclusivamente en el individuo aislado del contexto familiar. Algunas de estas consecuencias que se observan comúnmente en las diferentes dependencias de las instituciones hospitalarias son:

1. La familia no asume **responsabilidades** eficientemente o "huyen" de las situaciones que le competen en el campo de la conservación de la salud y de la acción frente a la enfermedad, malformación o incapacidad de uno de los miembros. Muchas veces esto ocurre porque el **sistema de atención** no involucra la familia desde el momento en que se vincula el "caso" a la institución, ya que usualmente el efecto de la intervención es determinado exclusivamente en términos de la patología y no en términos del individuo y su familia.

2. Aumenta el riesgo de que muchos de los esfuerzos de los profesionales de la salud durante los momentos críticos de la hospitalización se pierdan poco tiempo después de que el paciente sea dado de alta del Hospital y retorne en forma repetitiva a través de los servicios de urgencias en situaciones aún más complicadas que en ocasiones anteriores. (Amaya de Peña, 1986).

3. La familia puede llegar a situaciones límites, en las cuales agota los recursos disponibles intra y extrafamiliares. En circunstancias de enfermedad de uno de sus miembros, y sin ningún apoyo de los profesionales, la familia se expone a nuevos casos de enfermedad o circunstancias irremediables o de desajuste interno. Por el contrario, en caso de que el profesional de salud, y en concreto la(el) enfermera(o) asuma la responsabilidad dentro del contexto familiar su tarea exigirá:

- a) Un conocimiento sobre la familia, sistemas de valoración, tipología, ciclo de vida familiar, riesgos de cada una de las fases, funcionalidad de la familia, y recursos disponibles.
- b) Actuar con otros profesionales de la salud donde exista claridad de funciones y responsabilidades que permitan **autonomía y desarrollo de Enfermería**.
- c) Mantener una concepción **biopsicosocial** para rotular los hallazgos, determinar las relaciones multicausales y delinean las fases de intervención.
- d) Mantener una visión **multidimensional** en el ejercicio profesional diario.

VISION MULTIDIMENSIONAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL

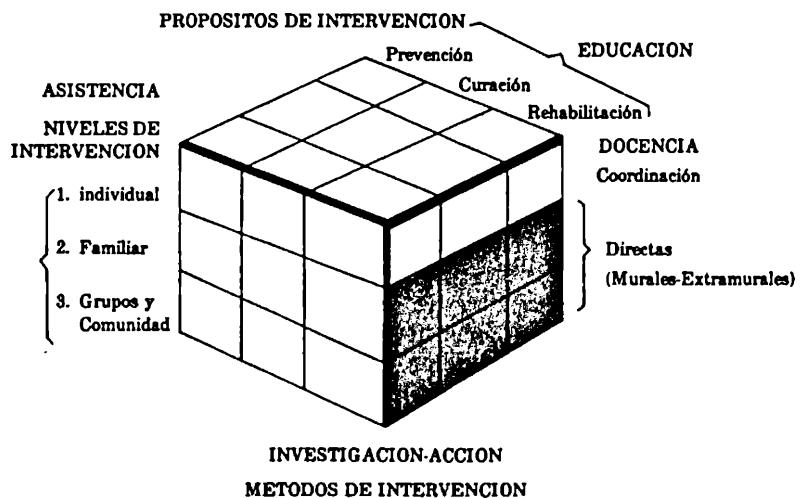


Figura 1. Un modelo que dirige la práctica familiar. Presentado por Johnson, 1979.
Modificado por Amaya de Peña, P.U. Nacional, Bogotá, 1986.

Este enfoque multidimensional fue sugerido por Johnson (1975) (ver Figura 1) quien plantea un cuidado integral que opera de acuerdo con la filosofía de enfermería, donde el sujeto de atención y los niveles de intervención son el individuo, la familia y la comunidad. Los propósitos de la atención abarcan aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación y control, la educación en salud es elemento común para todos los aspectos de atención y los métodos de aproximación se logran a través de la asistencia, la docencia y la investigación-acción. Este sistema además exige la utilización de herramientas administrativas de coordinación y planificación de acciones intra y extra institucionales.

- e) Mantener un trabajo continuado con el individuo y la familia (seguimiento longitudinal) sin tener en cuenta la enfermedad como única oportunidad de contacto, sino aprovechando eventos familiares significativos, como el embarazo, los riesgos propios de las etapas de desarrollo de cada miembro de la familia, etc. de tal modo que se pueda garantizar formas de comunicación permanentes, seguras y efectivas.
- f) Desarrollar destrezas clínicas, educacionales, administrativas ágiles, que permitan adoptar métodos cuyo uso sea sistemático y consistente.
- g) Manejar la documentación y registros institucionales (protocolos de atención, planes y métodos de evaluación y otros) como fuentes permanentes de información para la institución y para las familias.

En conclusión, el trabajo con el individuo y con las familias, es un compromiso, una responsabilidad ineludible con las familias, y con la Enfermería como profesión. Es una labor que se hace a través del tiempo fortaleciendo la salud, afrontando las dificultades de la enfermedad como evento tensionante que afecta el sistema familiar y a cada uno de sus miembros.

II. PERINATOLOGIA: UNA AREA PROPICIA PARA TRABAJAR EN EL CONTEXTO FAMILIAR

Una de las áreas del conocimiento de la Medicina y la Enfermería es la relacionada con la Obstetricia y la Neonatología. El objetivo central de la Perinatología es asegurar que la madre mantenga una buena salud durante la gestación, parto, la etapa posnatal y simultáneamente que el feto y el neonato logren el óptimo desarrollo desde el punto de vista físico y emocional. (Jubitz, 1985).

La gestación y el nacimiento de un nuevo miembro de la familia cambia la composición y la dinámica de ésta, y a la vez le da una apariencia diferente dentro de su propio sistema. A menudo, las madres y los RN son saludables y aptos para integrarse al seno familiar, pero ésto no deja de crear tensión y desajustes intrafamiliares que varían según el tipo de familia, la edad de los padres, el número de gestaciones anteriores y la historia personal. Cuando la salud de la madre o del RN se ve alterada durante la etapa perinatal, este problema se superpone a la ansiedad habitual y genera aún mayor estrés, que en algunas familias es tan crítico que desarrollan reacciones patológicas como la tensión crónica (Solnit & Stark, citados por Klaus y Kennell, 1983).

Al reconocer que el desarrollo óptimo de los sujetos de atención de la Perinatología dependen de la atención ofrecida por profesionales de la salud a la familia, se intenta en este artículo plantear aspectos que se relacionan con el binomio madre/RN como con la familia.

A continuación, se plantearán los principios generales que gobiernan el enlace del recién nacido con la familia, y las estrategias facilitadoras del vínculo RN/familia. Aún cuando es competencia de los profesionales de la salud abordar y analizar situaciones límites relacionadas con la gestación y el parto que transtorna la dinámica familiar, como la muerte de la madre o el fallecimiento del feto en el transcurso de la preñez o en el momento del parto, no es la intención de este trabajo abordarlos. Este artículo contempla a la familia que posee un RN normal o con problemas de salud, pero que sobrevive a las situaciones adversas.

Antes de entrar en materia, vale la pena aclarar que por familia se entiende en el contexto del presente trabajo lo siguiente:

Compañeros adultos con hijos, o que están en espera del primogénito, o se encuentre la mujer preñada sin

compañero, con o sin hijos, donde hay un sentido de hogar, y donde las personas tienen un acuerdo mutuo de mantener una relación de ayuda y de enriquecimiento.

1. Principios que gobiernan el vínculo RN/familia.

Durante el artículo el objetivo general ha sido plasmar principios y estrategias de aproximación que pretenden alertar a la(el) enfermera(o) y con el ánimo de que se piense que durante la etapa de expansión de la familia existen muchos momentos y posibilidades de fortificar esta unidad de atención: la familia.

El seguimiento del RN y su familia es un proceso longitudinal en el tiempo, de constante Exploración-Decisión-Acción durante la fase de expansión familiar, donde las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, postparto inmediato y mediato (ciclo reproductivo) y el primer año de vida del niño son el centro de atención.

Una de las etapas del ciclo vital de la familia es la fase de expansión durante la cual se pueden formular algunos principios que gobiernan el establecimiento del vínculo del recién nacido a la unidad madre/padre/ o la familia (ver Figura 2) y que se presentan a continuación:

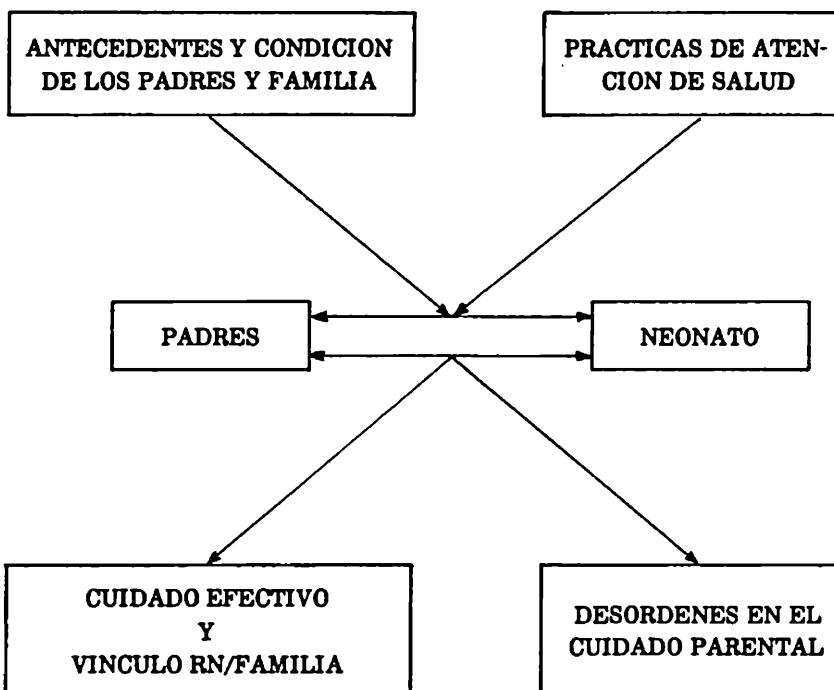


Figura 2. Influencias en el vínculo RN/Familia y Resultados. Tomado de Klaus y Kennell, 1983.

- a) El vínculo del RN/familia comienza con el embarazo, cobra impulso en el momento del nacimiento y se intensifica cuando el neonato, la madre, el padre y la familia toda se van conociendo (Kagan, 1982).
- b) El vínculo entre el RN/familia se establece con cada hijo por separado ya que las condiciones (la aceptación conformidad con el embarazo, los cambios a nivel económico, el estado efectivo de la pareja, y los roles de los miembros que la componen, las circunstancias del parto, las características del RN, la situación de la madre en el postparto, etc.) en que vive la familia son diferentes en cada gestación.
- c) Las primeras evaluaciones del neonato se practican inmediatamente después del parto. Si el RN no presenta ningún signo de riesgo durante la adaptación, el tiempo postparto puede aprovecharse para que la interrelación o vínculo entre el RN y su familia se intensifique.

El proceso inicial (postparto) de enlace requiere que el RN responda a la madre con alguna señal como movimiento, contacto visual, o contacto físico. La respuesta sincronizada del RN, la madre y el padre son un importante medio de retroalimentación que ayudan a fortificar un vínculo familiar más fuerte. El RN normal en el postparto inmediato está idealmente dotado para el encuentro con sus padres. Después de la primera hora de nacido el neonato cae en sueño profundo durante tres o cuatro horas. Por esta razón los primeros minutos y la primera hora parecen el tiempo óptimo para el establecimiento del vínculo entre los padres y el RN.

- d) Las personas que son testigos del procesos de nacimiento (los padres) usualmente llegan a estar más ligados al RN. Los primeros eventos y el tipo de contacto entre el RN/familia, durante el postparto inmediato tiene efectos definitivos y a largo plazo. El manejo inadecuado de la ansiedad de la familia/RN normal o con desórdenes temporales durante el primer día postparto pueden precipitar un retraso en el vínculo de RN/familia. A largo plazo esta situación puede moldear adversamente el desarrollo del niño y de la familia. Algunas de las implicaciones a largo plazo de una vinculación negativa entre el RN a la familia descritas recientemente son el maltrato infantil, y el fracaso en la crianza

2. Estrategias facilitadoras del enlace entre un RN normal y uno con problemas de salud, y la familia.

Las estrategias facilitadoras son las consideraciones, condiciones y acciones que pueden ser practicadas por los padres, familias y profesionales de la salud en cualquier etapa del ciclo perinatal que favorecen el vínculo del RN/familia y que encierran un compromiso estrecho entre el Equipo de Salud y la familia.

Estrategias Generales:

- a) Minimizar las tensiones, temores y fantasías de los padres y demás miembros de la familia durante el embarazo.
- b) Fomentar el apoyo afectivo durante el trabajo de parto en lo posible por el compañero, esposo o persona significativa.
- c) Favorecer y permitir al menos 5 o 10 minutos de privacidad y contacto entre el RN, la madre y el padre en el periodo de postparto inmediato para que fortalezca el vínculo emocional.
- d) Si la situación de la madre y del RN lo permiten, ellos deben permanecer juntos el mayor tiempo posible. La madre debe asumir el control del bebé y los profesionales de la salud actuarán como asesores y colaboradores.
- e) Reforzar la visita familiar al hospital, de tal forma que el padre y demás miembros tengan contacto con la madre y el RN.

Cuando el RN es prematuro o a término pero enfermo (sin malformación congénita) es todavía más importante fortalecer el vínculo RN/padres, ya que aún cuando es posible que el infante sobreviva con la intervención de los profesionales de la salud, la crianza y el desarrollo están directamente relacionados y son la tarea ineludible de la familia. En caso de niños prematuros, la preparación de los padres y demás miembros de la familia para la llegada del neonato no se ha culminado y además se ven enfrentados a una situación muy difícil y tensionante ya que en estos casos aparecen temores relacionados con la amenaza de muerte del neonato o de la madre. Parte de los problemas se derivan del hecho de que la familia debe ajustarse a que el RN no corresponden a las expectativas que se tenían, y a que en el caso de que el neonato deba permanecer en la Unidad de Cuidado Intensivo, el bebé parece más parte de la maquinaria hospitalaria, que "su bebé".

La estrategia para estimular y fortalecer el enlace o el vínculo, si la situación crítica lo permite, son:

- a) Aprovechar la primera hora del postparto para que haya contacto e interacción entre el RN y los padres.
- b) Mantener la cercanía entre la madre y el RN por lo menos durante las primeras 24 horas después del parto.
- c) Fortalecer el contacto visual táctil entre la madre y el RN con el objeto de hacer ver las características positivas y saludables del bebé.
- d) Involucrar al padre en lo posible en el proceso, haciéndolo el mensajero de la información entre la madre y el RN cuando ellos deban permanecer separados.

e) Una vez la madre pueda acudir a la unidad de recién nacidos la(s) enfermera debe tener presente:

- Permanecer con la madre todo el tiempo ayudándola a hacer claridad sobre lo que está ocurriendo y para dar respuesta a las preguntas e inquietudes.

- Describir los procedimientos que se están realizando: por ejemplo monitoreo de la respiración, catéteres umbilicales, tubos endotraqueales, etc.

f) Vincular el resto de la familia.

- Fomentar la visita al RN a la ventana de observación.

- Hacer conocer la situación del RN y la de los padres o los demás miembros de la familia.

g) Mantener una visión optimista o pesimista pero real de la situación para que los padres conozcan el estado de salud o gravedad.

- Hacer comunicaciones directas una vez que las novedades sean confirmadas sin adelantarse, pero sin esconder información.

h) Se debe mantener un registro del número de acercamientos que se tenga entre la familia y el RN para detectar si es necesario ayuda extra del Equipo de Salud para afrontar la situación. Aquellas familias donde la frecuencia de contactos con el RN es nula o por el contrario es exagerada indica que la familia requiere ayuda extra y posiblemente desarrollarán más problemas de "crianza".

Cuando el RN presenta prematurez, trastornos de salud o malformaciones congénitas provoca un mayor estrés familiar y el proceso de ajuste se logrará en períodos prolongados, pero variables y se espera que se alcance durante el primer año de vida del niño.

Las reacciones a esperar de la familia, inclusive aquella que tiene recursos disponibles ideales se desencadena en tres etapas fundamentales:

a) Aflicción familiar (shock, negación apatía, tristeza, rabia),
b) Adaptación gradual y c) Estabilización (Ver Figura 3).

Durante la etapa de Aflicción familiar las reacciones iniciales de los padres son intensas, irracionales, negativas, de impotencia, de duelo y lamentación, donde las posibilidades de enlace inicial entre el RN y su familia se ven limitados por la separación (transferencia a la sala de resucitación o UCI), el shock y la negación. En algunos casos genera intentos de huída, escape de la situación cargada de una preocupación intensa, mezclada con rabia y culpabilidad.

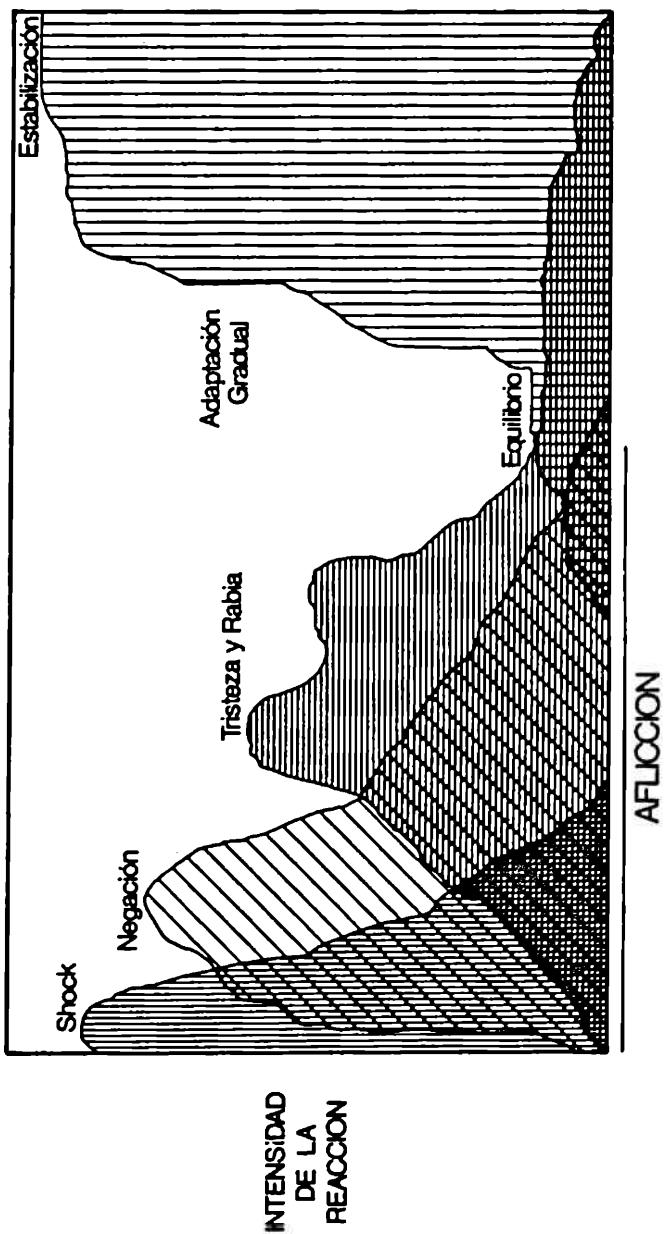


Figura 3. Modelo hipotético de la secuencia normal de las reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con anormalidades. (Tomado de Klaus y Kennel, 1983, Modificado por la autora).

Simultáneamente con las fases finales de la etapa de Aflicción familiar ocurren varios eventos: los padres empiezan a conocer mejor al RN y se despiertan esperanzas de que sobrevivirá. Clínicamente esto obedece al resultado del cuidado esmerado de los médicos y enfermeras que los padres reconocen como tal. Los progresos del neonato muchas veces validan las expectativas y esperanzas de los padres, aunque también miden sus capacidades ya que comienzan a participar (ser operativos) en el cuidado. En el equipo de salud las respuestas favorables del bebé guían la toma de decisiones: por ejemplo, remover al RN del ventilador y de la oxigenoterapia, iniciar la alimentación materna, transferir al RN de la cuna, etc.

El período de Adaptación gradual de la familia está directamente relacionado con el grado de aceptación de la situación del RN y con el grado de interrelación afectiva positiva que se establezca, pero además con el compromiso familiar de afrontar la situación y en gran parte con el aumento de la satisfacción dado por el desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado del RN. La adaptación a la situación no es lograda al mismo tiempo por cada miembro de la familia. Generalmente, la madre la logra primero que los demás, porque es ella quien adquiere la habilidad de cuidado más rápido, y es la que puede, a través del contacto permanente, ver los efectos positivos de su labor. El padre y los demás se demoran más en las fases tempranas de la crisis (negación, tristeza, rabia).

La etapa de Estabilización de la familia se refiere a que ésta mantiene un dinamismo homeostático alrededor de la situación, donde la redefinición de interrelaciones y la mecánica familiar han retornado a estados previos de balance donde se maneja y se mantiene por sí misma en equilibrio.

Además de las sugerencias prácticas ya señaladas para aliviar y hacer menos limitado el vínculo entre el RN con malformaciones congénitas y su familia, es necesario tener presente también los siguientes aspectos:

- a) Asegurar a los padres que el personal de la institución mantendrá la disponibilidad y cercanía, con ello para que encuentren apoyo y comprensión permanentes.
- b) Si la alteración de salud del RN lo permite, facilitar la estadía de los padres para proporcionar por lo menos durante los dos o tres primeros días, un contacto cercano. De lo contrario, el vínculo afectivo se dificultaría aún más y se propiciaría la ruptura de la relación.
- c) Usualmente las ideas que los padres del RN se forman de su hijo(a) son más exageradas y alarmantes de lo que son en realidad. Esto agudiza la ansiedad y hace urgente que los padres establezcan contacto

con el RN lo más tempranamente posible. Es sabio mantener en mente que cada uno de los padres al enfrentarse a la crisis tiende a responder individualmente.

d) Si el padre no fue testigo en el momento del parto es definitivo darle oportunidad de acercamiento, expresión de sentimientos, hablar, llorar, como parte de la intervención temprana en crisis.

e) Estar alerta con los padres que se marginan y que adoptan una actitud ausente o no se atreven a preguntar. Estos requieren más ayuda que los que cuestionan repetidas veces porque usualmente son estos los que "racionalmente" y con mayor intensidad se comprometen con el cuidado y desarrollo del RN.

f) Reconocer que cada familia debe seguir el proceso de crisis aún cuando no sea sincrónica para todos los integrantes. La enfermera(o) en su intervención debe moverse al paso del comportamiento y expresión de los padres/familia. Si el seguimiento familiar es "acelerado" o "frenado" por los profesionales de la salud se corre el riesgo de perder o desviar en el proceso.

3. Sistema de detección precoz de fracaso en el vínculo RN|familia

El ciclo vital familiar posee diferentes etapas donde la presencia del RN modifica la situación de la pareja y la de todos los miembros sustancialmente. Estas modificaciones en tareas, roles, y rutinas son notorias desde la etapa prenatal hasta la postnatal.

En ocasiones es inevitable para la familia afrontar conflictos a distintos niveles: redistribución de espacio y presupuesto para el nuevo miembro, aceptación del RN como persona, que no es, ni será de la madre, ni para ella, exclusivamente. Cuando el RN aparece el padre generalmente se siente frustrado, sólo, sufre también "depresión postparto", se preocupa por la ansiedad de la esposa, se siente impotente para ayudar. El desea participar positivamente, pero la esposa no se lo permite, opta por escondérse en el trabajo porque le ofrece una vía para descargar tensión, o a veces en relaciones extramatrimoniales y extrafamiliares. Además, los otros hijos pueden pasar por un período de ajuste afectivo donde es posible encontrar hostilidad entre los distintos miembros, competencia, celos, o cambios de responsabilidades.

Esta etapa requiere atención en salud, ya que el RN depende de su familia para sobrevivir y alcanzar el desarrollo óptimo. Si los profesionales de la salud, específicamente la(el) enfermera(o) conocen los riesgos de cada etapa del ciclo vital familiar, así como el proceso que se sigue y detectan la crisis y los recursos para superarla contribuirán a prevenir y mantener la salud de la familia.

Klaus & Kennel (1983) han identificado el proceso de vinculación del neonato/madre. El proceso comprende aspectos significativos desde antes del embarazo hasta la etapa postnatal, que pueden ser catalogadas como las que favorecen (positivas) o las que limitan (negativas) el vínculo o aceptación del RN en la familia. En esta forma se puede establecer cuales familias tienen dificultades para vincularse con su nuevo hijo. Estas son prioritarias para recibir atención de salud (ver anexo 1).

Según estos autores, la información sobre cada aspecto debe ser obtenida paulatinamente, a través de controles prenatales, en el parto y en el postparto. Esto implica que la(el) enfermera(o) tenga la oportunidad de hacer seguimiento de los casos durante todas las fases de la gestación, nacimiento y desarrollo temprano del nuevo miembro de la familia. En casos en los cuales no sea posible obtener la información durante la etapa prenatal, se completará en el postparto. Las técnicas que se utilizan para recolectar la información son la entrevista y la observación sistemática y los registros consignados por profesionales de la salud.

Otros autores enfatizan en que la valoración y seguimiento debería practicarse en todas las familias en expansión, puesto que con ello se pueden prever posibles dificultades, intervenir durante los diferentes períodos con el fin de analizar y en lo posible modificar aquellos aspectos que limiten el proceso de vínculo de RN/familia. Sin embargo, como en la mayor parte de los casos ello es imposible, el profesional de la salud deberá por lo menos tener en cuenta que cuando la situación es adversa, es más importante su papel profesional, ya que son más personas las que requieren su intervención y apoyo.

A continuación se describen los aspectos que deben ser explorados en cada estadio:

1. Embarazo

a) Indagar la historia personal de crianza de los padres. Si el embarazo fue planeado o no. Valorar este aspecto ayuda a explorar problemas con anticipación, particularmente durante el primer trimestre de la gestación. Algunas parejas se manifiestan alegres ante la preñez, así ésta no fuese planeada, mientras que para otras significa la ruptura, genera discusión, preocupación, problema, o crisis (que pueden ser resueltas o no posteriormente).

b) Discutir cual es el sentimiento de los padres y demás miembros de la familia frente al embarazo, teniendo presente los cambios y efectos a nivel económico, de manejo del hogar, a nivel de las relaciones interpersonales y reacciones ocasionadas. Estos aspectos determinarán la conformidad y aceptación de la gestación. (Entre menos sea el efecto negativo en los recursos de la familia, será más favorable para el vínculo entre el RN y la familia).

c) Investigar si se acepta el feto como una persona. Si el feto es considerado como una persona posiblemente se notará en las madres y familia que: (I) El feto adquiere una identidad propia (nombre, ropa, un lugar en el hogar); (II) Se identifican y aclaran los temores de la pareja y los otros hijos si los hay, sobre posibles anormalidades y problemas; (III) Se determinan y ventilan aquellas fuentes de preocupación, como por ejemplo, posibles abortos anteriores, la infidelidad del padre, etc.

d) Detectar signos de rechazo al embarazo: (I) La gestante aumenta las quejas físicas y frecuencia de solicitud de consultas "injustificadas" sin hallazgos patológicos o preocupantes en la valoración; (II) La familia o alguno de los miembros manifiesta cambios en el ánimo tendientes al descontento y a la "depresión"; (III) Aparecen preocupaciones exageradas frente a posibles anormalidades del feto sin causa justificada; (IV) La familia no presenta ninguna preocupación o interés por preparar cosas para el futuro bebé, teniendo las posibilidades para ello.

e) Percepción que tiene la madre y la familia de la "cultura hospitalaria": (I) En ocasiones, la imagen que se tiene de las instituciones de salud, del personal hospitalario, de las políticas de estadía, y de las oportunidades que la madre y la familia participen de la atención, crea tensión y temores injustificados. Algunas veces es importante para vencer estos temores que la familia y específicamente la madre conozcan con anterioridad al parto el servicio de maternidad, la sala de observación, las personas que posiblemente se relacionarán con su atención, etc.

2. Condiciones del parto.

a) Indagar si la madre o los padres fueron preparados para el parto y si dicha preparación fue efectiva durante el trabajo de parto.

b) Examinar si durante el trabajo de parto, la madre recibió apoyo de personas significativas (padre, otros) o por el contrario este período lo afrontó sola.

c) Conocer las condiciones del parto y el alumbramiento.

d) Conocer las condiciones de salud del neonato.

3. Explorar las condiciones de contacto del RN con la madre o los padres durante el postparto inmediato.

El período postparto inmediato es llamado también "período maternal sensitivo" (Klaus y Kennel, 1983) entre la madre y el RN, ya que en este tiempo se produce el primer intercambio de señales entre ellos. Este tiempo es tan definitivo que crea lazos afectivos permanentes de aceptación o rechazo o ambivalencia entre los padres,

(especialmente la madre) y el neonato que se acentúan durante el primer año de vida. Cuando hay dificultades el infante puede manifestarse con ansiedad, llanto, vómito, cólico y estancamiento en el peso sin causa patológica física que lo justifique.

Existen circunstancias en que no existe ningún contacto entre el RN y la madre en el postparto por rutina de los servicios, por estadios críticos de la madre, o por estrés en el RN que demanda oxigenoterapia, maniobras de resucitación, o incubadora. Aunque las situaciones adversas sean resueltas y no hayan consecuencias negativas aparentes, estos hechos perturban el proceso inicial de interrelación entre el RN y sus padres (madre, especialmente) (Klaus y Kepel, 1983, Walhver, 1982).

Siendo este periodo definitivo es conveniente explorar si en el postparto inmediato la nueva familia tuvo o no la oportunidad de desarrollar una sensibilidad afectiva mediante la privacidad, el contacto y el intercambio de señales (contacto visual, táctil, intento de succión, etc.).

4. Explorar las condiciones del postparto mediato.

En esta etapa la(el) enfermera(o) debe examinar las respuestas afectivas de la familia y el RN. En esta etapa, la labor se centra más que todo en una observación sistemática de la relación madre-hijo durante su estadía en el hospital. La observación comprende los siguientes aspectos:

- a) La expresión de sentimientos (ya sean positivos o negativos) de la madre/familia y otros hacia el RN.
- b) Las expresiones, comentarios y actitudes de los padres y otros frente a la atención que se ofrece en la institución.
- c) La forma en que el niño recibe el cuidado de la madre y si solicita y acoge la ayuda que se le proporciona.
- d) Si la madre y su RN esperan y reciben visitas de los demás miembros de la familia.
- e) Las actitudes de la familia en el momento de la visita.

En resumen, valorar cada uno de los elementos que favorecen o limitan el vínculo entre el RN y su familia implica tener en cuenta aspectos del embarazo, el parto, y el postparto. Además, implica involucrar las circunstancias, los cambios, las expresiones físicas y afectivas de las personas involucradas, así como la operatividad de la institución hospitalaria.

III. SEGUIMIENTO DE LA FAMILIA DEL RN CON PROBLEMAS DE SALUD

En esta sección, la meta es proponer un modelo práctico de intervención con la familia en caso de que el RN presente problemas de salud. Esta labor requiere para su éxito un trabajo sistemático de los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, psicólogos, terapistas respiratorios, nutricionistas, trabajadores sociales.

Muchos de los RN son saludables, y esto es lo que espera la familia y el personal del hospital. Sin embargo, cuando el RN no lo es, él y sus padres requieren especial cuidado. Previo a la intervención con la familia, el equipo de salud y especialmente los médicos y enfermeras en el período de adaptación (etapa en que el bebé se mueve de la vida fetal a la vida como ser independiente) y en el período de transición (cubre las primeras 24 horas) debe intervenir con destreza y rapidez con el fin de evitar situaciones amenazantes para la vida del neonato. Esta atención exige la evaluación del neonato inmediatamente después del nacimiento, la determinación del "APGAR", la determinación de la edad gestacional, y el reconocimiento de lesión de nacimiento o anomalías congénitas.

Si la reanimación es requerida, y cuando se transfiere el RN a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) se practican múltiples procedimientos diagnósticos y de tratamiento (mantener la temperatura, prever hipoglicemias, administrar oxigenoterapia, practicar exámenes complementarios, etc.) que aseguran la "supervivencia" del RN. Esta atención inicial dirige y determina la asistencia posterior del infante.

A McCollum (1975) dice que las "actitudes de los padres son más significativas que la severidad de la enfermedad en determinar qué tan efectivamente un niño se ajusta a su quebranto de salud". Dice además que "cada fase de desarrollo tiene especial significado tanto para los padres como para el niño" (pág. 19). Si el equipo de salud integra al RN al seno de la familia lo más tempranamente posible (sin que su supervivencia se vea amenazada) la familia propiciará la interacción afectiva, la retroalimentación de respuestas mutuas y finalmente repercutirá en beneficio de la acción conjunta del equipo de salud y la familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, los profesionales que pretenden crear un programa de atención al RN dentro del contexto familiar deben: a) establecer objetivos de acuerdo con las metas y propósitos de las instituciones de base; b) distribuir funciones entre los profesionales del equipo de salud, según la capacitación, las habilidades, las destrezas y de acuerdo con las condiciones de la madre durante los estadios del ciclo perinatal y del neonato; c) asegurar formas de comunicación efectivas con la familia (por ejemplo teléfono disponible 24 horas para recibir y dar información) y entre los profesionales vinculados; d) elaborar

protocolos de atención de acuerdo con las situaciones clínicas, y el sistema de control que se adopte; e) establecer sistemas de registro de información para la institución y para la familia; f) definir y diseñar sesiones de trabajo con la familia, así como desarrollar material educativo.

Los parámetros generales de seguimiento familiar se deben establecer según las necesidades identificadas y las metas inmediatas y a largo plazo. El planeamiento debe ser realista, oportuno, (debe tener presente las condiciones físicas y emocionales de la madre/padre/familia) aceptado y comprendido por la familia. Además, exige un sistema de retroalimentación y control permanentes, tanto para el proceso que implanten los profesionales de salud como para la familia (ver Anexo 2).

Una vez el RN con problemas de salud y su familia se vinculen al programa se debe dar cumplimiento a los requisitos establecidos por el equipo de salud antes de darle de alta del hospital. Entre los requisitos son puntos claves los siguientes:

- a) Valorar y visitar la familia antes de la salida del RN. Esta visita puede practicarse en la etapa prenatal en madres de alto riesgo donde se sospeche la posibilidad de que el infante tenga problemas.
- b) Decidir si el RN: (I) Es un candidato para darle de alta mediante una valoración física completa; (II) Hay RNs que como resultado de la valoración podrían ser transferidos al hogar, pero la familia no está lista para asumir la responsabilidad. En estos casos, se establecen cuales deben ser las características de la familia que indiquen que el RN pueda ser transferido al hogar. Estas características se evaluarán en una valoración posterior, (III) No es apto para ser transferido.
- c) Definir parámetros clínicos para transferir el RN al hogar mediante hallazgos de la valoración. Por ejemplo, el estado de conciencia alerta, la permeabilidad de las vías respiratorias, el peso, los datos de laboratorio como glicemia, las facilidades de desplazamiento del hogar al hospital rápidamente. Estos parámetros variarán de acuerdo con limitaciones que tengan los niños y los criterios que establezca el equipo de salud del programa.
- d) Preparar a la familia para recibir al RN antes de que se le de alta del hospital, de tal forma que esta asegure la continuidad del cuidado y permita a la familia sentirse lista: (I) Modificaciones locativas de la casa necesarias para el RN/madre; (II) Identificar qué labores debe efectuar la madre por el RN y determinar en cuales requiere ayuda; (III) Precisar las necesidades de aprendizaje de la madre para practicar procedimientos especiales, determinar el momento en que será entrenada y asegurar que realmente lo logre (ver Anexo 3); (IV) Identificar quien más puede ser entrenado para que ayude a la madre y cuando su condición no lo permita, asumir toda la responsabilidad del cuidado del bebé.

PLAN DE SALIDA: TRANSFERENCIA DEL RN CON PROBLEMAS DE SALUD AL HOGAR

Existe un sinnúmero de conflictos en el curso de la enfermedad del neonato durante la hospitalización que competen al equipo de salud y a la familia. Estos problemas sobrevienen cuando se realiza el diagnóstico, y luego en el proceso de control curación y en la eventual muerte del niño. Además están las dificultades que ocurren cuando los padres se enfrentan a la tarea de cuidar al niño en el hogar. Para la familia es de gran trascendencia ya que asume toda la responsabilidad, que en el hospital habían compartido con el equipo de salud.

Entre los aspectos a tratar en el momento de transferir al RN con problemas de salud se debe:

a) Advertir a la familia que habrá un periodo de ajuste en los primeros días de la llegada del RN/madre. Es necesario señalar que habrá cambios en los roles precipitados por la situación, que requieren esfuerzo y paciencia para lograr algún nivel de estabilidad aceptable. El fomento de la expresión de sentimientos, de la comunicación de las preocupaciones para disminuir el estado de angustia y en fin el desarrollo de todo tipo de interacciones comunicativas, es importante para que los padres puedan compartir sus temores provocados por la remoción del niño del ambiente seguro que le proporciona el hospital.

Es conveniente comentar a los padres que el comportamiento del bebé en los primeros días de estancia en el hogar serán distintos a los que ellos habían observado en el hospital ya que el entorno y los estímulos son diferentes. Por ejemplo, el sueño, la forma de llorar, y a la forma de aceptar el alimento.

b) Vincular la familia a grupos de familias con problemas similares. Este aspecto debe ser manejado con extremo cuidado ya que los grupos son heterogéneos, pueden ocurrir comparaciones competitivas con los otros infantes, y cada familia tiene su propio paso en el proceso de ajuste. Si el equipo de salud decide hacer este tipo de vinculación, es aconsejable, en primera instancia, estar seguro de que la familia ha alcanzado la fase de estabilización, para que puede compartir expectativas y experiencias sin que se sienta sancionada y juzgada frente a los otros, que la lleven, por presión, a reportar información falsa para mantener una imagen positiva frente al grupo o ante los profesionales de la salud. Es importante que en la fase de Aflicción y de Adaptación Gradual solamente el equipo de salud sea la fuente de apoyo para que se ventilen las preocupaciones, dudas, sentimientos, etc., donde la comunicación será según la necesidad de los padres, a través del teléfono, las sesiones de consejería, los controles, las visitas familiares, etc.

c) Suministrar a la familia material impreso que guíe el cuidado y que se tenga como "anecdotario" donde la familia registre (ojalá una

persona se responsabilice) los cambios del RN, las dudas en el cuidado, y las condiciones que sean conflictivas. Este sistema de registro permite que: (I) No se olviden detalles por aclarar en el momento de consulta. (II) De aspectos que al chequear en el RN en la consulta o en la visita al hogar se le escapan a la enfermera.

d) Suministrar a la familia un registro de citas a cumplir en la institución, las fechas acordadas para las visitas domiciliarias, el nombre del personal que le brindará atención, y los números telefónicos de la institución a donde la familia pueda solicitar ayuda.

e) Suministrar a la familia una lista de chequeo que permita registrar: (I) Cómo vive la familia el proceso. Para obtener esta lista, la familia debe recibir instrucciones claras al respecto; (II) La efectividad o limitaciones de las tareas enseñadas; (III) Los elementos que facilitan o entorpecen la etapa de transferencia al hogar.

Es importante que en la Historia Clínica se registren los datos del "anecdotalio" y cómo percibe el equipo de salud el proceso.

f) Cuando llegue el día de salida del RN del hospital se deben haber cumplido las siguientes etapas: (I) valoración del RN y su familia; (II) planeación de la acción de la familia en el hogar y las del RN y su madre; (III) implementación de acciones necesarias para recibir el RN en el hogar, (IV) evaluación de resultados; (V) planeamiento de la salida del Rn.

El seguimiento ambulatorio de la familia debe practicarse mediante los controles por consulta externa y las visitas domiciliarias. La frecuencia de estos dependerá de cada familia, aún cuando se espera que en el período posterior al egreso sean mayores en número.

Tanto las visitas como las consultas deben ser programadas por el equipo de atención. Deben planearse como sistema de control visitas familiares con autorización de la familia pero sin que ellos conozcan el momento en que estas se efectuarán ya que de esta forma se confirma el interés que el programa tiene en sus integrantes, se verifica si las instrucciones y tareas asignadas realmente se cumplen, y se suministra ayuda en caso de que sea necesario.

El seguimiento debe ser llevado a cabo por lo menos durante el primer año del niño manteniendo el mismo entusiasmo que cuando el equipo de salud y la familia se comprometieron, aplicando consistentemente los parámetros clínicos, administrativos y educativos acordados.

En ingenuo pensar que todo este proceso es estático. Por el contrario, siempre tendrá "subidas" y "bajadas" que sacudirán a la familia y al equipo de salud. Si se presentan en cualquier momento situaciones de salud adversas para el niño, o la familia se estanca en la "adaptación

gradual" reaparecerán las escenas de temor y crisis como en el primer día. Para el óptimo manejo del niño y su familia en cada crisis, la familia debe ser examinada entendida y guiada teniendo presente los aspectos físicos, psico-emocionales del niño y la familia.

CONCLUSIONES

1. El trabajo con el individuo en el contexto familiar es un compromiso, una responsabilidad con la familia, y con la Enfermería como profesión. El trabajo con el recién nacido no es una excepción. Es una labor que se hace a través del tiempo, fortaleciendo la salud, afrontando las dificultades de las enfermedades como eventos tensionantes que afectan el sistema familiar y a cada uno de sus miembros.
2. En cada estadio del ciclo perinatal existen condiciones y eventos satisfactorios y críticos que moldean el vínculo del RN a la familia. Los profesionales de la salud deben explorar la situación y determinar las formas más adecuadas de intervención.
3. El seguimiento familiar es un proceso longitudinal en el tiempo, de constante exploración-decisión-acción durante la fase de expansión familiar. El ciclo perinatal y el primer año de vida del niño y su familia son el centro de atención del equipo de salud, el cual establece parámetros de manejo y control.

BIBLIOGRAFIA

AMAYA DE PEÑA, P. *Ecological Models for Nurse Practitioner in Family Health.* Tesis de Master no publicada. State University of New York at Stony Brook, Stony Brook, NY, 1983.

AMAYA DE PEÑA, P. Cuidado Primario de la Salud, Enfermera Practicante y Familia Revista ANEC, 1983, 40, 50-63.

AMAYA DE PEÑA, P. Atención Primaria en el Área Médico-Quirúrgica. Trabajo no publicado. Universidad Nacional, Bogotá, 1986.

BARNARD, K.E., BLACKBURN, S. & KANG, R. Las primeras relaciones entre los padres y el niño. OPS/OMS, 1982.

BILLE, D.A. *Practical Approaches to Patient Teaching.* Boston: Little, Brown Co., 1981.

EYS, J. *The normally sick child.* Baltimore: University Park Press, 1979. Goldemberg, I. Goldemberg, H. *Family Therapy: an overview,* Monterrey: Books/Cole Publishing Co., 1980.

JOHNSON, A.H. Toward Clarification of objectives for family practice and family medicine. *The Journal of Family Practice* 1975, 2, 115-118.

JUBITZ, A. Enfoque de riesgo perinatal. En J. Botero, A. Jubitz, G. Henao, *Obstetricia y Ginecología*. Cali, 1985.

KAGAN, R. El proceso de la familiarización de la madre y el niño. En M.L. Duxbury y P. Carroll, (Eds.) *Las primeras relaciones entre los padres y el niño* OPS/OMS, White Plains, NY: 1982.

KLAUS, M.H. KENNELL, J.H. Care of the mother, father, and infant. En I.R. Merkatz, (Ed.) *Neonatal-Perinatal Medicine. Disease of the Fetus and Infant*. St. Louis: The C.V. Mosby Co., 1983.

MARTIN, L. *Health Care of Women*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1978.

McCOLLUM, A.T. *The chronically ill child. A guide for parents and professionals*. New Haven/London: Yale University Press, 1975.

MERK, P.F. *Perinatal Care and Care of the Newborn in the Delivery Room*. In R.L. Schreiner (Ed.) *Care of the Newborn*. New York: Raven Press, 1981.

SAMMONS, W. *Premature Behavior and the Neonatal Intensive Care Unit Environment*. EN J.P. Cloherty (Ed.) *Manual of Neonatal Care*, Boston: Brown Co., 1980.

SCHMITT, B.D. *Child Protection Team*. Denver: University of Colorado, 1976.

SMILKESTEIN, G. The cycle of Family Function: A conceptual Model for Model Medicine. *The Journal of Family Practice*, 1980, 11, 223-232.

WHALBERG, V. Reconsideration of Credé Prophylaxis. A Study of Maternity and Neonatal Care. *Acta Scandinavica Suplemento* 295, 1982.

ANEXO 1**DETECCION DE RIESGO DE NO-VINCULO DEL RECIEN NACIDO A LA FAMILIA DURANTE LA ETAPA PERINATAL****DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre del informante: _____

Familia _____ Historia No. _____

Pareja SI/NO Pareja con hijos SI/NO Madre solamente SI/NO

Padre solamente SI/NO Madre con hijos SI/NO

Nombre de la Madre: _____ HISTORIA No. _____

Periodo de diligenciamiento del formulario _____

Fecha: PN _____

Parto _____

P/P Inmediato

P/P mediato _____

Otro: _____

Riesgo materno/fetal

Ninguno _____

Bajo _____

Medio _____

Alto _____

Otros datos pertinentes:

EVENTOS		+	-	Observaciones
Historia familiar de crianza				
Embarazo				
Conformidad				
Aceptación				
Aceptación del feto/persona				
Sig. de rechazo				
Cultura Hospitalaria				
Resumen				
Plan				
Responsable				

CONDICIONES DEL PARTO	+	-	Observaciones
Preparación del parto			
Utilización de preparación			
Apoyo durante el parto (quien)			
Cond. de parto y alumbram.			
Resumen			
Plan			
Responsable			

POSTPARTO INMEDIATO	+	-	Observaciones
Condiciones del RN			
Contacto del RN/padres			
Privacidad			
Intercambio de señales			
Resumen			
Plan			
Responsable			

POSTPARTO MEDIATO	+	-	Observaciones
Expresión de sentimientos			
Actitud padres con RN			
Actitud de otros			
Cuidado de madre al RN			
Madre acoje recomend.			
Visitas (expectativa, freq.)			
Actitud de visitantes			
Resumen			
Plan			
Responsable			

El signo (+) significa que la situación u observación favorece el vínculo del RN a la familia. Por el contrario, el signo (-) lo limita o entorpece. Cada aspecto a analizar debe ser calificado con una X.

Los espacios para observaciones deben ser completados para practicar descripciones de hallazgos. El espacio Resumen se completará con aspectos que sinteticen los hallazgos y el planeamiento de actividades y la evaluación del efecto de la acción.

ANEXO 2**SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y SU FAMILIA
LISTA DE CHEQUEO**

Apellidos de la Familia:

Paterno: _____ Materno: _____

Fecha del parto: _____ Edad RN: _____

Nombre RN: _____ Est. clínico: _____

Localización del _____

RN: _____ UCI _____ Sala observación _____ Serv. Pediatría _____

Fecha: _____

ELEMENTOS	SI	NO	RESULTADO
1. Visita familiar previa a salida del RN			+
2. RN candidato a valoración por egreso			-
3. Familia lista para recibir al RN			
4. RN no apto para dejar el hospital			
Observaciones			
PREPARACION DE FAM. PARA RN/MADRE	SI	NO	
1. Modificaciones locativas del hogar			
2. Identificación de necesidades educativas			
3. Se practicó entrenamiento de la madre			
4. Resultados positivos			
Observaciones			
PLAN DE SALIDA PARA EL RN	SI	NO	
1. Advertencias de comportamiento del RN			
2. Vinculación de la familia a grupo			
3. Anuncio medios de comunicación con F.S.			
4. Entrenamiento para manejo de registros			
5. Suministro de material impreso			
6. Suministro de anecdotario			
7. Suministro de listas de chequeo			
8. Suministro de citas de seguimiento			

ANEXO 3**SESIONES EDUCATIVAS**

Las sesiones educativas deben ser planeadas para la madre y otras personas de la familia que participarán de la responsabilidad de la atención del RN. Las sesiones pueden ser planeadas para cada familia individualmente o en grupos dependiendo de las necesidades identificadas.

Principios Generales

1. Identificar las necesidades de aprendizaje según las experiencias anteriores de la madre relacionadas con el cuidado del RN.
2. Identificar las necesidades de aprendizaje según las exigencias clínicas.
3. Definir las sesiones de enseñanza manteniendo en mente objetivos operacionales, y el tipo de unidades a desarrollar.
4. Diseñar los instrumentos de control de los tópicos a enseñar, de las dificultades y de los resultados obtenidos.
5. Elaborar el cronograma tentativo de las sesiones teniendo en cuenta: el estado de salud y ánimo de la madre, señalando la prioridad de tópicos y el lugar donde serán practicadas. En ocasiones éstas pueden ser desarrolladas en el hospital y en otras conviene que se hagan en el hogar ajustando recursos que la familia posee.
6. Las sesiones que impliquen desarrollar destrezas deben ser limitadas a pequeñas unidades para que se logre el objetivo. Estas son de gran importancia y requieren de la enfermera demostrar habilidades para que luego el aprendiz las realice bajo su supervisión.
7. Cada sesión debe ser evaluada y acompañada de material impreso para que la familia conserve y consulte cuando lo requiera como guía.