

Herramientas clínicas y conocimientos del sector de enfermería sobre la población de los Servicios de Maternidad y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

^{1,2,3}María Laura Salas*, ^{4,5}Pablo Domingo Depaula

¹Universidad Nacional de La Plata

²Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIII)

³Hospital Zonal de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez

⁴Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro de Investigaciones Sociales y Humanas para la Defensa

⁵Universidad de la Defensa Nacional, Facultad del Ejército,
Colegio Militar de la Nación

* Contacto: lic.salasmarialaura@gmail.com

Resumen: La presente investigación tiene el objetivo de indagar herramientas clínicas, formación y conocimientos existentes del sector de enfermería acerca de la población con la que trabajan dentro del ámbito de hospitales públicos. A través de un abordaje cuali-cuantitativo, se entrevistó a enfermeros/as que trabajan en Maternidad y UCIN. Luego del análisis se concluyó que los profesionales que trabajan en los sectores de Neonatología y Maternidad poseen escasa formación académica en relación a aspectos psíquicos y emocionales de la población objetivo, como así también un desconocimiento de los beneficios de la comunicación terapéutica, tanto para ellos como para las familias que asisten. Asimismo, los resultados arrojan que los profesionales transitan, en su labor diaria, numerosas situaciones de estrés que los convocan a adoptar estrategias individuales y artesanales para afrontarlas.

Palabras Clave: Maternidad-paternidad, puerperio, comunicación terapéutica, agentes de salud (enfermeros/as), síndrome de burnout

Abstract: The present investigation has the objective of investigating clinical tools, training and existing knowledge of the nursing sector about the population with which they work within the scope of public hospitals. Through a qualitative-quantitative approach, nurses who work in Maternity and NICU were interviewed. After the analysis, it was concluded that the professionals who work in the Neonatology and Maternity sectors have little academic training in relation to psychic and emotional aspects of the target population, as well as a lack of knowledge of the benefits of therapeutic communication, both for them and for themselves for families who attend. Likewise, the results show that professionals go through, in their daily work, numerous stressful situations that call them to adopt individual and artisan strategies to face them.

Keywords: Maternity-paternity, puerperium, therapeutic communication, health agents (nurses), burnout syndrome

En general, la experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) conlleva al planteo del siguiente interrogante preliminar, ¿El personal de salud está preparado para alojar a las familias y acompañar los procesos que se despliegan? ¿Cuentan con las herramientas necesarias para convivir con todas aquellas emociones, sentimientos, incertidumbre, cambios y angustia que surgen en estos espacios?

Tomando los aportes de Oiberman (2013), se realiza un cambio profundo de la mirada hacia la maternidad. Es así como el nacimiento es considerado, de manera universal, una crisis vital evolutiva, lo que implica entender el proceso de la maternidad como un hecho que excede el aspecto biológico. Por lo que el estudio de la maternidad, y su abordaje, se debe realizar desde un enfoque interdisciplinario, bajo la concepción del individuo como un ser bio-psico-socio-cultural. Se trata de una construcción sociocultural que deja una huella en el psiquismo de las mujeres. Existe una diferencia entre el aspecto biológico de la maternidad y lo que representa el concepto de maternaje. Este último, incluye los procesos psicoafectivos que se despliegan en la mujer en ocasión del nacimiento de un hijo/a, dando lugar a una crisis vital que afecta a toda la familia (Oiberman, 2013). No se trata solo del embarazo en sí, sino del embarazo, el parto y el puerperio. Esta crisis vital y evolutiva será transitada por cada mujer en base a varios factores, siendo necesario tener en cuenta la historia personal de la mujer, la

estructura de su personalidad, su situación actual, las características del bebé y la ubicación de este niño/a en el encadenamiento histórico de su familia (Oiberman, 2004). Stern (1997) concluyó que el momento concreto del nacimiento puede ser cuando una mujer se convierte físicamente en madre, pero el nacimiento psicológico de una madre resulta más complejo. El relato del nacimiento se convierte en una combinación de hechos, fantasías y mitos. Sea cual sea la composición, sigue siendo una guía narrativa vital que marca el camino de la maternidad. Es indudable que la experiencia del nacimiento influye en la relación temprana de la madre con subbebé (Stern, 1997).

El embarazo y puerperio constituyen un período de máxima vulnerabilidad provocado por los cambios hormonales, físicos, sociales y psíquicos. En esta etapa, hay una mayor probabilidad de que surjan trastornos psíquicos que repercuten en el estado emocional, físico y psicológico, afectando tanto a la familia como al vínculo con el bebé. Los mismos han sido categorizados como: el baby blues, la depresión post parta y la psicosis posparto.

El baby blues es el más frecuente de los cuadros mencionados, con una prevalencia entre el 50% y 80% de los casos (Desi Sarli et al., 2019). Existe la presencia de una labilidad emocional y tristeza frente a la imposibilidad de responder a ciertas demandas de su hijo/a, ansiedad e irritabilidad, siendo un estado transitorio que no resulta patológico, aunque puede aumentar el riesgo de padecer una

depresión posparto, por lo que es necesario visibilizarlo, acompañar y disminuir los factores de riesgo. Por otro lado, se encuentra la depresión puerperal afectando al 20% de las personas gestantes; en varias ocasiones, se puede observar algunos indicios de su presencia durante el embarazo, momento crucial para prevenir futuras dificultades. Requiere un tratamiento y acompañamiento por parte de un profesional de la salud. Por último, una o dos de cada mil mujeres pueden presentar lo que se denomina psicosis puerperal; trastorno que suele aparecer de manera brusca a los pocos días del nacimiento o incluso en los primeros meses, requiriendo una intervención inmediata y un acompañamiento continuo de parte de los profesionales de la salud mental como así también de la red de sostén; la psicosis puerperal se caracteriza por la presencia de un estado onírico y de confusión aguda en las mujeres que la padecen. Se requiere de un acompañamiento continuo y una atención integral (González Castro et al., 2016).

En base a lo expuesto, los profesionales de la salud deben conocer y familiarizarse con los síntomas e indicadores de cada uno de los cuadros mencionados y de esta manera aprender a reconocerlos, comprender los factores de riesgo y poder propiciar una intervención oportuna y temprana. Es importante resaltar el hecho de que los principales factores de riesgo de la depresión postparto son de carácter psicosocial, por lo cual es importante conocer la realidad que atraviesa la persona.

Existe una multiplicidad de factores que influyen en esta etapa particular de la vida de la persona gestante y el personal de salud es un eslabón fundamental en este momento, para cuidar y prevenir posibles inconvenientes y/o dificultades. Se evidencia que, en un gran porcentaje, no son diagnosticadas, pero sí son caracterizadas o etiquetadas como madres incapaces de cuidar de sus hijos/as (Catello López, 2006; Desi et al., 2019; González Castro et al., 2016; Maldonado, 2011; Serdán Medina, 2013). Al respecto, Serdán Medina (2013) plantea que “en determinados casos, como resultado de la falta de una intervención apropiada, pueden presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo” (p. 185).

Si después del nacimiento se produce la internación del bebé en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal, se genera lo que se denomina una crisis circunstancial y accidental, la cual complejiza el proceso propio de la maternidad y la crisis vital y evolutiva que la misma conlleva (Oiberman, 2013). Frente a la internación, la pareja parental se encuentra en un lugar totalmente desconocido y siente miedo, angustia, tristeza, ansiedad, etc. Esta situación viene a romper con el equilibrio de la familia; en cuestión de poco tiempo, debe adaptarse a este contexto particular para acompañar a su hijo/a, siendo los profesionales de la salud, quienes deben favorecer, propiciar y acompañar dichos procesos de adaptación (Dierssen-Sotos et al., 2009).

Varios autores estudiaron las necesidades de las familias cuando un ser querido ingresa a la UCIN, demostrando que el principal requerimiento es en torno a la comunicación con los profesionales, donde el acompañamiento y la empatía resultan ser los pilares. Necesitan que la información sea clara, precisa, ser escuchados y acompañados en dicho momento. De esta manera, es que el acompañamiento, la comunicación y cómo realizarla se convierten en una de las herramientas más valiosas en estos espacios cargados de angustia, miedos e incertidumbre (Achury et al., 2016; Dierssen-Sotos et al., 2009; Escudero et al., 2013; González et al., 2007; Leal-Costa et al., 2016; Llamas-Sánchez et al., 2008; Murillo Pérez et al., 2014; Pardavila Belio et al., 2011; Sánchez-Vallejo et al., 2016).

Algunas instituciones y equipos de salud trabajan desde el paradigma de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia a fin de promover una atención que englobe al paciente y a su familia considerándolos como unidad de tratamiento (Unicef, 2012). Un trato humanizado trae como resultado una mayor satisfacción de los sujetos que transitan por el sistema de salud.

En el estudio realizado por Gutiérrez et al. (2008), se considera que la humanización no es parte de la profesionalidad, no está incluida en la formación y es algo que queda a voluntad de cada profesional; por tanto, se sugiere hacer hincapié en mejorar este aspecto, a la hora de pensar y revisar la formación académica. Por otro lado, se conoce que los profesionales de

enfermería son los agentes que mantienen un contacto más estrecho, cotidiano y permanente con la familia dentro de los servicios. Deberían tener una formación en el manejo de situaciones de alto contenido emocional, estrés y angustia, e incorporar a su labor diaria la comunicación efectiva con los familiares del paciente crítico, a través de una atención integral. Sin embargo, se evidencia que, en general, no cuentan con las herramientas suficientes para enfrentar dichas situaciones (Gutiérrez et al., 2008). La relación que existe entre el personal de salud, los pacientes y sus familias es sumamente compleja, poniéndose en juego factores emocionales, éticos, físicos y psíquicos.

Resulta necesario que se trabaje continuamente la calidad de la comunicación y se haga hincapié en una formación apropiada de la misma, donde se aborden herramientas de trabajo cotidiano que favorezcan evitar estados de agotamiento, lo que afectaría no solo al profesional en el área personal sino también a su desempeño laboral (Cebrià et al., 2006; Sánchez-Saldivar et al., 2009). Es así que este tipo de profesionales son considerados una población de riesgo de padecer el síndrome de burnout, el cual se caracteriza por una determinada sintomatología teniendo consecuencias a nivel laboral, grupal e individual (Leal Costa et al., 2015; Llor Lozano et al., 2020; Rendón Montoya et al., 2020). Se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud distante frente al trabajo, una sensación de ineficacia y baja autoestima en su labor diaria, y por la

pérdida de habilidades para la comunicación, dando lugar a una baja calidad de atención y a un elevado malestar generalizado (Llor Lozano et al., 2020).

Los estudios demuestran que la formación en el área de las habilidades de comunicación es una estrategia fundamental para prevenir estas posibles patologías y para propiciar una atención integral de calidad, donde los pacientes y los profesionales logren obtener una mayor satisfacción (Epstein, 2001; Leal Costa et al., 2015; Llor Lozano et al., 2020; Lucas-Milán et al., 2015). Está demostrado que el desarrollo de las competencias comunicativas permite propiciar una atención integral de los sujetos que transitan los espacios de Maternidad y UCIN. Según Molinuevo et al. (2014), “Recientemente se ha demostrado que el entrenamiento en habilidades comunicativas tiene efectos a largo plazo, sobre todo en relación a la percepción de autoeficiencia” (p. 121), por lo tanto, la comunicación tanto verbal como no verbal es un factor determinante en los servicios de salud (Cilla Intxaurreaga et al., 2016).

Método

Diseño

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje mixto (cualitativo y cuantitativo) el cual se desarrolló durante los años 2019 a 2021 en dos maternidades públicas, una ubicada en el conurbano bonaerense y otra en el interior de la provincia de Buenos Aires.

Participantes

La muestra, de tipo no probabilística intencional, se integró de 30 profesionales; 19 agentes de salud se encontraban ejerciendo su profesión en el servicio de Neonatología y 11 en el servicio de Maternidad. La mitad de la muestra pertenecía al hospital bonaerense y la otra mitad al hospital del interior de la provincia de Buenos Aires. La media de edad de los entrevistados fue de 35 años. El 77% se autopercibía mujer y el 23% hombre.

Instrumentos

El diseñó un instrumento de recolección de datos sociodemográficos y una entrevista semi-estructurada, la que se administró de manera presencial en cada uno de los servicios de ambas instituciones. Las preguntas se centraron en el dinamismo y las situaciones previas a la Pandemia COVID-19, relacionadas a los objetivos específicos de la presente investigación y a los siguientes supuestos básicos: 1) Los profesionales de enfermería que trabajan en los sectores de Neonatología y Maternidad reciben una escasa formación académica con relación a aspectos psíquicos y emocionales de la población objetivo de estos sectores; 2) Existe un escaso conocimiento de los beneficios de la comunicación terapéutica y las herramientas para llevarla a cabo.

Procedimiento

El instrumento confeccionado fue aplicado exclusivamente a los enfermeros de los

servicios de Maternidad y UCIN. Con el consentimiento de las autoridades de los dos hospitales de cuyo personal fue extraída la muestra, se programó la administración de entrevistas semi-estructuradas bajo la modalidad "presencial", dirigidas a recopilar datos sociodemográficos (i.e., edad, profesión, año de graduación, género autopercebido, antigüedad en el cargo) e información cualitativa en base al diseño de una "guía de pautas", a saber: 1) ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el servicio? ¿Siempre estuvo en el mismo servicio? En caso negativo, especificar cuáles y motivo del traslado; 2) Durante su formación como profesional ¿Escuchó el concepto de «comunicación terapéutica»? En el caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar ¿Dónde?, ¿Qué entiende usted por comunicación terapéutica?; 3) Para desempeñar su trabajo en el servicio, ¿Le exigieron realizar alguna capacitación relacionada con el mismo? En caso de que sea afirmativo, ¿Cómo fue? ¿De qué se trató? ¿Dónde la realizó?; 4) El hospital público en el que desempeña sus actividades, ¿Cumple con los requisitos del paradigma de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)?; 5) En la Maternidad, ¿Las mujeres internadas pueden estar acompañadas de sus familiares/pareja/referente afectivo? Si la respuesta es negativa, ¿Existen excepciones? En el caso de que existan excepciones, explicitar en qué momento se permiten las mismas; 6) Los profesionales que circulan por el servicio, ¿Tienen una identificación?; 7) En el servicio de

Neonatología, ¿La pareja parental ingresa cuando lo desea? En el caso de que sea afirmativo, ¿Hace cuánto tiempo que el ingreso es irrestricto?; 8) ¿Cómo considera usted que impacta en la familia el tránsito por la UCIN?; 9) Cuando ingresa por primera vez la pareja parental/madre al servicio, ¿Cómo se procede? ¿Existe un protocolo o lineamiento en común? ¿Cómo es la manera de acompañar a la pareja parental dentro de la UCIN?; 10) Durante la internación (ya sea en maternidad como en la UCIN), ¿Considera que la madre -pareja parental- comprende todo lo que se le informa? ¿Le hacen muchas preguntas en relación a cuestiones médicas? Si es así, ¿Cómo procede en ese momento?; 11) ¿Cómo se siente trabajando en el servicio de UCIN en relación a la situación particular que atraviesan tanto las familias/bebés/pareja parental? ¿Usted se siente estresado? ¿Qué estrategias utiliza frente al estrés?

Durante la administración, las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados, al tiempo que se tomaron notas escritas a fin de recopilar datos u observaciones acerca de la comunicación no verbal u otras cuestiones que pudieran emerger durante las entrevistas.

La duración de los encuentros fue de entre 60 y 120 minutos aproximadamente, siendo realizadas en las oficinas, salas o *boxes* de los servicios sanitarios respectivos, contando con la infraestructura mobiliaria necesaria para desarrollar cómodamente las entrevistas (e.g.,

sillas). Todos los datos personales recolectados a lo largo de los meses en los que se desarrolló el estudio fueron resguardados conforme a las normativas y reglamentaciones bioéticas vigentes, bajo el estricto cumplimiento de la Ley Nacional Nro. 25.326 y su reglamentación. Los datos fueron sometidos a procedimientos de disociación, preservando el anonimato de los entrevistados, con motivo de evitar que la información pueda asociarse a una persona determinada, resguardando la identidad y la intimidad de cada uno de los participantes.

Cabe aclarar que, previo a la realización de las entrevistas, se presentó un consentimiento informado a cada profesional, explicándole las connotaciones del estudio a realizar, dando la posibilidad de interrumpir la entrevista si fuera necesario, y garantizando la confidencialidad de los entrevistados/as y de la información que ellos suministrarán.

Análisis de los datos

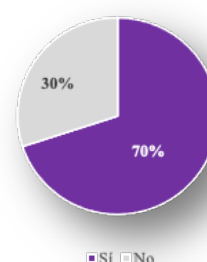
El análisis cuantitativo descriptivo se realizó sobre las variables sociodemográficas de interés para la investigación; el análisis cualitativo se realizó a través de la Teoría Fundamentada (Glaser, et al., 1967; Valles, 2007), arrojando categorías emergentes del discurso.

Resultados

Del total de los entrevistados, se observó que el 53% presentaba una antigüedad mayor a 10 años de profesión. El 63% desempeñaba

su labor en el servicio de UCIN y el 37% en Maternidad. Con respecto al conocimiento de la comunicación terapéutica y los beneficios de la misma, se halló que el 70% de los entrevistados reconocían el concepto de comunicación terapéutica, y el 30% lo desconocía (ver figura 1).

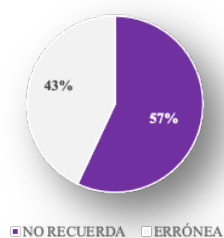
Figura 1. *Conocimiento del concepto Comunicación Terapéutica*



Nota. La mayoría de los enfermeros entrevistados expresó desconocer el significado de la Comunicación Terapéutica

Sin embargo, al momento de indagar acerca de la definición o de los beneficios de esta acción, la mayor parte de la muestra (57%) que expresó conocer el término, no recordaba la definición correcta del mismo; mientras que el resto (43%) dio una definición errónea (ver figura 2). Dichos resultados reflejan la ausencia de formación en dicha habilidad o conocimiento específico. Paralelamente, del análisis cualitativo de las entrevistas, surgieron los siguientes relatos o categorías discursivas, en concordancia con los resultados estadísticos: *“Que los padres puedan hablar con un psicólogo”*; *“(…) una charla con un psicólogo”*; *“Se refiere a la buena comunicación”*; *“(…) creo que es que el psicólogo hable con las pacientes”*.

Figura 2. Definición del concepto Comunicación Terapéutica



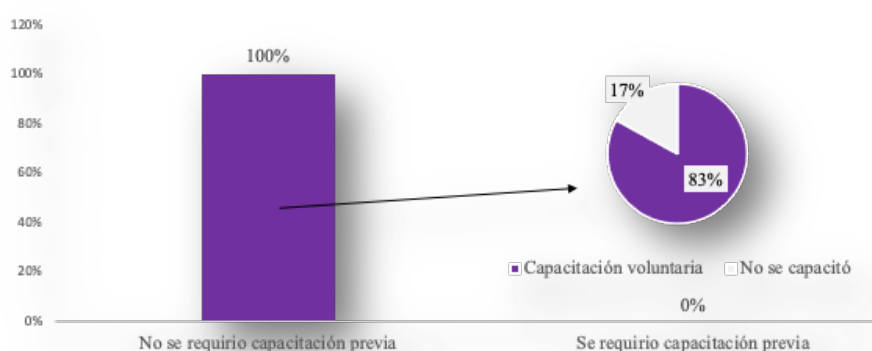
Nota. Gran parte de la muestra, refirió durante las entrevistas no recordar el concepto de comunicación terapéutica o dio definiciones erróneas.

Con respecto a los requisitos de formación y conocimientos acerca de la

población que se atiende en estos servicios, se observa que el total de los entrevistados manifestó que no fue requisito previo para ingresar al servicio el proceso de capacitación.

Sin embargo, el 83% de la muestra manifestó haberse capacitado por su cuenta en cuestiones que se relacionan con aspectos técnicos de su profesión, dejando por fuera la capacitación o formación en relación con los aspectos emocionales y psíquicos de la población objeto de atención (ver figura 3).

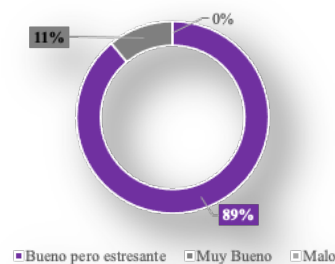
Figura 3. Formación y capacitación previa en el sector de Maternidad y UCIN



Nota. Gran parte de la muestra realizó capacitaciones relacionadas a aspectos técnicos de enfermería, pero no acerca de cuestiones o temáticas psicológicas propios del sector

A su vez, dentro de la submuestra que llevaba a cabo su labor en el servicio de UCIN (63%), se hallaron resultados vinculados al impacto que genera en su salud el trabajo diario y la falta de herramientas para evitar dicho malestar. El 89% de los entrevistados en el Servicio de Neonatología manifestaron sentirse bien en su ambiente laboral, pero en algún momento de su jornada aludieron sentirse estresados (ver figura 4).

Figura 4. Bienestar laboral y estrés en el ámbito de trabajo



Nota. La mayoría de los entrevistados refirió sentirse bien en su ambiente laboral, pero manifestando estrés en algún momento de la jornada laboral.

Paralelamente, se evidenció que frente a dichas situaciones de estrés los profesionales de la salud implementan estrategias singulares, tales como distanciamiento de la situación (77%), rotación de compañeros ante situaciones críticas (10%), actividades de ocio (13%): e.g., “(...) *Trato de hacerme una coraza, no sé, creo que lo fui adoptando medio automáticamente*”; “(...) *Trato de tomar distancia*”; “(...) *Trato de no involucrarme, tomar distancia, no sé cómo lo hago*”; “(...) *Trato de llegar a casa y ponerme música y bajar un poco, me cuesta*”; “(...) *No, no tengo estrategias, estaría bueno tener un apoyo, acompañamiento de psicólogo*”; “(...) *En algunas situaciones y pienso que son muñecos, eso hago*” (expresó uno de los enfermeros entrevistados, refiriendo a los bebés internados en la UCIN).

Discusión

En la actualidad, el paradigma de las Maternidades Centradas en la Familia (MCF) consiste en un modelo de atención perinatal que prioriza la atención humanizada tanto del neonato como de la familia, contribuyendo a mejorar la calidad su atención (Cuesta et al., 2012; Torres Ospina et al., 2016). La familia es considerada el primer agente intermedio entre el individuo y la sociedad, y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica (Cepero Rodríguez et al., 2005). Teniendo en cuenta la importancia de la presencia de la familia, se retoma nuevamente

el interrogante disparador de esta investigación, a saber, ¿El personal de salud está preparado para alojar a las familias y acompañar los procesos que se despliegan? ¿Cuentan con las herramientas necesarias para convivir con todas aquellas emociones, sentimientos, incertidumbres, cambios y angustias que surgen en estos espacios?

Vidal Blan (2009), argumenta empíricamente que la mayoría de los problemas en los servicios sanitarios son generados a causa de una falencia en la comunicación, ante lo cual concluye que existe la necesidad de implementar una formación en el manejo de dichas habilidades. Los resultados dan cuenta de una escasa formación de los enfermeros, tanto en el nivel de grado como de posgrado, en el área de las habilidades en la comunicación terapéutica y con relación a los beneficios que ella aporta. El 70% de los profesionales manifestó tener conocimiento del término pero, a pesar de ello, el 57% de dicha población no recordó a qué alude, mientras que el 47% aportaron definiciones erróneas. Un adecuado aprendizaje e implementación de las habilidades comunicativas conlleva a generar una atención integral de mayor calidad, siendo considerada como una de las bases de la formación de los profesionales que trabajan en Maternidad y Terapia Intensiva Neonatal (Figuerola Ibarra et al., 2016; Molinuevo et al., 2014; Rojas Izquierdo et al., 2018). Asimismo, las relaciones

que se desarrollan en la terapia como así también en la sala de maternidad tienen un valor indudable en la salud de los pacientes como así también en el personal de salud. Los resultados del presente estudio arrojan un gran porcentaje (89%) de enfermeros que desempeñándose en la terapia se sienten estresados, a pesar de que dicho trabajo les agrada. Estos resultados coinciden con lo expuesto por diversos autores, quienes identifican que se trata de una población de riesgo para desarrollar el síndrome de burnout, lo cual lleva a generar dificultades tanto a nivel laboral, individual como grupal (Leal-Costa et al., 2015; Llor Lozano et al., 2020; Rendón Montoya et al., 2020). Los estudios muestran que una adecuada formación en habilidades comunicacionales resulta relevante para prevenir dichas dificultades. Tal es así que, si se trabaja sobre en esta herramienta, tanto los profesionales como las familias involucradas, se verán beneficiados (Cebrià et al., 2006; Sánchez-Saldivar et al., 2009). La mayoría de los entrevistados manifiestan adoptar estrategias frente al estrés que le genera la UCIN. Al respecto, la información cualitativa extraída de las entrevistas testimonia dicho hallazgo; e.g., “(...) *Trato de hacerme una coraza, no sé, creo que lo fui adoptando medio automáticamente*”, “(...) *Trato de llegar a casa y ponerme música y bajar un poco, me cuesta*”, “(...) *No, no tengo estrategias, estaría bueno tener un apoyo, acompañamiento de psicólogo*”, “(...) *pienso que son muñecos, eso hago*”. Dichos extractos dan cuenta de que las estrategias que se plasman

son individuales y artesanales, i.e., “*cada uno hace lo que puede*”. Sin embargo, existe una herramienta que es eficaz y que no se trata de una habilidad innata, sino que requiere del aprendizaje de conocimientos y el entrenamiento de habilidades durante el desarrollo profesional (Ruiz Moral, 2016). En autor recién citado plantea que las bases en que se fundamenta la comunicación terapéutica son: acompañamiento durante el ingreso en los servicios, escucha activa y empática, actitud comprensiva despojada de los juicios de valor personales, autoobservación y autoevaluación, respeto y cuidado de las emociones del paciente.

Estudios recientes reflejan la existencia de un nuevo síndrome que afecta al personal de la salud denominado fatiga por compasión (FC). El mismo afecta a aquellos profesionales que se encuentran asistiendo a una población vulnerable y/o que hayan vivenciado un trauma, lo cual marca la diferencia con el ya desarrollado síndrome de burnout, siendo generalizado a otras profesiones y ámbitos. Este proceso complejo conlleva a un deterioro de los recursos personales de quien se ve afectado, lo cual repercute en el área profesional y personal, a su vez que impacta en las experiencias y habilidades de seguridad, confianza, independencia y control (Marín Tejada, 2017; Showalter, 2016). El autor concluye la investigación demostrando el lugar central que tiene la intervención grupal para minimizar los síntomas de dicha afección, aportando herramientas y materiales de lectura y propiciando el intercambio al interior del grupo

de profesionales, apostando a mejorar la calidad de la comunicación (Marín Tejada, 2017).

Paralelamente, tras el análisis cuantitativo se refleja que la totalidad de los entrevistados no fueron capacitados previamente para ingresar a los servicios de maternidad y neonatología. Un porcentaje elevado de la muestra, el 83%, refirió haberse formado por su cuenta. Como argumentan los autores, se lleva a cabo una formación con ciertas limitaciones para desempeñarse de manera integral en los servicios mencionados, quedando sin herramientas para enfrentar situaciones cargadas de angustia y estrés, lo cual afecta a su salud tanto psíquica, física como emocional (Díaz Oviedo, 2019; Uriarte et al., 2016).

Resulta relevante que los profesionales tengan conocimientos de la etapa singular de la vida que transitan las personas gestantes como así también la existencia del porcentaje elevado de trastornos psíquicos durante el puerperio, a los fines de que puedan identificarlos y realizar una intervención oportuna (Catello López, 2005; Desi Sarli et al, 2019; Maldonado, 2013; Serdán Medina, 2013).

Está comprobado que los cambios hormonales, psíquicos, sociales y emocionales, cada uno los transita según su historia personal, su estructura de personalidad, su situación actual, las características del bebé y la ubicación de este niño en el encadenamiento histórico de su familia (Oiberman, 2005).

En la actualidad, existen nuevos aportes con respecto a los cambios que produce el embarazo. Mediante estudios de neuroimágenes se evidencia una reducción de la sustancia gris en aquellas regiones que son cruciales para la cognición social, cambios que perduran al menos dos años después del embarazo. A su vez, dichos estudios hallaron que aquellas madres que se encontraban transitando una depresión materna mostraron déficit en las respuestas neuronales ante la demanda de sus bebés (Bjertrup et al., 2019; Hoekzema et al., 2016).

Los mencionados hallazgos son fundamentales para lograr una atención integral de las mujeres en esta etapa que conlleva tantos cambios en diversas áreas de su vida, y así poder contar con las herramientas necesarias para realizar intervenciones tempranas y/o reducir los factores de riesgo y reforzar aquellos de protección.

Conclusión

Se concluye que los supuestos básicos planteados son corroborados mediante el análisis de las entrevistas realizadas al sector de enfermería. Esto es que los profesionales de enfermería que trabajan en los sectores de neonatología y maternidad poseen una escasa formación académica en relación con aspectos psíquicos y emocionales de la población objetivo, como así también cierto desconocimiento de los beneficios, tanto para

ellos como para las familias que asisten, de la comunicación terapéutica. Los resultados presentan un desafío que interpela y atraviesa a los profesionales de la salud, a la sociedad y a las instituciones que alojan a la población destino.

Referencias

- Achury, D. M. y Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55-60.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>
- Barón., M., Gómez, J. & Apocada. (2002). Apego y satisfacción sexual en pareja. *Psicothema*. 14(2), 469-475.
<https://www.psicothema.com/pdf/750.pdf>
- Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Guilford Press.
- Bjertrup A., Friis, N. y Miskowiak, K. (2019). The maternal brain: Neural responses to infants in mothers with and without mood disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 196-207.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.011>
- Catello López, I. (2006). *Vivencia emocional en el embarazo, parto y Puerperio*.
- Cebrià, J., Paima, C., Segura, J., Gracia, R. y Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de Burnout en médicos de familia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1), 34-40.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2049752>
- Cepero Rodríguez, I., Mederos, I. y Hidalgo Mesa, C. J. (2005). El paradigma biopsicosocial: una necesidad en la atención médica actual. *Instituto superior de ciencias médicas. Mediocentro*, 4(1), 1-3.
<https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1092/1101>
- Cilla Intxaurreaga, A. y Martínez Martín, M. L. (2016). Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*. 25 (1), 95-202.
<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003>
- Cuesta Miguel, J., Espinosa Briones, A. y Gómez Prats, S. (2012). Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integral*, 98, 36-40.
<https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>
- Díaz Oviedo, A. (2019). Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1-7.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>
- Desi, S. y Titin, I. (2019). Baby blues screening on post-partum mother by comparing epds and phq-9 methods for health-care service and public applications in lubuk buaya community health care padang city, Indonesia. *Malaysian Journal of Medical Research*, 2(2), 75-78.
<https://doi.org/10.31674/mjmr.2018.v02i02.011>
- Dierssen-Sotos, T., Rodríguez-Cundín, P., Robles-García, M., Brugos-Llamazares, V., Gómez-Acebo, I. y Llorca, J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*,

- 32(3), 317-325.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32n3/original1.pdf>
- Epstein, R. M. (2001). Comunicación, Burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Atención Primaria*, 27(7), 131-133.
<https://core.ac.uk/download/pdf/82563365.pdf>
- Escudero, D., Vina, L. y Calleja, C. (2013). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina intensiva*, 38(6), 371-375.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- Figueroa Ibarra, C., Zaragoza Ortega, M. y García Puga, J. A. (2016). Calidad de la comunicación del personal de enfermería en el Servicio de Neonatología del Hospital Sonora. *Fundación Institucional Española*, 33(1), 14-18.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclin/osinfson/bis-2016/bis161d.pdf>
- Glaser, B. G. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- González, M. A. y Naddeo, S. J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. *Hospital materno infantil Ramón Sarda*, 26(4), 155-158.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91226404>
- Gutiérrez, B., Alvariño Blanco, A. M., Perez Luque, M. y Pérez Ramírez, M. A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 12, 1-14.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.7.1.822>
- González Castro, P. G., Hulak, F., Sigales Ruiz, S. R. y Orozco Guzmán, M. (2016). Psicosis Puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 24-30.
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.005>
- Hauser, P., Milán, A., González, C. y Oiberman, A. (2015). Impacto emocional en madres de bebés internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Aplicación de la entrevista Psicológica Perinatal. *Investigaciones en Psicología*, 19 (1), 63-83.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-722042>
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Descro, M., Crone, E., Ballesteros, A., Carmona, S. y Vilarroya, O. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287-296.
<https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Van-der Hofstadt, C. J. y Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud. *Anales de Psicología*, 32(1), 49-59.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701>
- Llamas Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M. E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M. J. y Macías-Rodríguez, C. (2008). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería intensiva*, 20(2), 50-57.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13138296>
- Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz Agea, J. L., Llor Gutiérrez, L. y Leal Costa, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 59, 68-80.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.381641>
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. y Van-

- der Hofstadt, C. J. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Bournout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000200005>
- Lucas-Milán, M. G., Moreno-Manso, J. M. y Suárez-Muñoz, A. (2015). Comunicación interpersonal e incidencia del burnout en la interacción entre sanitarios y pacientes. *Apuntes de Psicología*, 33(1), 23-29. <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/559/422>
- Marin Tejada, M. (2017). Grupal Prevention of burnout and compassion fatigue: Evaluation of a group intervention. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9, 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
- Maldonado, M. (2011). *La salud perinatal y sus dificultades en la etapa perinatal*. Organización Panamericana de la Salud.
- Molinuevo, B., Clèries, X., Aradilla-Herrero, A. y Domenjó, M. N. (2014). Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. *Fundación Educación Médica*, 17(2), 115-122. <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000200009>
- Murillo Pérez, M. A., López, S. y Torrente Vela, C. (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería intensiva*, 25(4), 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001>
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (2004). El rostro oculto de la maternidad: El desarrollo del maternaje. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 4, 149-168. <https://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/psicoanalisis/revista4/index.php&id=23>
- Pardavila Belio, M. I. y Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
- Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández, R.I., Vargas, M. R. y Favela Ocaño, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 59, 479-492. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Rojas Izquierdo, M. y González Escalona, M. E. (2018). Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Media Superior*, 32 (3), 236-243. http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v32n3/a20_1511.pdf
- Ruiz Moral, R. (2016). Comunicación clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (núcleo curricular) enseñar. *Educación médica*, 17(1), 7-13. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-X1575181316539783>
- Santos, M. S. (2017). *Encontrarnos dentro de la incubadora. Escala de observación del proceso de vinculación madre-bebe durante la internación en Unidad de Cuidados intensivos Neonatales (N-EOV-INC)*. Lugar Editorial.
- Sánchez Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A. y Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527-540. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>

- Sánchez-Saldivar, P., Aguirre-Gas, H., Córdoba-Ávila, M.A., Campos-Castolo, M. y Arboleya-Casanova, H. (2009). La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. *Revista CONAMED, Suplemento de enfermería*, 20- 28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633384>
- Serdán Medina, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis puerperal y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27 (3), 185-193. <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- Showalter, S. E. (2016). Compassion Fatigue: What Is It? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact, Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Already Suffering From the Effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 239-242. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909109354096>
- Stern, D. (1997). *El nacimiento de una madre*. Paidós.
- Torres Ospina, J. N., Vanegas Díaz, C. A. y Yapes Delgado, C. E. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la unidad de cuidado intensivo Pediátrico del Hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 15(31), 190-201. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.acpf>
- UNICEF (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- Uriarte, S., Ponce, G. y Bernal, M. (2016). Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.07.002>
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis
- Vidal Blan, R., Adamuz Tomas, J. y Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión de enfermería. *Enfermería Global*, 17, 1-9. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17f02.pdf>

Recibido: noviembre, 2023 • Aceptado: abril, 2024