

Modelo de Cuidado: Un acto de Comunicación Enfermera-Neonato.

Lorena Muñoz Sáenz (1)
Clarisa Luna Ferrales (2)

(1)Maestra en Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua, México.

(2)Maestra en Enfermería. Docente de Tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua, México.

Resumen

El propósito de este modelo de cuidado es fomentar el desarrollo de habilidades en la comunicación enfermera-neonato en el personal que labora en el servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatales el cual surge a partir de la visualización de una problemática de la práctica de enfermería. La identificación del problema se realizó durante las estancias realizadas en dos instituciones de salud y emergió la información que se obtuvo de las entrevistas semi-estructuradas, realizadas a diez enfermeras, con un análisis detallado, línea por línea para generar categorías y sugerir la relación entre ellas.

Mostrando así resultados sentidos y evidenciado, para mejorar la práctica y el entorno del neonato que está pasando por una situación de cuidado por un proceso de enfermedad, hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, es importante que el personal de enfermería cuente con el desarrollo de las habilidades de la comunicación no verbal, además de combinar el arte, conocimiento de la tecnología, tratamiento y procedimientos que se realizan al neonato con el enfoque de la individualización y flexibilidad de estos cuidados; ir más allá del cumplimiento de tareas rutinarias, de intuición para tomar

Muñoz Sáenz L, Luna Ferrales C.
Modelo de Cuidado: Comunicación Enfermera-Neonato. ENE. Revista de Enfermería. Dic. 2012; 6(3).

decisiones; elaborar estrategias de seguridad y prevención en pro del confort y bienestar.

El acto de comunicación con el neonato es un reto para el personal de enfermería que labora en los servicios de la UCIN; mismo que implica el ver, tocar, oír y sentir así como un personal cualificado con elementos de amor y empatía; para poder detectar las necesidades físicas, biológicas y afectivas ya que el neonato manifiesta sus sentimientos y emociones con un lenguaje no verbal.

Summary

The purpose of this model of care is to promote the development of communication skills-infant nurse on staff working in the service of the neonatal intensive care unit, which arises from viewing a problem of nursing practice. Problem identification was done during stays at two health institutions and emerged the information obtained from semi-structured interviews, conducted with ten nurses, with a detailed, line byline to generate categories and suggest the relationship between them.

Thus showing directions and demonstrated results to improve practice and the environment of the neonate who is going through a process of care for a sick, hospitalized in the neonatal intensive care unit, it is important

Introducción

Los modelos de la práctica de enfermería han sido definidos como la representación multidimensional de las características estructurales, dinámicas y contextuales existentes dentro de cualquier grupo de enfermería. (Brennan, A 2000, citado por Luévano S, 2005). Actualmente hay una amplia variedad de modelos que son referidos como modelos de la práctica profesional en áreas de aplicación específica, todos toman como atributo central de la práctica de enfermería el cuidado y como eje del cuidado la interrelación de dos personas: enfermera y neonato dentro de un ambiente organizacional.

that nursing staff development has the the skills of nonverbal communication while combining art, technology awareness, treatment and procedures performed to the neonate with the approach of individualization and flexibility of this care, to go beyond the routine enforcement of intuition to make decisions, develop strategies for prevention and safety in favor of comfort and wellbeing.

The life of the infant who is going through a process of care for a sick, hospitalized in the neonatal intensive care unit, it is important that nursing staff has the skills development of nonverbal communication, as well to combine art, technology awareness, treatment and procedures performed to the neonate with the approach of individualization and flexibility of care, to go beyond the routine performance of intuition to make decisions, develop strategies for prevention and safety towards the comfort and welfare.

The act of communication with the newborn is a challenge for nurses working in the NICU services, involving the same see, touch, hear and feel as well as qualified staff with elements of love and empathy to detect the physical, biological and emotional as the infant expresses his feelings and emotions with a nonverbal language.

Luévano S, (2005); Menciona que el propósito de los modelos de la práctica profesional de enfermería es: organizar, sistematizar y mejorar el sistema de cuidado que otorga la enfermera, basándose en sus necesidades, estos modelos sirven de guía para el logro de metas y deben ser flexibles para aceptar cambios y modificaciones para mejorarlo. En la actualidad la ciencia y la tecnología ofrecen mayores expectativas de vida a los neonatos cada vez más inmaduro pero ello implica mayor mortalidad o secuelas con prolongados períodos de hospitalización, daños neurológicos severos, complicación frecuente de la prematurez extrema, predicen un futuro con reiteradas consultas, extensas terapias de rehabilitación, infecciones recurrentes,

hospitalizaciones frecuentes, lo que ocasiona desgaste económico y emocional a las familias. (Martínez G; 2007).

Pereira, Paiva y Collet; (2007); Refieren que el neonato en una situación de cuidado al momento del nacimiento que ingresa a una unidad de terapia intensiva neonatal para una asistencia más amplia y sofisticada en la cual experimenta una serie de cambios fuera del ambiente uterino que le son agresivos, pero son decisivos para su supervivencia. Beltrán O, (2008); Refiere que mediante la comunicación y observación el enfermero conoce a los neonatos y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para así tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida. En un hospital de pediatría en Chihuahua, en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); se observa que a los neonatos les rodea usualmente un ambiente desfavorable a su desarrollo lleno de estímulos nocivos y estresantes, los cuales conlleva dificultades para la adaptación al medio externo. El estímulo doloroso, el ruido de monitores y ventiladores, la luz, la falta de estímulo táctil, desconocimiento de comunicación no verbal (CNV), constituye a estímulos agresivos más que tranquilizantes. El profesional de enfermería prioriza el cuidado en las necesidades físicas y fisiológicas que garantizan la supervivencia del neonato, dejando a un lado la parte afectivo, realizando actividades mecánicas, de manera rutinaria sin ningún contacto con el neonato.

La dedicación del personal de enfermería, centrada en las actividades dirigidas a la salud física del neonato, no solo obedece al tiempo que estas demandan sino al poco conocimiento que se tiene acerca de la comunicación no verbal (CNV) que tiene el neonato con su entorno. De igual manera se ha observado que cuando el personal de enfermería realiza alguna detección de la comunicación del neonato es por el llanto y hacen referencia que él se expresa nada más así; Es posible que se piense que los

cuidados a los neonatos sean captados como tales por éste, sin comprender que el percibe los sentimientos y emociones más que el beneficio de los cuidados prolongados a él. Por lo tanto los neonatos que no se expresan con llanto las enfermeras les niegan la posibilidad de comunicación así como el desarrollo de sus potencialidades, (Kreisler, referido por Atehortua, 2005).

It is estimated that medication errors also known as "adverse drug events (ADE) increase the cost of hospitalization by \$ 2,200 to \$ 3,200 per stay and prolong stays by 2 days on average" (Manno, 2006). La comunicación enfermera- neonato no es una tarea fácil ya que identificar las necesidades que el neonato manifiesta requiere de personal con habilidades para detectar y así realizar un plan de cuidado en la organización donde hay una cultura de trabajo establecida y sistematizada es por eso que es un reto hacer una cultura donde el neonato sea la única razón de existencia del hospital, donde el profesional de enfermería sea comprometido y le proporcione al neonato un ambiente de bienestar y confort con una continuidad de cuidados para promover la salud y prevenir daños en los neonatos, (Connor et al, 2002; Hansen al, 2003; Blumenthal, 2006).

Para la realización de este trabajo se utilizaron técnicas de la metodología cualitativa, que permiten entrar en la experiencia humana vivida por los actores principales en la dimensión del modelo de cuidado que son: la enfermera y el neonato. El abordaje se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, las cuales se aplicaron a 10 enfermeras profesionales, que laboran en los diferentes turnos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, el análisis de los datos fue a través del microanálisis de la teoría fundamentada el cual es un análisis detallado, línea por línea para generar categorías y sugerir las relaciones entre ellas, (Hernández R y Cols, 2010).

Propuesta del Modelo

Elementos del modelo de cuidado

Enfermera es un ser humano profesional competente, flexible, sensible, empática, con pensamiento crítico y capacidad de análisis, valores que posee un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad de aplicarlos con el propósito de brindar cuidado individualizado a otros seres en estado de vulnerabilidad para prevenir enfermedades, aliviar el sufrimiento, dolor y a encontrar el significado de esa situación de cuidado. Muestra interés por la salud, el bienestar y la vida del ser que cuida, se preocupa, respeta, comprende y se responsabiliza. Así como llevar a los neonatos a un estado de bienestar y confort durante su proceso de enfermedad o a una muerte con dignidad. Posee dos atributos esenciales como son el amor y la empatía.

Amor y Empatía es la capacidad del personal de enfermería de sentir preocupación, responsabilidad, respeto hacia el neonato, es decir de ponerse en su lugar y comprender lo que el otro siente. Es una cualidad del sentimiento, es un vehículo, un lenguaje que articula la emoción del otro, establece vínculos basados en lazos de conexión de humano-humano pero de manera plena es decir entrar en los espacios subjetivos con entrega, respeto y bienestar. También tiene que ver con cierto sentimiento de capacidad personal, es decir con la capacidad de hacerse cargo, de contener el sentimiento de otro momentáneamente. Son atributos que el profesional de enfermería posee.

Neonato es un bebe prematuro que tiene cuatro semanas o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. Con necesidades particulares, es ser humano único irrepetible con características especiales, el cual se encuentra en un estado de vulnerabilidad y presenta un proceso de enfermedad ya que no alcanzó la maduración dentro del vientre

de la madre, donde es extraído por alguna situación. La definición de este periodo es importante porque representa una etapa muy corta de vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido; con un proceso de enfermedad que requiere de un ambiente muy parecido al que fue extraído para un buen desarrollo.

Sentimientos y emociones son los estados que sobrevienen súbita y bruscamente como el miedo, tristeza, alegría, sorpresa, ira en forma de crisis más o menos violenta y más o menos pasajera en los seres humanos. Expresiones de los neonatos que comunican al exterior las necesidades de cuidado, con una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos como el llanto y son de origen innato; esenciales en el neonato que sean reconocidos por el personal de enfermería para satisfacer las necesidades físicas, biológicas y afectivas. Es una forma de expresar lo que sienten, ya que no lo pueden comunicar con palabras su sentir.

Acto de comunicación es un elemento fundamental del cuidado, como una expresión de vida misma; es un medio, una puerta que permite la circulación de los sentimientos y emociones del neonato al exterior, en una atmosfera con un clima favorable de seguridad donde va hacer reconocida la necesidad de cuidado manifestada por él; y reconocida por el personal de enfermería.

Bienestar y confort. Es un proceso de movimientos que realiza el profesional de enfermería para llevar al neonato hacia lo más grande conciencia de sí mismo y del ambiente; donde sus signos y síntomas están normales, su sueño sea fisiológico, es llevar al neonato aun estado de tranquilidad a una estancia hospitalaria agradable donde se cumplan todas sus

necesidades (biológicas, psicosocial y espiritual) donde el neonato se sienta, querido, acompañado y cuidado con amor y empatía.

Situación de cuidado es el conjunto de condiciones específicas que lo definen como un neonato como el ser: producto de la gestación que nace antes de la semana 37, con peso bajo de acuerdo a rangos establecidos, cuadro clínico típico, con características anatomo fisiológicas que lo sitúan en un estado de salud-enfermedad, que requiere de cuidados especiales y el desarrollo de habilidades especiales de comunicación no verbal por parte del personal de enfermería y que entra al entorno de cuidado, con antecedentes, con el estado actual de salud y con un pronóstico tal vez incierto, si el ambiente extrauterino no reúne las características necesarias para continuar con el desarrollo y recuperación de salud.

Comunicación no verbal es la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de la enfermera que consiste realizar en cuidado individualizado y la interpretación del lenguaje simbólico, mediante la apariencia, contacto ocular, tacto (un abrazo una palmadita en el hombro), comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos. Seguridad identificar los componentes precisos en la organización para hacer una cultura donde el neonato sea la única razón de existencia del hospital, donde el profesional de enfermería sea comprometido, responsable y le proporcione al neonato un ambiente de bienestar y confort con una continuidad de cuidados para promover la salud y prevenir daños en los neonatos.

Cuidado individualizado es la satisfacción de las necesidades del neonato físicas, biológicas y afectivas. Dando continuidad y uniformidad a los cuidados planteados en el plan inicial; Es destacar que el plan ha sido en todo momento dinámico, variando en función de las frecuentes valoraciones que realizábamos y priorizamos procedimientos y actividades en la

situación de salud tomando las dimensiones afectivas éticas y estéticas del cuidado. Asimismo modificar el entono del neonato en seguridad, protección y llevar al neonato a un estado de bienestar y confort.

Estrategias metodológicas

1.- Para el desarrollo del modelo se presenta a directivos y al personal del servicio de neonatología de la Institución de salud el proyecto, definiendo su participación y los beneficios de su aplicación; Explicitar el modelo que oriente a la práctica y su función dentro del departamento de enseñanza de enfermería. Redefinir la práctica de enfermería de tal forma que confiara capacidad de decisión, alto sentido de pertenencia, y compromiso hacia el modelo de cuidado en enfermería; con la finalidad de acordar la mejor forma de implementación del modelo, presentando los mecanismos de acuerdo a la situación del servicio, haciendo participe a todos los miembros del equipo del departamento de neonatos.

2.- Se realizan talleres educativos con el personal de enfermería en cada turno dando a conocer el modelo de cuidado así como el impacto que tiene al implantarlo en el servicio de la UCIN tomando en cuenta la cultura de trabajo del departamento y sensibilizando al personal con lecturas de artículos relacionados con el cuidado de los neonatos de su vulnerabilidad y promover el análisis crítico y filosófico de lectura. Abrir espacios reflexivos en el servicio de la UCIN para lectura de documentos científicos. 1 vez por semana, 1 hora en cada turno hacer lectura de un artículo.

Compartir con el personal de enfermería en todos los turnos experiencias de cuidado con los neonatos en la entrega de cada turno.

Documentar y comunicar al personal de enfermería del siguiente turno las técnicas de comunicación efectivas en el cuidado de

cada neonato como las manifestaciones que se observo en cada neonato.

Se les dará a conocer por la encargada del modelo innovador el programa de cuidado individualizado y así unificar criterios en el personal de enfermería y el servicio de la UCIN para que desarrolle habilidades en la comunicación no verbal. Y de esta manera se visualice al neonato en forma individual y se detecten las necesidades y se lleva un plan de cuidado requerido a cada necesidad en forma particular.

3.- Se realiza una intervención educativa mediante sesiones para preparar al personal de enfermería que labora en el servicio de la UCIN en el desarrollo de habilidades de la comunicación no verbal y del programa del cuidado Individualizado dándole a conocer el formato del cuidado individualizado, así como el llenado del mismo.

4.- El personal de enfermería posee una habilidad de la comunicación verbal y visualiza al neonato de manera individual y con el programa de cuidado individualizado la enfermera estudia y analiza los hallazgos ya sean escuchados y/o observados, y se va empoderando del modelo de cuidado de enfermería, ya que se ve mejoría tanto en lo laboral como en la situación de cuidado del neonato, además la enfermera tiene un cambio de actitud al ver la recuperación más rápida del neonato y con menos prolongación de su estancia hospitalaria; y se lleva el programa de cuidado individualizado y una bitácora donde se documenta todos los cambios de los neonatos y su mejoría o en su defecto si existe algo que hay que modificar pero se trabaja con lo que se vea que está fallando.

Consideraciones finales

La enfermería es una profesión en la que se aplica el arte y la ciencia al ayudar al neonato a conseguir restaurar su salud así como disminuir su estancia hospitalaria es el objetivo del cuidado de enfermería, infortunadamente las dificultades en la comunicación generan fallas ya que se observa que los mensajes emitidos por los

neonatos no son comprendidos, es difícil detectar mensajes emitidos pero no imposible y con rol de educador el personal de enfermería empoderado, puede ir más allá de cualquier barrera, obstáculo que se presente ya que estos seres tan vulnerables nos hacen más sensibles, por dar tanta ternura, por lo pequeño, y aprender de cada experiencia que ellos nos enseñan se puede llegar a un cuidado individualizado. La seguridad de neonato se puede ver afectada por un erróneo proceso de comunicación, rompiendo el estado de bienestar y confort y así dificultando la continuidad de cuidado.

La adopción de un modelo innovador de cuidado en la UCIN donde exista una comunicación eficaz para detectar las necesidades del neonato generando un ambiente de confort y bienestar donde las necesidades del neonato sean detectadas y se facilite el cuidado individualizado. La preservación o mantenimiento del cuidado individualizado en una área donde el neonato sea el centro pues el neonato genera mensajes cuyo significado la enfermera deberá comprender e interpretar, ya que estos signos se convierten en ideas, sentimientos y emociones expresados por el neonato. De ahí puede afirmarse que cada interpretación de los signos y síntomas del neonato por el personal de enfermería se convertirá en un lenguaje que quedara registrado emocionalmente como un aprendizaje sensible frente a la satisfacción de la necesidad.

Por lo tanto la comunicación no verbal que manifiesta el neonato debe cumplir el propósito de aprendizaje emocional. Si no se tiene la habilidad, disposición o la actitud de entender los mensajes del neonato, no se percatara de las necesidades que el neonato demanda; pero son pocas las enfermeras que reconocen la importancia de la comunicación como herramienta de intervención para el cuidado individualizado. Es esencial que el personal de enfermería que labora en el servicio de la UCIN tenga los atributos de amor y empatía para observar mas allá de los signos y síntomas del neonato observando también

la parte afectiva a través de los cuidados individualizados de enfermería, la comunicación con el neonato se lleva bajo una interacción cara a cara como un modelo dinámico que proporciona datos de carácter cognitivo, afectivo-social y psicomotor.

Esta comunicación supone distintos tipos pero es claro que la comunicación verbal se establece en una dirección en tanto que el neonato puede comunicarse en forma no verbal. La actuación de enfermería resulta de un valor incalculable para apoyar el desarrollo y crecimiento del neonato, puesto que es la mediadora entre el neonato y el mundo de los adultos.

El acto de comunicación enfermera-neonato es un punto clave en el cuidado del neonato para que se establezca una buena interrelación, la enfermera debe comprometerse a identificar y resolver las necesidades del neonato como ser humano vulnerable. En este proceso se trata de personas únicas con sentimientos y emociones que aun que no se pueda comunicar verbalmente, nos muestren sus necesidades con la comunicación no verbal (llanto, gestos, posturas, manos entre otras) en donde la enfermera de la UCIN debe tener la habilidad y conocimiento de detectar estas necesidades para individualizar el cuidado, en la cual se identifican prácticas básicas para la enfermera como es la observación, valoración de necesidades, preparación y administración de medicamentos, registro y acciones llevadas a cabo en el neonato.

Promover un cuidado individualizado y sensitivo es un reto donde el personal de enfermería se compromete y busca estrategias a través de las cuales se puede comprender el mundo de los neonatos donde están involucrados los atributos como son los sentimientos y emociones e interiorizar el verdadero sentido de la comunicación del neonato así como el compromiso como educador, facilitador, generador de procesos de participación y de posibilidades de la inserción a una familia y sociedad a ese ser tan vulnerable que está pasando por un proceso de enfermedad.

Completamente, es necesario escribir: describir los hechos y dejar constancia de

ello en los medios de comunicación, en publicaciones especializada y en los organismos de dirección del sistema. Lo que se pretende es que adquirir conciencia de una determinada situación e implique, además, ponerse el respeto de plantear soluciones para mejorar; por ello también es oportuno propiciar espacios para la reflexión como los foros y conversatorios interprofesionales con personas de la aéreas de docencia, investigación y asistencia, con el propósito de lograr un mayor acertamiento de la teoría y la práctica, hacer visible el cuidado de enfermería y la necesidad de un cuidado de enfermería de calidad, tener profesionales excelentes en el cuidado y el trabajo en grupo, como equipo de salud y como gremio de enfermería. El ser humano no tiene precio por qué no puede ser sustituido por algo equivalente.

El compartir experiencias nos permite revalorar nuestra cotidianidad en el ejercicio profesional, al comprender que todas las intervenciones que hacemos como enfermeras deben tener un sustento científico. Esto será el punto de partida que permita propiciar el anhelado cambio en enfermería, desde el compromiso que cada uno de nosotros ha adquirido y en el cual intentara involucrar a otros compañeros y colegas. El nuevo orden social, nos induce a fortalecer estrategias que permitan establecer alianzas interinstitucionales e intersectoriales, de tal manera que se compartir experiencias y vivencias sustentadas desde el conocimiento teórico y práctico, propiciando espacios de reflexión filosófica y científica entre el equipo de salud.

En lo que respecta a la docencia se debe incluir en la curricular la comunicación no verbal como requisito para que desarrollen las habilidades y guie su práctica ya que en la actualidad se cree que son habilidades innatas. Cuando se llega a la práctica se dificulta el detectar las necesidades del neonato ya que es su forma de comunicar sus sentimientos y emociones.

En la investigación es importante que no se parta de cero sino se le de continuidad a la investigación realizada en el modelo de cuidado, y esto sirva para realizar

estrategias y mejoras en nuestro quehacer diario ya que se tomó esta investigación de la realidad. Además de transmitir el conocimiento para ampliar sus fronteras actuales. El modelo de cuidado por esencia interdisciplinario y asume contractivamente los problemas más cercanos a nuestra realidad siempre en proceso evolutivo de transformación. La orientación investigativa implica el aprender haciendo.

El modelo de innovador de cuidado en el servicio de UCIN es esencial ya que se integra al neonato a una familia con menos daño y secuelas, propios de su situación de cuidado, y detectando sus necesidades físicas, biológicas y afectivas por medio de un acto de comunicación enfermera-neonato, percibiendo e interpretando cada postura, movimiento, gesto, que comunica algo y con el desarrollo de la habilidad en la comunicación no verbal, el personal de enfermería mediante los atributos de amor y empatía adquiere día a día experiencias de cuidado que van adquiriendo con este ser tan vulnerable, como lo es el neonato. Y de esta forma se van desarrollando estrategias de mejora en nuestra práctica, realizando el cuidado individualizado por ende dándole a este ser las mismas oportunidades de vida en la sociedad.

Bibliografía.

1. Acosta S, (2002); Cuidados de Enfermería en la Administración de los Medicamentos: El arte y la ciencia del cuidado, Grupo de cuidado, Universidad nacional de Colombia, Facultad de enfermería (1ª Ed.) Pág. 191-206.
2. American Nurses Association, (1998) Standards of Clinical nursing practice (2a.ed) Washington D.C.
3. Arévalos M, Maqueda M, Pérez E, (2009); La Intimidad en la Unidad de Cuidados Intensivos: Perspectiva Enfermera Categorizada desde el Sentido. Éticas de los Cuidados. 2 (3) Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidados/n3/et6827.php> consultado el 11 febrero de 2011.
4. Atehortua S, (2005); La estimulación temprana en el neonato en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín; Colombia.
5. Barbosa M, Montanholi L, Pinto de Jesús M, (2011) Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo ideal, lo real y lo posible. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(2): www.eerp.usp.br/rlae.
6. Beltrán O (2006); Factores que influyen en la inserción humana del cuidado de Enfermería. Inverst. Educ. Enferm. Universidad de Antioquia. 24(2): 144-150.
7. Beltrán O, (2006); Interacción Humana en el Cuidado de Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín; Colombia.
8. Beltrán O, (2008); La práctica de enfermería en el cuidado intensivo. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia. 8 (1). Oscar4242@tone.udea.edu.co
9. Benner P, (1984); From Novice to Expert. USA: Addison-Wesley Publishing.
10. Benner P. (1987); Práctica Progresiva de Enfermería. Manual de comportamiento profesional. Enfermería y sociedad. Barcelona: Grijalbo. p 121, 58-60, 128, 54.
11. Benner P; (2000) the wisdom of our practice. Thoughts on the art and intangibility of caring practice. AJN; 100 (10): 99-105.
12. Bojorquez G; Anguita V; Bernier L; (2004); Bio-ethical considerations in the decision to withhold or withdraw life sustaining treatments; Rev Chil Pediatr 75 (2); 181-187.
13. Brennan P, Anthony M, (2000); Nursing practice models: implications for information system design. Journal of Nursing Administration. 28(10), 26-31
14. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B, (2005); Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal (Ed 1).
15. Chinn P, Kramer M, (2004); Integrated Knowledge development in Nursing, Sixt Edition.
16. Consejo Internacional de Enfermería, CIE, (2005); Código Deontológico para la participación de enfermería. <http://www.unav.es/cdb/intenfermeras.html>
17. Davis N, (1994); "Med Errors: a well- Informaed Pscient is a Valuable Asser", Nursing, 94 (3): 14
18. Daza R, Torres P, Prieto G; (2005); Interacción, Participación y afecto, Índex enferm Bogota, Colombia 48-49.
19. De Oliviera R, y Cols, (2007); Comunicación Enfermera paciente en la Unidad de Tratamiento Intensivo. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador v.21 pp. 55-63
20. De Sena R, Coelho C, Duarte, (2009); Proceso de trabajo en la unidad de cuidados intensivos neonatales: la construcción de una orientada a la atención integral. Rev. Esc. Enferm. USP. Sao Pablo, Brasil. 43(3)
21. Diccionario Mosby Medicina, Enfermería, (2003); Elsevier España, Seguin Farmacoter 1(2): 149-150
22. Dittz E, y Cols, (2009); Proceso de trabajo en la unidad de cuidados intensivos neonatales: la construcción de una orientada atención integral. Universidad Federal de Minas Gerais, Rev. Esc. Enferme. Brasil 43(3)

23. Erdmann A, Leite J, Costa I, (2005); Análisis de la Investigación Brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. *enferm.11* (2).
24. Escobar D, Lorenzini A, (2007); El poder del cuidado amoroso en la enfermería. *Rev. Latino-Am Enfergem* Universidad de Carabobo, Venezuela. 15(4)
25. Facioni p, (1990); Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Washington, D.C NED 315-423.
26. Fanaroff A, Kaus M, (1998); Cuidado del Recién Nacido de Alto Riesgo. 5ta Ed.
27. Fernández C, (2001); La comunicación humana en el mundo contemporáneo. (2da.ed). Mc. Grav Hill México p 45:56-57.
28. Fernandez P, (2006); Effects of noise neonatal hospital environment 8(20) *amerca academy of pediatrics*. Chile
29. Fonseca y col (2008); El estrés del neonato nacido antes del término: una reflexión axiológica acerca de posibles influencias de los factores sensoriales-ambientales en unidades de terapia intensiva neonatal. *Colegio Brasileiro de Actividades de fisica sauce exparte Rio De Janeiro, Brasil*. 7(5).
30. Garzón N, (2005); Ética Profesional y teorías de enfermería. Universidad Nacional de Colombia; presidenta del Tribunal Nacional de Ética de Enfermería, Colombia. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/60/125>
31. Gauwitz D, Bayt P, (2000); Administering Medication: Pharmacology for health careers, fourth ed. New York N, Y: Glencoe Mc Graw- Hill. 74-75.
32. Gobierno Nacional. Ley 911 de (2004) Artículo 3 Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: Tribunal Nacional ético de Enfermería.
33. Gómez A, Espinoza, A, (2006); Dilemas Éticos frente a la seguridad del paciente Cuidar es Pensar Aquí *chan* 6 (1) 14-16.
34. Gonzalez Y, (2007); la Enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Chia* 7(2) Universidad de Panamá, Ciudad Universitaria, Panamá. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/108/217>
35. Goodman L, Gilman A, (1990); Las bases farmacológicas de la terapéutica, (5ta. ed.) editorial panamericana, México.
36. Gracia D, (1998); Ética y Vida. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santafé de Bogotá, Editorial El Búho, N° 4.
37. Henao N, Quiroz A, (2007); Aplicación del índice de intervenciones terapéuticas Neonatales en el cálculo del personal de Enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal de la clínica Universitaria Boliviana., Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería Medellín.
38. Hernández Y Cols, (2010); metodología de la Investigación. (5ta. ed.) Mc GRAW.HILL/INTERAMERICANA EDITORES,S.A.DE S.V.
39. Hernández D, flores S, (2002); Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Art científico. Rev. enferm IMSS* 10(2).
40. Huei P, cols, (2009); las relaciones entre los estresores ambientales y las respuestas de estrés bioconductual de niños prematuros en la UCIN. *Revista de educación continua en enfermería.vol 23(4) pag 363*.<http://proquest>.
41. Hudacek S, (2008); Dimensiones del Cuidado: un análisis cualitativo de las historias de las enfermeras. *Revista de Educación de Enfermería*. Scranton, Pennsylvania 47(3) pp. 124.
42. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, major F, (1996); El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.
43. Kolcaba, K,(2010); Una introducción para confortar teoría.

- En la línea de la comodidad.
<http://www.theconfortline.com>.
44. Kuerten P, (2008); Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? Model of care: What is it? And how do you
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962008000200011&script=sci_arttext
 45. Langona L, Barbosa M, Pinto M, (2011); Actuación de la enfermera en la Unidad de terapia intensiva neonatal entre lo ideal, lo real y lo posible. Rev. latino-Am. 19(2): 08 Universidad de Sao Pablo, Brasil.
 46. Leon C, (2007); La seguridad del paciente, una respuesta en el acto de cuidado Aquichan, 6(1) ciudad de la habana, Cuba.
 47. López E, Vargas R, (2002); la comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente Rev. De Enfer del IMSS 10(2):93-102.
 48. Luévano S, (2005); Guía de apoyo para Elaborar un Modelo de Práctica de Enfermería, Chihuahua, México: Antología de administración del cuidado.
 49. Luevano S, (2008); El arte del CUIDADO DE ENFERMERIA: de Florencia Nightingale a Jean Watson, Facultad de enfermería y nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, México.
 50. Martínez G, (2003); Ciencia y humanismo al servicio del enfermo. El manual Moderno (2da Ed) p 26.
 51. Martins J, Robazzi M, (2009); Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 17(1). Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_09.pdf
 52. McConnell E, (2000); Los sistemas de comunicación hacer una conexión cuidado. Gestión de Enfermería Chicago vol 31(2) pp 49-52
 53. Merck Sharp & Dohme de España (2005); S.A Madrid, España en: www.msd.es/.../mmerck.../seccion_02_005.html consultado el 16 marzo de 2011.
 54. Molina M, (2006); El modelo de salud Colombiano y la Calidad el cuidado de Enfermería, Universidad de Sabana Colombia Aquichan Chia Vol (6) pp148-155.
 55. Morelira E, Cols (2008); El significado de la interacción entre los profesionales de enfermería y el recién nacido/familia en un entrono hospitalario. Universidad Federal de Sao Pablo Brasil. Rev latino Vol 16 (6).
 56. Morse, (1990); Dimensiones de Cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Santafé de Bogotá, D.C. Colombia.
 57. Mulens I, (2006); La gestión de enfermería desde las dimensiones del cuidado. Instituto Superior de ciencias Medicas de la Habana Facultad de Enfermería. "Lidia Doce Sánchez".
 58. Naranjo M; (2005); PERSPECTIVAS SOBRE LA COMUNICACIÓN. Universidad de Costa Rica 5 (2) pp. 1-32.
 59. Rossel K, Cols, (2002); Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados un mundo desconocido. Revista chilena de pediatría 73(1) Santiago, Chile
 60. Organización Mundial de la Salud. (2001); Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo 109ª reunión, EB109-9; Ginebra. Panamá, AQUICHAN - ISSN 1657 5997. 7(2).
 61. Pallas A, Gutiérrez A; (1997); El Ambiente en los Cuidados Intensivos Neonatales; An Esp Pediatr Madrid 28041; 47(6); 618-620.
 62. Parente A, Cañizo A, Lain M; Carrera N (2009); Es adecuado utilizar las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales como sala de operaciones. Servicio Cirugía Pediátrica. Servicio Neonatología. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.22:61-64.
 63. Perapoch J y cols (2006); Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación de la unidades de neonatología en España. An Pediatric Barc. 64(2):132-9
 64. Pereira, Paiva, Collet , (2007); Humanización del Cuidado en UTI

- Neonatal. Revista Electrónica de Enfermagem., v. 09, no. 01 p. 200-213.
65. Pinheiro F; Fior S; Pereira K. (2010) Concepções de funcionários de Utin sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos Universidad Federal do Espírito Santo.
 66. Pinto N. (2001); Indicadores de Cuidado. En actualizaciones Enfermería. Bogotá 4(1) p 13-19 ISSN 01235583 en línea <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>.
 67. Pinto N. (1998); Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
 68. Prieto G, (2009); Reflexiones acerca del ejercicio ético de la profesión de enfermería. Consejo internacional de enfermería en Colombia
 69. República de Colombia Congreso Nacional. Ley 911 de (2004); "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".
 70. Reyes I; (2008) Insensibilidad. Dilemas éticos. Ética en enfermería, enfermería, Gestión Sanitaria, pediatría y Neonatología Valencia. 12(2):144-157.
 71. Rivera L, Triana A, (2007); Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm, 25(1).
 72. Sánchez J. (2009); Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. Facultad de Ciencias de la Salud, sede Aragua. Universidad de Carabobo.
 73. Sánchez L, Olivella M. (2007); Análisis teórico de una experiencia cotidiana. Un nuevo abordaje en el cuidado de enfermería. Biblioteca. Las casas, Tolima, Colombia 3(3) Disponible en <http://www.index>
 74. Sánchez B, (2002); Utilidad de los modelo de enfermería en la práctica En: el arte y la ciencia del cuidado. Unibiblos. Bogotá. 16(3)
 75. Santos M, (2008); CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ INTERNADO EN UCIN: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN. Facultad De Psicología; Buenos Aires.
 76. Schütz A, (2003); Estudios sobre teoría social. Escritos II. Buenos Aires (AR): Amorrortu Editores.
 77. Tamez S, (2008); Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Asistencia del recién nacido de alto riesgo (Ed. 3).
 78. Travelbee J, (1996); Aspectos Interpersonales en la Enfermería. Philadelphia: Davies company.
 79. Vargas R, (2007); Cuidado Humanizado Al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. Ciencia y cuidado 4(4) ISSN 17949831.
 80. Vidal B, Adamuz T, feliu B; (2009); Relación Terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Revista electrónica cuatrimestral en enfermería. Hospital Universitario de Bellvitge Barcelona. núm. (17).
 81. Viera M, (2003); La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales, Revista chilena de pediatría versión impresa ISSN 0370-4106 74(2)
 82. Wolf, ZR, Serembus, JF, Smetzer, J. Cohen, H., y Cohen, M. (2000); Responses and concerns of health care providers to medication errors. Las Respuestas e Inquietudes de los Profesionales de la Salud de los Errores de Medicación. Especialista en Enfermería clínica, 14 (6), 278-290. 14 (6), 278-290.
 83. Zamuner M, (2003); Relaciones Interpersonales en el ámbito del cuidado. El rol distintivo de la Enfermería. Nuevo Schoenstatt, Argentina. Quinta Jornada de Bioética