



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

12

Número 2 (2025)

Recibido: 15/8/2025 Aceptado: 19/8/2025
<https://doi.org/10.53766/EHI/2025.12.02.04>

REVISIÓN HISTÓRICA

Hospitalización del recién nacido y la separación de sus padres en el contexto histórico y filosófico

Hospitalization of the newborn and the separation of his parents in the historical and philosophical context

Flor María Parra Falcón (Dra.)¹

Rosa Stella Paredes Castro (Esp.)²

Mary Alejandra Valiente Leal (MgSc.)³

Yesenia Josefina Barrios Parra (Esp.)⁴

Liliana Astrid Medina Márquez (MgSc.)⁵

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magíster en Orientación de la Conducta, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV), San Cristóbal-Venezuela. Doctora en Enfermería, Salud y Cuidado Humano, Universidad de Carabobo (UC), Valencia-Venezuela. Profesora Titular, Escuela de Enfermería (ULA). Correo electrónico: parraflor@yahoo.com ORCID: 0000-0003-0005-5581

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico (ULA), Mérida-Venezuela. Profesora Instructor, Escuela de Enfermería (ULA). ORCID: 0009-0001-3988-1795

³Licenciada en Enfermería (ULA). Magíster en Orientación de la Conducta, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV), San Cristóbal-Venezuela. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería (ULA). Enfermera II, Centro Asistencial de Psiquiatría, Instituto Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida-Venezuela. ORCID: 0009-0008-6884-541X

⁴Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Neonatología Integral, Hospital Central de Maracay, Maracay-Venezuela. Enfermera II, Unidad de Neonatología, IAHULA, Mérida-Venezuela. Profesora Instructor, ULA, Mérida-Venezuela. ORCID: 0009-0008-1633-6357

⁵Licenciada en Enfermería (ULA). Profesora Instructor, Escuela de Enfermería (ULA). Enfermera II, Unidad de Neonatología, IAHULA, Mérida-Venezuela. ORCID: 0009-0004-2431-946X

RESUMEN

La experiencia de hospitalización de un recién nacido es caracterizada por un ambiente con tecnología de punta en la que se reemplaza el cuidado de los padres por un cuidado institucional. El objetivo de este manuscrito es desarrollar una serie de detalles históricos sobre la evolución del cuidado del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), considerando algunos referentes filosóficos. Se hace énfasis en el cuidado del niño a través de la historia y la evolución tecnológica relacionada con el cuidado proporcionado en dichas unidades. Asimismo, se presentan algunos aportes a la luz de los cambios de paradigma en el cuidado neonatal. Se concluye haciendo énfasis en la importancia de considerar el cuidado enfermero a los padres y al neonato como un proceso interactivo, con el respaldo de la filosofía y el humanismo.

Palabras clave: hospitalización, recién nacido, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, historia, filosofía del cuidado.

SUMMARY

The hospitalization experience of a newborn is characterized by a formalized environment with cutting-edge technology, in which parental care is replaced by institutional care. The objective of this manuscript is to develop a series of historical details about the evolution of childcare in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), considering some philosophical references. Emphasis is placed on childcare throughout history and the technological evolution related to the care provided in these units. Likewise, some contributions are presented in light of paradigm shifts in neonatal care. The article concludes by emphasizing the importance of considering nursing care for parents and newborns as an interactive process, supported by philosophy and humanism.

Key words: hospitalization, newborn, nursing, neonatal intensive care unit, history, philosophy of care.

— INTRODUCCIÓN

Cuando un recién nacido presenta inestabilidad respiratoria, hipotermia o alguna malformación no detectada durante el embarazo y el cual transcurrió de manera normal, el padre y la madre deben sustituir los planes previstos durante la gestación por una experiencia de hospitalización caracterizada por un ambiente distinto al del hogar. Allí se sustituye bruscamente el cuidado de los padres, especialmente el de la madre quien históricamente asume esta responsabilidad, por un cuidado institucional dependiente de políticas asistenciales, donde prevalece una realidad formalizada, caracterizada por un conjunto de normas y reglas que difieren enormemente de la realidad vivida por ellos, especialmente en el plano que Córdova¹ denomina la vida soñada, descrita como “el reino de las esperanzas, las expectativas y las aspiraciones”, que en este caso se encuentran inmersas en el ideal de un nacimiento feliz.

En efecto, cuando los recién nacidos son trasladados a una unidad neonatal son violentamente separados de sus madres y entregados a un ambiente rodeado de equipos con tecnología de punta y al cuidado de un personal de Enfermería muy bien entrenado. Los padres, si bien son reconocidos como representantes de su hijo, pasan a ser más visita que progenitores, y el personal de salud que lo atiende debe indicar y aplicar todo tipo de análisis y tratamientos, muchas veces traumáticos pero necesarios para restablecer su salud.

A lo largo del tiempo se han suscitados cambios que revelan un compromiso por transformar esta forma de brindar atención en estas áreas. De allí que, este escrito explora los aspectos históricos y filosóficos del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Su objetivo no es solo comprender la evolución de la atención al recién nacido y sus familias, sino también abrir una puerta hacia la humanización de la práctica asistencial, buscando fomentar un equilibrio entre la alta tecnología y la calidez humana, reconociendo al neonato no solo como un paciente sino como un ser humano en desarrollo que pertenece a un entorno familiar.

— DESARROLLO

La evolución del cuidado infantil a través de la historia

Desde tiempos remotos hasta los rascacielos modernos, la crianza de los hijos ha sido una constante en la experiencia humana. Si bien la figura materna ha sido tradicionalmente el pilar fundamental en los primeros años de vida de un infante, una mirada más profunda a la historia revela una rica y sorprendente diversidad en cómo las sociedades han abordado el delicado arte de cuidar a la siguiente generación. Esta responsabilidad materna en especial en sus primeros años de vida cambia cuando se presentan situaciones contrarias al nacimiento de un niño sano, es decir con alguna patología o problema de adaptación, en la cual debe recibir cuidados especializados en instituciones de salud y no en el hogar. Este cuidado ha ido evolucionando en los diferentes momentos de acuerdo con el conocimiento de cada época, siendo influenciado por la concepción que tenían sobre el recién nacido aquellos que dominaban el poder, ya que el valor que le otorgaban estaba sujeto a políticas sociales de cada grupo o civilización. Esta concepción se aprecia cuando se revisan costumbres como la descrita en la tradición greco-romana, en la cual los niños eran

considerados como seres humanos inacabados, lo cual era una actitud que fomentaba el abandono, la venta y el infanticidio, hasta el punto de llamarlos *infans nodum homo*, que se traduce en “niños aún no humanos”².

Otro relato revelador se remonta en la Esparta antigua, la cual era considerada la ciudad más importante del Peloponeso, cuya disciplina de gobierno estaba dirigida a la guerra impidiendo que los niños con defectos sobrevivieran. En el momento del nacimiento, eran lavados con vino para conocer su resistencia y luego examinados por una comisión de expertos que dictaminaba si merecía o no la pena dejarlos vivir. Los débiles y defectuosos eran arrojados a las llamadas Apótetas, un abismo entre las laderas del monte Taigeto, lugar en donde eran privados de los cuidados mínimos utilizados en ese tiempo, como la colocación de fajas, atención de sus llantos y miedos en la oscuridad de la noche^{2,3}. No obstante, en un estudio reciente se revela que no existen pruebas que ellos abandonaran sistemáticamente a aquellos recién nacidos discapacitados como narran los escritos de Plutarco, y en aquellos casos en que se hacía, era una práctica no normalizada socialmente⁴.

Por otra parte, un conjunto de escritos sagrados del hinduismo denominados Los Vedas, es considerado una de las primeras referencias históricas en cuyos apartados se reflejan la infancia y sus cuidados. Mencionan una serie de rituales, los *Sanskars*, que deben realizarse desde el momento de la concepción, durante el embarazo, en el nacimiento y durante la infancia, destacando el *Jaatkarm*, protocolo que se hace al nacer antes de cortar el cordón umbilical, que consiste en hacer lamer al recién nacido pequeñas cantidades de *ghee* (mantequilla clarificada) y miel para su protección⁵.

Más allá de estos ejemplos, la historia muestra un patrón constante de invisibilización de la infancia, donde los niños eran prácticamente inexistentes en la esfera pública. Tanto en las culturas antiguas como en la clásica de occidente, la presencia del niño se limitaba a satisfacer las necesidades del adulto, siendo su rol principal el de ser disciplinado e instruido para responder a las demandas sociales. Esta relación de poder hegemónica encontraba su justificación en el pensamiento filosófico de Platón y Aristóteles, quienes incluso les atribuían un valor de propiedad, catalogándolos como "carentes de razón"⁶. Sin embargo, es importante destacar que en esos mismos tiempos convivieron pensadores cuyas ideas, aunque no predominantes entonces, influirían significativamente en futuros escritos que impulsaron un cambio hacia la visualización de la infancia. Entre ellos sobresalen Quintiliano, quien abogaba por una actitud positiva hacia el recién nacido y una educación afectuosa; y San Agustín, quien en sus "Confesiones" cuestionaba la enseñanza a través de castigos físicos⁷.

Entre los siglos XV y XVII, en los albores de la modernidad europea, surgieron nuevas significaciones imaginarias centradas en la conservación de la vida y el cuidado del cuerpo del niño en el ámbito familiar. Si bien desde la Edad Media existía una conciencia naturalista de la vida que asignaba a la mujer la función fundamental de la conservación de la especie (gestar, alimentar y alumbrar), a partir de finales del siglo XIV y hasta el XVII, la sociedad occidental desarrolló una nueva relación con la infancia. Esta se sustentó en la voluntad de salvar a los niños, prolongar sus vidas y aliviar sus sufrimientos gracias a los cuidados prodigados por el médico, el

nuevo especialista del cuerpo. Sin embargo, en las sociedades profundamente rurales, esta visión de la vida y del niño como mera conservación siguió predominando hasta finales del siglo XIX⁸.

Este interés por la vida del niño incidió en la publicación de literatura científica desde diferentes disciplinas, en las que se convirtió en objeto de estudio e intervención, configurándose así un nuevo sentimiento hacia la infancia y una nueva representación sobre la niñez, a lo que algunos estudiosos denominan "el descubrimiento del niño"⁸. Basado en las premisas de Quintiliano, en 1764 se presentó la obra "Emilio" de J.J. Rousseau, la cual significó un elemento teórico muy importante en su tiempo porque reclamaba la atención solícita de los padres al menor, el fomento de los vínculos amorosos y la atención a la propia naturaleza infantil⁷. Esta obra marcó un hito en la educación en esta etapa, seguida de los escritos sobre higiene escolar en 1977 de J. P. Frank; pero fue en el siglo XIX cuando la Pediatría apareció como una especialidad independiente con el surgimiento de entidades y médicos interesados en su atención. Aunque el primer hospital infantil registrado fue en Milán en el año 787 y era regido por monjes, el primero dedicado solo a niños fue fundado en París en 1802, *L'Hôpital des Enfants Malades*; posteriormente fueron creados: el *Children's Hospital* en Estados Unidos de América, en 1855 y, el departamento pediátrico del Hospital de *La Charité* de Berlín en 1930⁹. Puede considerarse que es en ese momento que se le empieza a dar importancia a la infancia, considerándolo como paciente por la medicina.

El surgimiento de las UCIN: una mirada histórica

El cuidado neonatal ha sido testigo de importantes avances a lo largo del tiempo, muchos de los cuales están directamente relacionados con la Enfermería y la atención al recién nacido, sobre todo al prematuro. Históricamente, el obstetra Pierre Budin y Sir Douglas Baird fueron pioneros al introducir la incubadora para prematuros, cambiando así la perspectiva pesimista sobre su viabilidad. Budin se destacó por sus publicaciones que permitieron diferenciar a los lactantes prematuros con problemas de salud y clasificar a los recién nacidos según su tamaño en relación con la edad gestacional. Asimismo, realizó observaciones clave sobre la hipotermia y su impacto en la mortalidad prematura. Su obra *The Nursling* en 1900, es particularmente relevante por incluir contribuciones significativas al cuidado de Enfermería neonatal¹⁰.

Por otra parte, se menciona la primera incubadora de la historia que fue desarrollada en 1835 por el médico ruso Johann Georg Yon Ruehl, mientras que el clínico francés Tarnier, patentó la primera que se podía cerrar, pero además consideraba esencial en el proceso la integración de la madre como principal cuidadora de su hijo, es decir, que ella permaneciera a su lado para amamantarlo. En cuanto al cuidado exclusivo de neonatos prematuros, en 1914 Hayes creó un modelo de atención que se regía por una política de asepsia y delicadeza con mínima intervención. No obstante, la primera unidad documentada para el cuidado exclusivo de estos niños fue creada en 1961 en la Universidad Vanderbilt, por la profesora Mildred Stahlman¹¹. Lógicamente la unidad neonatal ha evolucionado considerablemente a través de la historia gracias a los descubrimientos científicos para tratar las enfermedades o condiciones de prematuridad con que nacen algunos recién nacidos, lo cual ha permitido aumentar durante los últimos años su expectativa de vida¹².

Una figura controvertida de la historia en cuanto al cuidado neonatal se refiere, es el Dr.

Couney. Algunos lo catalogan como un gran defensor de los prematuros, otros lo cuestionan porque los exponía como una atracción exhibiéndolos en ferias para que el público acudiera a verlos mediante el pago de una entrada. Pero lo que se consideraba un espectáculo implicaba un cuidado en el cual las incubadoras tenían un rol central para mantener la termorregulación, así como la alimentación, siendo que estos neonatos recibían sólo leche materna y cuidados especializados de enfermeras lideradas por Madmoiselle Louis Recht, a quien admiraban por su técnica de alimentación¹³.

Posteriormente, en una transición al cuidado hospitalario, eran encargados al Dr. Hess en Chicago, en la que los padres, que en principio no se involucraban en el cuidado de sus hijos, retomaban contacto con ellos. Los aspectos pragmáticos del cuidado de los recién nacidos prematuros fueron transferidos de Couney a Hess, a través de Recht a otra enfermera, Evelyn Lundeen¹³. Su actuación fue designada como “la silenciosa enfermería para prematuros”, porque su política era la delicadeza con mínima intervención, las cuales eran ejecutadas con base a los postulados de Florencia Nightingale, manteniendo las condiciones de apoyo necesario (calor, reposo, dieta, silencio, higiene, espacio, iluminación) que permitieran que el organismo del bebé se recuperara. Para prevenir la infección el personal usaba batas, gorros y tapabocas, y establecían una rutina de limpieza que incluía a los padres¹⁴. Cabe destacar que esta concepción de unidad neonatal destinada al cuidado de los prematuros revela el compromiso de la profesión de cuidar la vida desde sus inicios, para lo cual desde tiempos remotos se ha hecho solidaria con posturas revolucionarias que consideran al ser un humano como un todo, como parte del mundo.

Es un hecho que estas unidades han presentado cambios significativos en su funcionamiento a la par de los descubrimientos científicos y los avances en la tecnología, como el uso del oxígeno durante los años 40 y 50; los mejoramientos de la termorregulación en los 60, que incluyen los calefactores radiantes, las incubadoras, las sondas térmicas con modalidad de servocontrol; y la implementación de ventiladores de alta frecuencia, que han posibilitado suministrar volúmenes por minuto adecuados, con menos presiones en la zona proximal de las vías respiratorias de los recién nacidos^{15,16}. También ha sido de gran ayuda la utilización del surfactante de origen animal, sustancia de la cual los recién nacidos prematuros carecen total o parcialmente y que los corticoides administrados a las madres ayudan a sintetizar impidiendo la formación de la denominada membrana hialina, y el control oportuno de las hemorragias cerebrales mediante la ecografía cerebral, permitiendo ser más exactos en los pronósticos¹⁷.

No obstante, antes de la Segunda Guerra Mundial la madre fue separada del prematuro. Ella, quien anteriormente amamantaba al hijo pasó a ser vista como una amenaza a la fragilidad de él y como fuente de infecciones, siendo, por lo tanto, impedida de mantener un contacto directo y obligada a mirarlo sólo a través de ventanas¹⁵. Es importante mencionar que, durante los años 1930 y 1960, las visitas de los padres estaban estrictamente limitadas a una o dos horas semanales en la mayoría de los servicios de pediatría, y las unidades de prematuros eran verdaderas fortalezas a las cuales era impensable permitir el ingreso a los miembros de las familias¹⁶. Se suele argumentar que la hospitalización de la madre con su hijo aumenta los costos, no tomando en cuenta que el funcionamiento del equipamiento tecnológico que sustituye a la madre es mucho más costoso que el alojamiento con ella.

Por ello, Levin¹⁶ y su equipo pensaban que todos estos factores aumentaban el riesgo de infecciones y consecuentemente la morbilidad neonatal, por un lado, y por otro disminuían las oportunidades de desarrollar las relaciones padres-hijo, ya que en estas condiciones el niño al ser instalado en una incubadora y alejado por períodos de su madre, conlleva, entre otras cosas, a que los padres se sientan inseguros e incompetentes al momento de asumir el cuidado de su hijo después del alta. Dicho argumento parece estar basado en lo que durante un largo tiempo determinó la matriz epistémica de la ciencia, el Positivismo, sustentado en el paradigma newtoniano-cartesiano, mediante el cual impera la formalidad del método científico, basado en el principio de verificabilidad y la importancia del lenguaje, omitiendo el enfoque sistémico y dinámico e interdisciplinario de la realidad y hace la separación entre el sujeto y el objeto de estudio¹⁸.

Aunque es innegable que los avances tanto de la tecnología como de los conocimientos médicos han logrado que un mayor número de niños logren sobrevivir con la consecuente disminución de la tasa de mortalidad infantil en el siglo presente, con menor peso y viabilidad a las 24 semanas de edad gestacional¹⁶, ahora se están salvando a muchos recién nacidos que en el pasado morían o quedaban con secuelas invalidantes, pero con altos costos morales, sociales y culturales para la sociedad.

Cambios a la luz de la nueva visión científica

Después de la Segunda Guerra Mundial comenzó a estudiarse los efectos de la separación y privación materna sobre el desarrollo y personalidad del niño¹⁹ y se comenzó a transformar el modelo tradicional de asistencia centrado en el bebé enfermo hacia nuevo modelo que permitiera la participación de la madre/familia en el cuidado a partir de nuevas filosofías, conceptos y modelos de cuidado. Cuando se dispuso de terapias antibióticas y las investigaciones demostraron los beneficios de admitir a los padres en las UCIN sin que se advirtiera un aumento de las infecciones, a fines de la década de 1960 se abrieron las puertas. Es así como los padres recién comenzaron nuevamente a tener la autorización para tocar y cargar a sus bebés^{12,16}, apoyado en la aparición en 1958 de un hito fundamental de las UCIN modernas, como fue los conceptos que acerca del vínculo y el apego aportados por el médico psicoanalista John Bowlby que establecen la importancia de las conductas de acercamiento que realiza el recién nacido hacia el progenitor (la madre, por lo general)¹⁹. Bowlby²⁰ demostró las consecuencias negativas de la separación y los problemas derivados de la hospitalización, tanto para ellos como para sus familias.

Otra contribución conceptual acerca del apego fue introducida por Klaus y Kennell²¹, en 1974, quienes en su obra “La relación madre-hijo”, mencionan que tras la separación física del parto surgen fuerzas invisibles y poderosas, que ha denominado cordones umbilicales biológicos y psicológicos. El cordón umbilical psicológico, a su vez, representa una vinculación social y emocional entre la madre y su hijo, el cual comienza a constituirse durante el embarazo, para ir adquiriendo cada vez más importancia durante los primeros meses de vida extrauterina. Cuando los niños son privados de la presencia materna tienden, por lo general a ser pasivos, tristes, melancólicos, inactivos; emotivamente inadaptados y no dan respuestas a estímulos como sonrisas o caricias.

Con base a los aspectos antes mencionados y conscientes de la importancia de evaluar el

impacto que tiene la hospitalización de los neonatos en estas unidades especiales, tanto para el niño como para sus padres, diversos expertos han sugerido cómo deber ser el abordaje del problema a través de la implementación de programas tendentes a no descuidar los procesos psicoafectivos que se producen en la familia permitiendo minimizar los efectos negativos de la separación. Considerando este aspecto, se emprendió una transformación del modelo tradicional de asistencia centrado en el bebé enfermo, hacia uno nuevo que permite la participación de la familia.

Cabe resaltar como antecedente representativo que en 1979 se instauró en Tallin, Estonia, un sector especial con 35 camas para recién nacidos pretérmino y 35 camas para recién nacidos enfermos o malformados. Debido a la escasez de enfermeras de la época, se solicitó a las madres hacerse cargo del cuidado de sus hijos quedándose en el hospital hasta el alta de éstos. Lo novedoso era el cuidado de los recién nacidos por sus madres las 24 horas del día con ayuda del equipo de salud, minimizando la exposición de infecciones por la restricción del contacto del niño con el personal del hospital, promoviendo la lactancia materna y reduciendo el uso de la tecnología^{12,16}.

Asimismo, es importante mencionar que se han producido experiencias de alojamiento conjunto en Sudáfrica, Etiopía, Buenos Aires, Inglaterra y Santiago de Chile, notándose en ellas mejorías significativas en la alimentación al pecho, aceptabilidad más precoz de las madres por involucrarse en los cuidados de sus hijos, y mejor comunicación entre los padres y el equipo médico, lo cual ha redundado en mejor sobrevivencia en el primer año. En este sentido, es relevante reconocer nuevamente la unidad coordinada por Levin¹⁶, en donde a las madres se les invita a comenzar a cuidar a sus hijos en cuanto llegan a la unidad; para hacerlas sentir más relajadas pueden recibir las visitas de sus parejas u otros miembros de su familia varias veces a la semana, aunado a la decoración de las habitaciones con ambiente hogareño. Cada niño tiene su unidad de atención, las madres están permanentemente con sus hijos, con muchos instantes de contacto físico mediante el método canguro. Se les enseña a masajearlos diariamente, observan y toman nota del estado de salud de los pequeños, siendo asistidos por el equipo médico y de enfermería según sea la necesidad.

Otra propuesta trascendente ha sido la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN), propiciada desde fines de la década de 1980, que ha sido revisada y actualizada de manera constante por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)²², y a la cual se han sumado otras organizaciones en muchas maternidades del mundo. Esta guía incluye entre sus acciones el contacto precoz madre-hijo, la cohabitación y la lactancia materna precoz y frecuente, además del contacto mínimo con equipos de salud en constante rotación. Esta IHAN surgió como una estrategia para minimizar la tendencia mundial de olvidar la alimentación al pecho, pero, desafortunadamente, este proyecto favorece en mayor medida a los niños sanos de las maternidades, creándose así una situación paradójica que se evidencia por la inclusión en los protocolos de atención de las áreas de maternidad, y en poca medida es aplicado en las UCIN de los mismos centros asistenciales¹⁶.

Bajo esta perspectiva, un enfoque innovador es el propuesto por Als et al.²³, quienes durante muchos años han probado y desarrollado un acercamiento hacia los cuidados intensivos para los neonatos prematuros basados en el apoyo del desarrollo y de las relaciones, en lo que se ha

denominado Programa para los Cuidados del Desarrollo y Evaluación Individualizada del Recién Nacido (PCDEIRN). En este enfoque al niño se le considera un colaborador activo en la trayectoria del desarrollo iniciada durante la vida intrauterina, tomando como guías para los cuidados las pistas aportadas por el mismo, posiciones apropiadas para cada caso, apoyo alimentario individualizado, oportunidades de contacto piel a piel y en especial cuidados colaborativos para todos los procedimientos especiales, de tal modo que los padres puedan supervisar la comodidad y el bienestar de su hijo. Igualmente, se enfatiza en la necesidad de un ambiente tranquilo, de relajación, que apoye la comodidad de los padres para fomentar un acercamiento, no sólo físico sino también afectivo.

En este sentido, no deja de ser un avance importante que una sociedad científica sudamericana, como la Sociedad Chilena de Pediatría, haya proclamado en su Congreso Nacional del 2001 la Declaración de Pucón, la cual establece la necesidad de fomentar y estimular la Humanización de la Pediatría Perinatal. Esto significa poner énfasis en la atención del recién nacido de término y pretérmino junto con su madre, protegiendo la lactancia materna natural, el apego y la manera de atenderlo en todas las circunstancias, incluyendo su permanencia en la UCIN, es decir incorporarla de manera activa en los cuidados de su hijo “transformándola en un ente activo y no pasivo”²⁴.

En la Unidad de Neonatología, del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, en Mérida-Venezuela, se ha ido estableciendo algunas estrategias para favorecer la integración y la adaptación del padre y de la madre al servicio, con la implementación de Normas Generales de Funcionamiento a ser cumplidas por ellos y demás familiares del recién nacido hospitalizado, entre las que destaca la autorización a las madres para ingresar en los horarios convenidos para ofrecer alimentación a su hijo, además de privilegiar a aquellas con domicilio lejano a entrar a cualquier hora en caso de algún inconveniente. Sin embargo, esta norma está limitada por las condiciones del área y muchas veces los horarios de visitas son reajustados por circunstancias imprevistas, como la detección de infecciones en el servicio²⁵.

De igual manera, se ha intentado incorporar las visitas a los abuelos en el cuidado y apoyo familiar en la UCIN. Artículos recientes destacan la importancia de incluirlos ya que su presencia contribuye a disminuir la tensión emocional que experimentan los padres, además de fomentar la resiliencia familiar consientes de la vulnerabilidad que presentan en este momento. Carissimo²⁶ comenta que “la presencia cálida de los abuelos hace a la UCIN más amable para todos”, porque el personal lo registra como un momento cargado de afectividad y muy esperado por los padres, porque se observa que los abuelos generalmente proporcionan un apoyo cariñoso frente a momentos de desesperanza o de decisiones complejas²⁶. Es por ello por lo que se hace un llamado a las instituciones de salud a que reconozcan y faciliten su participación.

En cuanto a la lactancia materna, los profesionales de la salud enfocan sus intervenciones de apoyo, destinada a proveer asesoramiento sobre técnicas de extracción, además de información a los padres y madres sobre temas que contribuyan fortalecer sus competencias parentales a pesar de las restricciones. Lamentablemente, su función es limitada debido al déficit de personal para dedicarse de manera más constante a escuchar sus inquietudes y aclarar sus dudas. En

investigaciones realizadas en este espacio como las de Parra²⁷ quedó reflejada la necesidad de transformar en un ambiente más acogedor esta área, en donde los padres y familiares puedan sentirse más a gusto, en especial durante el momento en que esperan la visita. No obstante, un punto importante en las normas del servicio es la responsabilidad que tiene el personal de Enfermería de ofrecerle su hijo a los padres retirándolo de la incubadora, o abrir las ventanillas si el bebé no está en condiciones de ser sacado de la misma. Por otra parte, se insta para que las horas de visita sean utilizadas para compartir en familia (madre, recién nacido, padre), momento en el cual se le debe acariciar suavemente, dar masajes corporales suaves, comunicarse con él o ella a través de expresiones verbales, corporales y sentimientos.

Estas experiencias surgen del cuidado centrado en la familia, lo cual constituye tanto una filosofía como un abordaje que incluyen entre sus principios la necesidad de comunicarse con los padres de manera abierta y franca acerca de las condiciones médicas. En este abordaje propuesto por Shelton y Stepanek²⁸, plantea ocho elementos claves en la política y la práctica dirigida a los niños que necesitan cuidados de salud y desarrollo especializados. Estos son: 1. el reconocimiento de que la familia es la constante en la vida del niño, mientras que los sistemas de servicios y personal de apoyo son fluctuantes; 2. la facilitación de la familia, que se traduce en la colaboración profesional en todos los niveles de cuidado (hospital, hogar y comunidad); 3. el intercambio de una información completa e imparcial entre las familias y los profesionales como forma de apoyo; 4. el respeto de la diversidad cultural (étnica, racial, espiritual, social, económica, educativa, emocional, ambiental, financiera y geográfica); 5. el reconocimiento de los diferentes métodos de afrontamiento y la promoción de programas que proporcionan apoyo al desarrollo educativo, emocional, ambiental y financiero; 6. el estímulo de la red de ayuda de familia a familia; 7. proporcionar en el hospital, el domicilio y la comunidad sistema de apoyo flexibles, accesibles que comprendan las necesidades de la familia y; 8. el reconocimiento de las familias como familias, aceptando su amplia gama de ventajas, preocupaciones, emociones y aspiraciones, que van más allá de sus necesidades de cuidados especializados.

Desde esta óptica, es crucial entender que el futuro de la neonatología va más allá de la simple aplicación de tecnologías costosas y complejas adquiridas de naciones desarrolladas o de la intervención exclusiva de personal de salud superespecializado. Éste representa sólo un punto a considerar, ya que es necesario que se suscite el redescubrimiento de acciones íntimamente ligadas con la esencia humana, como la importancia de la alimentación al pecho y su promoción, el entrenamiento integral de los padres para el cuidado de sí mismos y de sus hijos, fomentando el conocimiento de las capacidades de interacción con el recién nacido con énfasis en la importancia del vínculo madre-hijo y la aplicación de técnicas de la estimulación oportuna, como ejemplos. Para ello, se debe reflexionar sobre la necesidad de considerar que la experiencia que viven los padres con recién nacidos ingresados en la UCIN, requiere la armonía entre los cuidados aplicados y el uso de la tecnología, cuyo propósito a fin de cuentas es ayudar al ser humano.

Es decir, que la tecnología debe estar al servicio de la persona y esta debe ser utilizada segura y eficazmente por los profesionales de la salud, para garantizar que prevalezcan los cuidados humanizados y no mecanicistas. Esto implica alejarse del pensamiento simplificante mencionado por Morin²⁹, que “es incapaz de concebir la conjunción de lo uno y lo múltiple”, además de abogar

por el reencuentro entre el humanismo y la ciencia, para superar el modelo biologicista y visualizar el cuidado de enfermería considerando las conexiones intersubjetivas y lo complejo del proceso de vivir.

Por tal motivo, siendo que la enfermera(o) es la persona que tiene mayor contacto y cuidado dirigido al bebé y es el encargado de apoyar a los padres en sus visitas, requiere la capacitación científica, humana y técnica para conocer más a fondo las necesidades de estos padres y así proporcionar el cuidado humano como foco de su práctica, apoyada en los postulados de Mayeroff³⁰, cuya máxima expresión es ayudar a otro a crecer y a realizarse, considerando no sólo sus necesidades sino también sus capacidades, es decir ayudarlos a crecer como padres, responsables del desarrollo de ese nuevo miembro familiar, que por diversas circunstancias, se le ha limitado su derecho a recibir amor a través de caricias, gestos y palabras, que requiere ser reconocido como persona y como ser humano y como tal ser respetado en todos los aspectos que involucra esta condición.

— CONCLUSIÓN

La neonatología moderna, impulsada por la aplicación de nuevos conocimientos tecnológicos, de manera frecuente se sujeta a una excesiva institucionalización y profesionalización de la asistencia tanto obstétrica como neonatal. Desafortunadamente, esto dificulta el contacto íntimo entre madre e hijo, y aún más con el resto de la familia. Por ello, a pesar de los importantes avances, aún queda un largo camino por recorrer. Es crucial que redescubrir aquellas acciones ligadas a la esencia humana, fomentando una mayor interacción entre los padres y su recién nacido. Esto implica la necesidad de priorizar el vínculo familiar y construir un sólido sistema de apoyo y confianza entre los padres y el personal de enfermería. La meta es clara: estimular los sentimientos positivos de los padres hacia su bebé y facilitar la reorganización familiar para afrontar los desafíos del niño, ya que la participación paterna en este proceso todavía es débil.

En este contexto, las ideas presentadas recalcan la importancia de considerar el cuidado como un proceso interactivo. Con el respaldo de la filosofía y el humanismo, la Enfermería puede elevar el cuidado a una expresión artística, brillando al equilibrar los avances tecnológicos con una atención profundamente humanizada. Esto es particularmente vital en unidades de hospitalización con equipos sofisticados, como las Unidades de Alto Riesgo Neonatal. Aquí, además de atender a recién nacidos con alteraciones, se brinda apoyo a sus padres, quienes viven la compleja experiencia de la separación de su hijo del entorno familiar.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdova V. Hacia una sociología de lo vivido. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Comisión de Estudios de Postgrado; 1995.
2. Buenaventura C. Historia de la infancia. [Internet]. Barcelona-España: Ariel; 1998 [consultado 2024 diciembre 12]. Disponible en:

https://www.academia.edu/37973666/Buenaventura_Delgado_4riel_E

3. Endara J. Las injusticias de la capacidad. Una aproximación etnográfica al derecho vivido en la incapacitación judicial. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Barcelona; 2022. [consultado 2024 diciembre 18]. Disponible en: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/192302/1/JER_TESIS.pdf
4. Sneed D. Disability and infanticide in ancient Greece. *Hesperia: The Journal of the American School of Classical Studies at Athens*. [Internet] 2021 [consultado 2024 noviembre 12]; 90(4):747-772. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/10.2972/hesperia.90.4.0747>
5. Sitholey P, Agarwal V, Vrat S. Indian mental concepts on children and adolescents. *Indian J Psychiatry*. [Internet] 2013 [consultado 2024 enero 12]; 55(2):S277-82. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3705696/>
6. Gutiérrez I, Acosta A. El devenir de la representación política de los niños y las niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. [Internet] 2014 [consultado 2025 febrero 4]; 12(1):91-102. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140721063034/art.ingritgutierrez.pdf>
7. Sociedad Colombiana de Pediatría. Derechos de la niñez y los servicios de salud. Manual de formación de formadores para el equipo de la salud. [Internet] Colombia: Grupo de derecho, Sociedad Colombiana de Pediatría; 2011 [consultado 2024 diciembre 18]. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2014/08/Derechos-de-la-ninez-y-los-servicios-de-saludadaptacion-para-Colombia-2011.pdf>
8. Rincón C. Historiografía sobre las significaciones imaginarias de infancia en la cultura de Occidente. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*. [Internet] 2018 [consultado 2024 diciembre 10]; 20(31):25-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/869/86958798003/html/>
9. Genta G. Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura. *Iatreia*. [Internet] 2006 [consultado 2025 enero 20]; 19(3):296-304. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932006000300007&lng=en
10. Martínez JL. Historia de la neonatología y desafíos del siglo XXI. *Rev. Med. Clin. Condes*. [Internet] 2008 [consultado 2024 noviembre 3]; 19(3):152-157. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-historia-neonatologia-los-desafios-del-X0716864008321665>
11. Jiménez J, Román B. El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. *Rev. Bioética y Derecho*. [Internet] 2020 [consultado 2025 enero 31]; 50:167-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300011&lng=es
12. Vieira M. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Rev. chil. pediatr*. [Internet] 2003 [consultado 2025 enero 20]; 74(2):197-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es
13. Quiroga A. Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Revista Enfermería Neonatal*. [Internet] 2018 [consultado 2024 noviembre 1]; 27:4-10. Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/cuidado-centrado-en-la-familia-en-la-unidad-de-neonatologia-una-filosofia-de-cuidado-que-no-se-puede-postergar/>
14. Avery G, Fletcher M, MacDonald M. Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2001.

15. Dinerstein A, González M, Brundi M. Humanización en la atención neonatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. [Internet] 2000 [consultado 2024 noviembre 16]; 19(4):173-176. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219407>
16. Levin A. Human Neonatal Care Initiative. *Acta Pediátrica*. [Internet] 1999 [consultado 2024 octubre 18]; 88(4):353-5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.1999.tb01118.x>
17. Rodríguez N. *Mi bebé es prematuro, guía práctica de cuidados físicos y emocionales*. Barcelona-España: Grijalbo Mondadori; 2000.
18. Chávez P. *Doctrinas filosóficas*. 3ª ed. México: Pearson Educación; 2004.
19. Serret M. *El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal*. [Tesis Doctoral]. Tarraçona: Universidad Rovira I Virgili; 2014 [consultado 2024 diciembre 5]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285312/Tesi%20Maria%20Serret%20Serret.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Bowlby J. *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. 3ª ed. Madrid: Morata; 1986.
21. Klaus M, Kennell J. *La relación madre hijo*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1974.
22. UNICEF y OMS. *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative* [Internet]. Geneva; 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
23. Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant, medical and neurofunctional effects. *JAMA*. [Internet] 1994 [consultado 30 enero 2025]; .272(11):853-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8078162/>
24. Pinto F. Declaración de Pucón. XLI Congreso Chileno de Pediatría, Pucón, 28 de noviembre de 2001. *Rev. chil. pediatr*. [Internet] 2002 [consultado 22 de marzo 2025]; 73(2):197. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000200019>
25. Unidad de Alto Riesgo Neonatal (UARN). *Normas de Funcionamiento*. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida-Venezuela; 2004.
26. Carissimo C. Abuelos en la unidad de cuidados intensivos neonatales: una presencia que fortalece. *Revista Enfermería Neonatal*. [Internet] 2023 [consultado 22 de julio 2025]; 15(41):14-16. Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/wp-content/uploads/2023/04/0-Enf-Neonatal-41-2023-completa.pdf>
27. Parra F. *Vivencia de los padres y las madres con hijos(as) hospitalizados(as) en la UARN. Un aporte para su cuidado*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2012. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1286/mparra.pdf?sequence=4>
28. Shelton TL, Setepanek JS. Excerpts from family-centered care for children needing specialized health and developmental services. *Pediatr Nurs*. [Internet] 1995 [Consultado 15 mayo 2025]; 21(4):362-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7644286/>
29. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona-España: Gedisa; 2003.
30. Mayeroff M. *A Arte de servir ao próximo para servir a se mesmo*. Brasil: Record; 1971.