

**NIVEL DE ESTRÉS EN LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN 2012**

**MARÍA VIRGINIA MEDINA
RUBÉN DARÍO MEDINA**



Universidad
del Cauca

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2013**

**NIVEL DE ESTRÉS EN LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN 2012**

**MARÍA VIRGINIA MEDINA
RUBÉN DARÍO MEDINA**

Trabajo de grado para optar por el título de Enfermero

Asesora. **SANDRA FELISA MUÑOZ BRAVO**
Magister en Enfermería Materno Infantil
de la Universidad del Valle



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2013**

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, Febrero de 2013

DEDICATORIA

La obtención de este logro, se la dedicamos a Dios todo poderoso, por concedernos la oportunidad de vivir y haber alcanzado la meta propuesta.

A nuestros padres, a ellos les debemos su apoyo, su valiosa colaboración y su esperanza puesta en nosotros, por alcanzar un peldaño más en nuestra formación personal y profesional.

A nuestra familia, por su valiosa disposición sacrificando tiempo en beneficio de nuestro desarrollo integral.

Y a todos los amigos y compañeros que nos tendieron una mano, gracias por darnos ánimos para avanzar hacia el camino de éxito profesional.

**MARÍA VIRGINIA MEDINA
RUBÉN DARÍO MEDINA**

AGRADECIMIENTOS

Presentamos los más sinceros agradecimientos a:

Dios todo poderoso por permitirnos empezar y terminar el presente trabajo de grado y la oportunidad de alcanzar este nuevo peldaño en nuestra carrera profesional.

La Asesora del Proyecto, **SANDRA FELISA MUÑOZ BRAVO**, Magister en Enfermería Materno Infantil de la Universidad del Valle, por su valiosa colaboración en la orientación, revisión y presentación del Trabajo de Grado.

La Coordinadora de Investigación, **GLADYS AMANDA MERA U**, Enfermera Magister en Salud Pública, especialista en Salud Familiar, por su disposición oportuna en la revisión y apoyo de los trabajos preliminares.

A los demás profesores de la **UNIVERSIDAD DEL CAUCA**, Facultad de Ciencias de la Salud, por sus aportes en las diferentes asignaturas correspondientes al Departamento de Enfermería,

A todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron para llevar a feliz término el presente trabajo.

Los autores

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
	10
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
1. OBJETIVOS	14
1.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
2. ANTECEDENTES	18
3. MARCO REFERENCIAL	18
3.1 ESTRÉS	18
3.1.1 Tipos de Estrés.	18
3.1.1.1 Estrés y Distrés.	18
3.1.1.2 Estrés Físico y Estrés mental.	18
3.1.1.3 Estrés Agudo.	19
3.1.1.4 Estrés Crónico.	19
3.1.1.5 Distrés por Subestimulación.	19
3.1.1.6 Psicología del Estrés.	19
3.1.1.7 Patrón de Conducta y Estrés.	20
3.1.1.8 Indicadores de la capacidad de hacer frente al estrés.	20
3.2 GENERALIDADES DE LA FAMILIA	21
3.2.1 Concepto de la Familia.	21
3.2.2 Características del Sistema Familiar.	21
3.2.3. Sistemas y Subsistemas Familiares.	21
3.2.3.1 Subsistema Conyugal	21
3.2.3.2 Subsistema Hermanos.	22
3.2.3.3 Subsistema Abuelos.	22
3.2.3.4 Comunicación y Familia.	22
3.2.3.5 Estructura Familiar.	23
3.2.3.6 Etapas del Ciclo Familiar.	23
3.2.3.7 Tipos de Familia.	23
3.2.3.8 Funciones de la Familia.	23
3.2.3.9 Factores de Riesgo para que la Familia entre en Crisis.	24
3.3 FAMILIA Y SALUD.	24
3.3.1 Factores Relacionados con la Hospitalización	24
3.3.1.1 Factores Personales	25
3.3.1.2 Factores relacionados con la Enfermedad.	25
3.3.1.3 Factores relacionados con la Familia.	25
3.3.1.4 Factores relacionados con las Redes Sociales.	25
3.3.1.5 Factores Relacionados con el Equipo de Salud.	25
3.4 TEORÍAS Y PARADIGMAS EN ENFERMERÍA	29
3.4.1 Paradigmas.	29

3.4.1.1	Paradigma Positivista.	30
3.4.1.2	Paradigma Interpretativo.	30
3.4.1.3	Paradigma Socio Crítico.	30
3.5.	ORIENTACIONES CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDAD A LA PRÁCTICA MÉDICA.	31
3.5.1	Paradigma de Categorización.	31
3.5.2	Paradigma de la Integración.	32
3.5.3	Paradigma de la Transformación.	33
3.6.	ESCALA DE ESTRÉS DE MARGARET MYLES.	36
4.	METODOLOGÍA	38
4.1.	TIPO DE ESTUDIO	38
4.2	POBLACIÓN OBJETIVO DE ESTUDIO	38
4.2.1	Muestra	38
4.2.2	Criterios de Inclusión.	38
4.2.3	Criterios de Exclusión	38
4.3	TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	39
4.3.1	Características de la Ejecución del Estudio.	39
4.3.2	Características de los Instrumentos de Evaluación	39
4.3.2.1	El primer instrumento.	39
4.3.2.2	El segundo Instrumento.	39
4.4.	TECNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
4.4.1	Prueba Piloto	41
4.5	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	42
4.5.1	Variable Dependiente.	42
4.5.2	Variable Independiente.	42
4.6	PROCEDIMIENTO.	42
4.7	TECNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	42
4.8	ASPECTOS ETICOS	42
5.	RESULTADOS	44
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS	44
5.1.1	Análisis Distribución Porcentual.	44
5.2	EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS DE MARGARET MYLES.	50
6	DISCUSIÓN	53
7	CONCLUSIONES	57
8	RECOMENDACIONES	58
	BIBLIOGRAFIA	59

LISTA DE TABLAS

		Pag
Tabla 1	Vistas y Sonidos	40
Tabla 2	Aspectos y Comportamiento de su bebe	41
Tabla 3	Relación con su Bebe y su Papel de Madre	41
Tabla 4	Comportamiento y comunicación personal	41
Tabla 5	Distribución Porcentual según Procedencia	44
Tabla 6	Distribución porcentual según Núcleo Familiar.	44
Tabla 7	Distribución porcentual según Edad.	44
Tabla 8	Distribución porcentual según Tipo Afiliación al SGSSS.	45
Tabla 9	Distribución porcentual Según Escolaridad	45
Tabla 10	Distribución porcentual según Estado Civil.	45
Tabla 11	Distribución porcentual según Ocupación.	46
Tabla 12	Distribución porcentual según Etnia.	46
Tabla 13	Distribución porcentual según Antecedentes personales.	46
Tabla 14	Distribución porcentual según Inicio Relación Sexual.	47
Tabla 15	Distribución porcentual compañeros sexuales.	47
Tabla 16	Distribución porcentual según Número de Embarazos.	47
Tabla 17	Distribución porcentual según Porcentajes Apoyo familiar.	48
Tabla 18	Distribución porcentual según Porcentajes de Embarazo no deseados.	48
Tabla 19	Distribución porcentual según Control Prenatal,	48
Tabla 20	Distribución porcentual según Género recién nacido	48
Tabla 21	Distribución porcentual según Edad Gestacional	49
Tabla 22	Distribución porcentual según Diagnóstico Recién Nacido.	49

LISTA DE GRÁFICAS

		Pág
Grafica 1	Distribución Porcentual según Vistas y Sonidos.	50
Grafica 2	Distribución Porcentual según situación de estrés el aspecto y comportamiento de su bebe	50
Grafica 3	Distribución porcentual según nivel de estrés relacionado con su bebe y el papel de madre.	51
Grafica 4	Distribución Porcentual según comportamiento y comunicación con el personal.	52

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Carta de Solicitud. Permiso del Hospital San José. Unidad de Cuidados intensivos UCIC	63
Anexo B	Carta de Solicitud. Permiso para Sustentar el Trabajo de grado, Universidad del Cauca.	64
Anexo C	Cuestionario Estructurado.Madres de recién nacidos UCIN.	65
Anexo D	Consentimiento Informado. Universidad del Cauca.	69
Anexo E	Escala de Estrés en los Padres. Unidad de Cuidados Intensivos. UCI.	72
Anexo F	Cronograma de Actividades	75
Anexo G	Resumen de Presupuesto.	76
Anexo H	Modelo de Etapas de Programa de Intervención, para prevenir el Estrés en la UCI.	78

RESUMEN

Las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Universitario San José de Popayán, presentan diferentes niveles de estrés que han generado estados alterados de tensión y ansiedad al enfrentarse a situaciones internas relacionadas con: Aspectos y sonidos, comportamiento del recién nacido, comportamiento con el personal y comunicación del personal.

El objetivo del presente trabajo de grado, se enfoca en determinar el nivel de estrés de las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Universitario San José de Popayán durante el mes de Marzo del 2012.

El tipo de estudio aplicado correspondió al descriptivo de corte transversal, participaron 23 madres durante el mes de Marzo de 2012, en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital en mención. La muestra realizada fue a 23 madres de los recién nacidos hospitalizados, dio respuesta al propósito de la investigación, por lo cual se aplicaron los instrumentos: Escala de Estrés Maternal, que mide el nivel de estrés (Margaret Miles) y el cuestionario de antecedentes biosociodemográficos de las madres y características de los recién nacidos. Según la Escala de Margaret Miles, se encontró que la mayor frecuencia en los niveles de estrés de las madres de los recién nacidos, fueron clasificados como muy estresantes, en los ítems de ambiente y sonidos con un 56. % (13), seguido de comunicación con el personal de salud con un 52.3%(12). La frecuencia del nivel extremadamente estresante se encontró en los ítems ambiente y sonidos en un 24%(6) seguido del de comunicación con el personal de salud con un 21.7%(5).

Palabras claves: Nivel de Estrés, Madres, Recién nacido (RN), neonato, Unidad de Cuidado Intensivo, perfil socio demográfico.

ABSTRACT

The Mothers of the newborn children hospitalized in the Unit of Intensive care UCIN of the University Hospital Popayán's San Jose, presents different levels of stress that have generated upset conditions of tension and anxiety on having faced internal situations related with: Aspects and sounds, behavior of the newborn child, behavior with the personnel and Communication of the personnel. Mothers.

The aim of the present work of degree, it focuses in determining the level of stress of the mothers of the newborn children hospitalized in the Unit of Intensive care UCIN, of the University Hospital Popayán's San Jose during March, 2012.

The Type of applied study corresponded to the descriptive one of transverse court, 23 mothers took part during March, 2012, in the UCIN of the Hospital in mention. The realized sample went to 23 mothers of the hospitalized newborn children, gave response to the intencion of the investigation, by which the instruments were applied: Scale of Maternal Stress, which measures the level of stress (Margaret Miles) and the questionnaire of precedents biosociodemográficos of the mothers and characteristics of the newborn children.

According to Margaret Miles's Scale, one found that the major frequency in the levels of stress of the mothers of the newborn children, they were classified like very sressful, in the articles of environment and sounds with 56. % (13), followed of communication with the personnel of health with 52.3 % (12.2). The frequency of the extremely sressful level met in the articles environment and sounds in 24 % followed (6) by that of communication the personnel of health 21.7 % (5).

Key words: Level of Stress, Mothers, Newborn child (RN), neonato, Unit of Intensive Care, profile demographic partner.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo miembro de la familia cambia la composición y la dinámica de ésta, a la vez le da una apariencia diferente dentro de su propio sistema. La disposición familiar durante la gestación es crucial para brindar un ambiente en el cual pueda existir el vínculo con el recién nacido, el cual comienza con la gestación, cobra impulso en el momento del nacimiento y se intensifica cuando el niño, la madre, el padre y la familia se van conociendo.¹

BOULLOSA, Freiberg (2004), afirma que “cuando la salud de la madre o del recién nacido se ve alterada durante la etapa perinatal, este problema se antepone a la ansiedad habitual y genera mayor estrés familiar. Las primeras impresiones de un diagnóstico de salud no favorable para su hijo y la consiguiente hospitalización de su recién nacido en la unidad de cuidado intensivo, provocan un considerable estrés psicológico para ambos padres”²; sin embargo, existen estudios empíricos que demuestran que las madres sufren un mayor grado de estrés y trastornos emocionales que los padres, debido a la pérdida del rol maternal y la imposibilidad de cuidar a sus hijos (as); por ello se encontró que las madres que permanecen con un niño en el hospital, frecuentemente sienten temor y ansiedad ante la hospitalización de sus hijos en cuidados intensivos, tal como lo sustenta Sánchez C.M (2004), en los estudios del Nivel de estrés de las madres con hijos en la unidad de cuidados intensivos neonatales.³

MAZUREK and Nikulish- BARRET, 1.988⁴ y TIEDEMAN M. E (1.977), argumentan que el tiempo que duran los infantes hospitalizados también genera estrés en las madres, y tiene una relación directa con la edad, afirman “que las madres de menor edad reportaron mayor ansiedad que las de mayor edad, y que las que no tenían hijos en casa experimentaron mayores niveles de estrés que las que tenían uno o dos hijos”⁵.

¹ DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Preparación Integral para la Maternidad. Guía para el Trabajo de Equipos de Salud Interdisciplinarios. Mayo 2005. Disponible en Internet. www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/pim-final.pdf

² BOULLOSA F, N. Condicionantes y Caracterización del Estrés, en Madres de Recién Nacidos Prematuros Hospitalizados. 2004 Hospital Base Valdivia. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciada en obstetricia y puericultura. Valdivia – Chile .Disponible en Internet. www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986747.pdf.

³ SÁNCHEZ C M. Nivel de estrés de las madres con hijos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Tesis de grado, maestría en enfermería Universidad autónoma de nuevo león. México 2.004.

⁴ MAZUREK V.,B., & Nikulish-Barret, M. (1988). The effect of selected information on mother's anxiety levels during their children's hospitalization. Journal Qf Pediatric Nursing 3, No.2 (April) 97-01. Disponible en www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149423.

⁵ TIEDEMAN, M,E (1977). Anxiety responses during and after the hospitalitation of dear 6 – 12 month, Journal of Pediatric Nursing. P. 5- 110. 119. Disponible en Internet. www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149423.pdf

Ninguna madre está preparada para tener un hijo demasiado pequeño, inmaduro y con problemas de salud, la situación resulta muy estresante y más aún cuando los recién nacidos tienen que ser hospitalizados dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos. Algunos estudios, plantean que la forma como se ingresa el recién nacido a la unidad de hospitalización, puede disminuir la ansiedad o intensificarla por el temor de la muerte del menor; la noticia de hospitalizarlo genera impacto en la madre, la Unidad de Cuidado Intensivo, le proporciona pocas condiciones de comodidad, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor, seguridad, contacto y afecto; por otro lado, el entorno y las instalaciones de la Unidad aumenta el temor y la angustia por el desconocimiento del uso de los equipo médicos, pensar en recibir noticias negativas sobre el estado de salud de su hijo crea barreras de acercamiento y dificultades en la comunicación con el personal de salud, este estado de incertidumbre altera la tranquilidad y genera estrés a las madres.

Es importante que la relación entre el personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos, y las madres de los recién nacidos sea bajo un ambiente de cordialidad, comunicación, humanismo, confianza y respeto, permitiendo comprender los sentimientos y necesidades de saber el estado real de su hijo. Es la enfermera(o), la persona más cercana a ambos, quien está encargada del cuidado del neonato las veinticuatro (24) horas del día y debe estar dispuesta a atender las inquietudes de la madre.

El día a día genera inquietudes sobre el comportamiento de las madres y su estado emocional, haciéndose necesario plantear investigaciones que aborden los diferentes factores estresantes presentes, con el fin de poder encaminar acciones para corregir y disminuir esta problemática; además de contribuir a la generación de conocimientos más amplios para el mejoramiento en la atención integral que responda a las necesidades y características de la población afectada.

Teniendo en cuenta los estudios de diferentes investigadores sobre el tema del estrés en las madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, podemos decir que no existe un estudio de investigación que determinen el nivel de estrés en las madres, en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán.

El objetivo de presente estudio es “Determinar el nivel de estrés de las madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario San José de Popayán”, a través de la pregunta: *¿Cuál es el nivel de estrés de las madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario San José de Popayán?*

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de estrés de las Madres de Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital Universitario San José de Popayán durante el mes de Marzo 2012.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el perfil sociodemográfico y clínico de la Madre y su Recién Nacido Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital Universitario San José.
2. Evaluar el Nivel de Estrés de las Madres de Recién Nacidos de la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital Universitario San José.

2. ANTECEDENTES

En la búsqueda de nuevos estudios y trabajos para hacer una amplia discusión del proyecto de investigación fueron muchos los revisados que se quisiera exponer; sin embargo la gran cantidad de textos, artículos, tesis e información diversa, permitió seleccionar los más significativos en el tema en mención, los cuales se expondrán a continuación según orden secuencial:

BARRETO Kilhofner (2001), sustenta que “los roles median entre los requerimientos del ambiente social y las contribuciones del individuo por lo cual crean patrones de comportamientos e interacción social predecibles”⁶, LEVY, L. Willard. (2001), asevera que “para desempeñar los roles ocupacionales, una persona debe experimentar sentido de competencia”⁷. Tanto los roles como los hábitos de la persona organizan, regulan y mantienen el comportamiento para satisfacer los estándares aprobados socialmente y permiten adaptarse al ambiente”⁸.

En otro estudio publicado en la revista, por: JOFRE Eugenia y ENRÍQUEZ Elena, (2002); sobre el nivel de estrés de las madres con recién nacidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Guillermo Brand Benavente de concepción. Es un estudio en donde se basa en la teoría del estrés de Lazarus que plantea “estrés psicológico en una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como agravando o desbordando sus recursos y que pone en peligro su bienestar”⁹ además propone que las relaciones entre el individuo y el entorno son estresantes.

Los progresos que por su parte manifieste el hijo prematuro, no van a depender exclusivamente del desarrollo biológico, sino también de todos aquellos intercambios que pueda o sea capaz de hacer primero con su mamá y en una instancia posterior con el mundo externo. La suma de todas las experiencias y no sólo una, será lo que va a determinar el avance del recién nacido,¹⁰

Este un trabajo en donde el apego maternal debe ir muy vinculado al recién nacido, algo natural que presenta desde el encuentro con sus padres, además se relaciona con el estudio del presente trabajo, porque da pautas y se indica cómo

⁶ BARRETO; Kilhofner. Willard/ Spackman. Terapia Ocupacional. Unidad 6, Capítulo 18, sección 1. 10° Edición. Editorial Panamericana., Año 2001

⁷LEVY, L. Willard/ Spackman. Terapia Ocupacional. Unidad 1, Capítulo 4, sección 3G. 8° Edición. Editorial Panamericana., Año 2001.

⁸ Ibid., óp. cit.

⁹ JOFRE Eugenia, ENRÍQUEZ, Elena, En Revista. Estrés y procesos cognitivos. Lazarus, R. y Folkman 2002: 32.

¹⁰ Ibid.

seguir el enfoque del trabajo desde la perspectiva sensorial y emotiva, la trasmisión de la madre al hijo.

En este sentido, la estimulación en el cuidado del recién nacido, para su desarrollo es un tema que lo expone la monografía: “Estimulación temprana de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales” por: ATEHORTUA, Sonia (2004), este es un artículo que resume en pocas palabras la importancia del desarrollo del neonato desde la creación de sus estímulos y sus aspectos motores del lenguaje, la parte cognoscitiva, relacionándolo con la personal-social. Por consiguiente la estimulación temprana previene posibles alteraciones motoras, psicológicas, y sociales. Además la relación de madre a recién nacido, también es importante resaltar la relación personal de enfermería que entra a suplir el rol de los progenitores.

Macías, 2004, afirma que “Cuando una persona desempeña un rol, requiere para su ejecución la existencia de otro, es decir para cada rol existe un contra rol; por ejemplo el papel de madre necesita un papel de hijo”.¹¹

La tesis: “Condicionantes y caracterización de estrés en madres de recién nacido prematuros hospitalizados”, elaborada por BOULLOSA, Nancy, en el hospital de Valdivia, muestra como el estrés se manifiesta en mayor grado en las madres, quienes están expuestas a la frustración, inquietud y sentimientos de incapacidad, por la imposibilidad de cuidar adecuadamente a sus hijos y sufren ante los diferentes procedimientos médicos a los que se somete a sus pequeños, son una escenario de crisis que provoca gran impacto emocional.¹² En este artículo, BOULLOSA, sustenta, que “si el estrés no es manejado y controlado, se pueden presentar trastornos mentales dentro de los cuales se destaca la ansiedad y la depresión”.

Por lo siguiente, en este orden de ideas, la tesis: Nivel de estrés de las madres con hijos en la unidad de cuidados intensivos neonatales por: SÁNCHEZ, María (2004); muestra tres factores que producen el estrés en madres: 1. El nacimiento prematuro, estímulo o fuente de estrés, 2. El hospitalizarse cuando son personas en estado grave de salud, porque están rodeados de aparatos y tecnología, y 3. Otra fuente de estrés es el personal de salud con actitud fría y distante (2004).

El estrés tiene que ver con un sentimiento de sentirse sin ayuda, lo cual es característico de la madre dentro del hospital.

¹¹ Ibid.

¹² BOULLOSA F, Nancy. Condicionantes y Caracterización del Estrés, en Madres de Recién Nacidos Prematuros Hospitalizados. 2004 Hospital Base Valdivia. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciada en obstetricia y puericultura. Valdivia – Chile .Disponible en Internet. En línea. www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986747.pdf.

Los problemas no solo se ven en un recién nacido prematuro, la madre también puede sufrir algunas consecuencias como las propuestas por: ORTIZ, Jenny (2006).¹³ Las consecuencias se pueden clasificar así: Consecuencias médicas, consecuencias sociales y consecuencias psicológicas

Consecuencias Médicas: Debido a la inmadurez física, las madres adolescentes se enfrentan a mayores riesgos de salud que las madres adultas durante el embarazo y el parto. Puede presentarse anemia, hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia, eclampsia y toxemia, abortos espontáneos e inducidos, trauma cervical, trabajo de parto prolongado, llegando e incluso a aumentar la probabilidad de muerte materna.

Consecuencias Sociales: El embarazo en la adolescencia generalmente es desaprobado familiar y socialmente inicialmente. Es común que la primera reacción de padres, hermanos y parientes sean negativas, provocando en las madres adolescentes altos niveles de estrés. Las madres adolescentes se enfrentan con pocas oportunidades para ingresar a la educación superior o regresar a la escuela y en consecuencia, sus posibilidades laborales futuras son limitadas, puede haber pérdida de autonomía debido a la dependencia económica de la familia; relaciones extensas por la excesiva vigilancia por parte de sus familiares; exigencias con respecto a la moralidad e intervención en la vida privada de la joven, especialmente en temas afectivos y sociales.

Consecuencias psicológicas: Las demandas del cuidado del niño, la pérdida de opciones sociales, profesionales y laborales, junto con las restricciones económicas, crean un ambiente desfavorable que pueden desencadenar intensos trastornos afectivos posparto o conductas autodestructivas.¹⁴

En otro sentido, la atención que se hace por parte del personal capacitado, proporcionan una relación entre el recién nacido y el enfermero que a su vez, el enfermero también establece un tipo de vínculo social con la madre, esto se vuelve un círculo de relaciones interpersonales en donde se intercambian sentimientos, emociones y emotividades que se establecen dentro la unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Los trabajos expuestos, son fuente para enriquecer el conocimiento, cuando se realice esta investigación sus aportes proporcionarían nuevas miradas y cuestionamientos en los roles de padres, cuidados y factores que surgen al tener un recién nacido hospitalizado.

¹³ ORTIZ, Jenny Amanda, BORRE, Alicia, CARRILLO, Sonia et al. Relación de apego en madres adolescentes e sus bebés canguros. Rev. Latinoam. Psicol. [online]. 2006, vol 38, no. [citado 12 de septiembre de 2008], p. 71-86.

¹⁴ Op. Cit.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. ESTRÉS

La palabra estrés se deriva del griego STRINGERE, que significa provocar tensión. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como stress, stresse, strest y straisse.

"El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". Para Richard Lazarus (1966) sería "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar".

El estrés puede considerarse como una reacción física y emocional compleja. Según Selye en la primera etapa del estrés se da por una reacción de alarma en respuesta a un factor de tensión que activa el sistema nervioso autónomo, la segunda es la fase de resistencia ocurre mientras el cuerpo se aclimata, en la ajusta al factor de estrés y en la tercera es la fase de fatiga, si la tensión persiste por mucho tiempo, agregándose factores residuales que pueden llevar a la enfermedad y hasta la muerte. Las investigaciones han demostrado que el estrés excesivo es uno de los factores que contribuyen al desarrollo de muchos males tanto físicos como emocionales.

3.1.1. Tipos de Estrés

3.1.1.1 Estrés y Distrés. El estrés actúa como factor de motivación para vencer y superar obstáculos. Puede decirse que es un elemento que nos ayuda a alcanzar el éxito, es el combustible para el logro de nuestras ambiciones. Este nivel normal y deseable podría denominarse simplemente como estrés. No obstante ese nivel puede ser superado llegando a ser potencialmente perjudicial; pudiéndose diferenciar tal estado con el nombre de distrés? La diferenciación entre estrés y distrés destaca la diferencia entre una condición necesaria y normal versus otra que excede estos límites.

3.1.1.2 Estrés físico y estrés mental. Algunos autores marcan diferencias entre el estrés físico y el estrés mental, mientras que otros combinan ambas definiciones cuando hablan del estrés. Esta diferenciación depende del origen o causa del estrés, definiendo al estrés físico principalmente como fatiga o cansancio físico. Puede expandirse esta definición para incluir exposición al calor o al frío, al peligro, o a sustancias irritantes. Por otro lado, el origen del estrés mental está en las relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación por alguna enfermedad. Shields-Poe, D.;

Pinelli, J. (1997) realizaron un estudio descriptivo para identificar las fuentes de estrés parental en dos tipos de UCIN; ellos encontraron que la variable más poderosa relacionada con el estrés era la forma en que los padres percibían la severidad de la enfermedad de su hijo, además cuándo y dónde los padres vieron por primera vez al niño.

3.1.1.3. Estrés agudo. El estrés agudo es el producto de una agresión intensa (aún violenta) ya sea física o emocional, limitada en el tiempo pero que supere el umbral del sujeto, da lugar a una respuesta también intensa, rápida y muchas veces violenta. Cuando el estrés agudo se presenta se llega a una respuesta en la que se pueden producir úlceras hemorrágicas de estómago como así también trastornos cardiovasculares. En personas con factores de riesgo altos, pueden tener un infarto ante situaciones de este tipo.

3.1.1.4. Estrés crónico. Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir que cuando el organismo se encuentra sobre estimulado, agotando las normas fisiológicas del individuo, el estrés se convierte en distrés. El estrés crónico puede darse ya sea por una exposición prolongada y continua a factores estresantes externos (como en profesiones como periodistas, ejecutivos, pilotos o médicos) o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés (como en sujetos deprimidos y en el estrés posttraumático). Aquí el sujeto se ve expuesto prolongadamente a las hormonas del estrés, catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, liberadas por el sistema nervioso simpático y los glucocorticoides. Algunos autores catalogan como estrés agudo al que ocurre dentro de un período menor a 6 meses, y crónico, de 6 meses o más

3.1.1.5. Distrés por subestimulación. Debemos tomar en cuenta que también hay distrés cuando existe subestimulación del organismo. Poseemos un ritmo biológico que cuando se encuentra en una inactividad exagerada, poco solicitado o en reposo excesivo, la irritabilidad y fatiga resultante son índice de estrés por subestimulación.

3.1.1.6. Psicología Del Estrés. El estrés se inicia con una actitud mental que se apoya principalmente en la percepción. En otras palabras, si una situación es percibida como estresante, se responderá de acuerdo a ello. Lo que es estresante para una persona, no lo será necesariamente para otra. Nuestro cuerpo nos prepara para el estrés, a través de caminos tanto conscientes como inconscientes. Primeramente un pensamiento se registra en el cerebro el cual consecuentemente activa el sistema nervioso del organismo. Una serie de eventos complejos ocurren en un período de tiempo extremadamente corto. Pensamientos que causan tensión o miedo durante este período de tiempo, incrementarán los intentos del cuerpo para prepararse para la lucha o la huida (aunque la mayoría de los

estresores a los cuales nos enfrentamos hoy en día no son del tipo contra los que podemos pelear físicamente o huir pero que generan mayor tensión muscular de la que necesitamos). Todo esto ocurre independientemente de que sea o no realmente necesario. De permanecer la situación estresante, la tensión tenderá a aumentar con el pasar de los días (efecto de escalera). En síntesis, el estrés se inicia como una actitud mental ante situaciones demandantes, y repercuten en la fisiología del individuo. El componente actitudinal instado a estudiosos de la personalidad a desarrollar perfiles psicológicos de personalidad que indiquen la predisposición al estrés.

Son muchas las enfermedades psicosomáticas producidas por el estrés o desencadenadas o agravadas por el mismo. Hemos mencionado algunos pero es indudable que analizando la acción de las hormonas y estructuras involucradas podemos inferir su acción sobre enfermedades digestivas, como úlceras, diarreas y estreñimiento; nutricionales y metabólicas; trastornos articulares y musculares; sexuales y ginecológicos y por supuesto, como agente provocador y desencadenante de trastornos psíquicos, pudiendo llevar hasta la depresión.

3.1.1.7. Patrón de conducta y estrés. No es más que la forma habitual de ver y reaccionar ante el mundo. Prise (1982) lo definió como la predisposición de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionados por la escala de valores en uso en una sociedad determinada. Así el Patrón de Conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

3.1.1.8. Indicadores de la capacidad de hacer frente al estrés. Capacidad de funcionamiento sostenido.

- Capacidad de controlar las emociones.
- Capacidad de mantener relaciones y contactos humanos, positivos y reconfortantes.
- Mantener el sentido del valor personal.
- Por otro lado, la incapacidad de sobreponerse se manifestará por:
 - Disminución de la capacidad del funcionamiento.
 - Emociones abrumadoras.
 - Incapacidad de relacionarse con otras personas.
 - Culparse a uno mismo por lo ocurrido

Las estrategias deben estar encaminadas a:

Estas deben ser las primeras intervenciones, las que tienen un rol esencial y básico para mitigar la cadena de reacciones psico- biológica creada por el evento traumático, así como la percepción de este evento traumático.

- Refugio.
- Información.
- Orientación.
- Calor humano.
- Esperanza.

3.2. GENERALIDADES DE LA FAMILIA

3.2.1. Concepto de Familia

La OMS define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

3.2.2 Características del Sistema Familiar.

El aporte de la teoría de sistemas nos permite visualizar la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que interrelacionan y son interdependientes entre sí¹⁵

Como describe Minuchin 1982, la familia está constituida por subsistemas, entre éstos encontramos, el subsistema conyugal, parental, filial; desde esta concepción todos se ven afectados en el caso de enfermedad y hospitalización de uno de sus miembros. Fuera de los subsistemas clásicos señala Aylwin 2002, existen otros subsistemas constituidos por diferentes factores como sexo, interés, edades o funciones.

3.2.3. Sistemas y Subsistemas Familiares.

Una buena aproximación a la familia debe tener sus bases en la teoría de sistemas y de la comunicación. Pino. G, Poupin L. 1999, definen un sistema como el conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupan cada uno de los otros. La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo.¹⁶

3.2.3.1. Subsistema conyugal. Las parejas al unirse traen consigo un conjunto de valores y expectativas, es por ello que cada cónyuge debe resignarse a perder una parte de sus ideas y preferencias con el paso del tiempo, en este proceso se

¹⁵AYLWINA. Nidia, Solar M. Olga. 2001. Trabajo social familiar. Capítulo 3 diferentes perspectivas para analizar la familia. Ediciones Universidad Católica. Pp. 105 a 160.

¹⁶RUIZ E. Ángeles, Robles V. Concepción., (1997) Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas. Capítulo 13. Atención a los padres de recién nacidos de alto riesgo, pp. 139 a 153.

forma un sistema nuevo. Le corresponde la función de fijar bien límites claros y precisos entre ellos.

3.2.3.2. Subsistema hermanos. Aquí se destaca la importancia que constituye para un niño la importancia de los hermanos, ya que ellos van apoyarse entre sí, divertirse, bromearse, y en general aprenden de unos a otros.

3.2.3.3. Subsistema abuelos. La influencia de las familias de origen de los cónyuges, es tan decisiva que persiste independientemente de la presencia física de las mismas dentro del hábitat familiar.

Dentro de los roles y reglas familiares se tiene en cuenta que cada integrante desempeña un rol establecido que conjuntamente con los demás contribuye al funcionamiento del sistema familiar. En general, se puede decir que el rol viene a ser el comportamiento que se espera de un determinado miembro que ocupa una posición específica y las reglas sirven como pauta de los modos de vida de una familia en su casa.

3.2.3.4. Comunicación y Familia. La comunicación como proceso interaccional, sirve a la familia para expresar, compartir ideas, pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades. Este proceso constituye un elemento fundamental, para la dinámica familiar. En una familia sana, la comunicación es abierta, clara y con pocas posibilidades de confusión acerca de la significación de los mensajes emitidos y recibidos, estas características antes mencionadas van a diferenciarla de una familia disfuncional.

3.2.3.5 Estructura Familiar.

3.2.3.5.1. Subsistema individual: Formado por cada uno de los miembros de la familia. Componente del sistema familiar establece relaciones particulares con cada

3.2.3.5.2. Subsistema conyugal: Dos individuos que provienen de familias diferentes se unen para formar una familia en su totalidad. Aportando a la nueva familia las reglas, normas y valores aprendidos. Es necesario un sistema conyugal estable para un buen desarrollo de los hijos.

3.2.3.5.3. Subsistema Parental: Tiene funciones primordiales en la crianza, socialización, alimentación, etc., de los hijos; tiene que ser un subsistema flexible a los cambios que los miembros demanden, y las funciones deben ir evolucionando a la par del desarrollo evolutivo de sus miembros.

3.2.3.5.4. Subsistema Fraternal: Los hijos aprenden el sentido de pertenencia al grupo y obtienen la posibilidad de pertenecer a otros sistemas externos a la familia.

3.2.3.6. Etapas del ciclo familiar.

Tales etapas tienen que ver con los procesos de maduración y desarrollo de sus miembros, se puede dividir el ciclo vital familiar en 8 etapas, tomando como base la edad de los hijos:

- Parejas casadas sin hijos o de formación de la pareja.
- Familias con infantes: desde el nacimiento del primer hijo hasta que éste tiene 30 meses.
- Familias con niños en edad pre-escolar: el hijo mayor tiene entre 2 y 6 años.
- Familias con hijos escolares: los hijos tienen entre 6 y 13 años.
- Familias con hijos adolescentes: los hijos tienen entre 13 y 20 años.

3.2.3.7. Tipos de Familia.

3.2.3.7.1. Familia nuclear: Integrada por padre, madre e hijo. Típica familia clásica.

3.2.3.7.2. Familia simple: conformada por la pareja sin hijos.

3.2.3.7.3. Familia mono parental: Conformada por uno de los padres y uno o más hijos.

3.2.3.7.4. Familia mono parental extensa: Conformada por un progenitor, hijos y personas de la familia.

3.2.3.7.5. Familia monoparental compleja: Conformada por un progenitor y a su cargo hijos o hijas y comparte vida con personas ajenas a la familia.

3.2.3.7.6. Familia de hecho: Tipo de familia tiene lugar cuando la pareja convive sin haber ningún enlace legal.

3.2.3.7.7. Familia adoptiva: Es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción.

3.2.3.7.8. Familia sin vínculos: Grupo de personas, sin lazos consanguíneos que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.

3.2.3.7.9 Familia homosexual: pareja del mismo sexo, con o sin hijos.

3.2.3.8. Funciones de La Familia. En cualquier sociedad, la familia asume una serie de funciones, las cuales son:

- Regulación sexual: mediante la estructura familiar se organiza y regula la satisfacción de los deseos sexuales.
- Reproductora: Toda la sociedad depende de la familia en lo referente a la concepción y el nacimiento de nuevas personas.
- Socialización: Es dentro de la familia donde el individuo empieza a socializarse para que posteriormente cuando sea adulto se integre a la sociedad.

- Afectiva: Es en la familia, donde el individuo recibe las primeras manifestaciones de afectividad, que luego se seguirá recibiendo a lo largo de la vida.
- Definición de status: Al pertenecer a una familia se adquiere un status por edad, sexo, etc. Y a través de la familia se adquiere un nivel social, una religión, una clase, una posición en la sociedad.
- Protección: la familia Es por excelencia, la unidad que proporciona a sus miembros protección física, afectiva, económica y psicológica.
- Económica: la familia es una unidad económica básica, la cual va a satisfacer las necesidades de los miembros de la familia.

3.2.3.9 Factores de Riesgo para que la Familia entre en Crisis.

Los factores de riesgo para que la familia pueda manifestar crisis, son las siguientes: La pobreza al no tener los recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades humanas básicas, condiciones de sexo en especial discriminación hacia la mujer, condiciones de edad en especial las personas mayores, se constituyen un grupo más vulnerable a los problemas económicos que los otros, el divorcio, un hijo enfermo. Existen crisis evolutivas o del desarrollo, como frente al nacimiento de un niño sano, pero también pueden ser situacionales o accidentales como la ocurrencia de un acontecimiento que signifique amenaza para el individuo, como es la hospitalización de un hijo en estado crítico. Estas crisis situacionales pueden desencadenarse también cuando existe mayor vulnerabilidad del individuo por problemas anteriores no resueltos y ligados simbólicamente al actual, o la inhabilidad del individuo para responder con mecanismos adecuados a la solución del problema¹⁷

3.3. FAMILIA Y SALUD.

La salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, biopsicosociales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia¹⁸

3.3.1 Factores relacionados con la hospitalización.

Se pueden clasificar en:

¹⁷FERNÁNDEZ P., Caballero E., Lira M. T. 1999. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería. Ediciones Universidad Católica.

¹⁸GONZÁLEZ B. Idarmis. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000;16(5):508-12.

3.3.1.1. Factores Personales. Que consideran la etapa del desarrollo en que se encuentre el sujeto, el desarrollo cognitivo, las capacidades intelectuales, el desarrollo socio emocional, relaciones de afecto, el tipo de familia y sus interacciones. MILES, Ms.; Funk, Sg.; Kasper Ma. (1991) encontraron que las alteraciones del rol parental causada por la enfermedad del recién nacido, generó un alto grado de estrés en los padres. La segunda causa la constituyó la apariencia y comportamiento del recién nacido hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

3.3.1.2. Factores relacionados con la enfermedad. Naturaleza y características, gravedad del pronóstico, si es aguda o crónica, tiempo de evolución, grado de discapacidad, efectos secundarios del tratamiento. MEYER, E.; GARCÍA et col (1995) realizaron un estudio para identificar las características del Recién Nacido, prematuro que ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo y las de sus madres que producen exceso de estrés en ellas. Fueron identificadas como fuentes de estrés, las características del niño tales como: peso, edad gestacional y apoyo respiratorio, referido esto a la ventilación mecánica. Shields-Poe, D.; Pinelli, J. (1997) quienes realizaron un estudio descriptivo para identificar las fuentes de estrés parental en dos tipos de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; ellos encontraron que la variable más poderosa relacionada con el estrés era la forma en que los padres percibían la severidad de la enfermedad de su hijo, además cuándo y dónde los padres vieron por primera vez al niño.

3.3.1.3. Factores relacionados con la familia. Afrontamiento del estrés, interacción entre sus miembros, tipo de familia, relación afectiva entre los miembros, comunicación, número de integrantes de la familia, redes sociales de apoyo.

3.3.1.4. Factores relacionados con las redes sociales. Números de redes con que cuenta la familia, relación, interacción, apoyo.

3.3.1.5. Factores relacionados con el equipo de salud. Mucho se ha insistido en que el mejor pediatra de un niño es su propia madre. Sin embargo, cuando un niño se hospitaliza, los padres y la familia son marginados de su atención y compañía, contribuyendo innecesariamente a aumentar el sufrimiento del menor, que se suma al que ya representa el motivo de su hospitalización. La asistencia, participación e integración de la madre y la familia en la atención de salud de un niño, hospitalizado o en su hogar, es un antiguo anhelo pediátrico que hoy no admite discusiones; sin embargo, su desarrollo ha tenido características que se han ido modificando de acuerdo a las condiciones epidemiológicas y culturales locales y morbi mortalidad infantil preponderante de cada época.

En el Reino Unido se distinguió como precursor en su interés por lograr la participación de la madre en el acompañamiento del hijo hospitalizado. Así, Sir James Spence (1892-1954), médico del Hospital de niños de Newcastle-upon-

Tyne, inaugura en 1925 el primer servicio clínico en el cual las madres pueden acompañar a su hijo enfermo. Poco después, en 1927, en Nueva Zelanda, CM. Pickerill y su esposa HP Pickerill, ambos cirujanos, permiten la compañía de la madre para reducir las infecciones cruzadas, lo que confirman presentando su experiencia a fines de la década de 1940 y publicándola en 1954. Estas primeras experiencias fueron seguidas en 1952 por Craig y McKay, pediatras del Hospital Real de Aberdeen para Niños Enfermos en Escocia. Luego le seguirían otros, para culminar con el Informe Platt en 1959, elaborado por un equipo multidisciplinario del Reino Unido, el que recomienda visitas sin restricción al menor hospitalizado, que las madres de los menores de cinco años deben tener la oportunidad de quedarse en el hospital y que la formación del equipo de salud debe ser mejorada considerando los aspectos psicoafectivos del niño y su familia. Ello dio un importante impulso para mejorar las deplorables condiciones de hospitalización de la época en Inglaterra y Europa, introduciendo innovaciones en aspectos de educación médica, planificación y concepción arquitectónica de nuevos hospitales y a la creación, en 1961, de la "Mother Carefor Children in Hospital", posteriormente conocida como "National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH, Asociación Nacional para el Bienestar de los Niños Hospitalizados), entidad actualmente denominada "Actionfor Sick Children" cuyo Estándar de Calidad para la atención del niño enfermo, creado en 1990, está hoy en plena vigencia en el Reino Unido. Marino Ortolani (1904-1987), pediatra ortopedista, en Ferrara, Italia, fue un entusiasta seguidor de esta corriente.

En América, las primeras preocupaciones por integrar a la madre en la hospitalización se remontan al Profesor de Pediatría Luis Morquio (1867-1935), considerado el padre de la Puericultura Uruguaya y miembro honorario de la Sociedad Chilena de Pediatría, en Montevideo, Uruguay, quién menciona, en el Primer Congreso Americano del Niño realizado en Buenos Aires en 1916, la alternativa de hospitalizar al niño con su madre, señalando, al mismo tiempo, la necesidad de abreviar la permanencia hospitalaria, conceptos en los cuales vuelve a insistir en 1935 en el Hospital Pereira Rosell de Uruguay; sin embargo, esta iniciativa se transformó en un Programa permanente recién en 1975. En Argentina, esta corriente se impone con los esfuerzos de Florencio Escardó (1904-1992), considerado el más importante pediatra de la historia médica Argentina, amén de gran escritor e historiador, también miembro honorario de la Sociedad Chilena de Pediatría.

En Estados Unidos, en 1942, los esposos Harry Bakwin (1893-1973), miembro honorario de la Sociedad Chilena de Pediatría y Ruth Bakwin, ambos pediatras y coleccionistas de arte, exponen las medidas adoptadas en su servicio, el hospital Bellevue de Nueva York, para proteger a los niños de privación afectiva provocada por la hospitalización (denominado "Hospitalismo" o depresión anaclítica, término utilizado desde los trabajos de René Spitz en 1940, para designar el conjunto de las perturbaciones somáticas y psíquicas provocadas en los niños, especialmente durante los 18 primeros meses de vida, por la permanencia prolongada en una

institución hospitalaria, donde se encuentran completamente privados de su madre), permitiendo el libre acceso de los padres ambos escriben el clásico "Clinical Management of Behavior Disorders in Children" (Philadelphia, WB Saunders, 1ª Ed. 1953). Posteriormente, en 1967, James y Wheeler en el Departamento de Pediatría de la Universidad de Kentucky, adoptan esta modalidad de hospitalización, con el propósito de evitar el hospitalismo y reducir los costos de hospitalización. Con posterioridad, muchos países adoptaron estos nuevos conceptos básicos, de diferentes formas, incorporándose también algunos países africanos en algunos de los cuales se pretendió reemplazar al personal de trabajo del equipo de salud por la presencia de las madres.

En Chile, país en que la Pediatría se guiaba por los rígidos conceptos de la escuela alemana, surgió la primera intención de incorporar a la madre en la atención del niño hospitalizado en el Segundo Congreso Nacional de Pediatría, realizado en Valparaíso entre el 3 y 5 de Febrero de 1937. En esa ocasión, el Profesor de Clínica Pediátrica Dr. Eugenio Cienfuegos Bravo (1908-1956), Jefe de Sección del Hospital de Niños Manuel Arriarán, en su relato del Tercer Tema del Congreso, denominado "Asistencia Médico Social del Recién Nacido y del Lactante en Organismos de Protección Abierta" exponía:

*"Creo, sin temor a equivocarme, que la hospitalización de un niño se reservaría para aquellos casos excepcionales y perfectamente calificados, y se reduciría al plazo mínimo para volver de nuevo al consultorio de lactante y aislarlo en estas circunstancias excepcionales. Creo que debe llegarse a la hospitalización del niño con su madre en las condiciones de higiene que eviten los inconvenientes de la doble permanencia. Recordamos que el hospital puede dar atención médica perfecta, cuidados higiénicos y dietéticos incomparables, pero no puede brindar ese estímulo psíquico del regazo maternal que tanto influye sobre la higiene mental de la criatura, indispensable para la salud física infantil"*¹⁹

El 13 de Mayo de 1986, el Parlamento Europeo de Naciones estableció los "Derechos del Niño Hospitalizado", recomendaciones que fueron acogidas en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 (Convención Internacional de los Derechos del Niño) y luego por la UNICEF.

En Colombia, la salud es concebida como un derecho esencial, caracterizado por el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención y recuperación de la enfermedad; prestados de manera oportuna, con calidad y calidez. Así como el

¹⁹BARRERA Q F, MORAGA F, ESCOBAR M. ANTILEF R. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Pediatra Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario San Borja Arriarán. Rev. chil. pediatr. v.78 n.1 Santiago febrero. 2007. Enfermera, Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario San Borja Arriarán.

derecho a una vida en condiciones dignas que faciliten una vida sana y el pleno desarrollo infantil.

La salud infantil ha sido una preocupación de la humanidad durante todo el siglo pasado, particularmente preocupaban las altas tasas de morbimortalidad, por ello se han suscrito múltiples acuerdos internacionales que buscan una mejoría en la salud y calidad de vida de los niños y las niñas. Después de la firma de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se han firmado pactos y acuerdos subregionales en América Latina y el Caribe, donde se establecen compromisos para el cumplimiento de metas de salud, nutrición y desarrollo para los niños y las niñas.²⁰

En el país y en la ciudad, son evidentes las condiciones de desigualdad, con una mayoría de niños y niñas en pobreza y un porcentaje importante en miseria, lo que conlleva una alta posibilidad de enfermar, de sufrir desnutrición, abandono y ser víctimas de accidentes y diversas formas de explotación y violación de sus derechos.

El sector salud refleja la problemática del país y a su interior registra una gran crisis donde convergen múltiples causas, entre las cuales se encuentran la baja cobertura y deficiente calidad de los servicios, desigualdad en los planes de beneficios y el deficiente manejo de los recursos.

La salud en el sistema de seguridad social, no se entiende como un derecho integral que comprende el bienestar físico, mental y social, sino como el derecho a la atención de la enfermedad. El estado juega un papel de intermediario y no responsable directo del mismo. La promoción de la salud es casi inexistente. El sector salud está desarticulado con relación a la política social, porque la responsabilidad de la salud es exclusiva del sector

Hay graves dificultades, como lo son las bajas coberturas de afiliación al SGSSS. La población pobre y vulnerable no puede ingresar al régimen subsidiado de manera fácil, porque debe cumplir una serie de requisitos que por sus condiciones de vida, son difíciles de cumplir. Por otra parte se tiene un sistema ineficiente y lento en diferentes instancias y procesos, que interfiere con el acceso y oportunidad a los servicios de salud.

En la ciudad y el país ha primado un modelo asistencial, curativo, con énfasis en lo biomédico, que ha hecho que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad pasen a un segundo plano, con excepción de algunas acciones como la vacunación.

²⁰ Sistema de Información sobre los Derechos del Niño en la Primera Infancia en los países de América Latina Marco teórico y metodológico. P.7 Disponible en Internet. (Enero 25 de 2013). En línea. [www.sipi.siteal.org /sites/default/.../siteal_libros_digitales_01_0.pdf](http://www.sipi.siteal.org/sites/default/.../siteal_libros_digitales_01_0.pdf)

Según un informe al Comité de Derechos del Niño, los servicios de salud en el ámbito nacional resultan "precarios y no existe la prevalencia de la salud en niños y niñas, ni la atención a las normas constitucionales en la materia", lo que deja ver una difícil realidad del incumplimiento de este derecho en nuestro país. Pese a las grandes inversiones en el sector, las problemáticas centrales, no se han logrado modificar significativamente

El informe agrega que los problemas perinatales, las enfermedades respiratorias y las infecciones intestinales siguen siendo las principales causas de muerte infantil. Existen además 3 millones de niños con algún grado de desnutrición y en cuanto a la salud mental de los niños "esta no se ha tenido en cuenta por las instituciones del Estado, la situación de violencia generalizada que vive el país y en especial la situación de los niños desplazados de manera forzada ha dejado millones de niños con serias afecciones psicológicas, que no han sido atendidas por las instituciones gubernamentales".

Al nivel de Bogotá, D.C., la cobertura no alcanza a cubrir la población infantil. En el 2000 la tasa de cobertura de menores de 18 años en el SGSSS en Bogotá, llegó al 60,7%, mientras que un 39,3% no se encuentra afiliado a ningún régimen de seguridad social en salud.

En el Hospital Universitario San José, se realizó un estudio en 1.095 nacimientos ocurridos en el tercer nivel entre diciembre de 2005 a diciembre de 2006, se incluyeron en un estudio 827 recién nacidos representando 75,5% de los casos. La media de peso al nacer fue de 2.639 g con una Desviación Estándar (DS) de 277 g mientras que la mediana fue de 2.700 g. De ellos, 19,1% fueron clasificados como Peso Edad Gestacional, 74,1% como Edad Gestacional y 6,7% como Grande para la Edad Gestacional. En total, 344 fueron los recién nacidos con Bajo Peso al Nacer, en ese período de tiempo (*i.e.* todos los casos) de tal manera que la prevalencia de Bajo Peso al Nacer en este centro de tercer nivel sobre el total de los nacimientos en ese período fue de 31,4% (344/1.095).

3.4. TEORÍAS Y PARADIGMAS EN ENFERMERÍA

3.4.1 Paradigmas.

El paradigma es un modelo o ejemplo a seguir, por una comunidad científica, de los problemas que tiene que resolver y del modo como se van a dar las soluciones. Un paradigma comporta una especial manera de entender el mundo, explicarlo y manipularlo. Estos modelos son realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.

La Enfermería, como disciplina orientada a la práctica profesional (Donaldson y Crowley, 1978), parte una perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e inescación, desarrollando sus propios conocimientos con el objetivo de definir y guiar la práctica.

Autoras como Fawces (1984), examinaron los escritos de distintas enfermeras teorizadoras, y reconocieron que los conceptos de cuidado, salud, entorno y Enfermería, estaban presentes en los distintos trabajos ya desde Florence Nightingale. Las teorías de enfermería han ido evolucionado influenciadas por el contexto histórico social, de ahí es posible situarlas de acuerdo a grandes corrientes de pensamiento o maneras de comprender el mundo que se conocen como paradigmas de enfermería. Según; KOZIER (1999) la teoría sirve como guía para estructurar la práctica, información y la investigación de la enfermera profesional y para diferenciar la aportación enfermería entre otras profesiones.

Existen diversas clasificaciones de paradigmas de investigación científica:

3.4.1.1. Paradigma positivista. Denominado también cuantitativo, el supuesto antológico fundamental es que existe una realidad social que es independiente de los individuos, mediante procedimientos objetivos, sobre todo mediante la cuantificación, por lo tal su finalidad es explicar, verificar hechos y teorías.

3.4.1.2. Paradigma Interpretativo. Conocido como cualitativos el supuesto antológico, fundamental es que la realidad contribuye socialmente y que ,por lo tanto ,no es independiente de los individuos, privilegia el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos y de los productos que resultan de su interacción, es decir hace un énfasis en el estudio de procesos sociales, por lo tanto su finalidad es interpretar y comprender la realidad ,según el significado que la realidad tiene para los individuos y la manera que estos significados se vinculen con sus conductas .

3.4.1.3. Paradigma socio crítico. Al igual que el paradigma interpretativo, concibe la realidad como socialmente contribuido ,múltiple ,en la que la interrelación sujeto y objeto está basado en un compromiso con la liberación humana ,es decir estudia a los fenómenos sociales como procesos ligados a un contexto en el cual se integran las acciones de transformación de la realidad con los de capacitación de los sujetos para que sean capaces de solucionar sus propios problemas .su finalidad entonces no solo es describir e interpretar la realidad ,sino también transformarla con la participación activa y consiente de los involucrados en el problema.

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo

de salud. Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

3.5. ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDA A LA PRÁCTICA MÉDICA.

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el meta paradigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.
- En el área de la enfermera, entre los distintos paradigmas que han guiado la actuación de enfermería, se ha corroborado la vigencia que tienen los cuidados de enfermería en la profesión y su contribución a mejorar la salud humana, desde un enfoque holístico, para proporcionar mayor satisfacción y bienestar, lo que ha facilitado el reconocimiento social de la enfermería. Se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados y la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería que permite solucionar las necesidades afectadas. Ambos criterios significan la epistemología de la enfermería y sustentan sus campos de actuación.
- Paradigma de la Categorización.
- Paradigma de la Integración.
- Paradigma de la transformación.

3.5.1. Paradigma de Categorización.

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como aislables o manifestaciones simplificables.

En el campo de la salud el pensamiento se orienta hacia un factor causal responsable de la enfermedad. En la profesión de Enfermería este paradigma, ha

inspirado dos orientaciones: salud pública, interesándose en la persona y la enfermedad y la enfermedad, fundamentalmente unida a la práctica médica.

- **Salud pública (1850-1900).**

Necesidad de mejorar la salubridad y controlar las infecciones.

El trabajo de F. Nightingale en Crimea, demuestra que los cuidados no pueden basarse sólo en la compasión, sino en la observación profunda, los datos estadísticos y los conocimientos sobre la higiene pública, la nutrición y las competencias administrativas.

El rol de la enfermera es poner a la persona sana o enferma en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre ella.

- **Enfermedad (1900-1950).**

A finales del siglo XIX mejora de las técnicas quirúrgicas y los métodos antisépticos y surge la importancia de las enfermedades físicas y aparece el diagnóstico médico, basado en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos.

- La salud se concibe como la ausencia de enfermedad.
- El cuidado, se orienta a las incapacidades de las personas, consecuencia de los problemas físicos. La intervención de la enfermera es “hacer para”, y la persona no participa en sus cuidados.
- La persona, es un todo formado por la suma de sus partes que se contemplan de forma independiente.
- El entorno está separado de la persona.

El sistema de cuidados enfermeros en América del Norte se caracteriza por una gestión individual, “caso por caso” Es un sistema que se basa en la especialización de la tarea y los cuidados se fragmentan en tareas, gestión centralizada.

3.5.2. Paradigma de la Integración.

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V.Henderson, H.Peplau y D.Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Según esta orientación, en los conceptos de la meta paradigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

3.5.3. Paradigma de La Transformación.

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.¹ Los modelos y teorías propuestas por R.R.Porce, M.Newman, M. Rogers y Walson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos de la meta paradigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve

para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera Kerouac, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud.

- **Florence Nightingale. “Teoría Del Entorno”**

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermerías hospitalarias y militares. Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

- **Crítica Interna.- Meta paradigma.**

- Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.
- Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.
- Salud: bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.
- Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

- **Crítica Externa.**

Epistemología: El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido.

Para Nightingale el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. El entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma. Nightingale basó sus ideas en los valores individuales, sociales y profesionales. Sus influencias más significativas fueron la educación, la observación y la experiencia directa. Esta teoría ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

- **Teoría de la Adopción del Rol Maternal:** Esta teoría fue establecida por Ramona Mercer, quien nos estipula los siguientes supuestos:
- Un “sí misma” relativamente estable, adquirido en la familia determinará el modo en que la madre defina y permita los hechos; sus percepciones sobre las respuestas de sus hijos y de las demás personas con respecto a su maternidad, junto con su situación vital, constituyen en el mundo real al cual debe responder.
- Además de la socialización de la madre en sus respuestas conductuales influyen el nivel de desarrollo y las características innatas de su personalidad.
- El compañero del rol (hijo), refleja la competencia de la madre en el desempeño de su rol a través de su crecimiento y desarrollo.

El niño se considera como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal.

- La identidad materna se desarrolla al mismo tiempo que la vinculación y ambas son interdependientes. Ramona Mercer, en su teoría explicó los siguientes términos: Enfermería: Mercer no llega a definir exactamente enfermería y se refiere a esta disciplina como una ciencia que está en evolución desde un estado de “adolescencia turbulenta hacia la fase adulta”.
- Persona: se refiere a ella como al “sí mismo” con independencia de roles que desempeñe. A través de la individuación maternal, la mujer.

Puede recuperar su “condición de persona” extrapolando su “sí misma” de la díada madre-hijo.

- Salud: Es la percepción que tiene la madre y el padre de su salud anterior y actual, su salud general, su resistencia- susceptibilidad a la enfermedad, su preocupación sobre las cuestiones de la salud, su orientación de la enfermedad y su rechazo al rol enfermo.

- Entorno: Mercer no define entorno, sin embargo describe la cultura individual, la pareja, la familia y/o la red de apoyo y su dimensión como aspectos relacionados con la adopción del rol maternal. La adopción del rol maternal, es un proceso que se produce en las cuatro fases siguientes:
 - Anticipatorio: Comienza con la adaptación social y psicológica al rol mediante el aprendizaje de las expectativas Formales; comienza con la asunción del rol en el nacimiento; las conductas de rol están orientadas por las expectativas formales consensuadas. Informales; Se inicia cuando la madre desarrolla formas propias de asumir su rol con independencia del sistema social.
 - Personal: La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia con la forma en que se desempeña su papel; el rol maternal se considera alcanzado.
- **Cuidado de Enfermería.**

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina. Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para Puga García, "Las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos".²¹

3.6. ESCALA DE ESTRÉS DE MARGARET MILES.

MILES C. Margaret, S., RN Ph D. e investigadora, establece una escala como herramienta para analizar los factores que provocan el estrés en las madres cuyos recién nacidos se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, denominada "Escala de Estrés Parental Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal".²² En este sentido MILES, Margaret y colaboradores (1991), explicaron que existen muchos factores en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales que provocan un grado mayor de estrés para los

²¹KING, Modelo para desarrollar la Asistenciabilidad en el proceso de formación del profesional de enfermería vs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm, *Educación Médica Superior*. 2010; 24(2)166-181

²² MILES,C. Margaret, S. RN Ph D. Ciencia y Enfermería. Disponible en Internet. En línea: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100005 *Cienc. enferm. v.8 n.1 Concepción jun. 2002.*

padres, en especial para la madre como las hospitalizaciones prolongadas, exposición a un ambiente lleno de máquinas, y la apariencia de su pequeño y frágil recién nacido.

La escala está constituida por un instrumento elaborado en forma de cuestionario que describe varias vivencias que han caracterizado estresante cuando la madre del recién nacido, ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivos de una Clínica, mide el estrés a través de una escala de cinco (5) preguntas frente a la madre:

1. No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.
2. Un poco estresante.
3. Moderadamente estresante.
4. Muy estresante.
5. Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Cada número corresponde al nivel que selecciona la madre de acuerdo con su grado de estrés.

Además el Instrumento tiene un cuestionario de antecedentes biosociodemográficos, diseñado por la investigadora Margaret, quién recopiló datos necesarios para sustentar esta investigación. Consta de dos partes: La primera para recopilar los antecedentes sociodemográficos de las madres, la segunda parte, consta de ítems, para determinar las características de sus hijos.

Por lo anterior, se puede sustentar que la hospitalización de un hijo(a), recién nacido (a), en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, supone para la madre una situación de crisis difícil de afrontar. En este momento se mezclan innumerables sentimientos y emociones como pueden ser el miedo a la muerte, la ruptura del vínculo materno – filial y la desorganización familiar que si no se tratan de manera adecuada, pueden llevar a una desestructuración familiar y a una sobrecarga emocional y social.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

En la presente investigación, se utilizó el tipo de estudio descriptivo porque, se detallaron las variables dependiente, independiente, que estuvieron sujetas al estudio, utilizando la técnica de la observación directa, para argumentar los hechos que dieron pie a la situación problema y detallar la realidad actual del entorno de la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, en el Hospital Universitario San José de la Ciudad de Popayán, y transversal, porque a cada madre con su recién nacido, se les aplicó un cuestionario que constó de dos (2) fases, la primera sobre el perfil sociodemográfico y la segunda fase, se aplicó el formato de la Escala de Estrés en los Padres de Unidad de Cuidados Intensivos, una sola vez durante el estudio, por lo cual se buscó identificar los factores de estrés que padecen las madres al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

4.2. POBLACIÓN OBJETIVO DE ESTUDIO.

Madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

4.2.1 Muestra.

Se les aplicó una muestra representativa a 23 madres, por que era la población segmentada en el mes de marzo de 2012.

4.2.2. Criterios de Inclusión:

- a. Madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, del Hospital Universitario San José, que permanezcan hasta 1 mes de hospitalización.
- b. Madres que consientan su inclusión en el estudio.

4.2.3. Criterios de Exclusión.

- a. Madres de recién nacidos fallecidos durante las primeras 48 horas de nacimiento.
- b. Madres de recién nacidos con diagnostico de malformaciones.
- c. Madres de recién nacidos que sean remitidos a otra institución y que tengan menos de 8 días de hospitalización

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

4.3.1. Características de la Ejecución del Estudio.

Las madres fueron contactadas después de la hospitalización del neonato, cuando ya habían compartido con su recién nacido, el primer momento de la hospitalización. Se explicó el objetivo del trabajo de investigación, su importancia y se les solicitó el colaboración para firmar el consentimiento informado. Posteriormente a los que estaban de acuerdo con la información se diligencio el formato estructurado sociodemográfico y el formato de la Escala de Estrés en los Padres de la Unidad de Cuidados Intensivos.

4.3.2. Características de los Instrumentos de Evaluación.

4.3.2.1 El Primer Instrumento. El Instrumento estructurado fue diseñado por los investigadores del estudio. Consta de cuatro (4) fases, distribuidas así:

- 1.1. **Fase 1.** Variables Socio demográficos: Sexo, procedencia, tipo de familia nuclear, edad, tipo de afiliación de la entidad prestadora de salud, escolaridad, estado civil, ocupación, etnia.
- 1.2. **Fase 2.** Antecedentes obstétricos: Edad gestacional, realización de control prenatal, embarazo deseado.
- 1.3. **Fase 3.** Datos clínicos del neonato: Edad gestacional (A termino, pretermino, posttermino.), relacion peso edad gestacional (bajo, acorde o grande para la edad gestacional).
- 1.4. **Fase 4.** Diagnóstico de ingreso del neonato.

4.3.2.2. El segundo Instrumento Para evaluar el nivel de estrés físico y psicosocial de las madres con el recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el instrumento que se usó fue la Escala de Estrés de los Padres de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (PSS: NICU) de Margaret Miles,1993. La Escala mide y evalúa el estrés relacionado con la permanencia de los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que evalúa cuatro áreas que reflejan las percepciones acerca del ambiente físico y psicosocial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, brindando un microanálisis del estrés, es decir, qué factor o situación particular es percibido, interpretado y representado cognitivamente como más estresante para los padres. La escala de un patrón de respuesta que va desde no aplica (0), hasta extremadamente estresante (5), con un rango de 45 a 225 puntos máximo.

Las subescalas valoran aspectos de la unidad de cuidado intensivo neonatal, ubicados en cuatro dimensiones:

1. Vistas y sonidos de su bebe: Analiza el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con un rango de 5 a 25 puntos.

2. Situación de estrés, aspecto y comportamiento de su bebé: Se refiere al estado de enfermedad y los cuidados que requiere el niño. Rango de 19 a 95 puntos.

3. Relación con su bebe y su papel de madre: Se refiere a la situación en la internación y la alteración de los vínculos entre padres e hijos. Rango de 10 a 50 puntos.

4. Comportamiento y Comunicación con el personal: Analiza las relaciones con los diferentes integrantes del equipo de cuidado del niño. Rango de 11 a 55 puntos.

4.4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Una vez desarrollado el proceso de recolección de datos, se procedió a verificar y depurar los datos de los instrumentos. Cada instrumento tuvo una etapa de revisión, donde se verificó que los datos obtenidos estuvieran completos.

1. La variable independiente, datos socio demográficos, clínicos y del recién nacido fueron descritos mediante frecuencias de porcentajes.

2. La variable dependiente, nivel de estrés se aplicó según la proporción de puntuación, que se describe a continuación:

Tabla 1. Vistas y Sonidos.

Proporción de Datos	Cal	El Nivel de Estrés
1 a 5 puntos	1	La experiencia no le hizo sentir ansioso
6 a 10 puntos	2	Un poco estresante
11 a 15 puntos	3	Moderadamente estresante
16 a 20 puntos	4	Muy estresante
21 a 25 puntos	5	Extremadamente estresante
Total de puntos 25		

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

Tabla 2. Aspectos y Comportamiento de Su Bebe

Proporción de Datos	Cal	El Nivel de Estrés
1 a 19 puntos	1	La experiencia no le hizo sentir ansioso
20 a 38 puntos	2	Un poco estresante
39 a 57 puntos	3	Moderadamente estresante
58 a 76 puntos	4	Muy estresante
77 a 95 puntos	5	Extremadamente estresante
Total de puntos 95		

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

Tabla 3. Relación con Su Bebe y Su Papel De Madre.

Proporción de Datos	Cal	El Nivel de Estrés
1 a 10 puntos	1	La experiencia no le hizo sentir ansioso
11 a 20 puntos	2	Un poco estresante
21 a 30 puntos	3	Moderadamente estresante
31 a 40 puntos	4	Muy estresante
41 a 50 puntos	5	Extremadamente estresante
Total de puntos 50		

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

Tabla 4. Comportamiento y Comunicación con el Personal

Proporción de Datos	Cal	El Nivel de Estrés
1 a 11 puntos	1	La experiencia no le hizo sentir ansioso
12 a 23 puntos	2	Un poco estresante
24 a 33 puntos	3	Moderadamente estresante
34 a 44 puntos	4	Muy estresante
44 a 55 puntos	5	Extremadamente estresante
Total de puntos 55		

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

4.4.1. Prueba Piloto.

Se realizó a 5 madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad Materno Infantil, del Hospital Susana López de Valencia nivel 2.

- El primer contacto con la madre, se realizó en la sala de admisión de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Susana López, una vez el niño es hospitalizado.

- Previa aceptación del consentimiento informado y verificación de los criterios de inclusión.

4.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

4.5.1. Variable Independiente.

- Perfil Socio demográficas, antecedentes ginecológicos, características del Neonato.

4.5.2. Variable Dependiente.

- Nivel de Estrés (Margaret Miles)

4.6. PROCEDIMIENTO

1. Se recopiló la consulta bibliográfica.
2. Se elaboró el instrumento para hacer la prueba piloto a cinco (5) personas, 3 del Hospital de Susana López y 2 del Hospital San José. El instrumento fue evaluado por dos (2) expertas enfermeras.
3. Recolección de la información trabajo de campo.
4. Análisis de los resultados, tabulación de la información
5. Sustentación.

4.7. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados encontrados se analizaron en el Programa de spss y Excel 2010; se presentan en gráficos como: diagramas pastel, barras y tablas.

4.8. ASPECTOS ETICOS.

El estudio tuvo en cuenta los aspectos éticos reflejados por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por el cual se establecen normas científicas y administrativas para la investigación en salud.

- Aspectos autonomía
- Aspectos de beneficencia

Autonomía: Partiendo de la definición que enuncia que la autonomía de la capacidad que tenemos los seres humanos de juzgar nuestras acciones (conciencia) hacernos responsables de ellas y actuar conforme a un modelo de valores que formamos nosotros mismos, los padres y cuidadores de los recién nacidos actuarán de forma libre y voluntaria dentro del estudio.

1. Las preguntas formuladas por los investigadores, aunque pretenden conocer a fondo aspectos de la vida en familia, algunos de estos pueden ser personales e íntimos, lo que generará cierta predisposición por parte de algunas de las

madres entrevistadas. Teniendo en cuenta esto, los investigadores intentaran mantener relación respetuosa y comprensiva.

2. Otro aspecto a tener cuenta dentro de la autonomía propia de cada participante es la diversidad de costumbres, creencias, religiones y demás aspectos socioculturales relevantes en el cuidado y recuperación de los neonatos los padres decidirán la participación mediante el consentimiento informado sin presión alguna.
3. La autonomía dentro de nuestra investigación es de gran importancia ya que para tener éxito necesitamos recopilar información certera y real. Esta depende del nivel de autonomía del grupo de madres al que pretendemos estudiar.

Beneficencia: Beneficencia y no maleficencia: con este proyecto se buscó el bien de las madres estresadas con la hospitalización de los recién nacidos, porque sus resultados fueron la base de un plan de mejoramiento aplicable al servicio de Cuidados intensivos de la unidad de Neonatos del Hospital Universitario San José. No se realizó ningún tipo de intervención, ni generó riesgo para los y las participantes, se limitó a obtener información a través de encuestas auto administradas para identificar los niveles de estrés.

La colaboración mutua en el desarrollo de esta investigación beneficiará a las madres y equipo de salud.

5. RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

5.1.1. Análisis de Distribución Porcentual.

Tabla 5. Distribución porcentual según Procedencia.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Rural	15	65,2%	65,2
Urbano	8	34,8%	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

El 65.2% de las madres provienen de la zona rural (15), el 34.8%(8) de la zona urbana.

Tabla 6. Distribución porcentual según tipo de familiar.

Tipo de Familia Nuclear	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Completa	10	43,4	82,6
Incompleta	6	26,1	69,6
Extensa	7	30,4	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

El 43,4%(10) corresponden a familias completas, familia incompleta con un 26,1% (6) y familias extensas con un 30.4%(7).

Tabla 7. Distribución porcentual según Edad.

Edad de los madres	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
11 a 20 años	9	39,1	39,1
21 a 30 años	11	47,8	87,0
31 a 40 años	1	4,3	91,3
41 a 50 años	2	8,7	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

El 47.8% (11) edades 21 y 30 años, 39% (9) de 11 a 20 años, el 8,7% (2) de 41-50 años y el 4.3% de 31-40 años.

Tabla 8. Distribución porcentual según Tipo Afiliación al SGSSS.

Seguridad Social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Vinculado	9	39,1	39,1
Contributivo	5	21,7	60,9
Subsidiado	5	21,7	82,6
Otro	4	17,4	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

El 39.1% (9), de las mujeres encuestadas, no tienen seguridad social, los del régimen contributivo y subsidiado tienen igual porcentaje de 21.7% y 17,4% (4) pertenecen a regímenes especiales.

Tabla 9. Distribución porcentual Según Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Primaria completa	3	13	13
Primaria incompleta	3	13	26,1
Secundaria completa	8	34,8	60,9
Secundaria incompleta	5	21,7	82,6
Tecnológico	2	8,7	91,3
Universitario	2	8,7	100

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

Se observa que la secundaria completa equivale 34.8%(8), seguido secundaria incompleta 21.7%(5), básica primaria completa e incompleta 13% equivalente a (3) c/u, estudio tecnológico 8.7%(2) y el 8.7% (2) son universitarios.

Tabla 10. Distribución porcentual según Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	7	30,4	30,4
Casado	2	8,7	39,1
Unión libre	14	60,9	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

En referencia al estado civil, el 60% (14) de las madres viven en unión libre, el 30% (7) son solteras y 8.7%(2) son casadas.

Tabla 11. Distribución porcentual según Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Estudiante	3	13,0	13,0
Ama de casa	13	56,5	69,6
Empleado	6	26,1	95,7
Otro	1	4,3	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

En ocupación 56.5%,(13) son amas de casa, el 26.1%(6) son empleadas, seguido de 13% (3) son estudiantes.

Tabla 12. Distribución porcentual según Etnia.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Mestizo	19	82,6	82,6
Afro colombiano	1	4,3	87,0
Indígena	3	13,0	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

La etnia con mayor porcentaje fue la mestiza con 82.6 % (19), seguido de indígena 13%,(3) y afrocolombiano le corresponde el 4.3% (1).

Tabla 13. Distribución porcentual según Antecedentes médicos personales.

Antecedentes Personales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Hipertensión	5	21,7	21,7
Diabetes	2	8,7	30,4
Anemia	4	17,4	47,8
Otra	3	13,0	60,9
Ninguna	9	39,1	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

Según la tabla 9, el 39.1%(9) no presenta problemas de salud a diferencia que el 21.7% (5) presentaron hipertensión, seguido anemia 17.4%(4), diabetes 8.7% (2) y otras 13% (3).

Tabla 14. Distribución porcentual según edad de inicio de relación Sexual.

Inicio Relación Sexual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
11 A 14 Años	12	52,2	52,2
15 A 18 Años	8	34,8	87,0
19 o más	3	13,0	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

El intervalo 11-14 años corresponden **52.2%** (12), seguido 34.8% (8) con intervalos 15-18 años, y el 13%(3) 19 y más años.

Tabla 15. Distribución porcentual según edad de relación sexual.

Compañeros Sexuales.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0 a 1 Compañero	3	13,0	13,0
2 a3 Compañeros	12	52,2	65,2
4 ó más compañeros	8	34,8	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012.

El 52.2% (12) han tenido 2 a 3 compañeros sexuales, 34.8% de 4 o mas compañeros sexuales y un compañero sexual 13%(3)

Tabla 16. Distribución porcentual según Número de Embarazos.

Número de embarazos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primer gestante	12	52,2	52,2
Segundo gestante	7	30,4	82,6
Tercer gestante	3	13,0	95,7
Multigestante	1	4,3	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 52.2%(11) son primer gestantes, el 30.4%(7) corresponde a segundo gestante, el 13%(3) son tercer gestante y el 4.3%(1) son multigestante.

Tabla 17. Distribución porcentual según apoyo familiar.

Apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SI	20	87,0	87,0
No		13,0	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 87%(20) tienen apoyo familiar y 13%(3) no tienen apoyo de sus familias

Tabla 18. Distribución porcentual de Embarazos

Embarazo Planeado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
SI	13	56,5	56,5
NO	10	43,5	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 56.5%, (13) planearon embarazarse y 43.5% (10) no planearon el embarazo.

Tabla 19. Distribución porcentual según Control Prenatal

Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 3 Controles	7	30,4	30,4
> 4 Controles	16	69,6	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

Los datos estadísticos de la tabla anterior; El 69.6%(16) asistieron mas de 4 controles prenatales y El 30.4%(7) asistieron menos de 3 controles en todo su embarazo.

Tabla 20. Distribución porcentual según Sexo recién nacido

Género de recién nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	15	65,2	65,2
Mujer	8	34,8	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

Se encontró que 65.2%(15) sexo masculino y el 34.8% (8) de sexo femenino.

Tabla 21. Distribución porcentual según Edad Gestacional.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A termino	11	47,8	47,8
Pre termino	12	52,2	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 52.2%(12) son pre términos y 47,8%(11) a término.

Tabla 22. Distribución porcentual según Diagnóstico Recién Nacido.

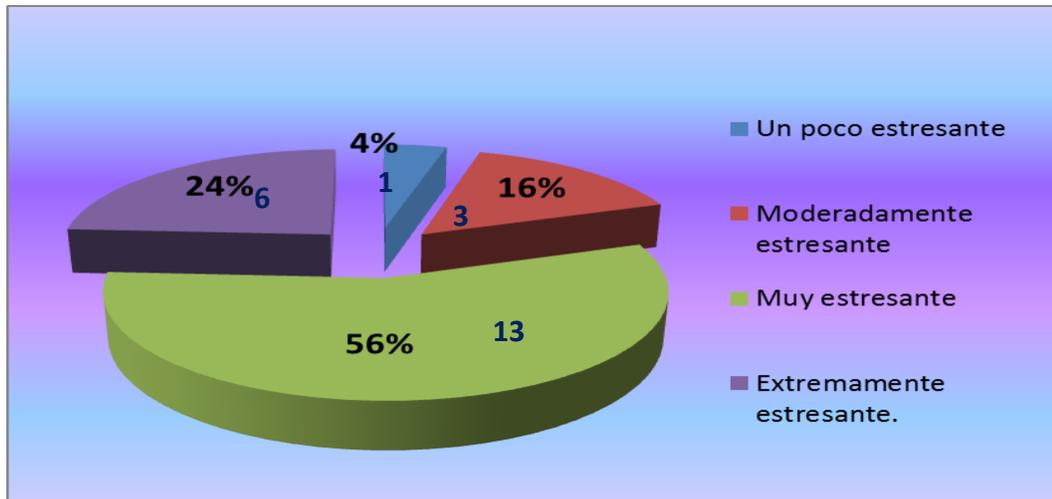
Diagnóstico Médico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Asfixia perinatal	2	8,7	8,7
Síndrome de dificultad Respiratoria	8	34,8	43,5
Ictericia	4	17,4	60,9
Infección materna	4	17,4	78,3
Otra	5	21,7	100,0
Total	23	100,0	

Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del hospital universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El diagnóstico de ingreso para hospitalización del recién nacidos en primer lugar se da por síndrome de dificultad respiratoria 34.8% (8), seguido de otros diagnósticos (ductus arterioso, mala adaptación de recién nacido, abandono social) en un 21.7%(5), en igual proporción 17.4% se encontraron, ictericia (4), infección materna (4) y asfixia perinatal el 8,7%(2).

5.2 EVALUACION DE NIVEL DE ESTRÉS DE LAS MADRES.

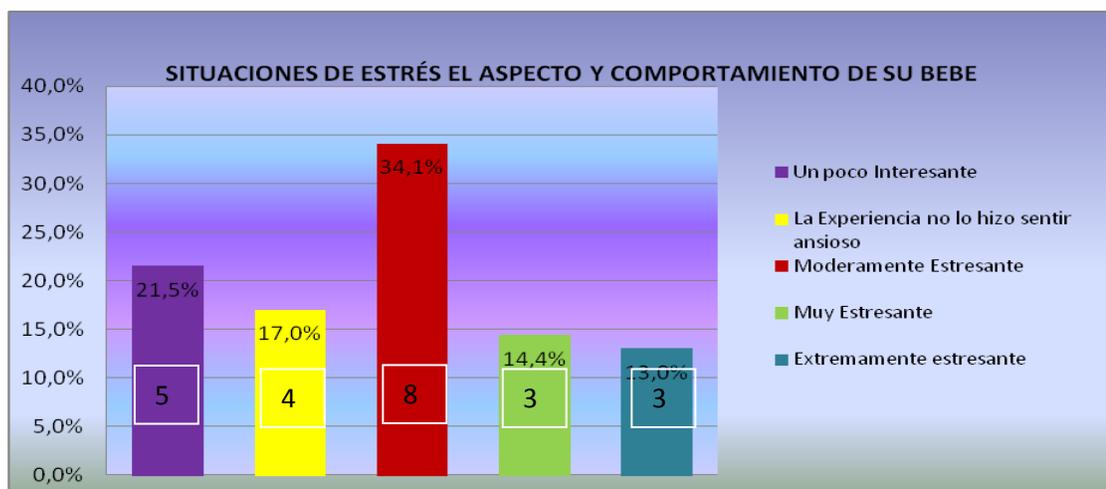
Grafica 1. Distribución porcentual según Vistas y Sonidos.



Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

Con respecto a vistas y sonidos, se encontró que el 56% (13), manifiestan que es muy estresante, por la presencia de los monitores y los aparatos, el 24% (6) madres responden que es extremadamente estresante por los ruidos constantes de los monitores y aparatos, el 16% (3) sienten que es moderadamente estresante por los otros bebes enfermos en la habitación y el 4% (1) expresa que es un poco estresantes por el gran numero de personas trabajando en la unidad.

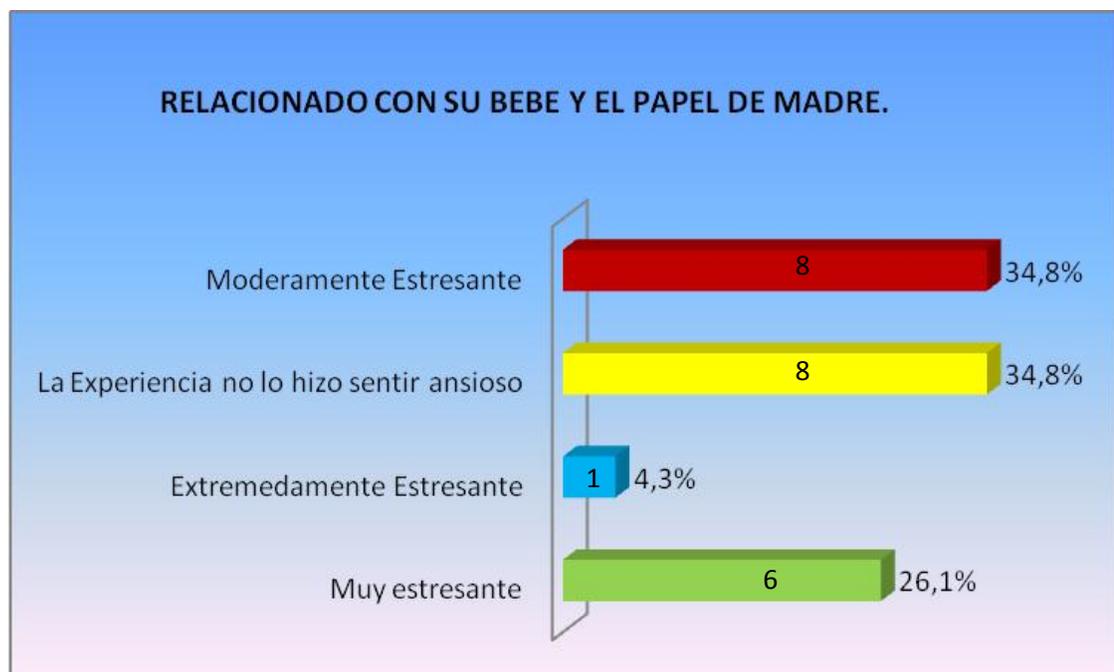
Grafica 2.: Distribución porcentual según situación de estrés el aspecto y comportamiento de su bebe



Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 34,1%(8) de las mujeres refieren que ver agujas y tubos puestos en el bebe, las hacen sentir moderadamente estresantes, el 21.5% (5), expresan sentirse un poco estresante cuando el bebe no llora como los otros bebes. El 17% (4), refiere que tener la experiencia no le hizo sentir ansioso cuando el bebe pareciera tener algún dolor. El 13% (3); afirma que la forma de respirar el bebe o cuando llora por largo tiempo las hace sentir extremadamente estresante, y el 14,4%(3) refieren que moretones o cortadas o incisiones en el bebe y la apariencia débil del bebe las hizo sentir muy estresantes.

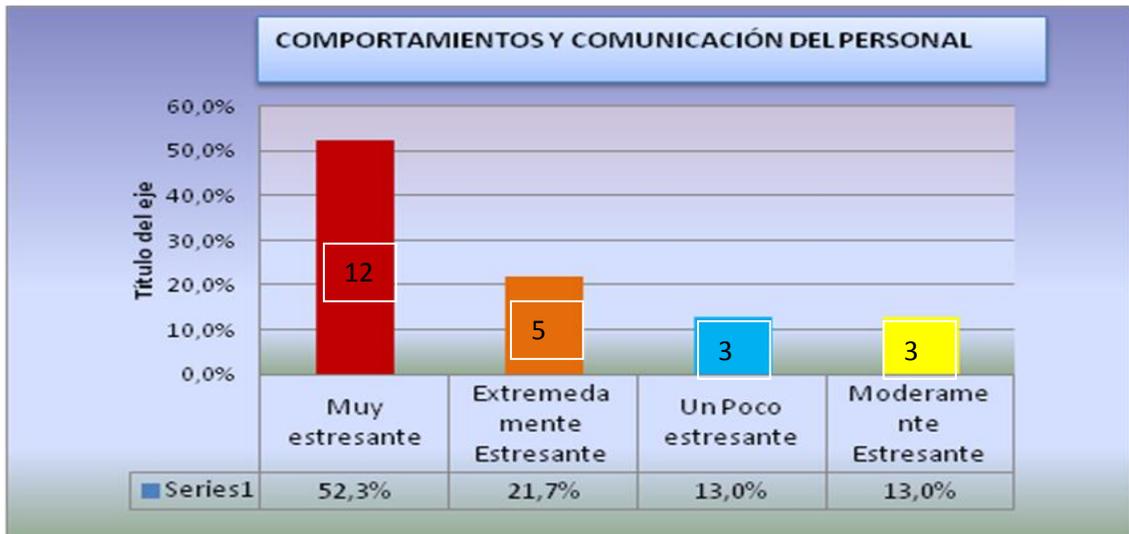
Gráfica 3. Distribución porcentual según nivel de estrés relacionado con su bebe y el papel de madre.



Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario San José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 34.8%(8) refieren que no tener en brazos al bebe cuando quieren o no poder alimentarlo por ella misma, las hizo sentir moderadamente estresada; el 34.8%(8), afirman sentir que personal de salud está más cerca del bebe, que ella, no las hizo sentir ansioso; el 26.1%(6) refieren sentirse impotentes e incapaces de proteger al bebe del dolor y procesos dolorosos, las hacen sentir muy estresadas y 4.3%(1), refieren que estar separados de bebe las hace sentir extremadamente estresadas.

Grafica 4. Distribución porcentual según comportamientos y comunicación con el personal.



Fuente: Nivel de estrés en las madres de los neonatos hospitalizados en la UCIN del hospital universitario san José de Popayán, septiembre 2011- abril.2012

El 52.3% (12) refieren que el personal de salud les brinda información muy rápido, dicen sentirse muy estresadas. El 21.7%(5), manifiesta que el personal usan palabras que no se entienden provocando en ellas un nivel extremadamente estresantes; el 13%(3) refieren que el personal actúa como si no quisiera que las madres al lado de sus hijos en la habitación provocando en ellas un estrés moderado; y el 13%(3) manifiestan estresarse un poco cuando encuentran dificultades para obtener información o ayuda cuando visita o llama por teléfono a la unidad.

Al finalizar este capítulo se analiza que el perfil sociodemográfico y clínico de la madre y el recién nacido, corresponde a madres entre edades de 21 a 30 años, 11, de provenientes de la zona rural 15 con un 65.2%, con el tipo de familia nuclear 10 con un 43.4%, el 39.1%, 9 de ellas con un régimen de Afiliación vinculado, teniendo secundaria completa 8 con un 34.8%, de estado civil el 60,9, equivalente a 14 mujeres en unión libre, de ocupación ama de casa 13 con un 56,5%, de etnia mestizo 19, con un 82.6%.

Por otra parte según el número de embarazos, el 52.2% correspondiente a 12 mujeres son primeras gestantes, el número de embarazos planeados son de 56.3% de 13, el control prenatal más de 4 controles de 69,6%, 16, del 100% de mujeres entrevistadas el 65.2% 15, su recién nacido es hombre, el 34,8%, 8 mujeres han presentado síndrome de dificultad.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten conocer y caracterizar el perfil socio demográfico de las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal el Hospital Universitario San José de Popayán. El grupo étnico prevalente fue el mestizo con un 82.6 % (19), el 65.2% (15) de las madres provienen de la zona rural y el 17.4%(4) pertenecen a otras instancias como el sector indígena. Se encontró un rango de edad entre 21-30 (47.8%) años, similar al resultado de Pinilla Silva donde las mujeres tenían un rango de edad entre 21 y 40 años, sin embargo también se encuentra madres en rangos entre 11 y 20 años, (39%) que se enfrentan no solo a riesgos obstétricos sino también de adaptación al nuevo rol materno y enfrentando una nueva responsabilidad ante la enfermedad y crianza de su hijo.

Mazurek and Nikulish- Barret, 1.988)²³ y Tiedeman M. E (1.977) ²⁴ argumentaron que las madres de menor edad reportaron mayor ansiedad que las de mayor edad y que las que no tenían hijos en casa experimentaron mayores niveles de estrés que las que tenían uno o dos hijos:

Con respecto al estado civil se observa que el 68.7%(16) tienen una relación estable en unión libre o casadas, el 30% (7) corresponde a solteras. El 43,4%(10) de las madres viven en familias nucleares y un 30.4%(7) en familias extensas apoyo que les sirve de apalancamiento. Para Ramona Mercer manifiesta: “El estar casada le permite a la mujer poder compartir sus emociones, vivencias y mejorar su comportamiento con su hijo gracias a el poder tener el apoyo de su pareja.

El 39.1% (9), del las encuestadas, no perteneces a ningún régimen de salud.

El 34.8%(8) cuenta con estudios secundarios completos; el 21,7% (5) tienen estudios incompletos de secundaria; e 13% (3), tienen básica primaria incompleta; El 8.7%(2) cuenta con estudio tecnológico y el 8.7% (2) son universitarios.

El 56.5%,(13) son amas de casa, el 26.1%(6) son empleadas, y estudiantes el 13% (3).

Como antecedentes patológicos, el 39.1%(9) no presentaron ningún antecedente de salud, el 21.7% (5) presentaron hipertensión, la anemia 17.4%(4) y la diabetes

²³ MAZUREK V.,B., & Nikulish-Barret, M. (1988). The effect of selected information on mother's anxiety levels during their children's hospitalization. *Journal Qf Pediatric Nursing* 3, No.2 (April) 97-01. Disponible en Internet. En línea. www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149423.pdf

²⁴ TIEDEMAN, M,E (1977). Anxiety responses during and after the hospitalitation of dear 6 – 12 month, *Journal of Pediatric Nursing*. P. 5- 110. 119. Disponible en Internet. En línea. www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149423.pdf

8.7% (2). Similar dato se encontró en Pinilla²⁵ donde el diagnóstico de mayor frecuencia fue la pre eclampsia; El 52.2% (12) han tenido 2 a 3 compañeros sexuales y el 34.8% de 4 o más. El 52.2%(11) son primigestantes, el 30.4%(7) corresponde a secundigestante, el 17%(4) son multigestantes.

El 87%(20) tienen apoyo familiar, el 56.5%, (13) planearon embarazarse y 43.5% (10) no planearon el embarazo. El clima familiar es considerado como una variable destacada y relevante en la adaptación y ajuste a la enfermedad y hospitalización del paciente pediátrico.

De las madres las madres cuyos hijo se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales el 30,4 % (7), asistieron a menos de dos controles prenatales, la tendencia es a que presenten alto riesgo en el buen desarrollo de su bebe; el 69,6% (16) asistieron a mas de 4 controles prenatales.

El 65.2%(15) son hombres y el 34.8% (8) son mujeres, clasificados como preterminos en un 52.2%(12) y el 47,8%(11) a término. El diagnóstico de ingreso en recién nacidos fue síndrome de dificultad respiratoria 34.8% (8), seguido de otros diagnósticos (ductus arterioso, mala adaptación de recién nacido, abandono social) en un 21.7%(5), en igual proporción 17.4% se encontraron, ictericia (4), infección materna (4) y asfixia perinatal el 8,7%(2).

Al analizar la escala de Margaret Miles, se encontró que en el ítem ambiente y sonido, son los monitores los que las hacen sentir muy estresantes con un 56% (13); seguido de extremadamente estresantes con un 24%(6) y moderadamente estresantes en un el 16%(3). Los padres con hijos hospitalizados pueden padecer estrés derivado del impacto al ver su recién nacido rodeado de un ambiente implementado con máquinas, una potencial estadía prolongada, la imposibilidad de ejercer su rol de padres junto a unos horarios restringidos que provocan una situación de crisis de gran impacto emocional.

Con respecto al comportamiento del recién nacido, el 34,1% (8) de las mujeres refieren que ver agujas y tubos sobre su bebe las hacen sentir moderadamente estresante, el 21.5% (5), expresan sentirse un poco estresante, cuando el bebe no llora como los otros bebes y un 17% (4), refiere tener la experiencia de no sentirse ansioso cuando el bebe pareciera tener algún dolor. Sin embargo la forma de respirar el bebe o cuando llora por largo tiempo las hace sentir extremadamente estresante en un 13% (3) refieren que moretones o cortadas o incisiones en el bebe y el 14,4%(3) dicen que la apariencia débil del bebe las hizo sentir un poco ansiosas. Según Miles y colaboradores (1991)²⁶ explicaron que hay muchos factores en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

²⁵ PINILLA, Silvia. (2003).comportamiento materno durante la hospitalización de recién nacido prematuro y bajo peso. Trabajo de maestría. Universidad austral de Chile. Chile.

²⁶ MILES, M ET AL. PARENTAL STRESSOR SCALE: Neonatal Intensive care unit. En: Nursing Research, USA 42 (3): 148-152, mayo-junio 1993.

que provocan un grado mayor de estrés para los padres, como lo es una hospitalización prolongada, la exposición a un ambiente lleno de máquinas, la apariencia de su pequeño y frágil recién nacido. Miles et al encontraron que las alteraciones de la madre causada por la enfermedad del recién nacido generó un alto grado de estrés. La segunda causa la constituyó la apariencia y comportamiento del recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, el ambiente físico y psicosocial de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal altera a las madres.

El ítem aspecto del recién nacido, también resultó un factor relacionado en el estrés de las madres, obteniendo una relación similar con los datos obtenidos por Miles y colaboradores (1991) donde encontraron como segunda causa de un alto grado de estrés en los padres, la apariencia y comportamiento del recién nacido, hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. En este sentido, el estrés también se ha asociado al tiempo de hospitalización²⁷ y argumentó que las madres de menor edad reportaron mayor ansiedad que las de mayor edad, y que las que no tenían hijos en casa experimentaron mayores niveles de estrés que las que tenían uno o dos hijos²⁸.

En cuanto al ítem comportamiento y comunicación, el 34.8%(8) refieren que no coger en brazos al bebe cuando quiera o no poder alimentarlo por ella misma, las hizo sentir moderadamente estresada, el 34.8%(8), afirman sentir que personal está más cerca de bebe de lo que ella está, no lo hizo sentir ansioso y el 26.1%(6) refieren sentirse impotentes e incapaces de proteger al bebe del dolor y procesos dolorosos, estas situaciones las hacen sentir muy estresadas y el 4.3%(1) refieren que estar separados de bebe las hace sentir extremadamente estresadas. Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y peso demasiado bajo al nacer, representa una situación de estrés para las madres de los recién nacidos incidiendo en la falta de capacidad para afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados. Para PINILLA (2004: 1) “El comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido prematuro y bajo peso” busca crear lazos entre madre e hijo, permitiendo así un proceso de maduración al recién nacido”. Es importante resaltar al terminar de evaluar este ítem que las madres expresaron a los investigadores

Según el ítem comunicación con el personal de salud, el 52.3% (12) refieren que el personal de salud, les brinda información muy rápido, provocando en ellas un nivel de estrés muy estresante. El 21.7%(5), manifiesta que el personal de salud usa palabras que no se entienden aunado al grado de ansiedad de angustia al conocer el diagnostico, provocando en ellas un nivel de estrés extremadamente

²⁷ MAZUREK V.,B., & Nikulish-Barret, M. (1988). The effect of selected information on mother's anxiety levels during their children's hospitalization. *Journal Qf Pediatric Nursing* 3, No.2 (April) 97-01. Disponible en Internet. En línea. www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149423.pdf

²⁸ TIEDEMAN, M,E (1977). Anxiety responses during and after the hospitalitation of dear 6 – 12 month, *Journal of Pediatric Nursing*. P. 5- 110. 119. Disponible en Internet. En línea. www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149423.pdf

estresantes; el 13%(3) refieren que el personal actúa como si no quisiera que los padres estén en la habitación provocando en los padres un nivel de estrés moderadamente estresantes y el 13%(3) manifiestan que se sienten en un nivel de estrés, un poco estresadas cuando no les dan información o visitan a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Sumado a esta información los padres desearon completar este ítem expresando la falta de información y la poca confianza que se tiene con el personal de salud de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, La falta de información sobre los exámenes y tratamientos que se le realizan al recién nacido, la información cruzada y diferente de diversos miembros de la salud como doctores, enfermeras, auxiliares, tensión por el contacto con la enfermera por preguntarle sobre la salud del recién nacido.

En otra parte, Jofre, y colaboradores 2002²⁹ muestra los niveles de estrés de las madres de recién nacidos prematuros, el 51,4% presenta niveles estresantes y 48,6% niveles muy estresantes, lo que avala el hecho que aunque el nacimiento de un nuevo ser es un acontecimiento esperado tanto para los padres como para la familia, genera un cierto nivel de estrés en las madres, y más aún cuando el recién nacido nace antes de lo esperado, tiene que estar hospitalizado y no puede permanecer al lado de su familia.

Esto no concuerda con los estudios de Meyer E., García y col. (1995), donde fueron identificados como fuentes de estrés, las características del recién nacido, tales como peso y edad gestacional. Por otro lado, Heuer L. (1993), también había encontrado resultados similares al anterior. La comunicación con el personal resultó ser una dimensión no relacionada estadísticamente con el estrés total, lo que sería similar a lo pesquisado por la investigadora en el estudio "Sentir de los padres con recién nacido, hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal" (1998), en el cual los padres manifestaron, mayoritariamente, sentimientos positivos hacia la relación con el personal.

Estos factores productores de estrés, sumados a la relación con el personal que labora en la unidad, hacen difícil la adaptación de los familiares a la unidad durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor y de seguridad. Entre los factores que alejan a los padres de su hijos hospitalizados cuentan la restricción del horario de visita y aislamiento protector que deben cumplir éstos y otros visitantes, lo cual contribuye a limitar el daño físico pero que probablemente aumenta el daño emocional, siendo este último poco atendido por la ausencia de un personal entrenado que establezca un enlace entre la unidad y los padres.

²⁹ JOFRE, viviane (2002). Nivel de estrés de las madres con recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Ciencia y enfermería 8(1):31-36.

7. CONCLUSIONES

De acuerdo con el perfil sociodemográfico de las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en la Unidad de Salud de Cuidados Intensivos, según el estudio se encontró a un grupo de madres de procedencia rural en un 34,8%, de familia nuclear completas en un 30,4%, entre edades de 21 a 30 años, pertenecientes a un 47,8%, en unión libre en un 60,9% y un 52,2% primigestantes, de ocupación amas de casa en un 56,5%, mestizas en un 82,6%, con un nivel educativo del 34.8% secundaria incompleta que habían iniciado sus relaciones sexuales a temprana edad entre los 12 a 15 años, con un régimen de salud vinculado en un 39.1% de las madres encuestadas pertenecen al régimen vinculado, presentando alto grado de vulnerabilidad, desprotección para ella y su familia, en condiciones de pobreza.

En nivel socioeconómico de las madres de recién nacido corresponde a medio – bajo, en estado de vulnerabilidad, el feto asimila cualquier clase de problemas por ruido, y por la tensión que sufre la madre, al sentirse sin recursos económicos. Es por ello que esta etapa es crucial, la tranquilidad, la armonía, lo más importante es que se le brinde las condiciones adecuadas generando tranquilidad.

El nivel educativo que presenta las madres de los recién nacidos corresponde a básica primaria y secundaria, con un conocimiento limitado acerca de temas del manejo del estrés, por ello que estas madres no efectúan la estimulación temprana a sus bebés previniendo posibles alteraciones motoras, psicológicas y sociales.

Por eso es importante destacar la relación madre y recién nacido, para suplir las deficiencias de autoestima.

Al evaluar la escala de Margaret Miles, se encontró que la mayor frecuencia en los niveles de estrés fueron clasificados como muy estresantes, en los ítems de ambiente y sonidos con un 56.5 %, seguido de comunicación con el personal de salud con un 52.3%. La frecuencia del nivel extremadamente estresante se encontró en los ítems ambiente y sonidos en un 24% seguido del de comunicación con el personal de salud con un 21.7%(5).

El nivel de estrés moderadamente estresante se encontró según su frecuencia en los ítems comportamiento del recién nacido (34,15%) y comportamiento con el personal con un 34.8%.

8. RECOMENDACIONES

Con base a los resultados encontrados según las variables y el método aplicado en los instrumentos recolectados según la información, se determinó las siguientes conclusiones:

1. Implementar en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, del Hospital Universitario San José de Popayán, un protocolo de ingreso de la madre del recién nacido que garantice un ambiente armónico, calidad del servicio, espacios adecuados para el descanso y un entorno libre de ruidos estresantes.
2. Realizar mantenimiento a los equipos de la unidad, para que no genere daños auditivos, tanto para el recién nacido, madre y personal de trabajo.
3. Evitar sonidos estresantes como: Ventiladores, ruidos repentinos de alarmas de monitores, y otros que perjudican la relación interpersonal entre la madre y el recién nacido, generando factores estresores que afectan el bienestar en cuanto a la salud emocional y física.
4. Brindar capacitación permanente al personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital San José, sobre el manejo de los niveles de estrés por diferentes factores intrínsecos y extrínsecos, que afectan la relación de la madre del recién nacido con el personal de salud.
5. Permitir espacios de Salud ocupacional, realizando terapias físicas, relajaciones, meditaciones, conferencias encaminadas al crecimiento integral y holístico para el personal de Salud.
6. Brindar por parte del personal de salud, información amplia, oportuna y clara a las madres de recién nacidos, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital San José, sobre los procedimientos que se realizan para intervenir al recién nacido en caso de complicaciones o tratamientos necesarios para evitar que generen un comportamiento estresor y tensionante que dificulte una adecuada comunicación con el persona de salud.
7. Mejorar el Sistema de Referencia y contra referencia.

BIBLIOGRAFÍA.

ANIVERSARIO DE FLORENCE NIGHTINGALE. (Editorial). Metas de Enfermería 1999; II (15):3.

ATEHORTUA, Sonia. (2005). Estimulación temprana de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Monografía. Programa de enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín.

BARRERA Q FRANCISCO. FRANCISCO, MORAGA M.SONIA, ESCOBAR M., ROSA ANTILEF H. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev. chil. Pediatr. v.78 n.1 Santiago feb. 2007

BENAVENT Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

BOULLOSA, Nancy. (2004). Condicionantes y caracterización del estrés, en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. Tesis de licenciatura. Programa de enfermería. Universidad austral de Chile. Chile.

CARBONELL, O.A., PLATA, pa. Cristo M.& POSADA,G (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. Universitas psychologica,9 (3),773-785.

GARCÍA, Meyer, Ec. Ct. Psychological distress in mother of preterm infants. En: J. Der-BEHAVIOR-Pediatric, USA 16 (6): 412-417, Diciembre 1995.

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO PARADIGMA DE ENFERMERÍA, realizado por el 5 año de la Licenciatura en Enfermería. Chile: Universidad de Antofagasta. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería. Valparaíso, agosto, 2000.

LEDDY S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap 12. El proceso de enfermería. New York: Editorial J.B.Lippincott; 1989; 251-68.

MACIAS, María (2004). Roles parentales fuera del hogar. Psicología desde el Caribe . enero-julio no 013. Universidad del norte. Barranquilla. Colombia. Pp.15-28.

MARRINEER, Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998:55-56.

MUÑOZ, Ángela y Aura Zúñiga (2011). “*conocimientos y prácticas de los padres de recién nacidos prematuros en casa, UCI neonatal HUSJ. Abril mayo del 2010*”. Trabajo de grado. Programa de enfermería. Universidad del cauca.

NOGUERA, norma & RODRIGUEZ, María. 2008. Aprendiendo a cuidar al recién nacido un cuidado congruente en la cultura. Av. Enferm., XXVI (1): 103-111.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS; 1978 (Serie Salud para Todos No.1).

PARRAQUINI, Laura (2008). Desempeño del rol maternal en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Residencia de terapia ocupacional. Buenos Aires. PINILLA, Silvia. (2003). comportamiento materno durante la hospitalización de recién nacido prematuro y bajo peso. Trabajo de maestría. Universidad austral de Chile. Chile.

SANCHEZ, María (2004). Nivel de estrés de la madre con hijos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Trabajo de maestría. Programa de enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín.

SÁNCHEZ C M. *Nivel de estrés de las madres con hijos en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Tesis de grado, maestría en enfermería. Universidad autónoma de nuevo león. México 2.004

SERVICIOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON. Metas de Enfermería 1999; II (13): 8-14.

TAZON, Ansola M, García Campayo J. Asequino Iaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.

TUCKER S, Canobbio M, Paquette E, Wells M. Normas y cuidados del paciente: Guía de planificación de la práctica asistencia conjunta Vol. 1: Editorial Haurcourt Brace; 1997:2. Auto percepción del rol enfermero en Atención Primaria. Metas de Enfermería. 1998;(8): 12-17.

VILLAMIZAR, Beatriz. (2010). Estimulación multisensorial, auditiva, táctil (ATVN) para la capacidad de adaptación según Roy en la eficiencia de la alimentación del recién nacido pre termino. Trabajo de doctorado. Programa de enfermería. Universidad nacional de Colombia. Bogotá.

Páginas de Internet consultadas:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2070/3/Paradigmas-que-han-marcado-pautas-en-el-cuidado-de-Enfermeria#>. (Consultada 07/12/2012/)
[http://es.scribd.com/doc/2974704/MONOGRAFIA-DE-ENFERMERIA-\(consultada 08/12/2012\)](http://es.scribd.com/doc/2974704/MONOGRAFIA-DE-ENFERMERIA-(consultada-08/12/2012))

GULSETH, K. Factors Influencing the Coping Effort of Mothers of Hospitalized Children en: Nursing Research. 1 (40), enero-febrero 1991, pp. 42-46.

HEUER, L. Parental Stressor in a Pediatricsintensivecareunit En: Pediatrics Nursing, USA. 19 (2): 31. 128, marzo-abril 1992

HENRÍQUEZ, Jofré, V. E. Sentir de los padres frente a un RN hospitalizado en UCIN del HGGBC. En Jornadas de Investigación en Enfermería IV, Talca, Chile, 3 de diciembre 1998.

LAZARUS, R. Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. MARTÍNEZ Roca, 1986, pp. 25-117.

LAZARUS and Folkman (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Co.

LYNNE, A. et al. Maternal Stresses and Depressive Symptoms: Correlates of Behavior Problems in Young Children en: Nursing Research 3 (37), Mayo- Junio 1988, pp. 156-161.

MILES, M et al. The Neonatal Intensive Care Units environment: Sources of stress for parents. En: AACN-Clinics Issues Critical Care Nursing, USA 2 (2): 346-354, mayo 1991.

MILES, M et al. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive care unit. En: Nursing Research, USA 42 (3): 148-152, mayo-junio 1993.

MUNIAGURRIA. G. Intervenciones Psicosociales en la UCIN " Cuidando al RN y sus padres" 1998. [http:// Psicología - Online. com](http://Psicologia-Online.com)

PADUA, J. Técnicas de la Investigación aplicados a las ciencias sociales. 1ª ed. Santiago, Chile. 1994, Fondo de Cultura Económica

PALUDETTO, R. et al. Reactions of sixty parents allowed unrestricted contact with infants in a neonatal intensive care unit. En: Early Human Development, USA, 5 (5): 401-409, 1981.

POLIT, D & HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Edit. Interamericana-McGraw - Hill. 4ª ed., 1994.

SHIELDS et al. Variables asociadas al estrés maternal en unidades de cuidados intensivos neonatales. En: Neonatal Netw, USA, 16 (1): 29-37, Febrero 1997

WALKER, L. Stress Process Among Mothers of Infants: Preliminary Model Testing en: Nursing Research 1 (38), Enero- Febrero 1989.

YOUNGBLUT, J et al. Maternal Employment Effects on Family and Preterm Infants at three Months en: Nursing Research 5 (40), Septiembre- October 1991, pp. 272-275.

Profesor Asociado, Enfermera, Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica. Magister en Enfermería con mención en Salud Comunitaria Dpto. de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción Chile.

Profesor Titular, Enfermera, Enfermera Magister en Enfermería con mención en Salud Comunitaria, Dpto. de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

Anexo A.
Carta de Solicitud. Permiso del Hospital San José. Unidad de Cuidados intensivos UCIC

Popayan enero 31 de 2.012



Universidad
del Cauca

Facultad Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

DOCTOR
FRANCISCO OTOYA CASTRILLON
SUBDIRECTOR CIENTIFICO
HOSPITAL SAN JOSE

Cordial saludo,

Los estudiantes de séptimo semestre de enfermería, nos encontramos realizando el trabajo de investigación: Desarrollo del rol parental en la unidad de cuidado intensivo neonatal. El trabajo esta dirigido por la docente Sandra Muñoz.

El objetivo de la investigación es diseñar un protocolo de cuidado de enfermería, basado en la taxonomía Nanda, que permite brindar un cuidado integral a los padres con recién nacidos hospitalizados. Por tal motivo, solicitamos a usted, de manera comedida se nos permita, sustentar el anteproyecto ante el comité de investigación del hospital, para su desarrollo.

Agradecemos a usted,

Estudiantes investigadores:

Marcelina Gaviria: Parcelina Gaviria

Maria Virginia Medina: MARIA VIRGINIA MEDINA

Lourdes Trochez: Lourdes A. Trochez

Ruben Medina: Ruben Dairo Medina

Asesora: Sandra Muñoz
Enfermera : Sandra Muñoz

V^oB^o Jose Luis Siqueira
Jefe Departamento
Enfermería

Anexo B.
Carta de Solicitud de Permiso para sustentar el Trabajo de grado,
Universidad del Cauca.


Universidad
del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Secretaría General

8.2.3/004

Popayán, 1 de febrero de 2012

Doctor
Francisco Otoyca Castrillón
Subdirector Científico
Hospital Universitario San José
Popayán

Josevel
01 FEB 2012
4:45p-

Asunto : Permiso

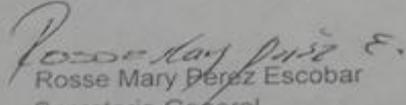
Cordial saludo.

Informo a usted que los estudiantes de VII semestre del Programa de Enfermería : MARCELA GAVIRIA, MARIA VIRGINIA MEDINA, LOURDES TROCHEZ y RUBEN MEDINA están realizando el trabajo de investigación titulado : " Desarrollo del rol parental en la unidad de cuidado intensivo neonatal ", asesorados por la profesora Sandra Muñoz.

Por lo anterior muy comedidamente le solicito se les permita sustentar el anteproyecto ante el Comité de Investigaciones del hospital.

Agradezco su amable colaboración.

Atentamente,


Rosse Mary Pérez Escobar
Secretaria General

Yolanda A.

Carrera 6a. Calle 13 No.13N-50 Popayán - Colombia Teléfonos (2) 8234118 Ext.103 - 118
www.unicauca.edu.co - E-mail: fsalud@unicauca.edu.co

Anexo C
Cuestionario Estructurado
Madres de recién nacidos UCIN

Nivel de estrés en las madres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN del hospital universitario San José de Popayán 2012.

Objetivo: El primer objetivo se analizará con base al método descriptivo de corte transversal.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE APLICACIÓN : D____ M ____ A _____
H.C-----
Nº de formulario: _____

PERFIL

I. Variables socio demográficas:

1. 1Sexo:

1	HOMBRE
2	MUJER

1.2. PROCEDENCIA:

1	RURAL
2	URBANO
3	OTROS

1.3. TIPO DE FAMILIA NUCLEAR:

1	COMPLETA
2	INCOMPLETA
3	EXTENSA

1.4. Edad (años cumplidos): _____

1	11 a 20
2	21 a 30
3	31 a 40
4	41 a 50
5	<50 años

1.5. AFILIACIÓN EN SALUD:

1	VINCULADO
2	CONTRIBUTIVO
3	SUBSIDIADO
4	DESPLAZADO
5	PARTICULAR

1.6. ¿CUÁL FUE SU ÚLTIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO?

1	PRIMARIA COMPLETA
2	PRIMARIA INCOMPLETA
3	SECUNDARIO COMPLETA
4	SECUNDARIA INCOMPLETO
5	TECNICO
6	UNIVERSITARIO
7	NINGUNA

1.7. ESTADO CIVIL:

1	SOLTERO
2	CASADO
3	UNIÓN LIBRE
4	SEPARADO
5	VIUDO(A)

1.8. OCUPACIÓN:

1	ESTUDIANTE
2	AMA DE CASA
3	EMPLEADO
4	DESEMPLEADO
5	OTRO

CUAL ?-----

1.9. ETNIA:

1	BLANCO:
2	AFRO COLOMBIANO
3	INDÍGENA
4	MESTIZO

CUAL ?-----

2. ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS PADRES

1	HIPERTENSION
2	DIABETES
3	CARDIOPATIAS
4	INSUFICIENCIA RENAL
5	ANEMIA
6	OTRO

CUAL?-----

3. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

3.1 EDAD DE LA MENARCA -----

3.2 CICLO MESTRUAL

1	REGULAR
2	IRREGULAR

3.3 DURACION DEL CICLO ----- DIAS

3.4 EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES----- AÑOS

3.5 COMPAÑEROS SEXUALES-----

3.6 G---- P---- A---- C-----G----- V---- M----

4. CIRCUNSTANCIAS SOCIALES Y FAMILIARES

APOYO FAMILIAR

NO----- PORQUE -----

SI----- QUIENES-----

OTROS-----

5. ANTECEDENTES DE EMBARAZO ACTUAL

5.1 EMBARAZO PLANEADO	SI
2	NO

PORQUE?-----

5.2 CONTROL PRENATAL

5.2.1 N° DE CONTROLES-----

1	< 3 CONTROLES ALTO RIESGO
2	>4 CONTROLES RIEGO BAJO
3	NINGUNO

4. DATOS DEL NEONATO:

6.1 SEXO R.N

1	HOMBRE
2	MUJER

6.2 EDAD GESTACIONAL:

1	A TÉRMINO
2	PRE TERMINÓ
3	POS TERMINÓ

4.3 DIAGNÓSTICO DE INGRESO.

1	ASFIXIA PERINATAL
2	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
3	ICTERICIA
4	INFECCIÓN
5	OTRA

CUAL?-----

7. DIAGNOSTICO MEDICO

Al ingreso-----

Actual -----

3. DATOS DEL NEONATO:

3.1 Edad gestacional: A término _____ pre terminó ____ Pos termino____

3.2. Relación peso -edad gestacional

3.2.1 Peso acorde para la edad gestacional

3.2.2 Pequeño para la edad gestacional.

3.2.3 Grande para la edad gestacional.

Capurro: a _____ semanas

4. DIAGNOSTICO MEDICO

Al ingreso _____

Actual _____

Objetivo 2

La escala mide y evalúa el estrés relacionado con la permanencia de los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

1. Nivel de estrés.

Anexo D
Consentimiento Informado. Universidad del Cauca.
Programa Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DEL CAUCA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VII SEMESTRE POPAYAN 2012

Yo, -----C.
C N°-----, He sido informado del estudio que se va realizar, he tenido la oportunidad hacer preguntas sobre el tema, he recibido respuesta satisfactorias y suficiente información.

Sé que la participación es voluntaria y puedo abandonar el estudio cuando lo desee ,sin que tenga que dar explicación, sin afectar el estado clínico de mi hijo(a).también me han explicado de forma clara ,precisa que estos datos serán tratados y custodiados con respecto a la intimidad y a la normatividad vigente de protección de datos.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto. Por ello fimo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar el deseo de participar en este estudio de investigación sobre **NIVEL DE ESTRÉS EN LAS MADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN 2012**

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de los derechos

FIRMA: -----

FECHA: -----

INVESTIGADORES:

Rubén Medina y Virginia Medina

ASESORA: ENF. Mag. Sandra Muñoz

Popayán, marzo de 2012

Señora:

**MABEL CUELLAR:
COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN
CIUDAD**

Cordial Saludo,

Los estudiantes de VII Semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca con asesoría de la Enfermera Magister Sandra F. Muñoz Docente, estamos realizando un trabajo de investigación sobre **NIVEL DE ESTRÉS EN LAS MADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN 2012**".

Cordialmente,

Sandra Felisa Muñoz Bravo
Enfermera Magister
ASESORA

Estudiantes de Enfermería VII SEMESTRE
María Virginia Medina
Rubén Darío Medina

ANEXO INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYAN 2012**

**DOCTOR:
RODRIGO QUIÑONEZ
DIRECTOR
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**

Cordial Saludo,

Los estudiantes de VII Semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca con el apoyo y asesoría de la docente de la Universidad del Cauca; Magister Sandra Felisa Muñoz B., nos encontramos realizando un trabajo de investigación sobre **NIVEL DE ESTRÉS EN LAS MADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN 2012**, cuyo objetivo determinar el nivel de estrés de la madre y su Recién Nacido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Cordialmente,

INVESTIGADORES
María Virginia Medina y Rubén Darío Medina

Anexo E.
Escala de Estrés en Los Padres
Unidad de Cuidados Intensivos

Nombre madre: _____

Fecha: _____

Este cuestionario describe varias vivencias que han caracterizado estresante cuando el bebe este en UCI nos gustaría que usted indique que ten estresante, ha sido para usted cada experiencia “si no ha tenido experiencia encierre en un circulo NA”.

“CUANDO MENCIONAMOS LA PALABRA ESTRESANTE QUEREMOS DECIR QUE LA EXPERIENCIA LE HA HECHO SENTIR ANSIOSO, NERVIOSO”

En el cuestionario encierre en un círculo el número que mejor describa cuán estresante ha sido cada experiencia.

1.	La experiencia no le hizo sentir ansioso	NA	1	2	3	4	5
2.	Un poco estresante	NA	1	2	3	4	5
3.	Moderadamente estresante	NA	1	2	3	4	5
4.	Muy estresante	NA	1	2	3	4	5
5.	Extremadamente estresante, le causó ansiedad	NA	1	2	3	4	5

NA si no ha experimentado alguna de las situaciones

VISTAS Y SONIDOS DE SU BEBE

1.	La presencia de los monitores y los aparatos.	NA	1	2	3	4	5
2.	Los ruidos constantes de monitores y de aparatos.	NA	1	2	3	4	5
3.	Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor.	NA	1	2	3	4	5
4.	Los otros bebés enfermos en la habitación.	NA	1	2	3	4	5
5.	El gran número de personas trabajando en la unidad.	NA	1	2	3	4	5

SITUACIONES DE ESTRÉS EL ASPECTO Y SU COMPORTAMIENTO DE SU BEBE

1.	Tubos o aparatos puestos o cerca del bebé	NA	1	2	3	4	5
2.	Moretones, cortes o incisiones en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3.	El color poco usual de mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo)	NA	1	2	3	4	5
4.	La forma de respirar anormal o poco usual de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
5.	Ver el cambio repentino de color en mi bebé (por ejemplo, ponerse pálido o azul).	NA	1	2	3	4	5

6.	Ver a mi bebé dejar de respirar.	NA	1	2	3	4	5
7.	El pequeño tamaño de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
8.	El aspecto arrugado de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
9.	Tener una maquina (respirador) que respira por mi bebé.						
10.	Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
11.	Cuando mi bebé es alimentado por medio de una vía o tubo intravenoso	NA	1	2	3	4	5
12.	Cuando mi bebé parecía tener algún dolor.	NA	1	2	3	4	5
13.	Mi bebé llorando por largo tiempo.	NA	1	2	3	4	5
14.	Cuando mi bebé parecía asustado.	NA	1	2	3	4	5
15.	Cuando mi me bebé parece triste	NA	1	2	3	4	5
16.	La apariencia débil de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
17.	Movimientos espasmódicos o inquietos de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
18.	Mi bebé siendo incapaz de llorar como los otros bebés	NA	1	2	3	4	5
19.	Dar palmaditas a mi bebé para despajarle el pecho.	NA	1	2	3	4	5

RELACIÓN CON SU BEBÉ Y SU PAPEL DE MADRE

1.	Estar separado de su bebé	NA	1	2	3	4	5
2.	No alimentar yo misma a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3.	No se capaz de abrazar a mi bebé yo misma (Por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo).	NA	1	2	3	4	5
4.	No ser capaz de coger en brazos a mi bebé cuando quiera.	NA	1	2	3	4	5
5.	A veces, olvidar cómo es mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
6.	No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia.	NA	1	2	3	4	5
7.	Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos.	NA	1	2	3	4	5
8.	Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos.	NA	1	2	3	4	5
9.	Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy.	NA	1	2	3	4	5
10.	Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa.	NA	1	2	3	4	5

COMPORTAMIENTOS Y COMUNICACIÓN DEL PERSONAL

1.	El personal explica las cosas muy rápido	NA	1	2	3	4	5
2.	El personal utiliza palabras que no entiendo	NA	1	2	3	4	5
3.	Que me den versiones diferentes sobre la condición de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
4.	Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
5.	Que no hablen conmigo lo suficiente	NA	1	2	3	4	5
6.	Muchas y distintas personas(médicos, enfermeras, otros) hablándome	NA	1	2	3	4	5
7.	Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo teléfono a la unidad	NA	1	2	3	4	5
8.	No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios en la condición de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
9.	Que el personal parezca preocupado sobre mi bebé	NA	1	2	3	4	5
10.	Que el personal actué como si no quisieran a los padres en la habitación	NA	1	2	3	4	5
11.	Que el personal actué como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales	NA	1	2	3	4	5

**Anexo F.
Cronograma de Actividades.**

MESES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
SEMANA	2-3-4	5-6-7-8	9-10-11-	12-13-14 -15	16
ENTREGA DE CARTAS AL COMITÉ ÉTICO DEL HUSJ					
PRUEBA PILOTO TRABAJO DE CAMPO					
APLICACION DE INSTRUMENTOS					
ANALISIS DE INSTRUMENTOS					
APLICACIÓN DE TEST					
ELABORACION DE INFORMACION					
INTERPRETACION DE LA INFORMACION					
DIFUSION DE RESULTADOS					
INFORME PRELIMINAR					
INFORME FINAL					

**Anexo G.
Resumen de Presupuesto**

RUBROS	FUENTE		TOTAL
	AUTOFINANCIAMIENTO	UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
PERSONAL	9'000.000	5'000.000	14'000.000
EQUIPOS	1'220.000	_____	1'220.000
MATERIALES	100.000	_____	100.000
SALIDAS DE CAMPO	159.000	159.000	159.000
ADMINISTRACION	700.000	_____	700.000
VALOR TOTAL	11'020.000	5'000.000	16'179.000

DISTRIBUCIÓN GASTOS DE PERSONAL

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FORMACION ACADEMICA	PARTICIPACIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACION HORAS DE ASESORIA	RECURSOS		TOTAL
				AUTOFINANCIAMIENTO	CONTRAPARTIDA A UNICAUCA	
Sandra Muñoz	MAGISTER	INVESTIGADORA PRINCIPAL	100	2'000.000	5'000.000	7'000.000
Marcelina Gaviria	ESTUDIANTE UNIVERSITARIA	INVESTIGADORA	180	1'500.000	_____	1'500.000
María Virginia Medina	ESTUDIANTE UNIVERSITARIA	INVESTIGADORA	180	1'500.000	_____	1'500.000
Rubén Darío Medina	ESTUDIANTE UNIVERSITARIA	INVESTIGADOR	180	1'500.000	_____	1'500.000
Lourdes Trochez	ESTUDIANTE UNIVERSITARIA	INVESTIGADORA	180	1'500.000	_____	1'500.000
VALOR TOTAL			1220	8'000.000	5'000.000	13'000.000

DESCRIPCIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE EQUIPOS Y USO PROPIO

EQUIPO	HORAS	NUMERO DE IMPRECIIONES	VALOR UNITARIO	AUTOFINANCIAMIENTO	TOTAL
COMPUTADOR/ INTERNET	1220		1.000	ESTUDIANTES	1'220.000
IMPRESORA		250	200	ESTUDIANTES	50.000
VALOR TOTAL	1220	250	1.200		1'270.000

SALIDAS DE CAMPO

ITEM	COSTO UNITARIO	NUMERO DE PASAJES	FINANCIADOR	TOTAL
DESPLAZAMIENTO CONTACTO	2800	30	ESTUDIANTES	84.000
DESPLAZAMIENTO COORDINADOR	5000	15	DOCENTE	75.000
VALOR TOTAL	7800	40		159.000

MATERIALES

MATERIALES	JUSTIFICACION	FUENTE		TOTAL
		FINACIADOR	CONTRAPARTIDAD UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
PAPELERIA (RESMA)	IMPRESION DE TRABAJOS, MANUALES, TEORIAS, ARTICULOS DE INVESTIGACION	AUTOFINANCIADO	_____	50.000
FOTOCOPIAS	BIBLIOTECA, ARTICULOS, REVISTAS	AUTOFINANCIADO	_____	80.000
ARTICULOS DE OFICINA	LAPICES, CALCULADORA, LAPICEROS, CARPETAS, CORRECTOR, RESALTADOR, LIBRETAS DE APUNTES	AUTOFINANCIADO	_____	50.000
VALOR TOTAL				180.000

ADMINISTRACIÓN

ADMNISTRADOR	TIEMPO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION (HORAS)			HORAS		TOTAL
	ANALISIS DE LA INFORMACION	INTERPRETACION DE LA INFORMACION	ESCRITURA DEL ANTEPROYECTO	NUMERO DE HORAS	VALOR HORA	
GRUPO DE INVESTIGACION (ESTUDIANTE)	40	45	30	115	8000	920.000
VALOR TOTAL						920.000

Anexo H.
Modelo de Etapas de Programa de Intervención, para prevenir el Estrés en la UCI

Tabla 1. Etapas del programa de intervención

Etapas	Objetivos	Variables a tener en cuenta	Estrategias de intervención
Primera: Impacto ante el nacimiento prematuro: la creación de una membrana extrauterina.	Crear un espacio de contención para los padres y la familia. Facilitar la creación de una matriz de apoyo y sostén para la madre.	Historia del embarazo. Grupo familiar, sostén y riesgo social.	Información acerca de las rutinas de la UCIN. Explicaciones acerca del concepto de edad corregida, formas de acercamiento al bebé. Anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (ejemplo: dejar al bebé internado en el hospital).
Segunda: Primeros contactos madre-prematuro: facilitación de los contactos con un bebé real.	Elaborar diferentes duelos que deben atravesar los padres y entorno familiar. Facilitar las capacidades parentales de anticipación e identificación acerca de las características y necesidades del bebé prematuro. Detectar los factores que pueden interferir en estos procesos. Desarrollar los procesos de identificación materna y organización familiar.	En el prematuro: edad gestacional, estado clínico, comportamiento neonatal, organización, conductas de estrés y evitación. En los padres: historia conyugal y parental. Personalidad materna, nivel de ansiedad, fantasías y temores acerca de ella como madre y de la salud de su bebé.	Explicación a los padres de las necesidades de control homeostático del bebé prematuro. Observación de signos de desorganización, sobrestimulación, etc. Integración con otros padres de prematuros, organización de horarios de visitas, etc. Creación de espacios para los padres y entorno familiar que faciliten el reconocimiento de sus propias necesidades.
Tercera: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas.	Favorecer las funciones maternas de sostén (holding) (Winnicott) y la empatía cenestésica (Spitz). Rescatar la singularidad del bebé. Favorecer la lactancia materna.	Características del prematuro, observación de sus diferentes subsistemas. Organización de sus estados. Capacidad materna de anticiparse a las necesidades del bebé, organización de cuidados, sostén, manipulación.	Observación de los recursos del bebé prematuro, formas de inhibir movimientos repentinos, sobresaltos, temblores, etc. Regulación de los estados de conciencia. Formas de contenerlo. Elaboración de un plan de estimulación del bebé.
Cuarta: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé.	Organización de un ambiente de cuidado apropiado para el bebé. Integración del bebé al núcleo familiar. Interacción cercana con el equipo de seguimiento de niños prematuros.	Factores ambientales y de riesgo social. Grupo familiar.	Planificación conjunta entre equipo de cuidado del bebé y sus padres sobre el alta. Organización del hogar. Énfasis en la importancia del plan de seguimiento.