

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN MEDICINA



TRABAJO DE GRADO

NIVELES DE ESTRÉS EN MADRES DE PACIENTES, DURANTE EL INGRESO EN
UNIDADES NEONATALES HOSPITALARIAS, QUE HAN SIDO RETORNADOS A
LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA DE
CHALCHUAPA DE MARZO A JULIO DE 2020

PARA OPTAR AL GRADO
DOCTOR(A) EN MEDICINA

PRESENTADO POR
OSWALDO ERNESTO ALVAREZ TORRES
STEPHANIE CAROLINA RENDEROS MARTÍNEZ
JACQUELINNE MARIA TOLEDO BURGOS

DOCENTE ASESOR
DOCTORA KATTYA ELIZABETH CIENFUEGOS DE FUENTES

DICIEMBRE, 2020
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES.



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA
VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinita gracia y bondad hacia mi persona, a mis padres por su amor incondicional y brindarme su apoyo hasta el final, a mis amigos por ser mi consuelo en momentos difíciles y a mis docentes formadores por ser lumbreras que facilitaron grandemente el largo camino para ser médico.

OSWALDO ERNESTO ALVAREZ TORRES.

.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme permitido estudiar esta carrera y guiarme durante todo el camino y llegar hasta este momento.

A mi madre por ser mi pilar y mi apoyo incondicional, por esforzarse día a día para poder darme un estudio superior y por nunca dudar de mi sueño.

A cada uno de los miembros de mi familia que ha estado a mi lado para darme ánimo y aportar un granito de arena para que pudiera seguir adelante.

A la familia Córdova por siempre apoyarme y darme su amor incondicional.

STEPHANIE CAROLINA RENDEROS MARTÍNEZ.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por haberme guiado en cada paso de mi carrera y permitirme culminarla.

A mis padres, Violeta y José Luis por el apoyo incondicional, el amor y el sacrificio que hicieron para poder cumplir mi meta de ser médico.

A mis Hermanos, Rodrigo y Diego por siempre apoyarme, por sus palabras, y estar conmigo a lo largo de mi formación.

A cada uno de mi familia que de alguna u otra manera me ayudo durante la carrera.

JACQUELINNE MARIA TOLEDO BURGOS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	ix
RESUMEN EJECUTIVO	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Justificación	14
1.2. Antecedentes Del Problema.....	16
1.3. Planteamiento Del Problema.	18
1.4. Objetivos de investigación.....	19
1.4.1 General.....	19
1.4.2 Específicos.....	19
1.5. Alcances.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 Clasificación Y Patologías Frecuentes.	22
2.2 Unidades De Atención Al Recién Nacido	28
2.3 Consecuencias En La Salud De Los Padres.....	33
2.4 El Estrés	35
2.4.1 Tipos De Estrés.....	35
2.4.2 Sistema General De Adaptación Del Estrés	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	38
3.1 Tipo De Estudio	39
3.2 Población De Estudio.....	39
3.3 Muestra	39
3.4 Unidad De Análisis	39
3.5 Criterios De Elegibilidad	39
3.6 Variables	40
3.7 Instrumento De Recolección De Datos.....	42
3.8 Recolección De Datos.....	43
3.9 Consideraciones Éticas	43
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.	44
4.1. Resolución Objetivo 1	45
4.2. Resolución Objetivo 2	50

4.3. Resolución Objetivo 3	69
4.4. Resolución Objetivo 4	79
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
5.1 Conclusiones	92
5.2 Recomendaciones	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	98
ANEXO 1 Evaluación madurativa de la edad gestacional.	99
ANEXO 2 Gráficos de Lubchenco.	100
ANEXO 3 Dotación básica estructural y de material de un puesto de reanimación.	101
ANEXO 4 Dotación básica estructural de un puesto de hospitalización según niveles asistenciales.	102
ANEXO 5 Dotación básica de material para unidades según niveles asistenciales.	103
ANEXO 6 Encuesta.....	105

INTRODUCCIÓN.

ESTRÉS Una de las definiciones más recientes de estrés ha sido planteada por Bruce McEwen (2000): “El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan”.

Un entorno fuera del rango normalmente experimentado por una población (entorno estresante) y los cambios que esto genera en los organismos, ya sean morfológicos, fisiológicos o comportamentales, acompañan la mayoría de los cambios evolutivos (Hallgrimsson & Hall, 2005). Dependiendo de la intensidad, predictibilidad y recurrencia de este estresor, las respuestas de los individuos pueden ir desde tolerancia y evitación del estresor a nivel individual a la rápida aparición de nuevos rasgos o extinción a nivel poblacional. Así, un nivel moderado de estrés es esencial para el crecimiento y diferenciación de los sistemas metabólicos, fisiológicos, neurológicos y anatómicos de un organismo.

Un recién nacido o neonato es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido

Es importante clasificar a un neonato puede ser la siguiente manera: Nacido antes de las 37 semanas de gestación, Término: Nacido entre las 37 y las 42 semanas de gestación y Postérmino: Nacido después de las 42 semanas de gestación.

Si no encontramos frente a un prematuro puede clasificarse de la manera siguiente Gran prematuro: menor de 25 semanas de gestación, Prematuro de alto riesgo: de 26 a 30 semanas de gestación, Pretérmino moderado: de 31 a 35 semanas de gestación, Pretérmino límite: de 36 a 37 semanas de gestación.

Atendiendo solo al peso, se clasifican en: peso bajo al nacer (PBN), peso muy bajo al nacer (BMPN), peso extremadamente bajo al nacer (PEBN) y recién nacido macrosómico Según el peso al nacer y la edad gestacional, se clasifican en: pequeño para la edad gestacional (PEG), peso adecuado para la edad gestacional (AEG) y grande para la edad gestacional (GEG)

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno cada 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto.

Es importante considerar los factores de riesgos perinatal entre los cuales tenemos endógenos o biológicos y exógenos o del medio ambiente; pero estos se pueden reclasificar de acuerdo con el momento que se identifican entre los cuales tenemos: preconcepcionales, del embarazo, del parto del recién nacido, y del postparto; debido a los anteriores factores de riesgos pueden influir a un parto prematuro o patología neonatal y como consecuencia a un ingreso a unidades neonatales.

Las unidades neonatales es parte fundamental en el área hospitalaria para atención oportuna de un neonato estas se clasifican en: recursos técnico-sanitarios de las unidades neonatales de nivel I, recursos técnico-sanitarios de las unidades neonatales de nivel II, recursos técnico-sanitarios de las unidades neonatales de nivel III.

Dichas clasificaciones nos sirven para un ingreso adecuado con respecto a los riesgos que cada neonato presenta y proporcionarle un equipo adecuado y pronta recuperación

La hospitalización del bebé constituye un importante agente estresor por la ruptura de la continuidad relacional madre-bebé por lo cual la hospitalización de un niño integra 4 dimensiones que se relacionan entre sí. En primer lugar, se encuentra el niño enfermo junto a sus características propias, en segundo lugar, su familia, en tercer lugar, el equipo de salud y en último lugar el hospital. Estas cuatro dimensiones determinan la dinámica que representa la hospitalización infantil. Por esta razón, el énfasis en la atención de las madres es un factor importante para considerar durante la estadía hospitalaria, ya que esta, causa una serie de repercusiones e impactos sobre ellos, tanto psicológicas (ansiedad, estrés), físicas (alteraciones del sueño)

Esta población representa un número limitado de casos anualmente en nuestro país, además de ser poco estudiada, más sin embargo es de suma importancia la consecuencia que genera tener un hijo ingresado por lo tanto en el presente trabajo se realiza una investigación sobre los niveles de estrés en madre de pacientes durante ingreso en unidades neonatales hospitalarias, que han sido retornada a unidad comunitaria de salud familiar especializada de Chalchuapa.

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo: Conocer niveles de estrés en madres de pacientes durante el ingreso en unidades neonatales hospitalarias que han sido retornados a UCSFE Chalchuapa

Metodología: Tipo de diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Resultados: El ambiente de la unidad neonatal afectó el nivel de estrés en las madres, considerándolo moderadamente estresante, la presencia de monitores y aparatos represento un 55.55. La actitud de las madres ante el aspecto y comportamiento del neonato durante el ingreso en la unidad neonatal fue moderadamente estresante debido a la observación de tubos o aparatos puestos cerca del bebé en un 33.33%. Se afecto el binomio madre – hijo durante el ingreso de éste en la unidad neonatal reflejándose dicha relación como moderadamente estresante, debido a estar separada de su bebé 33.33%, al igual que sentirse impotente e incapaz de ayudar a su bebé representa un 55.55%, por lo cual el nivel de estrés de las madres durante esa situación es moderadamente estresante. La comunicación de las madres con el personal de la unidad neonatal encargados de la atención de su hijo se estimaron dicha experiencia como muy estresante, representado un 35.55% el hecho que le digan versiones diferente sobre las condiciones de su bebé, además de representar un 40% la dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad neonatal, además 37.77 que el personal parezca preocupado por el bebé, por lo tanto dicho información nos lleva a una evaluación de nivel de estrés de las madres muy estresante.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación

Los avances en el cuidado de los recién nacidos prematuros han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las unidades neonatales son cada vez más eficientes, cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil.

Con la mayor instrumentalización y con la implementación de las Unidades neonatales se abren mayores expectativas de vida a aquellos RN de escaso peso de nacimiento, prematuros, o con otra morbilidad. Junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de salud debe, desde el momento que el RN se hospitaliza, intentar incorporar al niño que nace con problemas a su familia, estimulando la visita de sus padres, promoviendo la mantención de la lactancia materna, tratando de incorporar a los padres al cuidado de su hijo informando su evolución y estado de salud, para aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos que se mantendrán durante toda la vida.

Por lo tanto, esta investigación científica busca dar a conocer como los niveles de estrés debidos al ambiente de las unidades de neonatos, a la apariencia del bebé y estado de enfermedad de este, a la comunicación con el personal de salud, a la interacción con el bebé o alteración del vínculo madre –hijo es determinante; ya que ninguna madre está preparada para tener un hijo que nace con alguna morbilidad. Es por este motivo que es necesario el aporte con investigaciones científicas, que aborden los diferentes factores hospitalarios y el nivel de estrés en las madres de recién nacidos, con el fin de la generación de conocimientos más amplios acerca del tema.

Debido a la ausencia de estudios a nivel institucional y comunitario, con este estudio se determinará qué tan estresante es para las madres tener ingresado a su bebé en el área de Neonatología, cuando retornen a la UCSF E Chalchuapa.

1.2. Antecedentes Del Problema

El binomio madre-recién nacido son inseparables y deben ser abordados en un solo concepto ya que las consecuencias de un inadecuado desarrollo preconcepcional, falta de atención durante el embarazo y parto, así como como la atención inmediata del recién nacido y el apego e inicio inmediato de la lactancia materna, van a repercutir en la supervivencia, pronóstico y dificultades a corto, mediano y largo plazo. (GUÍA PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO GRAVE GUATEMALA, 2014)

El estrés de las madres con hijos prematuros hospitalizados se abordó desde la perspectiva teórica de Seyle (1975) se define como la relación particular entre el individuo y su entorno, como amenazante y que pone en peligro el bienestar.

El estrés puede estar presente en el ser humano desde algo muy positivo, a algo muy patológico y puede debilitar a una persona psicológica y fisiológicamente y convertirse en un peligro para la salud. Diversos autores han estudiado la relación del estrés de las madres con la hospitalización del prematuro. La mayoría coincide que esta relación es muy particular y que merece atención para que se logre un manejo eficaz de la formación: el prematuro y la madre cumpliendo sus roles (UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN “NIVEL DE ESTRES DE LAS MADRES CON HIJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES 2004)

En los padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, se ha encontrado un estrés inicial moderado. El factor más relevante fue la alteración en su rol parental y el estrés fue mayor en las madres y en los centros públicos. Se requiere una mayor sensibilización, investigación e intervención en esta área. (WORMALD F., TAPIA L.,

CANEPA P., Y COLABORADORES. ARGENTINA (2015) “ESTRÉS EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”.)

Reynaga (1996) realizó una investigación para conocer las fuentes de estrés experimentado por 94 padres y madres en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Las edades de estos oscilaron entre 15 y 49 años. Dentro de los factores ambientales de la unidad se analizaron los factores extrapersonales e intrapersonales para determinar los de mayor influencia como fuente del estrés.

Los resultados mostraron que de los estresores extrapersonales el principal fue "la presencia de monitores y equipo médico" con un puntaje de 3.05 cuya equivalencia fue moderadamente estresante, mientras que de los estresores intrapersonales el "estar separado de mi bebe" fue identificado como mayor fuente de estrés con un promedio de cuatro equivalente a muy estresante. El 48% de los padres calificó esta experiencia como extremadamente estresante.

Los resultados demostraron que en el ambiente de la unidad de cuidado intensivo neonatal los factores intrapersonales influyen más que los extrapersonales en el nivel de estrés experimentado por los padres durante el internamiento de su hijo. (UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEON “NIVEL DE ESTRES DE LAS MADRES CON HIJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES 2004)

A la fecha en El Salvador no se cuentan con investigaciones ni análisis sobre el estrés que causa en las madres el tener a sus hijos ingresado en una unidad de neonatología.

1.3. Planteamiento Del Problema.

Una madre forma el mundo de su hijo desde el momento del nacimiento, amándolo y ayudándolo a desarrollarse social, emocional, física y cognoscitivamente. Cuando la madre se siente estresada, cada aspecto del desarrollo del niño se ve comprometido. Cuando el nacimiento ocurre antes del tiempo esperado o nace un neonato enfermo, puede ser aún más estresante para una familia, por muchas razones, estas incluyen el percibir la sensación de fracaso de tener un niño enfermo, el temor a la muerte del niño, la alteración del apego niño-padres, la interrupción en la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este período.

El estrés puede estar presente en el ser humano desde algo muy positivo, a algo muy patológico y puede debilitar a una persona psicológica y fisiológicamente y convertirse en un peligro para la salud. Diversos autores han estudiado la relación del estrés de las madres con la hospitalización del neonato, dicho estrés también tiene que ver con un sentimiento de sentirse sin ayuda, lo cual es característico para las madres durante la hospitalización de sus hijos, bajo estas circunstancias cuando hay una adaptación positiva por parte de la madre, el estrés de ésta disminuye lo cual contribuye a la recuperación del neonato.

El propósito del estudio es comprender de mejor manera la atención del recién nacido no solo centrado en el paciente sino también en cómo se ha visto afectado el binomio madre – hijo. Se pretende contribuir al desarrollo del conocimiento científico, en lo que respecta a la importancia del acompañamiento de las madres atendiendo el nivel de estrés que genere esta situación crítica y enfatizando desde una perspectiva humanística en la atención de neonatos hospitalizados que han sido retornados a las UCSFE Chalchuapa.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1 General

- Describir los niveles de estrés en madres de pacientes durante el ingreso en unidades neonatales hospitalarias que han sido retornados a Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada de Chalchuapa de marzo a julio de 2020.

1.4.2 Específicos

1. Describir cómo el ambiente de la unidad de neonatos afectó el nivel de estrés en las madres.
2. Identificar la actitud de las madres ante el aspecto y comportamiento del recién nacido durante el ingreso en la unidad de neonatos.
3. Evaluar cómo se afectó el binomio madre – hijo durante el ingreso de éste en la unidad de neonatos.
4. Analizar cómo afecta en las madres la comunicación con el personal de la unidad de neonatos encargados de la atención de su hijo.

1.5. Alcances

La hospitalización del bebé, constituye un importante agente estresor por la ruptura de la continuidad relacional madre-bebé; esta separación supone alteraciones emocionales en los padres, que pueden reaccionar bloqueándose o activándose en exceso, y ciertos comportamientos naturales que pueden verse interferidos, el estrés y la depresión de madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales.

Por lo que se pretende contribuir al desarrollo del conocimiento científico, en lo que respecta a la importancia del acompañamiento de las madres atendiendo el nivel de estrés que genere esta situación crítica y enfatizando desde una perspectiva humanística en la prestación del cuidado enfermero en la unidad de neonatología y generando el interés sobre el abordaje hacia los padres y familia que se ven afectados por un acontecimiento al que no están acostumbrados, considerando atender los factores hospitalarios desde el nivel Institucional para mejora de la gestión de los mismo

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Un recién nacido o neonato es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto vaginal o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pasados los nueve meses del embarazo.

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación a la vida extrauterina lo garanticen. Sin embargo, un recién nacido se considerará patológico cuando es pretérmino, o término con patología asociada, o presenta alguna alteración en su mecanismo de adaptación a la vida extrauterina.

2.1 Clasificación Y Patologías Frecuentes.

Los neonatos se clasifican atendiendo a varios criterios:

Edad gestacional que es la duración completa de la gestación medida desde el primer día de la última menstruación normal hasta el momento del nacimiento. Por lo tanto, según la edad gestacional se clasifican en:

- Prematuro o pretérmino: Nacido antes de las 37 semanas de gestación.
- Término: Nacido entre las 37 y las 42 semanas de gestación.
- Postérmino: Nacido después de las 42 semanas de gestación.

Dentro del grupo de los prematuros, estos a su vez se clasifican atendiendo a las semanas de gestación en el momento del nacimiento en:

- Gran prematuro: menor de 25 semanas de gestación.
- Prematuro de alto riesgo: de 26 a 30 semanas de gestación.
- Pretérmino moderado: de 31 a 35 semanas de gestación.

- Pretérmino límite: de 36 a 37 semanas de gestación.

Atendiendo solo al peso, se clasifican en:

- Peso Bajo al Nacer (PBN): corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 2,500 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluye a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 2,499 gramos.
- Peso Muy Bajo al nacer (BMPN): corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 1,500 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluye a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 1,499 gramos.
- Peso Extremadamente Bajo al Nacer (PEBN): corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 1,000 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluye a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 999 gramos.
- Recién nacido macrosómico: el peso al nacer es superior a 4000 gramos.

Según el peso al nacer y la edad gestacional, se clasifican en:

- Pequeño para la edad gestacional (PEG): Cuando el peso del recién nacido queda por debajo del percentil 10 para las semanas estimadas de gestación.
- Peso adecuado para la edad gestacional (AEG): El peso queda entre el percentil 10 y el percentil 90 para las semanas estimadas de gestación.
- Grande para la edad gestacional (GEG): El peso queda por encima del percentil 90 para las semanas estimadas de gestación.

La morbimortalidad perinatal está relacionada con la edad gestacional y el peso al nacer. Las cifras más elevadas de mortalidad corresponden a las edades gestacionales más jóvenes, incrementándose cuando los pesos son menores.

La estimación de las semanas de gestación se ha realizado, históricamente, según el score de Dubowitz y, más recientemente, según el score de Ballard modificado.

Puntuación nueva de Ballard (New Ballard Score [NBS]). La puntuación madurativa de Ballard. Ampliada y actualizada para incluir a los RN extremadamente prematuros, se rebautizó como NBS. En la actualidad, la puntuación abarca desde 10 (que se correlaciona con 20 semanas de gestación) hasta 50 (que se correlaciona con 44 semanas). Si el RN tiene <26 semanas de gestación, la NBS es más exacta si se examina al RN antes de las 12 horas de vida. Si el RN tiene >26 semanas, no hay una edad óptima de examen hasta las 96 horas.

1. Precisión. Este examen tiene un margen de error de hasta 2 semanas de edad gestacional, independientemente de que el RN esté enfermo o sano, y sobreestima la edad gestacional en 2-4 días en los RN de 32 a 37 semanas de gestación.
2. Criterios. El examen consiste en seis criterios neuromusculares y seis físicos. Los primeros se basan en el concepto de que el tono pasivo es más útil que el activo para indicar la edad gestacional.
3. Procedimiento. El examen se realiza dos veces por dos examinadores diferentes para asegurar la objetividad y los datos se ingresan en la ficha (**ANEXO 1**).

Este gráfico se encuentra disponible en la mayoría de las salas de recién nacidos. El examen presenta dos partes: evaluación de la madurez neuromuscular y evaluación de la madurez física. Se totalizan las 12 puntuaciones y la clasificación de la madurez se expresa en semanas de gestación, estimadas mediante el empleo de la ficha que proporciona el formulario.

Luego se utiliza la parte 2 del gráfico (**ANEXO 2**) para graficar la evaluación de la edad gestacional en función de la longitud, la talla y el perímetro cefálico, y determinar si el niño es pequeño, apropiado o grande para la edad gestacional. Estos gráficos se conocen como gráficos de Lubchenco.

La mayoría de los autores definen el crecimiento intrauterino normal con el empleo de criterios estadísticos (medidas centrales y de dispersión). Así, se consideran como pesos normales los situados en el intervalo comprendido entre los percentiles 10 y 90 de la curva.

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno cada 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos a nivel mundial, siendo la primera causa de mortalidad en las primeras cuatro semanas de vida y la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años, después de la neumonía. Es la principal causa de mortalidad neonatal, morbilidad y existencia de secuelas, generalmente neurológicas, pulmonares y digestivas.

Los factores de riesgo son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser de tipo:

- Causal. El factor desencadena el proceso. Por ejemplo, placenta previa desencadena muerte fetal por anoxia; rubéola durante el primer trimestre del embarazo desencadena malformaciones congénitas; malnutrición materna desencadena bajo peso al nacer.
- Predictivo. Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o

mal comprendidas. Por ejemplo, una mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre mayor riesgo de perder su siguiente hijo.

Clasificación de los factores de riesgo perinatal:

- Endógenos o biológicos, propios del individuo (edad, sexo, paridad, peso, talla, etc.).
- Exógenos o del medio ambiente. En éste se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistemas de salud, de educación, económico, social, etc.).

Según el momento en que más precozmente puedan llegar a ser identificados, los factores de riesgo perinatal se clasifican en (**Tabla 1**):

- Preconcepcionales
- Del embarazo
- Del parto
- Del recién nacido
- Del postparto

<p>Preconcepcionales (su aparición precede al inicio del embarazo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel socioeconómico • Analfabetismo • Malnutrición materna • Baja talla • Obesidad • Circunferencia craneana pequeña • Madre adolescente • Edad materna avanzada • Gran multiparidad • Corto intervalo intergenésico • Malos antecedentes genéticos • Malos antecedentes obstétricos • Patología previa
<p>Del embarazo (su aparición recién se produce cuando el embarazo está en curso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Mal control prenatal • Poca ganancia de peso • Excesiva ganancia de peso • Hábito de fumar • Alcoholismo • Hipertensión inducida por el embarazo • Embarazo múltiple • Hemorragias • Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) • Rotura prematura de membranas • Infección ovular • Incompatibilidad sanguínea fetomaterna
<p>Del parto (su aparición se produce durante el trabajo de parto o el parto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción del parto • Amenaza de parto de pretérmino • Malas presentaciones (pelviana) • Trabajo de parto prolongado • Insuficiencia cardiorrespiratoria • Distocias de contracción • Mala atención del parto • Procidencia del cordón • Sufrimiento fetal • Macrosomía (4,500 g o más) • Parto instrumental
<p>Del recién nacido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asfixia al nacimiento • Pequeño para la Edad Gestacional (PEG), Bajo Peso al Nacimiento (BPN) • Pretérmino • Malformaciones • Infección
<p>Del postparto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Inversión uterina • Infección puerperal

Tabla 1. Algunos factores que aumentan el riesgo de morbilidad materna y perinatal

Además de estos factores de riesgo físico, numerosos estudios han encontrado una serie de factores de riesgo psicológico que también van a comprometer el adecuado desarrollo de la gestación tales como estrés, ansiedad y depresión. La ansiedad y el estrés se asocian a un mayor número de conductas de riesgo (tabaco, drogas) y a la alteración de las vías inflamatoria, neuroendocrina e inmunológica, provocando un mayor riesgo de parto prematuro

2.2 Unidades De Atención Al Recién Nacido

Podemos definir como unidad de Neonatología la unidad clínica pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los recién nacidos sanos y los pacientes neonatales, así como la asistencia al nacimiento y la reanimación en la sala de partos y quirófano. Se acepta como período neonatal al que alcanza hasta la semana 46 de edad postmenstrual.

En función del número de partos, el área de referencia y las prestaciones que ofertan, las unidades neonatales se clasifican en niveles I, II y III.

Todas las unidades tendrán un médico responsable de la unidad neonatal. El médico responsable de la asistencia del recién nacido deberá poseer el título de especialista en pediatría y sus áreas específicas.

Recursos técnico-sanitarios de las unidades neonatales de nivel I

Ubicada en un hospital con servicio de pediatría general. Toda maternidad debe contar al menos con una unidad de estas características, cuya atención se centrará en:

1. Reanimación en sala de partos y quirófanos.
2. Estabilización de recién nacidos que precisen traslado a otras unidades, para lo cual debe disponerse de incubadora o cuna térmica, monitorización de signos vitales (incluyendo presión arterial y gases sanguíneos), posibilidad de administración de

fluidos y fármacos por un acceso venoso y capacitación para realizar ventilación mecánica, radiografías, drenaje de neumotórax y administración de surfactante.

(ANEXO 3)

3. Garantizar el traslado a otros centros de referencia, bajo criterios de derivación previamente establecidos.

Los recién nacidos que podrán atenderse en un área de cuidados básicos serán:

1. Recién nacidos de una edad gestacional superior a 35 semanas.
2. Recién nacidos procedentes de embarazos múltiples de dos fetos como máximo.
3. El nivel de ruido producido por los aires tratados no deberá ser superior a 40 dB.
4. Se estima una relación enfermera-recién nacido 1:8-10.

Recurso técnico-sanitario de las unidades neonatales nivel II

Ubicada en un hospital general o de área con al menos 1.000 partos/año, en el ámbito de influencia y cuyo servicio de pediatría desarrolle alguna de las áreas específicas pediátricas de atención integral al niño.

La unidad de nivel II dispondrá de un área de cuidados especiales. Se distinguirán dos subniveles:

1. Subnivel II-A. Además de la atención propia del nivel I, Incluirá:
 - a. Recién nacidos con procesos leves de una edad gestacional superior a 32 semanas y peso de nacimiento superior a 1.500 g.
 - b. Recién nacidos procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales que hayan superado la gravedad (transporte de retorno).

2. Subnivel II-B. También conocida como área de cuidados con alta dependencia.

Además de la atención propia del nivel II-A, incluirá:

- a. Posibilidad de practicar oxigenoterapia y presión positiva continua en vía aérea (CPAP) nasal.
- b. Posibilidad de practicar ventiloterapia convencional durante aproximadamente 24 h.
- c. Posibilidad de practicar una exanguinotransfusión parcial y de administrar nutrición parenteral total.
- d. La dotación de enfermería será de 1: 3-4 puestos

Recursos técnico-sanitarios de las unidades neonatales de nivel II

Las unidades de nivel III deben estar integradas en un hospital de referencia con maternidad y un servicio de pediatría donde se desarrollen todas o la mayor parte de las áreas específicas pediátricas. Se clasificarán en:

1. Subnivel III-A. Además de la atención propia del nivel II-B, incluirá:
 - a. Recién nacidos con edad gestacional superior a 28 semanas y peso de nacimiento superior a 1.000 g.
 - b. Posibilidad de practicar ventiloterapia convencional prolongada.
 - c. Posibilidad de realizar procedimientos complejos como drenaje pleural, exanguinotransfusión total y diálisis peritoneal.
 - d. Posibilidad de intervención de cirugía menor.
2. Subnivel III-B. Además de la atención propia del nivel III-A, incluirá:
 - a. Recién nacidos con edad gestacional inferior a 28 semanas o peso de nacimiento inferior a 1.000 g.

- b. Posibilidad de practicar ventilación de alta frecuencia y administración de óxido nítrico inhalado.
 - c. Disponibilidad de las subespecialidades pediátricas y de técnicas de imagen avanzadas.
 - d. Disponibilidad de cirugía general pediátrica para intervenir cirugía mayor.
3. Subnivel III-C. Además de la atención propia del nivel III-B, incluirá:
- a. Posibilidad de practicar hemodiálisis o hemofiltración.
 - b. Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y/o oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Las características de una unidad de este tipo serán:

1. Atención a todo tipo de recién nacidos tanto médicos como quirúrgicos, de cualquier peso y edad gestacional, dentro de los límites de la viabilidad.
2. Reanimación en las salas de partos y quirófanos.
3. Conexión con la unidad de alto riesgo obstétrico.
4. Atención en su área de influencia de al menos 2.000 partos/año.
5. Ingresos en zona de hospitalización de alrededor de 500 recién nacidos/año.
6. Transporte de retorno.
7. Sistema de seguimiento de los niños dados de alta.

Área de Cuidados Intensivos Neonatales con los siguientes requisitos mínimos:

- 5 camas.
- 150 ingresos/año.
- 25 recién nacidos de peso inferior a 1.500 g.
- 40 pacientes/año en ventilación mecánica.

- Asistencia médica especializada las 24 h.

La dotación de enfermería seguirá la siguiente ratio en función de los procedimientos:

- 1:2 neonatos en área de cuidados intensivos.
- 1:1 neonato en caso de alta tecnología (postoperatorio de alta complejidad, exanguinotransfusión total, diálisis peritoneal, hipotermia.
- 2:1 neonato en caso de alta tecnología (ECMO, hemofiltración)

El ambiente que rodea al neonato en una Unidad Neonatal a veces es frío, seco, ruidoso, con bastante iluminación, con estímulos constantes e inapropiados, que someten a una sobrecarga sensorial tóxica inesperada a un sistema nervioso central inmaduro, pero en rápido crecimiento, el cual está sometido a un gran riesgo de que se produzca una desorganización de su desarrollo que puede conllevar problemas serios en su futuro. Este ambiente se contrapone al desarrollo dentro del útero, donde el feto se encuentra en un ambiente cálido, oscuro, húmedo y con los ruidos del exterior amortiguados, un “hábitat” que proporciona al feto estímulos sensoriales adecuados que le permiten un desarrollo global correcto en cada etapa de su crecimiento

La unidad de hospitalización obstétrica deberá permitir en todo momento la hospitalización conjunta de madre e hijo. Los cuidados rutinarios de los neonatos aparentemente normales y algunos pretérminos tardíos que hayan demostrado una adaptación adecuada a la vida extrauterina pueden realizarse en una sala de cuidados básicos o en el área donde la mujer está recibiendo los cuidados posparto. La sala de cuidados básicos debe situarse próxima al área posparto. La dotación básica del área dedicada a la exploración del recién nacido o a su estancia solo temporal (área de cuidados básicos) es esencial (**ANEXO 4 y 5**).

2.3 Consecuencias En La Salud De Los Padres

La demostración palpable de la existencia del feto como un ser separado, bien mediante visualización por ecografía o mediante la percepción de los movimientos fetales (aproximadamente a las 20 semanas de gestación) con frecuencia intensifica los sentimientos de la mujer, tanto positivos como negativos. Los padres se preocupan por el desarrollo sano del feto y se preguntan mentalmente lo que harán si tienen un hijo con malformaciones o incluso cómo responderán ante el hallazgo de alteraciones en las ecografías, la amniocentesis u otras pruebas fetales de laboratorio. Hacia el final del embarazo la mujer percibe los patrones de actividad y reactividad del feto, y comienza a atribuirle una personalidad individual y una capacidad para sobrevivir independientemente. La apreciación de la vulnerabilidad psicológica de la madre y el padre expectantes y de la poderosa contribución de la conducta fetal facilita la intervención clínica de soporte.

Los padres que esperaban tener un hijo sano tras nueve meses de embarazo se deben enfrentar de repente a una situación de crisis para la que no están preparados. Por un lado deben asumir la posibilidad real del fallecimiento de su hijo o las posibles secuelas secundarias a la prematuridad o enfermedad, y, por otro lado, deben hacer frente a una realidad completamente nueva y desconocida para ellos, como es el ingreso en una unidad de neonatología o UCIN, donde se les va a privar del vínculo deseado durante largo tiempo al tener a sus hijos rodeados de alta tecnología que va a posibilitar la recuperación de los mismos, pero que, a su vez, va a impedir el contacto deseado. En función de las semanas de gestación y complicaciones que puedan sufrir, el prematuro puede llegar a estar ingresado en UCIN más 3 meses.

El parto prematuro es una situación de estrés para el entorno familiar y especialmente para la madre, para quien la situación de riesgo del recién nacido es fuente de ansiedad y preocupación. Pero este estrés no siempre es debido a la gravedad del neonato, sino que puede ser debido a una inadecuada percepción parental del diagnóstico que tiene más que ver con la capacidad para afrontarlo y la ansiedad de los padres. Por tanto, el nacimiento prematuro altera el proceso de representación de los padres sobre el niño que han imaginado tener durante la gestación, de modo que desarrollan preocupaciones ansiosas que se basan, en muchas ocasiones, en creencias parentales y no en conceptos médicos reales. Asimismo, la ansiedad de la madre, acompañada en ocasiones de la existencia de síntomas depresivos, especialmente durante la fase aguda de la hospitalización en neonatología, puede interferir en la calidad de la atención dispensada por la madre, aumentando el desarrollo de vínculos inseguros. Además, va a provocar un sueño disruptivo en los padres, no alcanzando las horas mínimas de descanso y forzando una fatiga que va a complicar aún más la situación que están viviendo.

Estas madres presentan altas tasas de estados emocionales de aversión que incluyen síntomas clínicamente significativos de depresión y ansiedad que van a afectar tanto a la calidad de vida de la madre como al desarrollo de su hijo. Los padres de los niños ingresados en neonatología o UCIN experimentan múltiples estresores relacionados con el parto prematuro, la situación clínica del bebé rodeado de sensores, cables y tubos, la complejidad del entorno de la UCIN y la vulnerabilidad percibida del niño, el cual puede dejar de respirar o cambiar de color de forma repentina. A esto, debemos sumar estresores asociados con el proceso de transición normal a la paternidad.

Los padres experimentan un estrés significativo mientras su bebé está hospitalizado, pero sus experiencias emocionales son mucho más amplias. Se sienten confiados en su decisión de dar una oportunidad a su hijo y siguen esperanzados en obtener un buen resultado sin importar la condición de su niño. En este sentido, es muy importante el apoyo que percibe por parte del personal sanitario que cuida de su hijo.

2.4 El Estrés

La OMS (Organización Mundial de la Salud–2016) lo define como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Filogenéticamente, en el estrés reside un recurso que nos mantiene alerta ante los cambios del ambiente que pueden suponer un peligro para el individuo, anticipando las necesidades y los recursos necesarios para afrontarlo. El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo; en este sentido el estrés es el estado mental interno de tensión o excitación. Es el proceso de manejo interpretativo, emotivo y defensivo del estrés que ocurre dentro de la persona.

2.4.1 Tipos De Estrés

El manejo del estrés puede resultar complicado y confuso porque existen diferentes tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico. Cada uno cuenta con sus propias características, síntomas, duración y enfoques de tratamiento. Analicemos cada uno de ellos:

Estrés Agudo o Leve: El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y anticipadas del futuro cercano. Del mismo modo, exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía psicológica (una combinación

de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión), dolores de cabeza tensionales y otros síntomas, puede presentarse en la vida de cualquiera, siendo tratable y manejable.

Estrés Episódico o Moderado: En este tipo de estrés están aquellas personas que tienen estrés agudo con frecuencia. Es común que las personas estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas. Los síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una sobre agitación prolongada: dolores de cabeza, tenso y persistente, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca, por lo general requiere ayuda profesional, la cual puede tomar varios meses.

Estrés Crónico o Excesivo: Este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés.

2.4.2 Sistema General De Adaptación Del Estrés

El Síndrome de Adaptación General de Selye, se basa en la respuesta del organismo ante una situación de estrés ambiental distribuida en tres fases o etapas:

Fase De Alarma: Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante. La aparición de estos síntomas está influida por factores como los parámetros físicos del estímulo ambiental (intensidad del ruido), factores de la persona, el grado de amenaza percibido y otros como el

grado de control sobre el estímulo o la presencia de otros estímulos ambientales que influyen sobre la situación.

Fase de resistencia: Supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a "negociar" la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona. Si finalmente se produce una adaptación, esta no está exenta de costos, disminución de la resistencia general del organismo, disminución del rendimiento de la persona, menor tolerancia a la frustración o presencia de trastornos fisiológicos más o menos permanentes y también de carácter psicosomático.

Fase de agotamiento: Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo De Estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

3.2 Población De Estudio

La población de estudio estuvo conformada por 45 madres de niños que fueron inscritos al programa de control de niño sano y que estuvieron ingresados en la unidad de neonatología retornado a la unidad comunitaria de salud especializada de chalchuapa de marzo a julio del 2020.

3.3 Muestra

Se encuestaron a todos los sujetos que cumplieron con los criterios de elegibilidad del estudio, por lo que se tomó la población como muestra correspondiente a 45 personas.

3.4 Unidad De Análisis

Madre de niño(a) hospitalizado (a) en la unidad de neonatología que retorno a la unidad comunitaria de salud familiar especializada de Chalchuapa.

3.5 Criterios De Elegibilidad

Inclusión:

1. Madre mayor o igual a 18 años de edad al momento de levantar datos.
2. Madre que haya tenido ingresado a su hijo/a en neonatología
3. Aceptar participar de forma voluntaria en la investigación por vía telefónica

Exclusión:

1. Madre menor de 18 años al momento de levantar los datos
2. Madre que no haya tenido ingresado a su hijo/a en neonatología
3. Madre que esté cursando algún tipo de duelo durante los últimos 6 meses.

3.6 Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>FACTORES HOSPITALARIOS</p>	<p>Son los factores que se encuentran en el hospital y que influyen en una vulnerabilidad particular o ante un suceso no deseado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente de la UCIN - Aspecto y comportamiento del recién nacido - Rol de la madre y del recién nacido - Comunicación con el personal 	<p>La unidad de cuidados intensivos neonatales es un área donde se combina tecnología avanzada como equipos, maquina, aparatos y recursos humano altamente capacitado</p> <p>El aspecto y comportamiento de un recién nacido con alguna patología es muy diferente a un recién nacido sano</p> <p>El contacto con la madre es un pilar importante en la recuperación progresiva, sin embargo, se puede limitar por los diferentes procedimientos a los que son sometidos los recién nacidos para su recuperación</p> <p>La comunicación que se da entre el personal de salud y las madres juega un rol muy importante, por lo que la comunicación e información debe ser sencilla, correcta y precisa con las madres para evitar convertirlo en un agente estresor</p>	<p>Escala de estrés maternal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitores y equipos. - Ruidos y alarmas. - Números de personas que laboran en la UCIN - Número de pacientes hospitalizados - Tubos y equipos conectados a un recién nacido - Evolución y cambios bruscos durante la hospitalización - Separación de la madre y el recién nacido durante la hospitalización - Limitación de la madre en el cuidado del recién nacido - Sentimientos y apreciaciones de la madre - Cuidado y atención del personal de salud con el recién nacido - Comunicación y relación entre madres y el personal de salud.

3.7 Instrumento De Recolección De Datos

Se realizó una entrevista vía telefónica a las madres de niños que llegaron a inscripción de recién nacido, que estuvieron ingresados en la unidad de neonatología y que retornaron a la unidad comunitaria de salud familiar especializada de Chalchuapa con el objetivo de obtener información la cual fundamentó la investigación, este entrevista está basado en la escala de estrés parenteral (**ANEXO 6**), es un instrumento auto aplicado de 46 ítems que mide el grado de estrés experimentado o percibido por los padres durante la hospitalización de su hijo en la unidad de neonatología. Con una escala Likert de cinco opciones cuyo rango oscila entre 46 y 190 puntos:

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.
6. No Aplica: si no ha experimentado algunas situaciones que describimos

Consta de cuatro subescalas que miden el estrés relacionado con:

- Luces y sonidos de la unidad (5 ítems).
- Aspecto y comportamiento del bebé (19 ítems).
- Impacto en el rol parental y su relación con el bebé (10 ítems).
- Comportamiento y comunicación de los padres con los profesionales sanitarios (11 ítems).

Finalmente hay un ítem que pregunta por la experiencia estresante en general de tener al bebé ingresado en la unidad de neonatología, mediante la misma escala de Likert.

3.8 Recolección De Datos

Para la presente investigación, se realizó reunión con la dirección de la unidad comunitaria de salud familiar Especializada de Chalchuapa, explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia a que este servirá para mejorar las acciones en salud.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento de salud, se procedió a la recolección de los datos en base al libro de inscripción de niño sano, para poder obtener la información, como estrategia aplicamos el instrumento vía telefónica, siendo posible encuestar a la muestra en un promedio de 1 mes y medio.

Cabe mencionar que la recolección de los datos se realizó vía telefónica debido a la pandemia COVID 19, que afecta a nuestro país, y a nivel mundial, limitando la investigación por las medidas preventivas para su transmisión, siendo estas, evitar contacto físico directo y/o fómites, aglomeración de personas, entre otras.

3.9 Consideraciones Éticas

Es de gran relevancia para este tipo de investigaciones, la necesidad de establecer una base ética que permita el desarrollo humanizado de la misma. Se realizó la solicitud al director de la unidad comunitaria de salud familiar Especializada de Chalchuapa la aprobación del presente tema de investigación, en el cual se garantiza la seguridad y confidencialidad de las revisiones documentales. Se mantiene en anonimato las fuentes de información y los documentos oficiales de cada expediente clínico.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

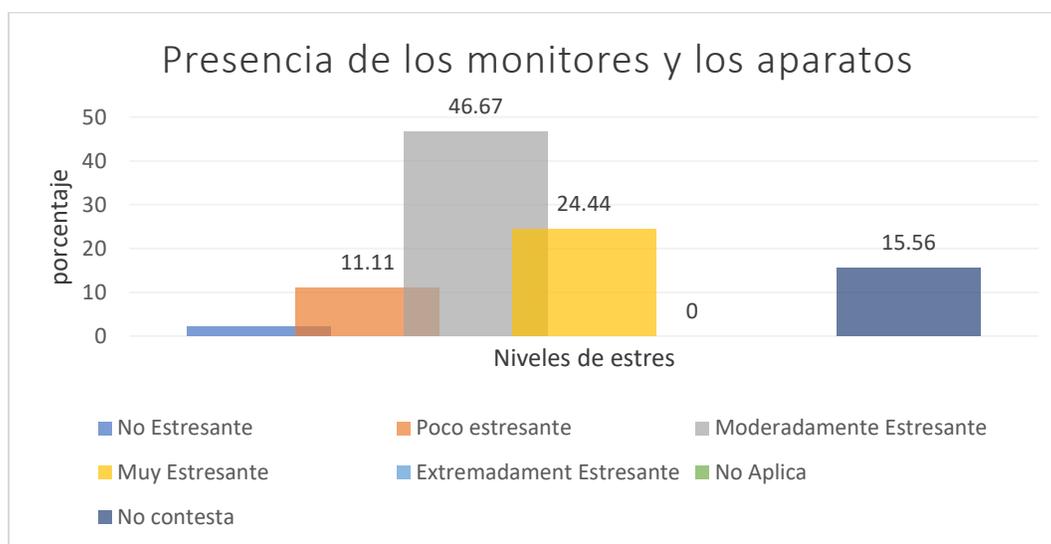
4.1. Resolución Objetivo 1

A. A continuación, hay una lista de varias VISTAS Y SONIDOS comunes en una unidad neonatal. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas VISTAS Y SONIDOS para usted. Elija el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, elija NA para indicar "no aplicable".

GRÁFICO 1

1. La presencia de los monitores y los aparatos:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
1	5	21	11	0	0	7	45
2.22%	11.11%	46.67%	24.44%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

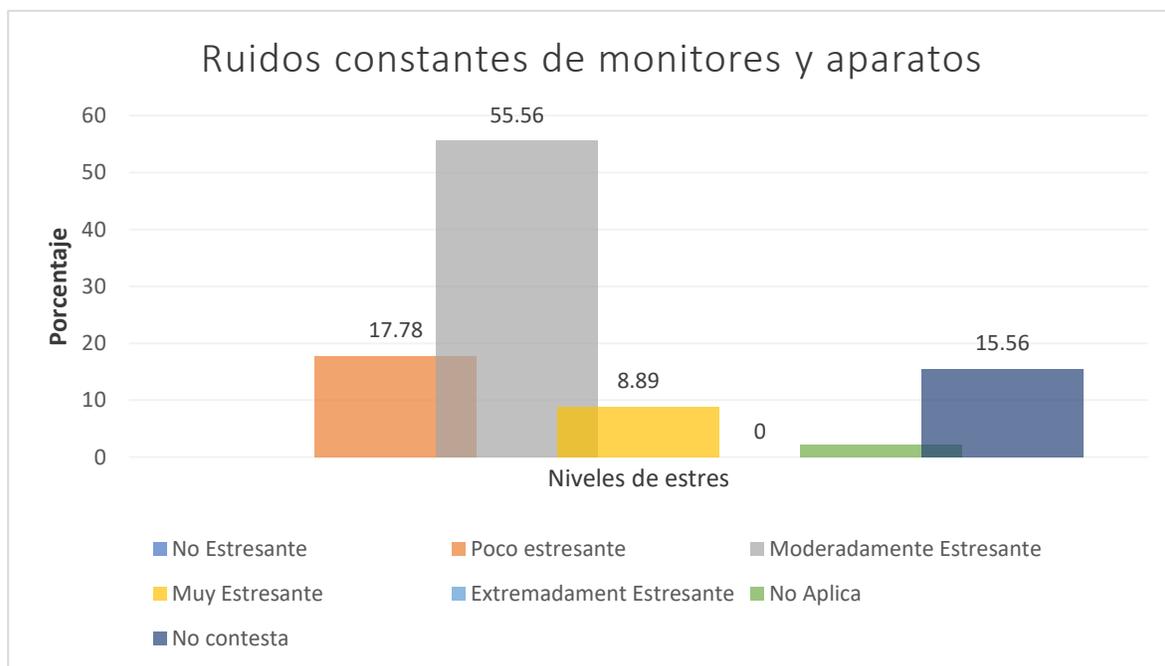


La mayoría de las madres (46.67%) consideró como moderadamente estresante la presencia de monitores y/o aparatos en la unidad, seguidas por un 24.44% que lo considera muy estresante.

GRÁFICO 2

2. Los ruidos constantes de monitores y aparatos:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	8	25	4	0	1	7	45
0.00%	17.78%	55.56%	8.89%	0.00%	2.22%	15.56%	100.00%

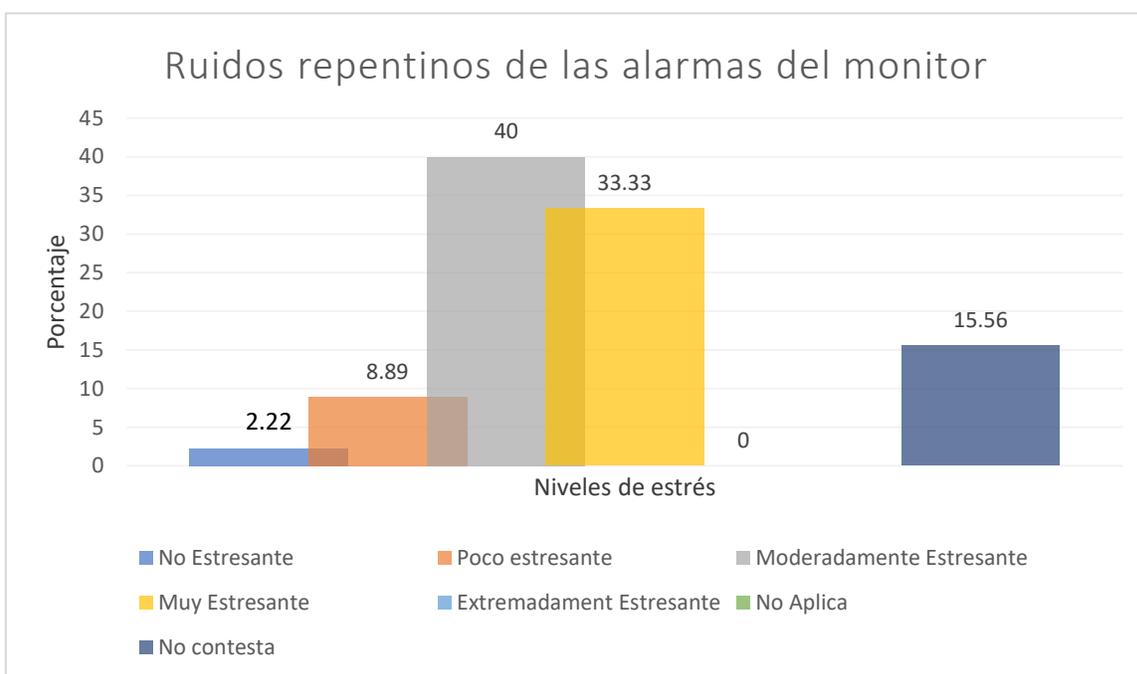


Mas de la mitad (55.56%) de las madres consideró dichos ruidos moderadamente estresantes

GRÁFICO 3

3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
1	4	18	15	0	0	7	45
2.22%	8.89%	40.00%	33.33%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

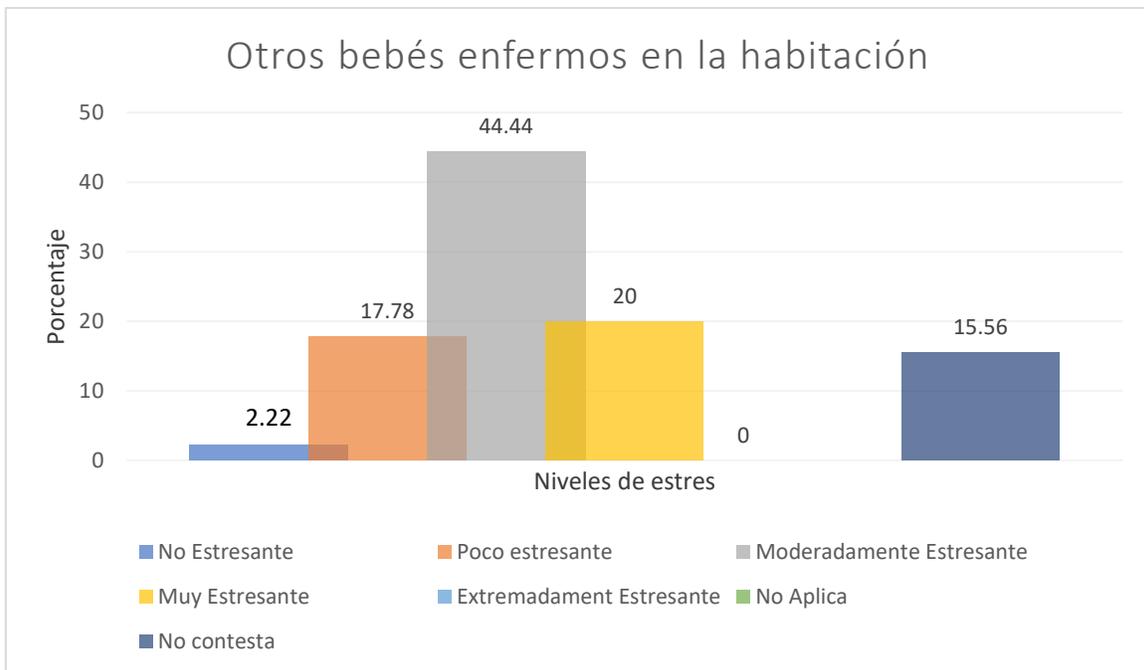


Alrededor del 70% de las madres los ruidos de dichas alarmas de moderadamente a muy estresantes.

GRÁFICO 4

4. Los otros bebés enfermos en la habitación:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
1	8	20	9	0	0	7	45
2.22%	17.78%	44.44%	20.00%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

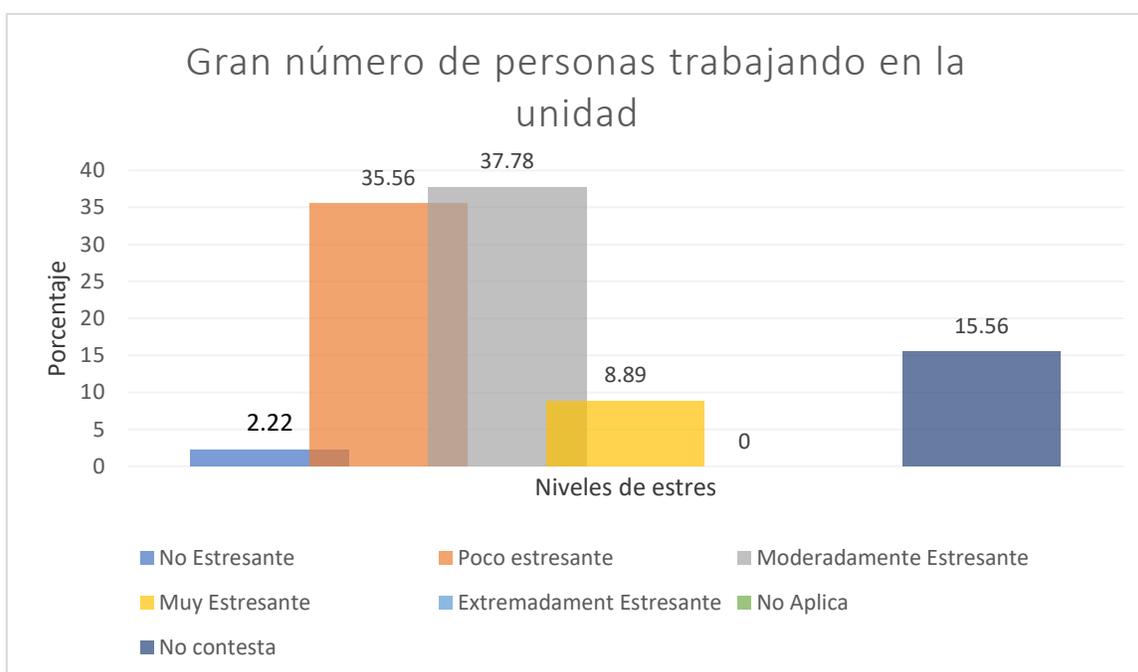


El hecho de observar otros bebés enfermos en la habitación fue considerado moderadamente estresante para casi la mitad de las madres (44.44%), otro grupo lo consideró muy estresante (20%).

GRÁFICO 5

5. El gran número de personas trabajando en la unidad:

1	2	3	4	5	NA	N	T
1	16	17	4	0	0	7	45
2.22%	35.56%	37.78%	8.89%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%



Para aproximadamente dos tercios de las madres, el gran número de personas trabajando en la unidad fue considerado de moderadamente a muy estresante.

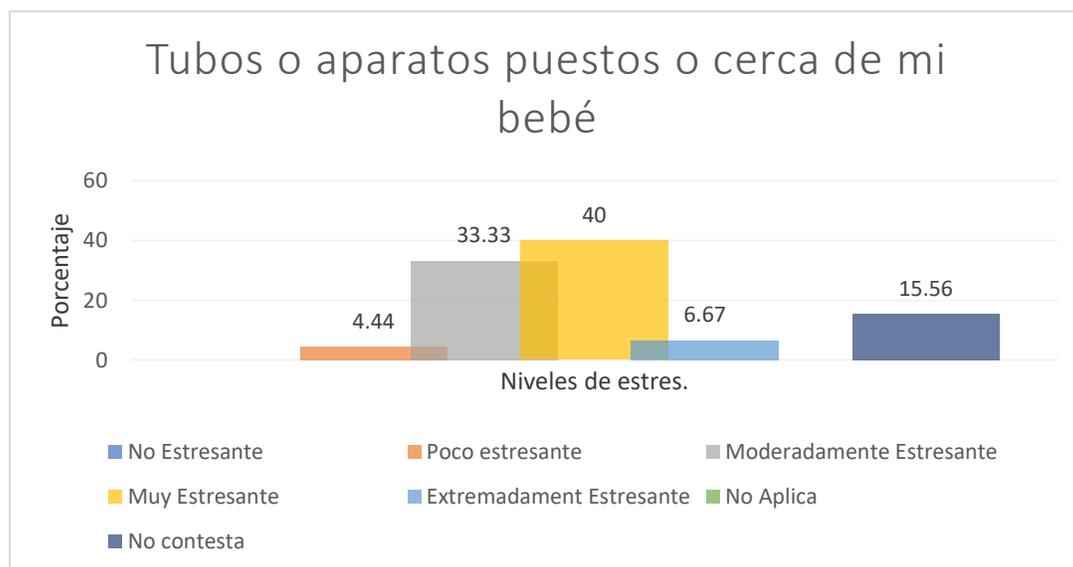
4.2. Resolución Objetivo 2

B. A continuación, hay una lista de situaciones que podrían describir EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ cuando usted visita la unidad neonatal y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Elija NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Sí, por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted.

GRÁFICO 1

1. Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	2	15	18	3	0	7	45
0%	4.44%	33.33%	40%	6.67%	0%	15.56%	100%

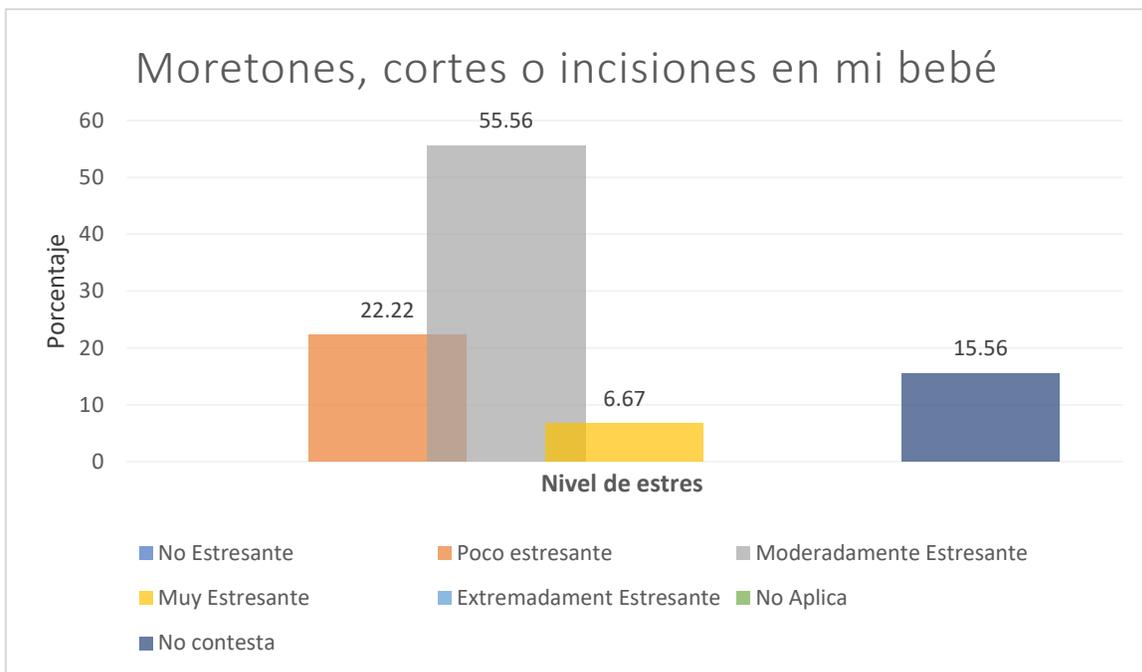


Del total de madres encuestadas, el 40% considero como muy estresante la presencia de tubos y aparatos cerca del bebé, y solo un 4.44% lo considero poco estresante.

GRÁFICO 2

2. Moretones, cortes o incisiones en mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
0	10	25	3	0	0	7	45
0%	22.22%	55.56%	6.67%	0%	0%	15.56%	100%

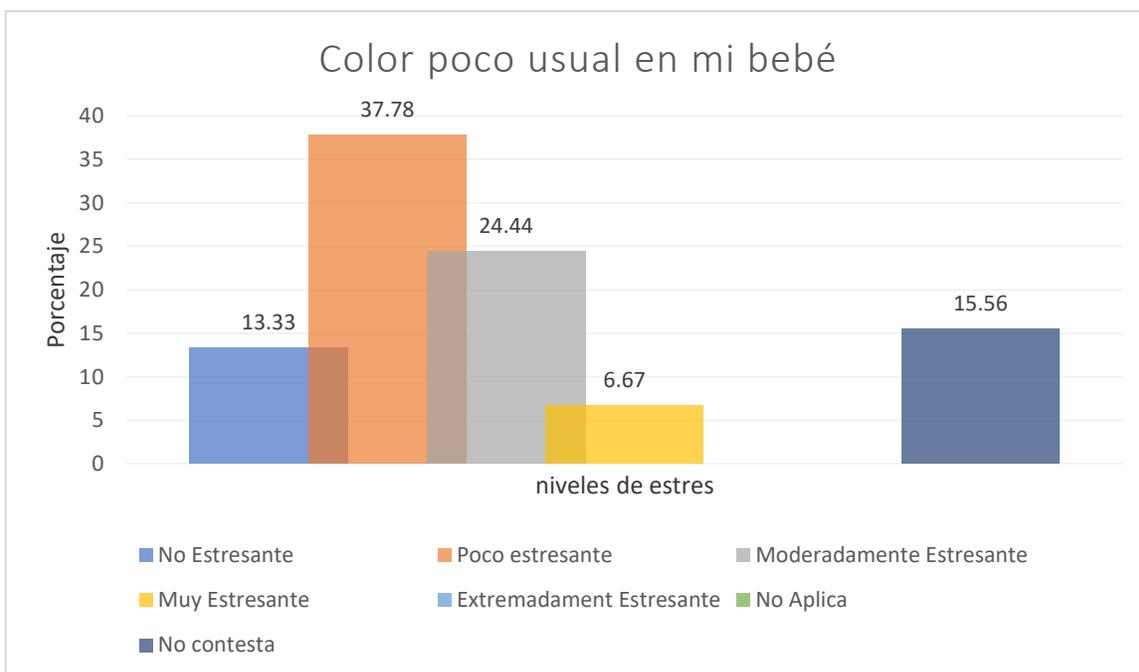


Un 55.56% de las madres encuestadas percibió las marcas, cortes o incisiones en el Recién nacido como moderadamente estresante, y solo un 6,67% lo considero como muy estresante.

GRÁFICO 3

3. Un color poco usual en mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
6	17	11	3	0	1	7	45
13.33%	37.78%	24.44%	6.67%	0%	2.22%	15.56%	100%

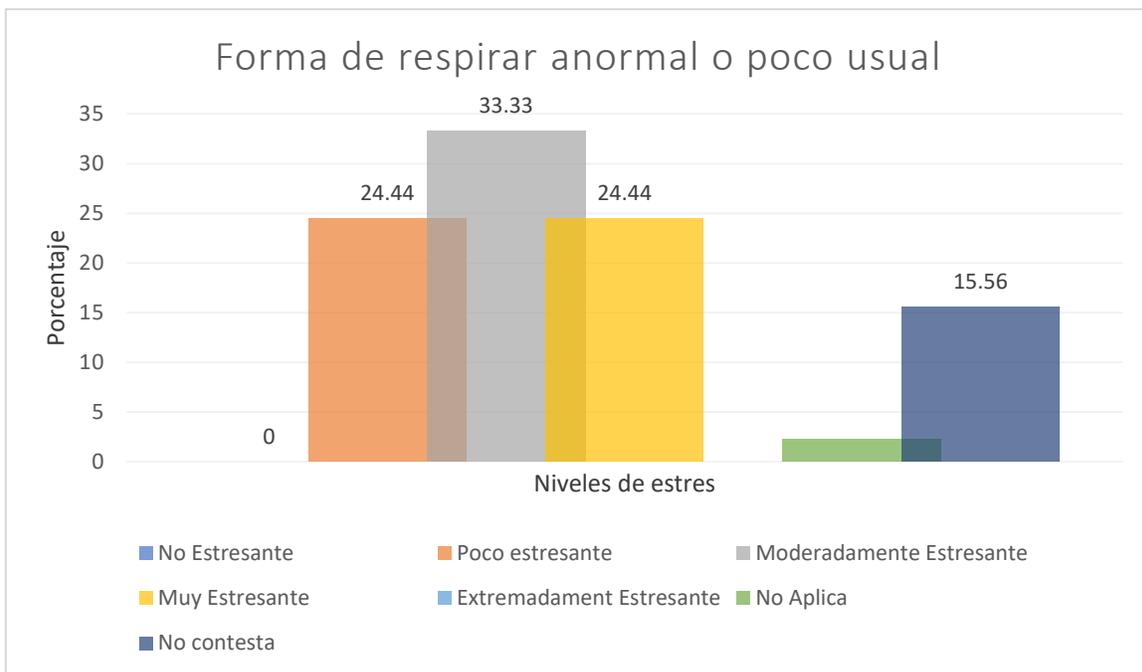


Del total de madres encuestadas un 37.78% menciono que fue poco estresante el color del bebe, sin embargo, un 6.67% lo consideró muy estresante.

GRÁFICO 4

4. Una forma de respirar anormal o poco usual

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
0	11	15	11	0	1	7	45
0%	24.44%	33.33%	24.44%	0%	2.22%	15.56%	100%

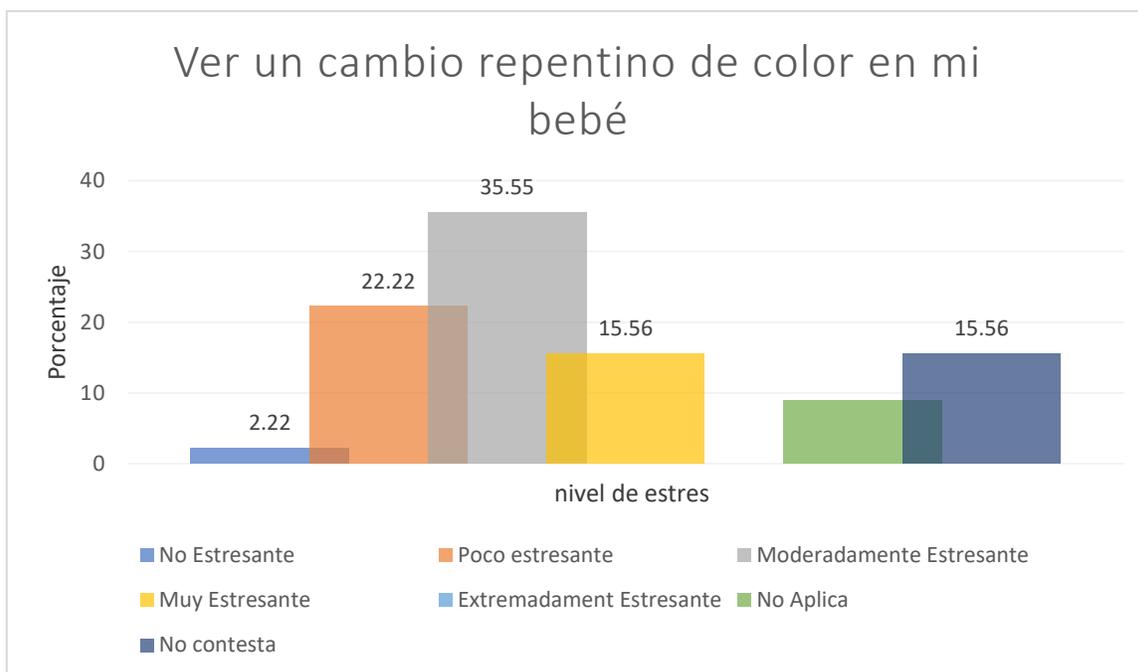


El hecho de que la forma de respirar sea anormal o poco usual, fue considerado por las madres como moderadamente estresante por un 33.33%, mientras que un 24,44% lo percibió como poco estresante y muy estresante.

GRÁFICO 5

5. Ver un cambio repentino de color en mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
1	10	16	7	0	4	7	45
2.22%	22.22%	35.55%	15.56%	0%	8.89%	15.56%	100%

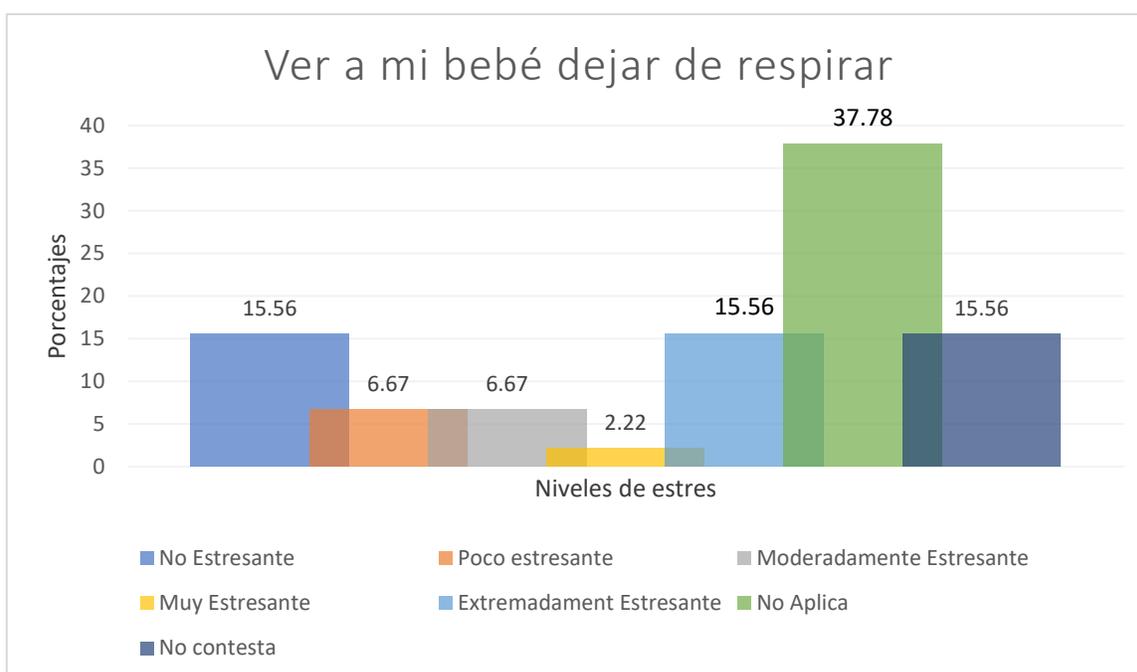


Un 35.55 considero como moderadamente estresante ver un cambio repentino en el color del bebé, mientras que solo un 2.22% lo considero no estresante.

GRÁFICO 6

6. Ver a mi bebé dejar de respirar

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
7	3	3	1	7	17	7	45
15.56%	6.67%	6.67%	2.22%	15.56%	37.78%	15.56%	100%

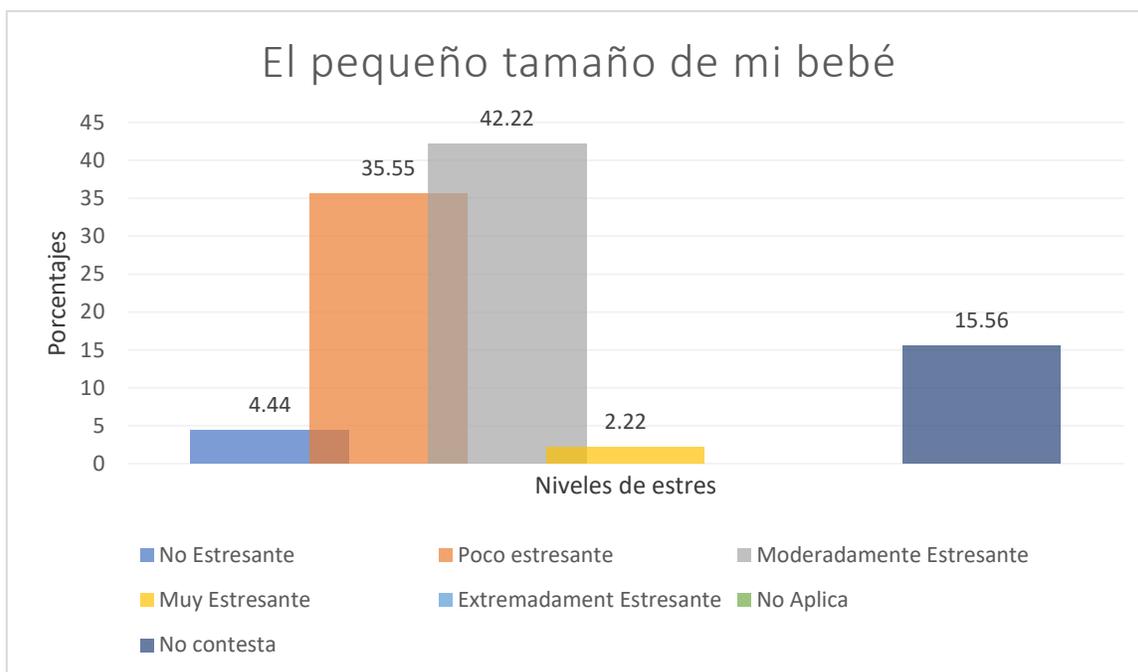


El hecho de ver al bebé dejar de respirar, fue considerado como extremadamente estresante por el 15.56% de las madres encuestadas, mientras el 37.78% no experimento dicha situación.

GRÁFICO 7

7. El pequeño tamaño de mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
2	16	19	1	0	0	7	45
4.44%	35.55%	42.22%	2.22%	0%	0%	15.56%	100%

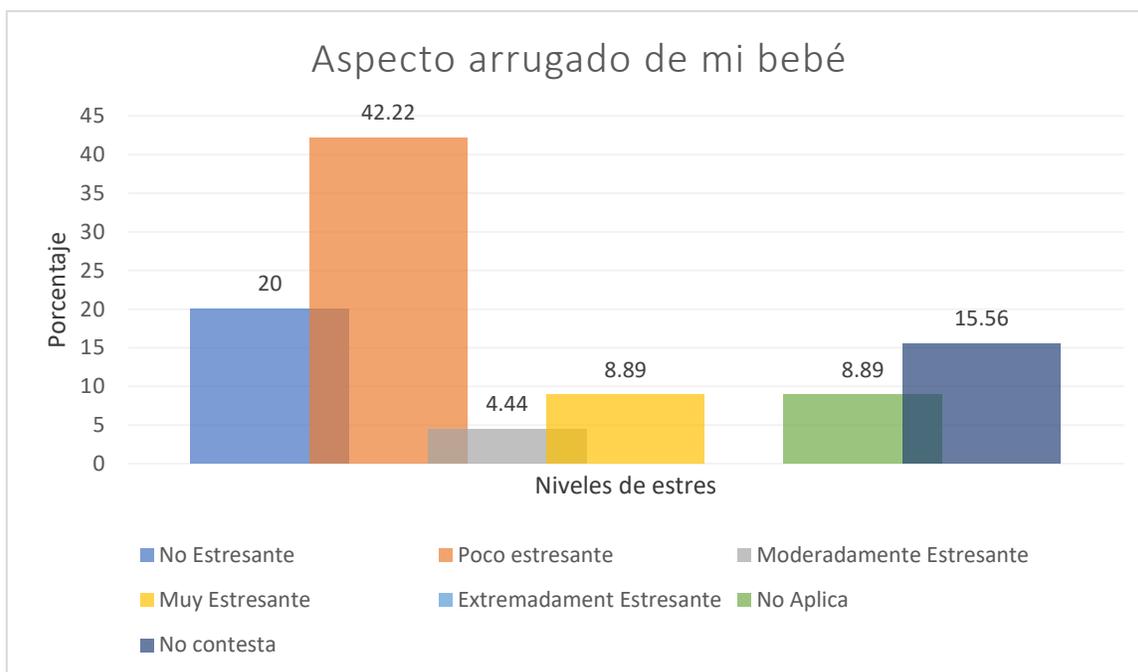


El tamaño pequeño del bebe fue percibido por las madres encuestadas como moderadamente estresante siendo este un 42.22% y solo un 2.22 lo considero como muy estresante.

GRÁFICO 8

8. El aspecto arrugado de mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
9	19	2	4	0	4	7	45
20%	42.22%	4.44%	8.89%	0%	8.89%	15.56%	100%

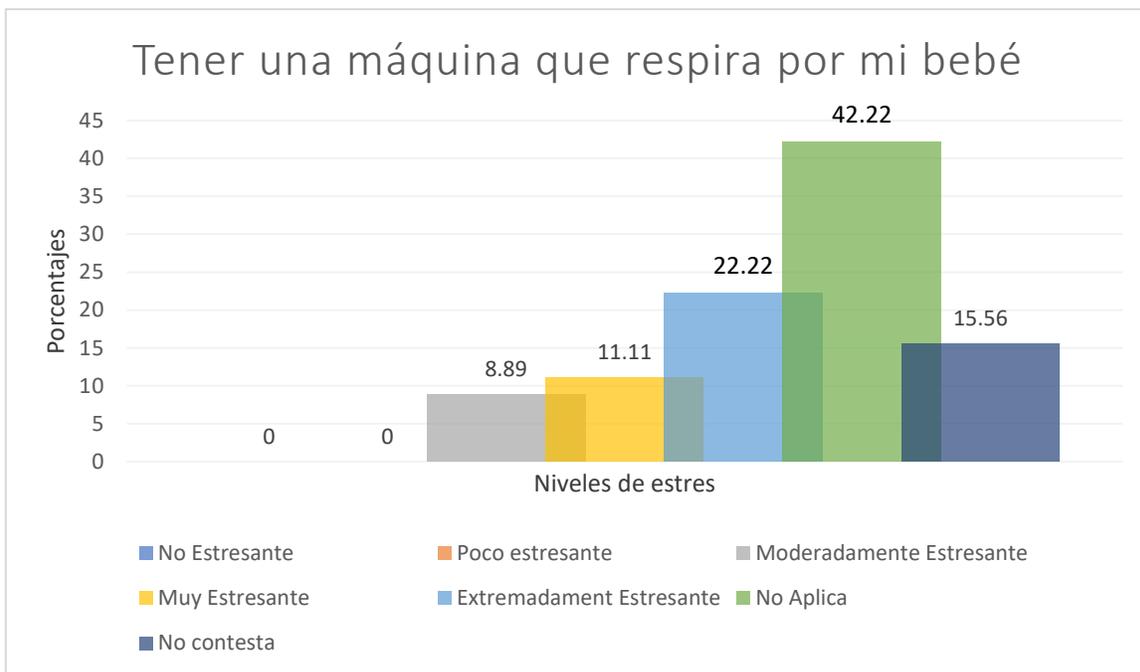


Un 42.22% de las madres encuestadas consideraron que el aspecto arrugado del bebé era poco estresante, y solo un 8.89% lo percibió como muy estresante.

GRÁFICO 9

9. Tener una máquina que respira por mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
0	0	4	5	10	19	7	45
0%	0%	8.89%	11.11%	22.22%	42.22%	15.56%	100%

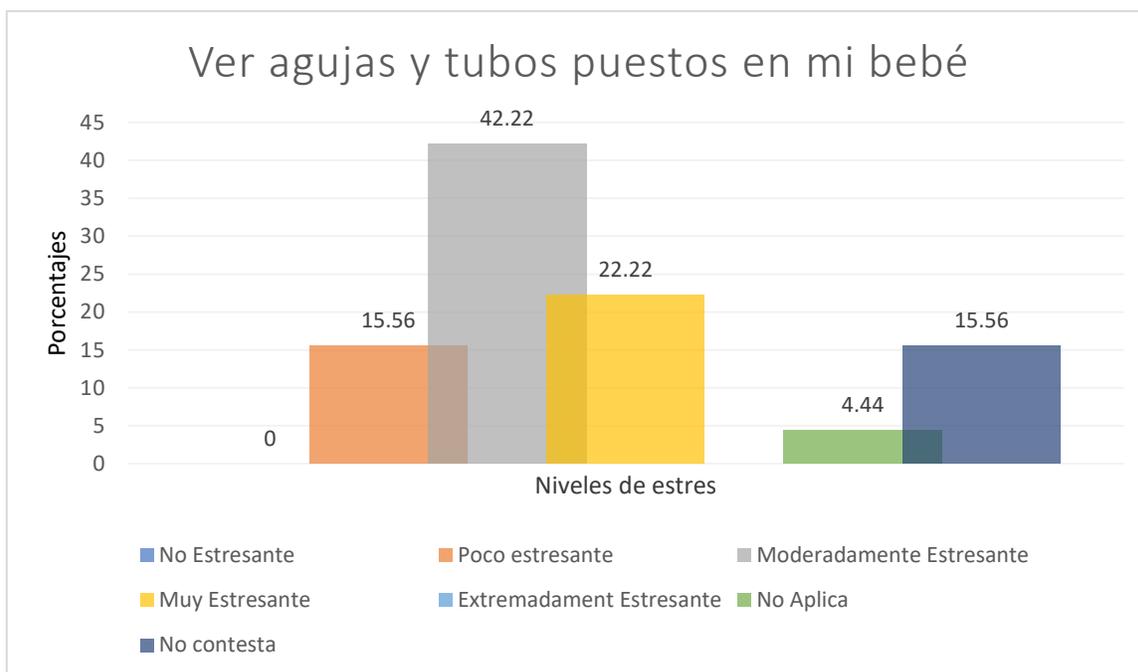


El hecho de tener una máquina respirando por el recién nacido, fue considerado como extremadamente estresante por un 22.22% y un 42.22% notificó que no experimentó dicha situación.

GRÁFICO 10

10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
0	7	19	10	0	2	7	45
0%	15.56%	42.22%	22.22%	0%	4.44%	15.56%	100%

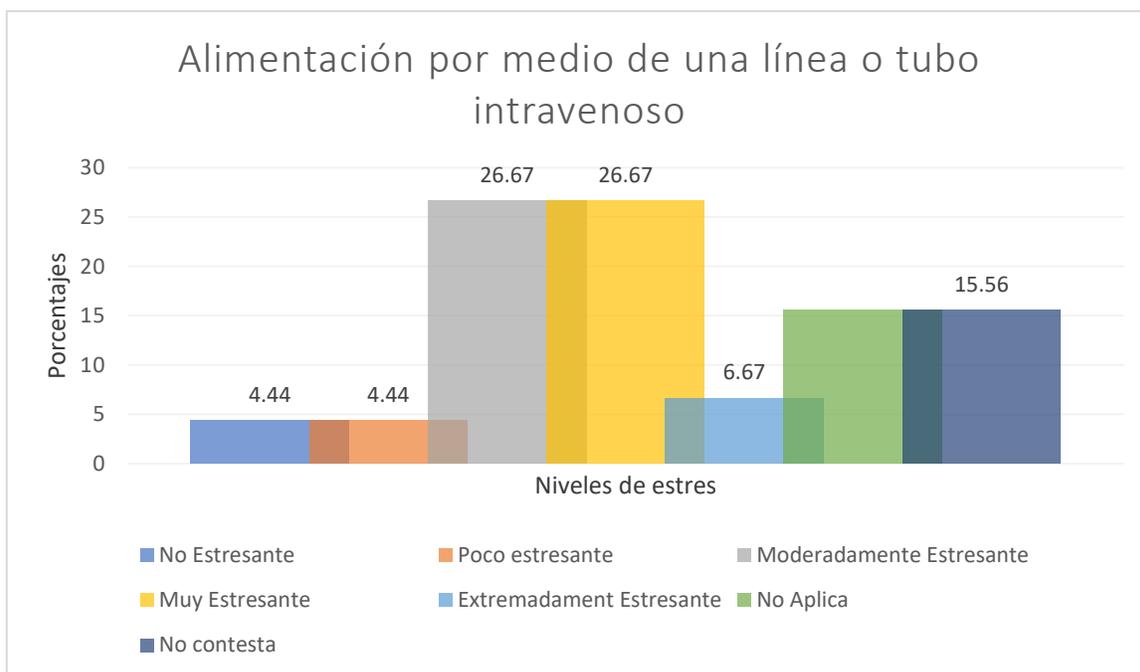


Un 42.22% del total de madres encuestadas, considero que era moderadamente estresante el ver agujas y tubos puestos en el bebé, y un 15.56% lo considero poco estresante.

GRÁFICO 11

11. Mi bebé está siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso.

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
2	2	12	12	3	7	7	45
4.44%	4.44%	26.67%	26.67%	6.67%	15.56%	15.56%	100%

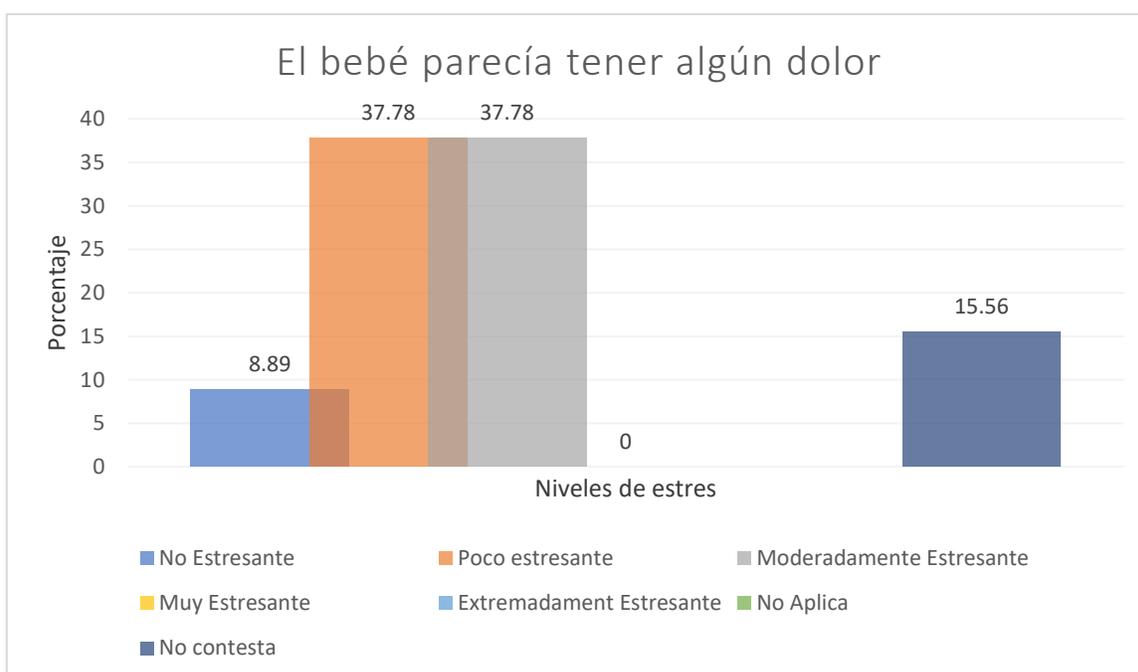


Del total de madres encuestadas, un 26.67% considero como moderadamente estresante, y muy estresante que la alimentación del bebé fuese por medio de una línea o tubo intravenoso, mientras que un 6.67% lo considero como extremadamente estresante.

GRÁFICO 12

12. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
4	17	17	0	0	0	7	45
8.89%	37.78%	37.78%	0%	0%	0%	15.56%	100%

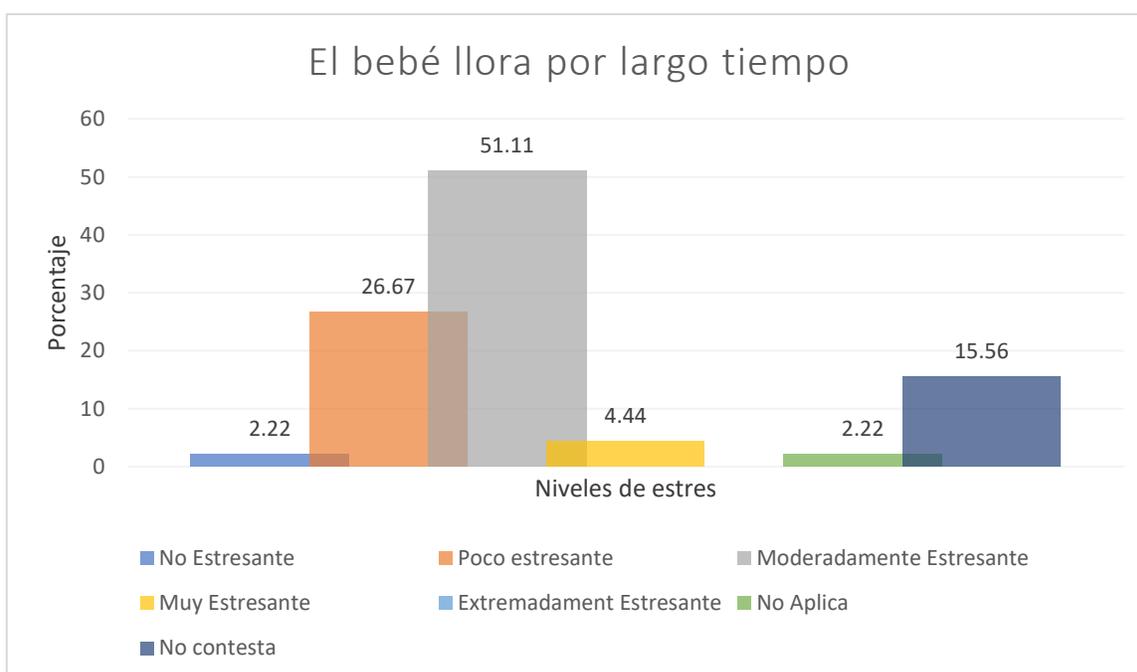


Cuando el bebé parecía tener algún dolor, fue percibido por las madres como poco estresante y moderadamente estresante con un 37.78%, mientras que el 8.89% lo considero como no estresante.

GRÁFICO 13

13. Mi bebé llorando por largo tiempo

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
1	12	23	2	0	0	7	45
2.22%	26.67%	51.11%	4.44%	0%	0%	15.56%	100%

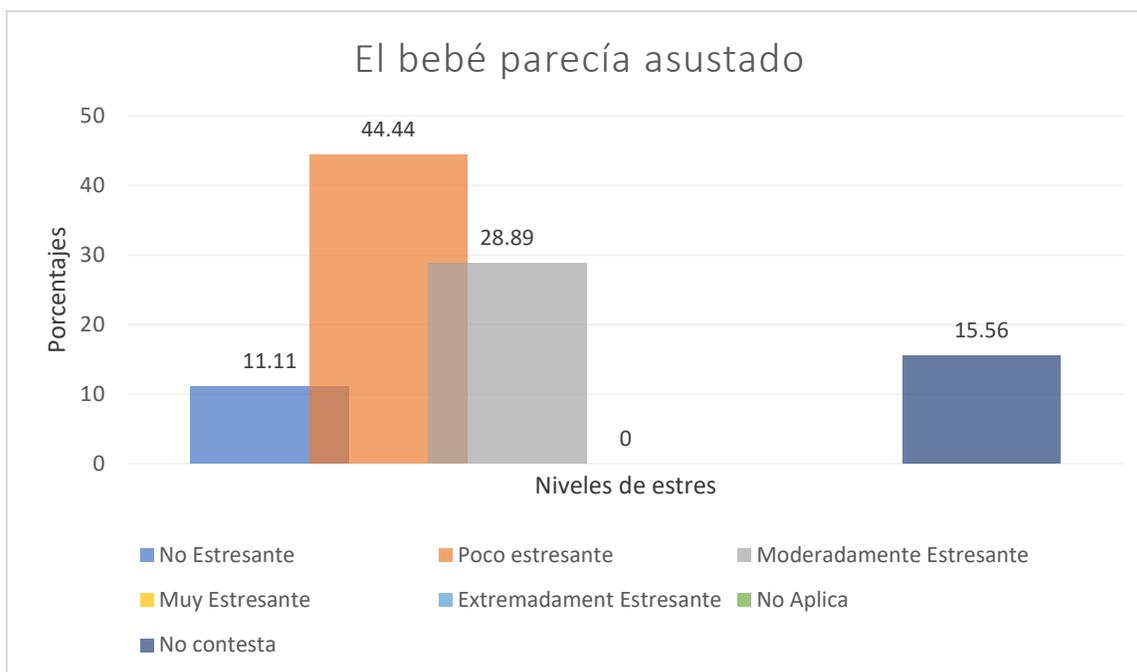


Un 51.11% considera como moderadamente estresante, el hecho que el bebé lllore por largo tiempo, y solo un 2.22% lo considera como no estresante.

GRÁFICO 14

14. Cuando mi bebé parecía asustado

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
5	20	13	0	0	0	7	45
11.11%	44.44%	28.89%	0%	0%	0%	15.56%	100%

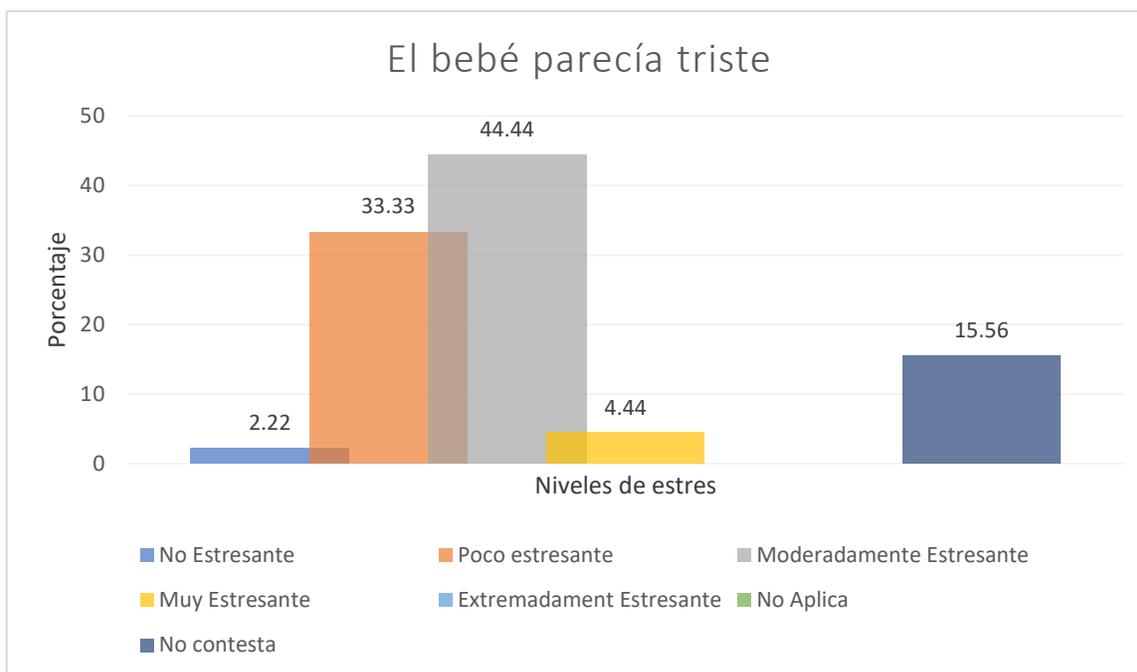


El hecho de que él bebe parecía asustado fue considerado por las madres encuestadas como poco estresante, u solo un 28.89% lo considero como moderadamente estresante.

GRÁFICO 15

15. Cuando mi bebé parecía triste

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
1	15	20	2	0	0	7	45
2.22%	33.33%	44.44%	4.44%	0%	0%	15.56%	100%

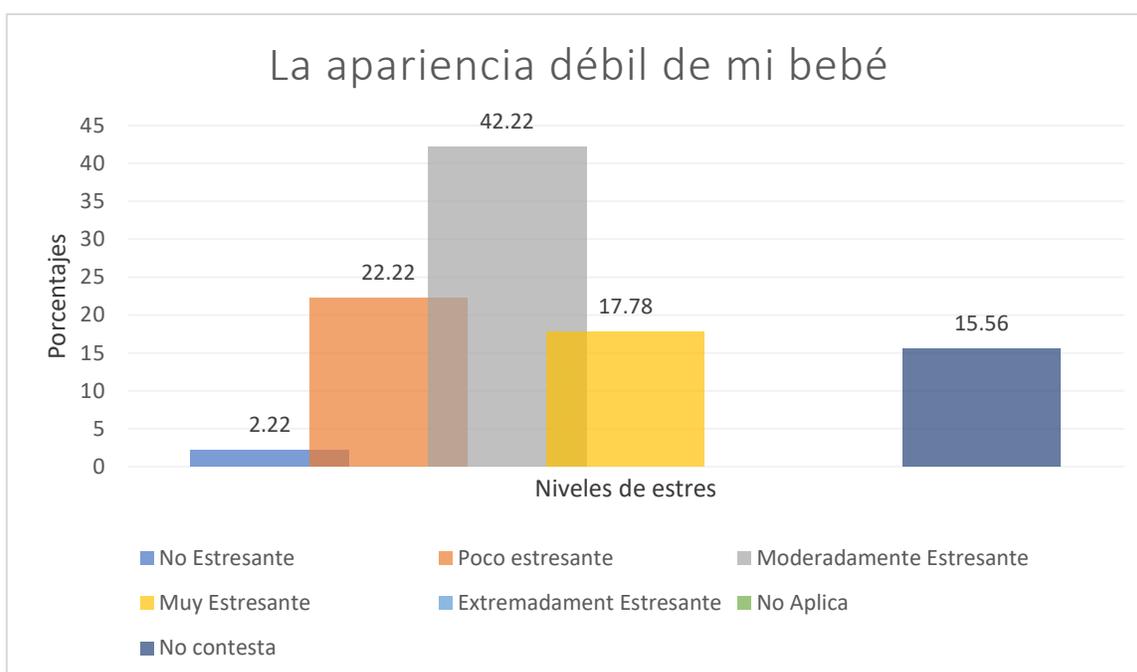


Del total de las madres encuestadas, un 44,44% considero como moderadamente estresante el ver a su bebé triste, o que parecía triste, y un 2.22% lo considero no estresante.

GRÁFICO 16

16. La apariencia débil de mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
1	10	19	8	0	0	7	45
2.22%	22.22%	42.22%	17.78%	0%	0%	15.56%	100%

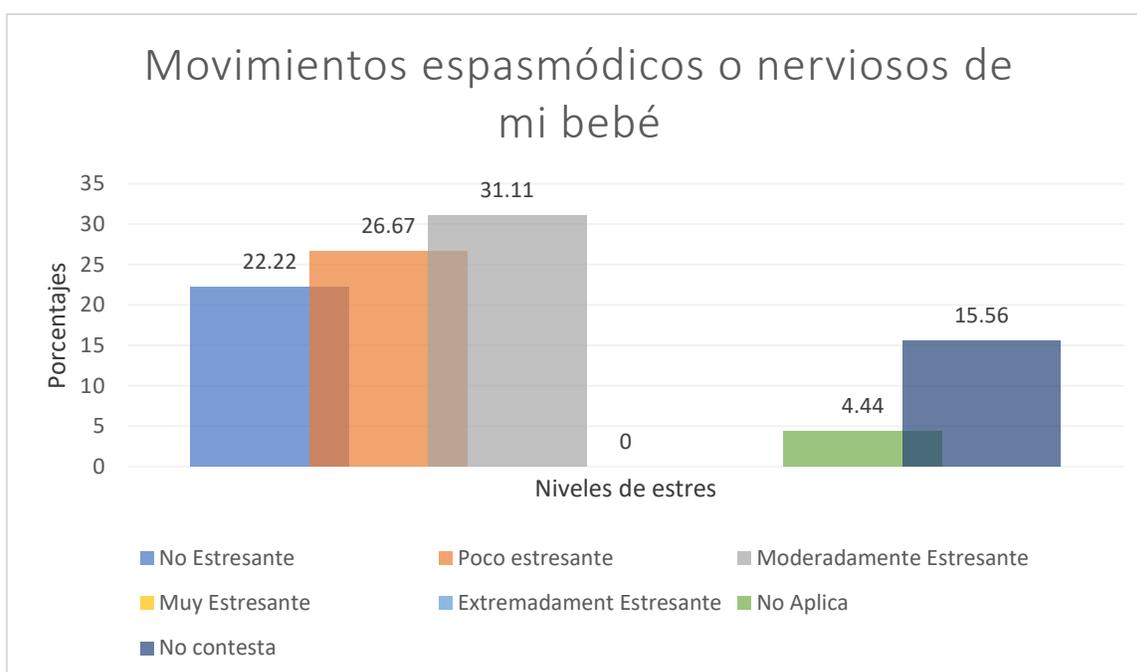


Un 42.22% de las madres encuestadas, considero como moderadamente estresante el ver a su bebé con apariencia débil, y solo un 2.22% lo considero como no estresante.

GRÁFICO 17

17. Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
10	12	14	0	0	2	7	45
22.22%	26.67%	31.11%	0%	0%	4.44%	15.56%	100%

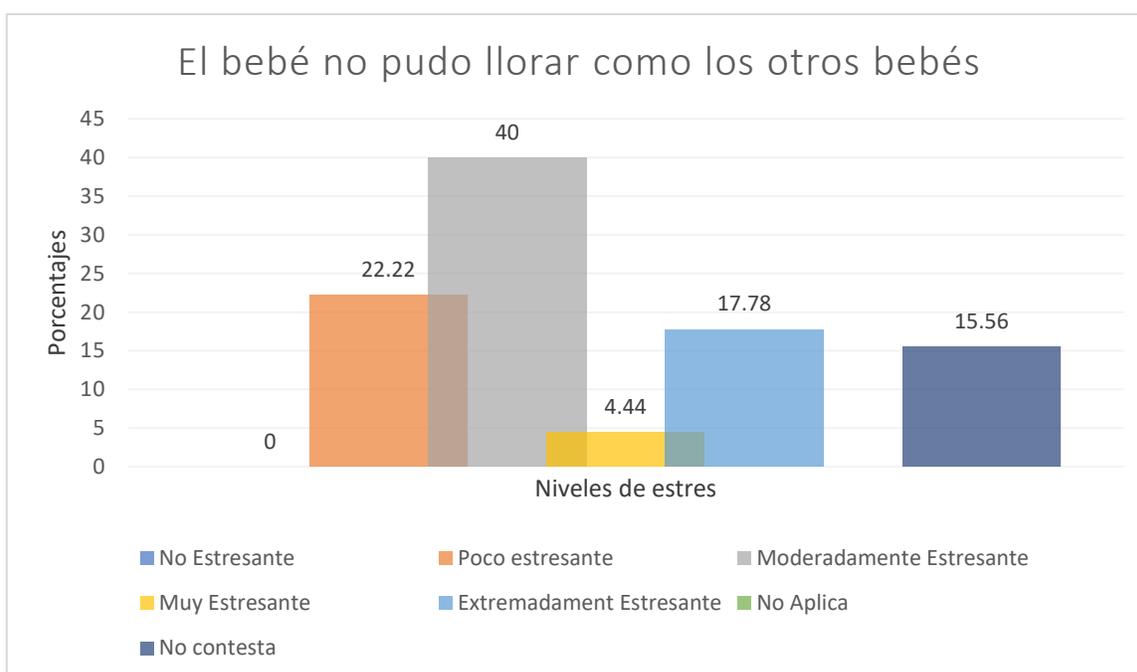


Los movimientos espasmódicos o nerviosos que presentan los bebé fueron considerados por las madres como moderadamente estresante, siendo este un 31.11% del total, mientras que un 22.22% lo percibió como no estresante.

GRÁFICO 18

18. Mi bebe no pudo llorar como los otros bebés

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
0	10	18	2	8	0	7	45
0%	22.22%	40%	4.44%	17.78%	0%	15.56%	100%

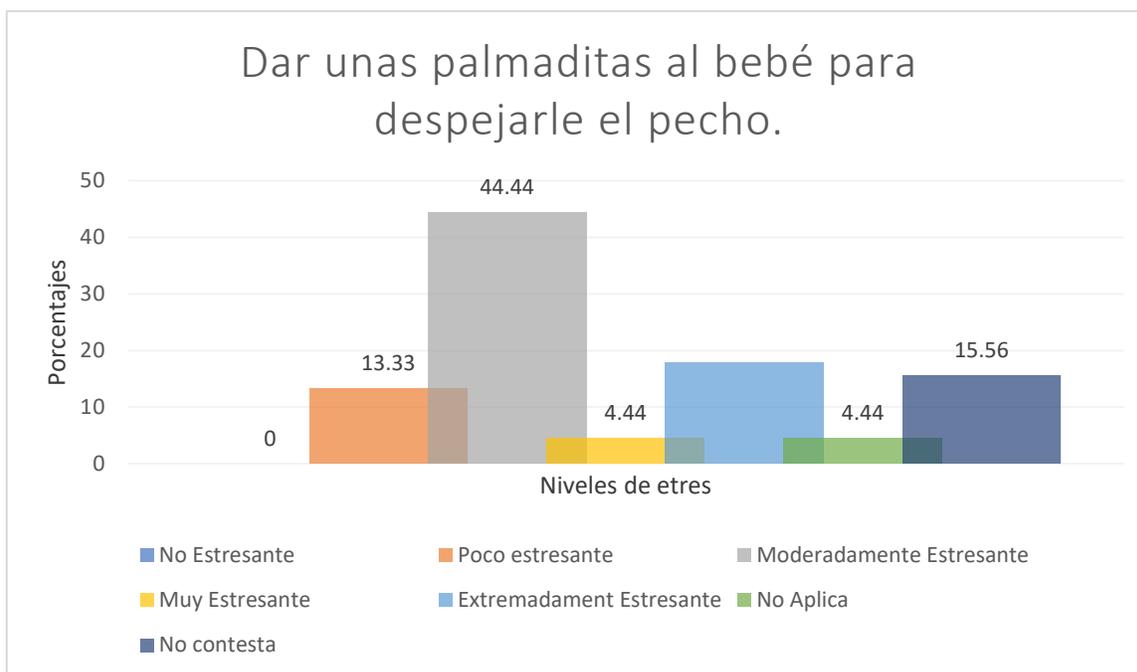


Del total de madres encuestadas, un 40% percibió como moderadamente estresante el hecho de que el bebé no pudo llorar como los otros bebés, y solo un 4.44% lo considero como muy estresante.

GRÁFICO 19

19. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho.

1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (%)	NC (%)	T (%)
0	6	20	2	8	2	7	45
0%	13.33%	44.44%	4.44%	17.78%	4.44%	15.56%	100%



El hecho de poder dar unas palmaditas a su bebe, fue considerado como moderadamente estresante para el 44.44% de las madres encuestadas, y solo un 4.44% lo considero como muy estresante.

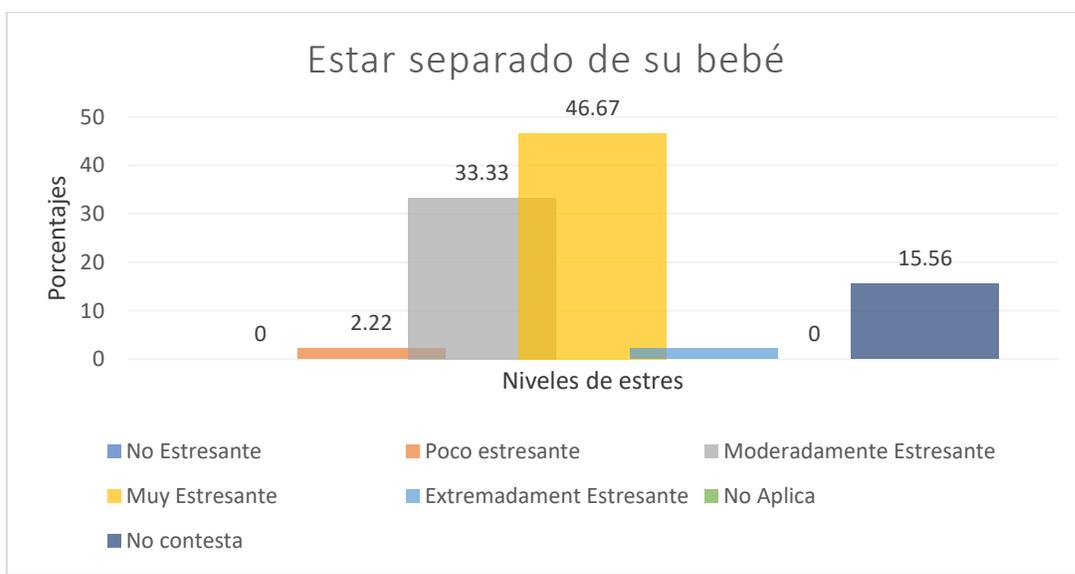
4.3. Resolución Objetivo 3

C. Las últimas preguntas que queremos hacerle son sobre cómo se siente usted respecto a su propia RELACIÓN con su bebé y su PAPEL DE MADRE/PADRE. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresada/o ha estado, marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, indique NA si no experimentó lo que describimos.

GRÁFICO 1

1. Estar separado de su bebé:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	1	15	21	1	0	7	45
0.00%	2.22%	33.33%	46.67%	2.22%	0.00%	15.56%	100.00%

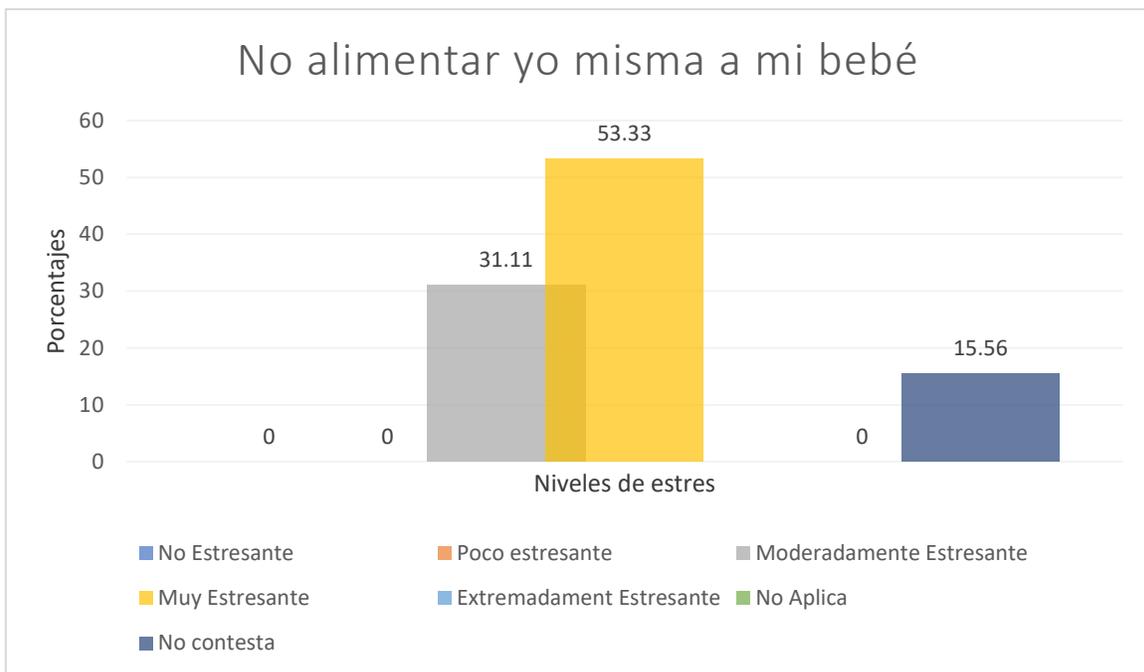


La separación de su bebé fue considerada muy estresante para casi la mitad de las madres.

GRÁFICO 2

2. No alimentar yo misma a mi bebé:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	0	14	24	0	0	7	45
0.00%	0.00%	31.11%	53.33%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

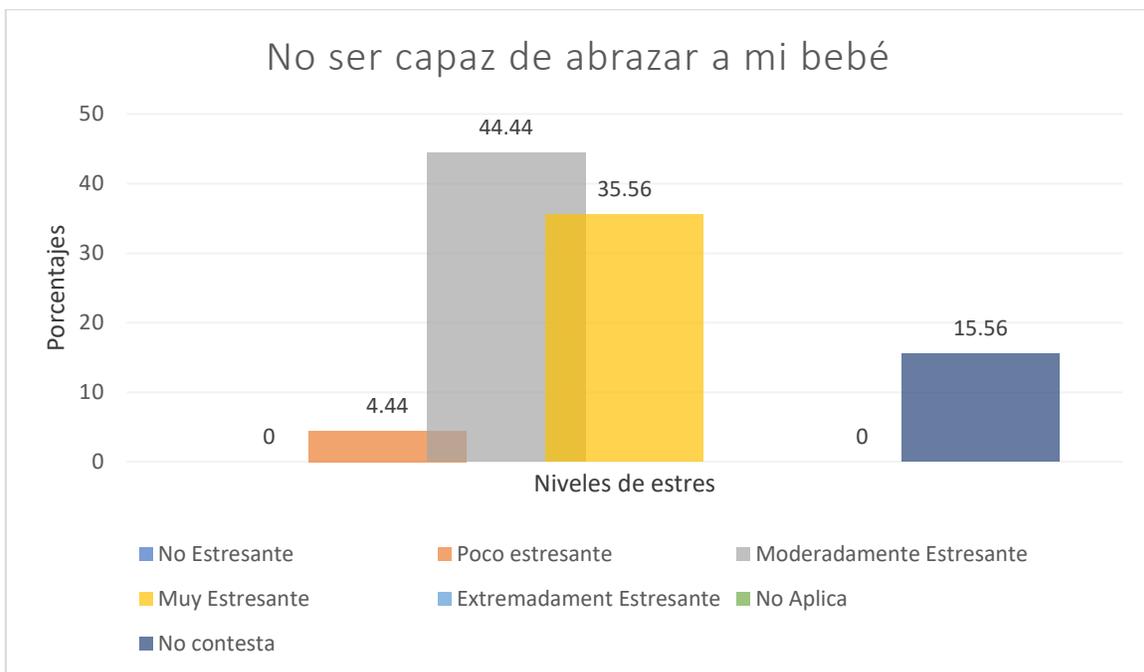


Para más del 80% de las madres fue considerado como moderadamente a muy estresante el hecho de no alimentar por sí misma a su bebé.

GRÁFICO 3

3. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo misma (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo):

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	2	20	16	0	0	7	45
0.00%	4.44%	44.44%	35.56%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

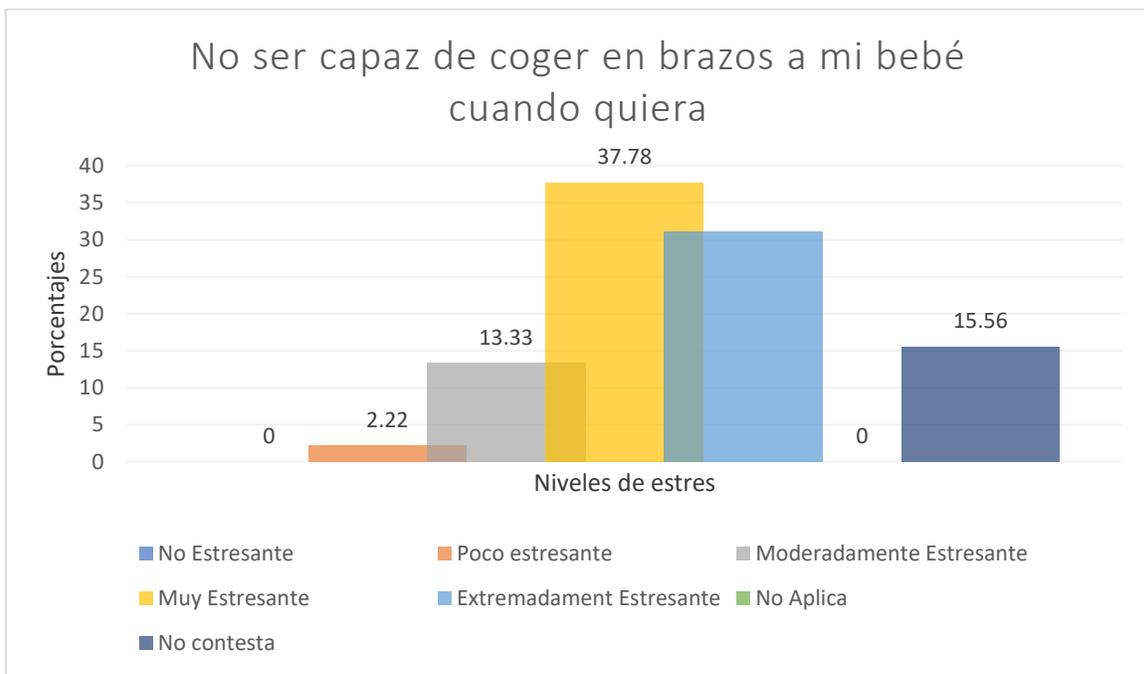


Para casi la mitad de las madres no dar cuidados básicos a su bebe fue considerado modernamente estresante. Para más de un tercio fue considerado muy estresante

GRÁFICO 4

4. No ser capaz de coger en brazos a mi bebé cuando quiera:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	1	6	17	14	0	7	45
0.00%	2.22%	13.33%	37.78%	31.11%	0.00%	15.56%	100.00%

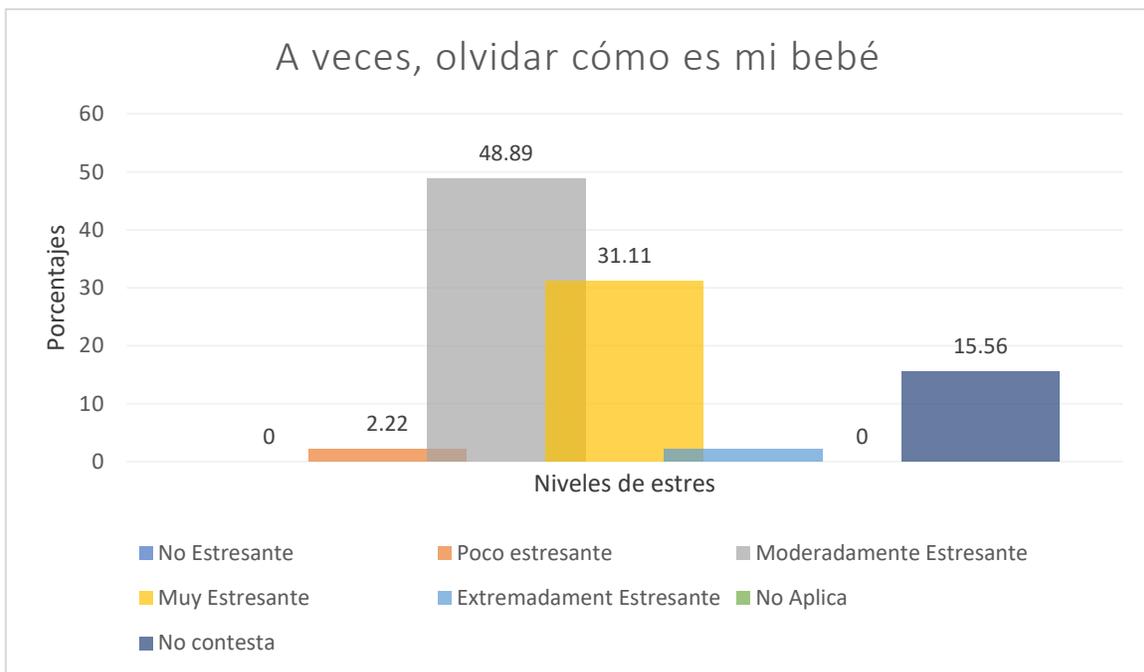


Para cerca del 70% de las madres el hecho de no tener la capacidad de cargar a su bebé en brazos a libertad fue considerado de moderado a muy estresante.

GRÁFICO 5

5. A veces, olvidar cómo es mi bebé:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	1	22	14	1	0	7	45
0.00%	2.22%	48.89%	31.11%	2.22%	0.00%	15.56%	100.00%

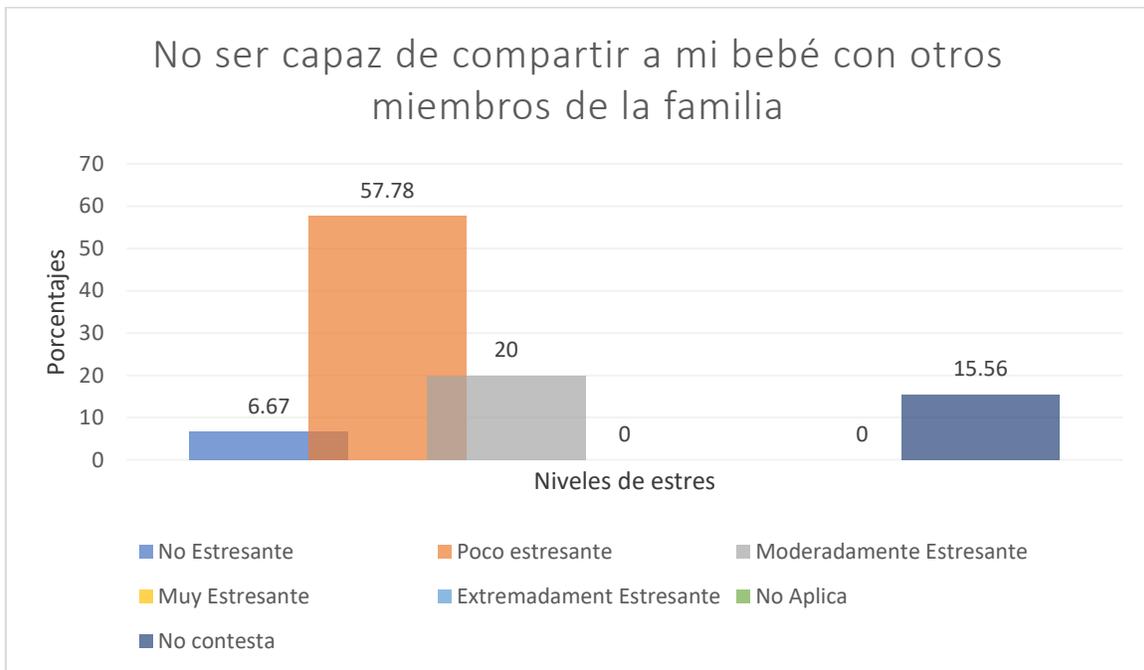


Aproximadamente el 48.89% de las madres el hecho de olvidar como es su bebé fue catalogado como moderadamente estresante, para casi un tercio fue considerado muy estresante.

GRÁFICO 6

6. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
3	26	9	0	0	0	7	45
6.67%	57.78%	20.00%	0.00%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%



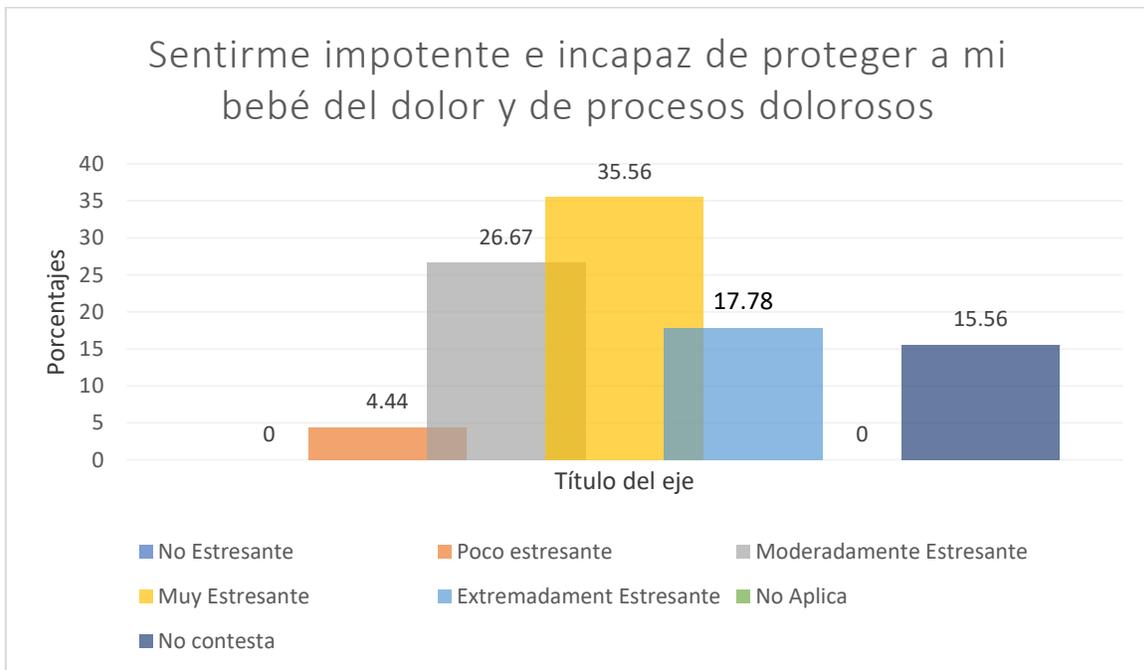
El no ser capaz de compartir al bebé con la familia fue considerado como poco estresante con el 57.78% de las madres encuestadas, y solo un 20% lo considero como moderadamente estresante.

GRÁFICO 7

7. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos:

procesos dolorosos:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	2	12	16	8	0	7	45
0.00%	4.44%	26.67%	35.56%	17.78%	0.00%	15.56%	100.00%

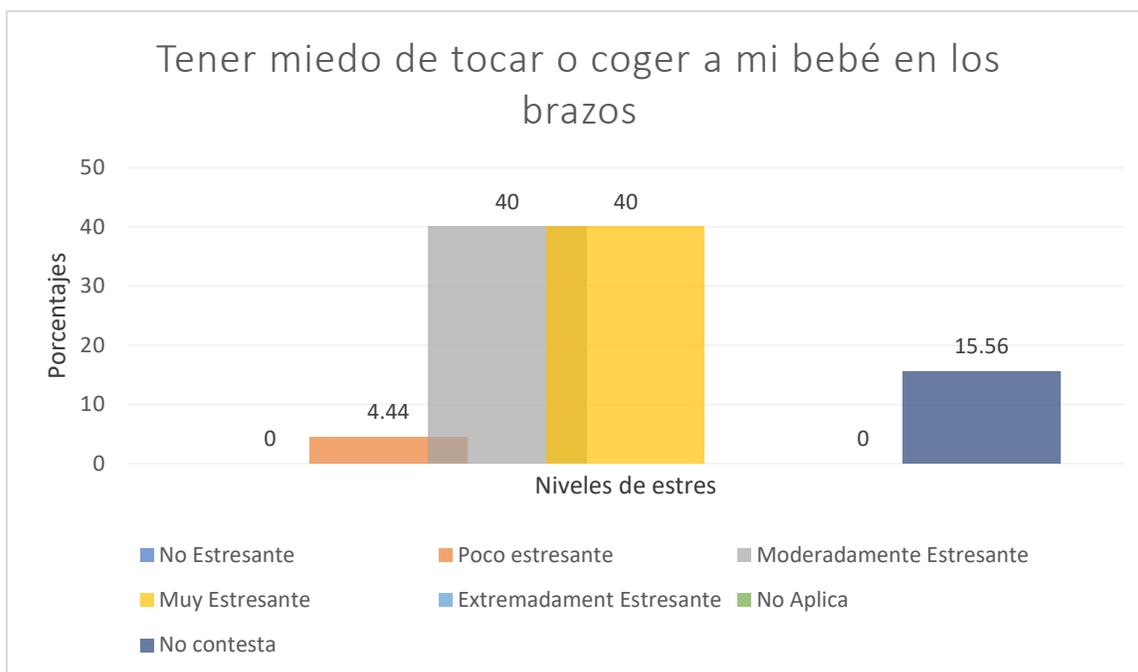


El hecho de sentirse impotente al no poder proteger al bebé de sentir dolor u otros procedimientos dolorosos es percibido por las madres encuestadas como muy estresantes, siendo esto un 35.56% y solo un 4.44% lo considero como poco estresante.

GRÁFICO 8

8. Tener miedo de tocar o coger a mi bebé en los brazos:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	2	18	18	0	0	7	45
0.00%	4.44%	40.00%	40.00%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

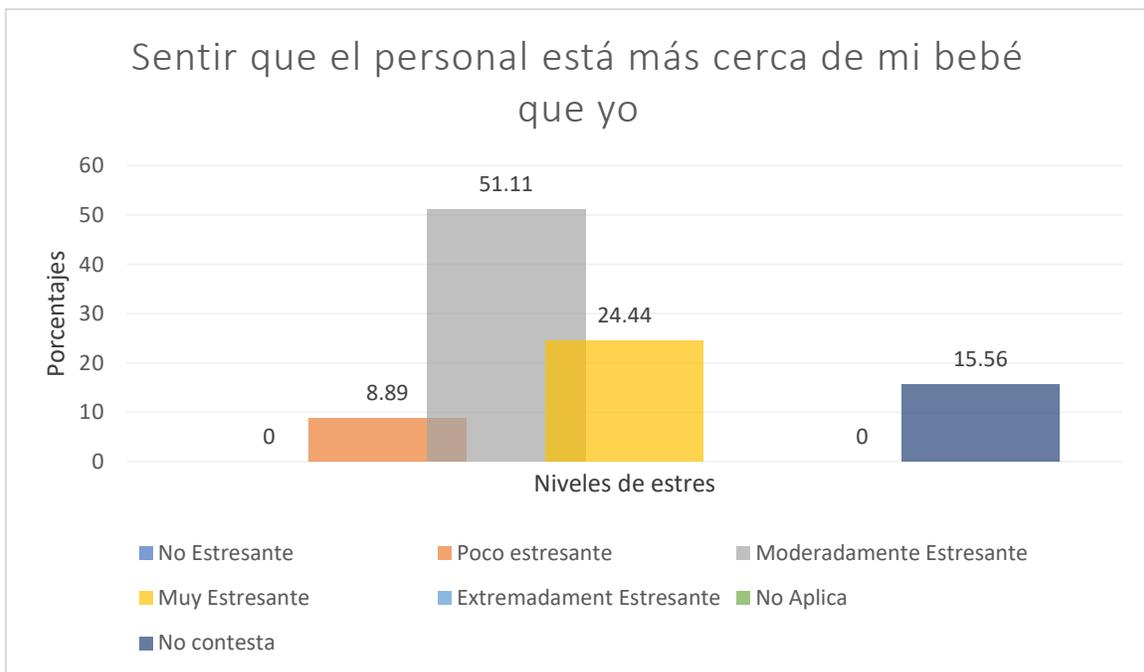


Para el 80 % de las madres fue considerado este punto como moderado a muy estresante.

GRÁFICO 9

9. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo estoy:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	4	23	11	0	0	7	45
0.00%	8.89%	51.11%	24.44%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%

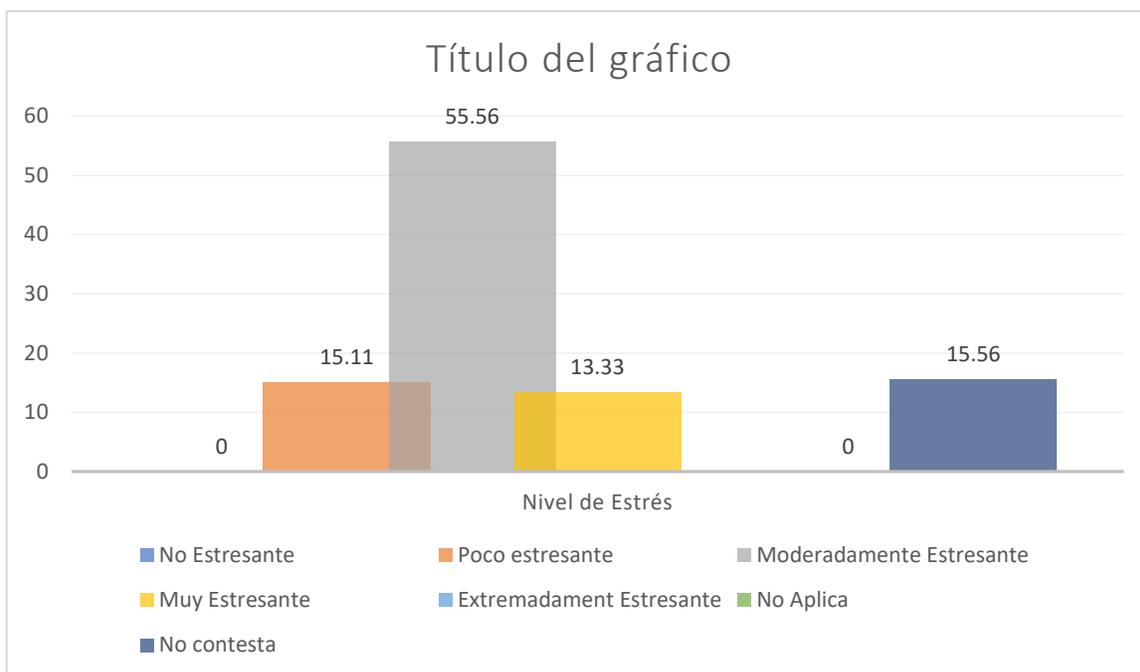


Más de la mitad de las madres consideró moderadamente estresante este punto, para cerca de un 25% fue considerado muy estresante.

GRÁFICO 10

10. Sentirme impotente sobre ayudar a mi bebé en esta etapa:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	7	25	6	0	0	7	45
0.00%	15.56%	55.56%	13.33%	0.00%	0.00%	15.56%	100.00%



Más del 50% mostró sentirse moderadamente estresadas ante la impotencia de no poder ayudar a su bebé durante el ingreso.

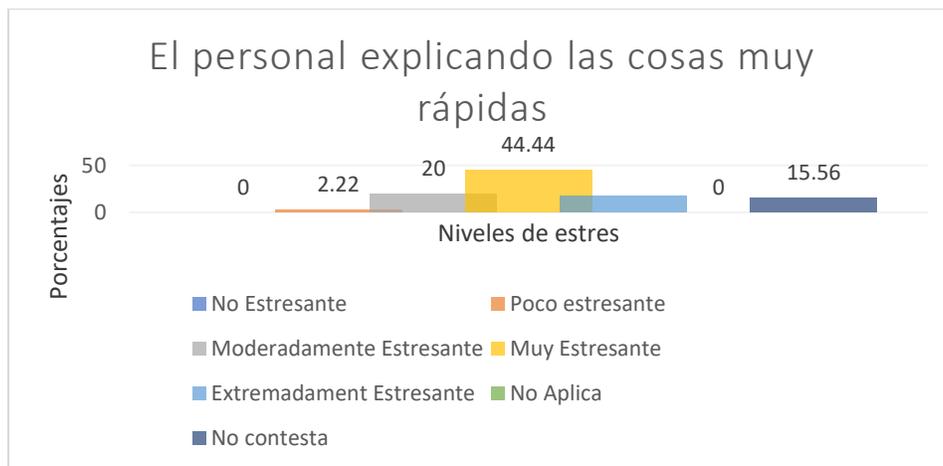
4.4. Resolución Objetivo 4

D. De nuevo, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia marcando con un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, señale con un círculo NA ("no aplicable"). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

GRÁFICA 1

1. El personal explicando las cosas muy rápidas:

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	1	9	20	8	0	7	45
0%	2.22%	20%	44.44%	17.77%	0%	15.56%	100%

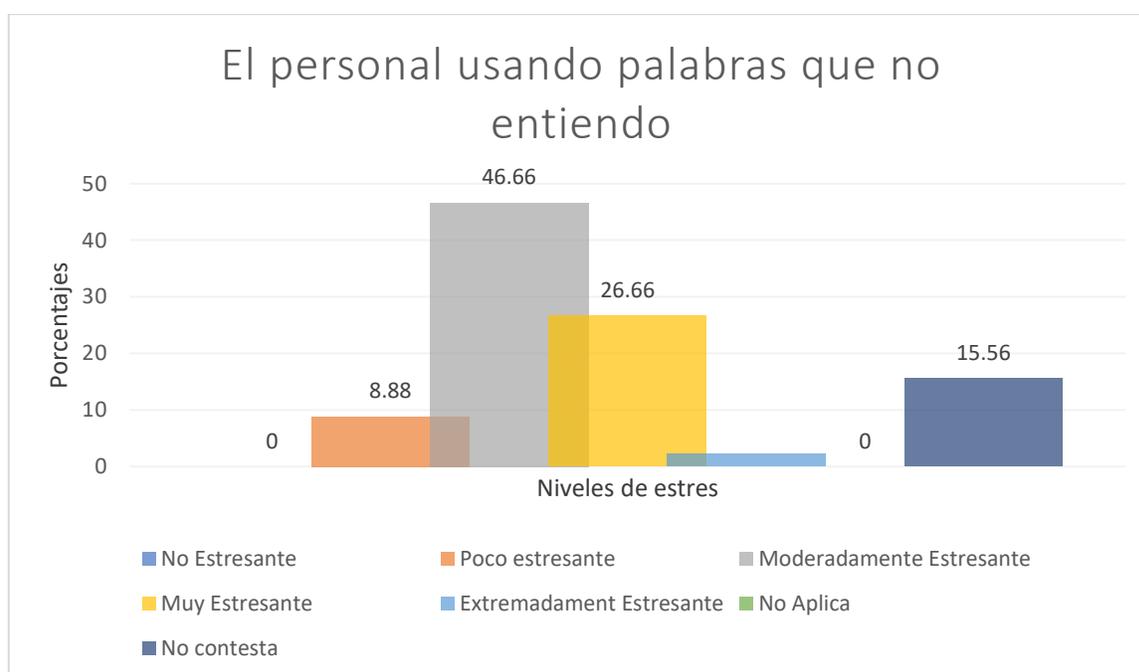


La mayoría de las madres consideraron muy estresante que el personal explicara las cosas muy rápidas, representando un 44.44% y otro grupo de madres consideraron el evento moderadamente estresante

GRÁFICA 2

2. El personal usando palabras que no entiendo

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	4	21	12	1	0	7	45
0%	8.89%	46.66%	26.66%	2.22%	0%	15.56%	100%

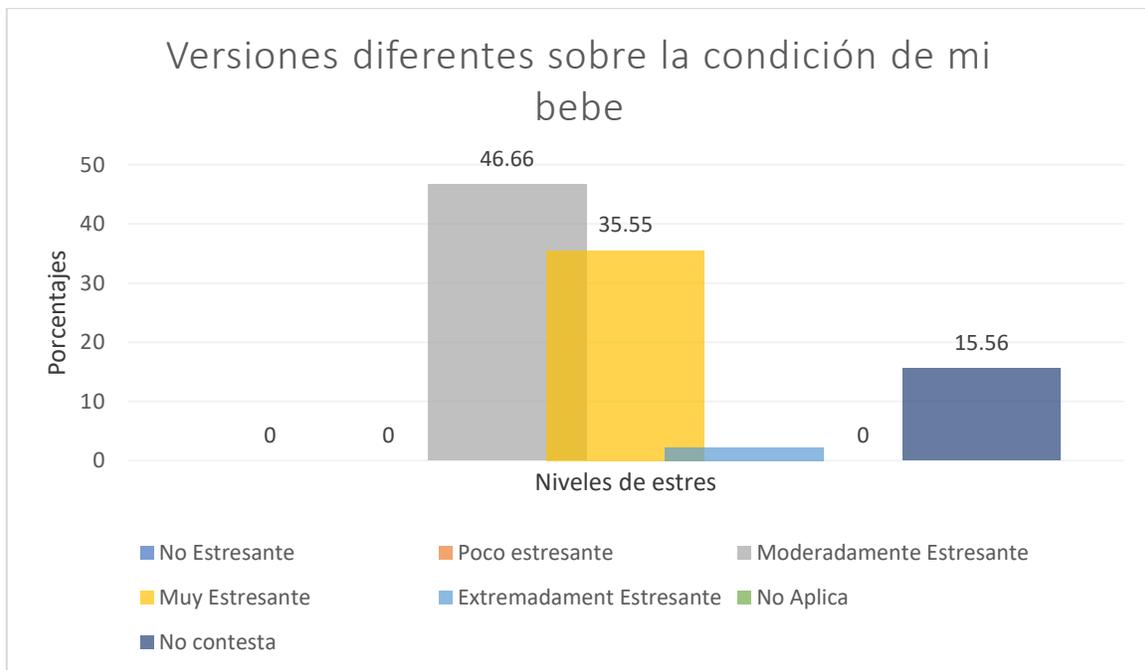


La población estudiada considero en la mayoría el evento como moderadamente estresante que el personal usara palabras que no entendían, representando un 46.66 % y otro grupo grande de madres consideraron el evento muy estresante.

GRÁFICA 3

3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebe

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	0	21	16	1	0	7	45
0%	0%	46.66%	35.55%	2.22%	0%	15.56%	100%

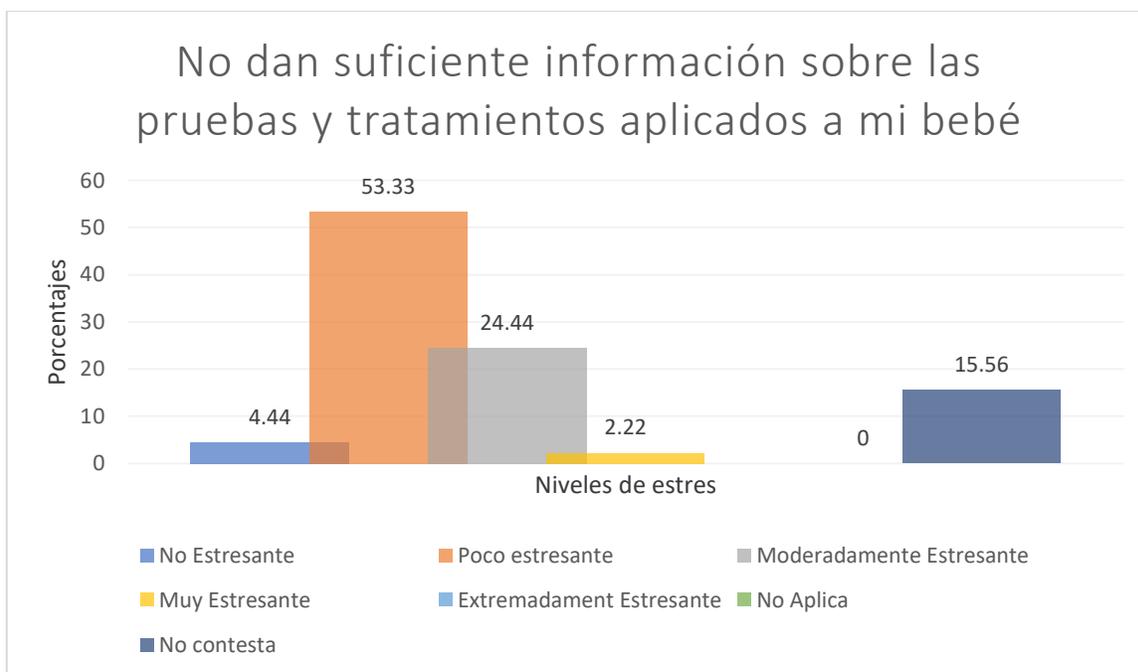


La mayoría de las madres estudiadas consideraron el hecho que les digan versiones diferentes sobre la condición de su bebe como evento moderadamente estresante representando un 46.66% y otras madres lo consideraran como muy estresante.

GRÁFICA 4

4. Que no me den suficiente información sobre las pruebas y tratamientos aplicados a mi bebé

1	2	3	4	5	NA	NC	T
2	24	11	1	0	0	7	45
4.44%	53.33%	24.44%	2.22%	0%	0%	15.56%	100%

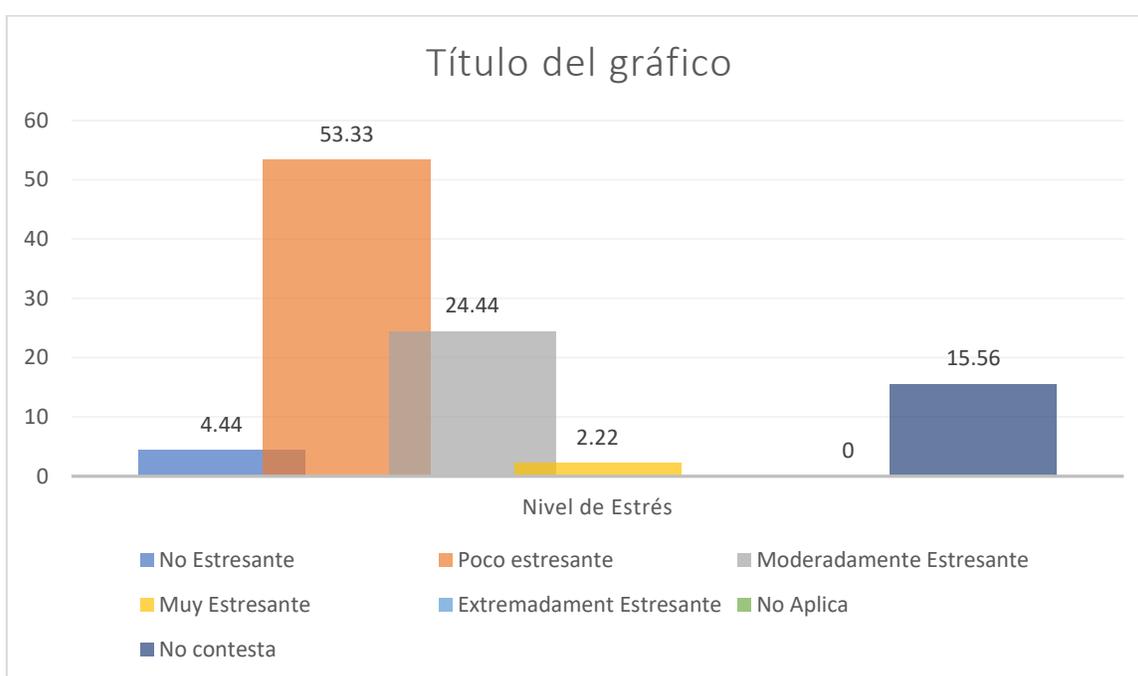


La población estudiada considera este evento como un poco estresante, representando un 53.33% y otro grupo considero moderadamente estresante el evento que no le den suficiente información sobre las pruebas y tratamientos aplicados a su bebé

GRÁFICA 5

5. Que no hablen conmigo lo suficiente

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	0	11	19	8	0	7	45
0%	0%	24.44%	42.22%	17.77%	0%	15.56%	100%

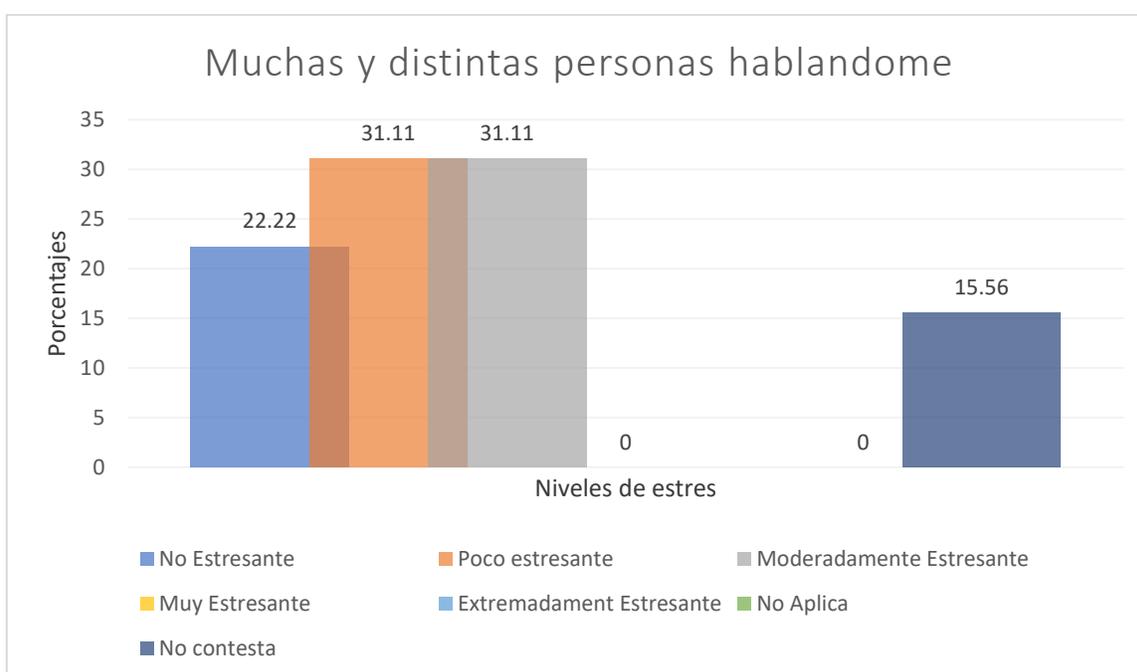


La mayoría de las madres estiman este evento como muy estresante que no hablen lo suficiente con ellas, representando 42.22%, y otro grupo lo estiman moderadamente estresante.

GRÁFICA 6

6. Muchas y distintas personas (doctores, enfermeras, otros) hablándome.

1	2	3	4	5	NA	NC	T
10	14	14	0	0	0	7	45
22.22%	31.11%	31.11%	0%	0%	0%	15.56%	100%

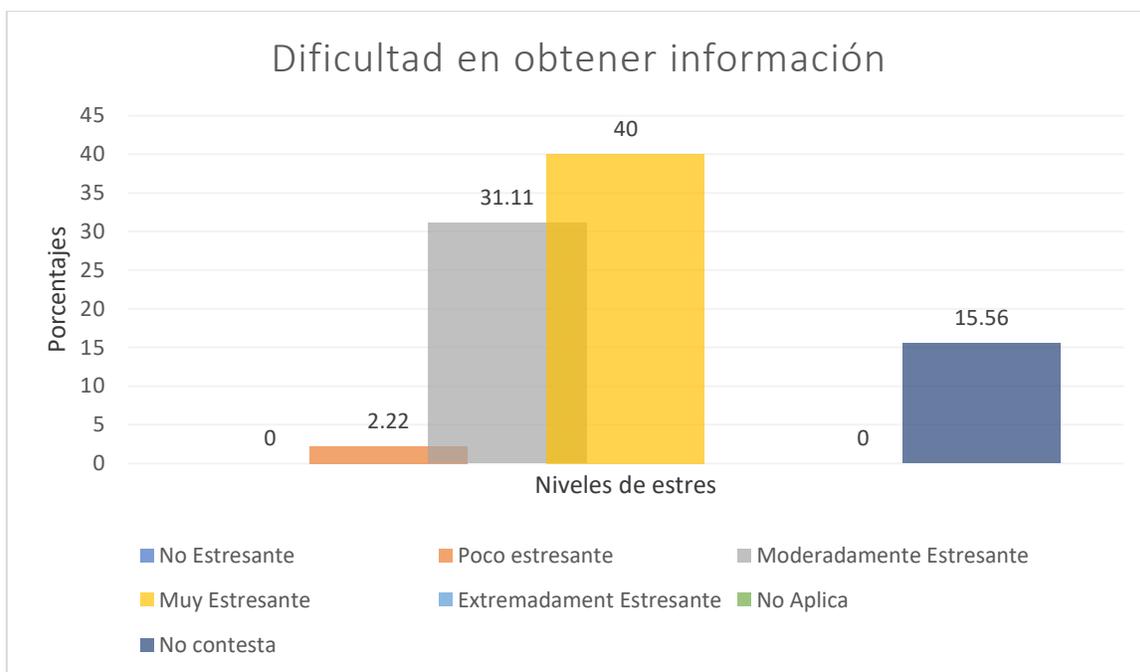


Las madres consideraron este evento como un poco estresante y otro número igual lo considera como moderadamente estresante, representando un 31.11%

GRÁFICA 7

7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	1	14	18	5	0	7	45
0%	2.225	31.11%	40%	11.11%	0%	15.56%	100%

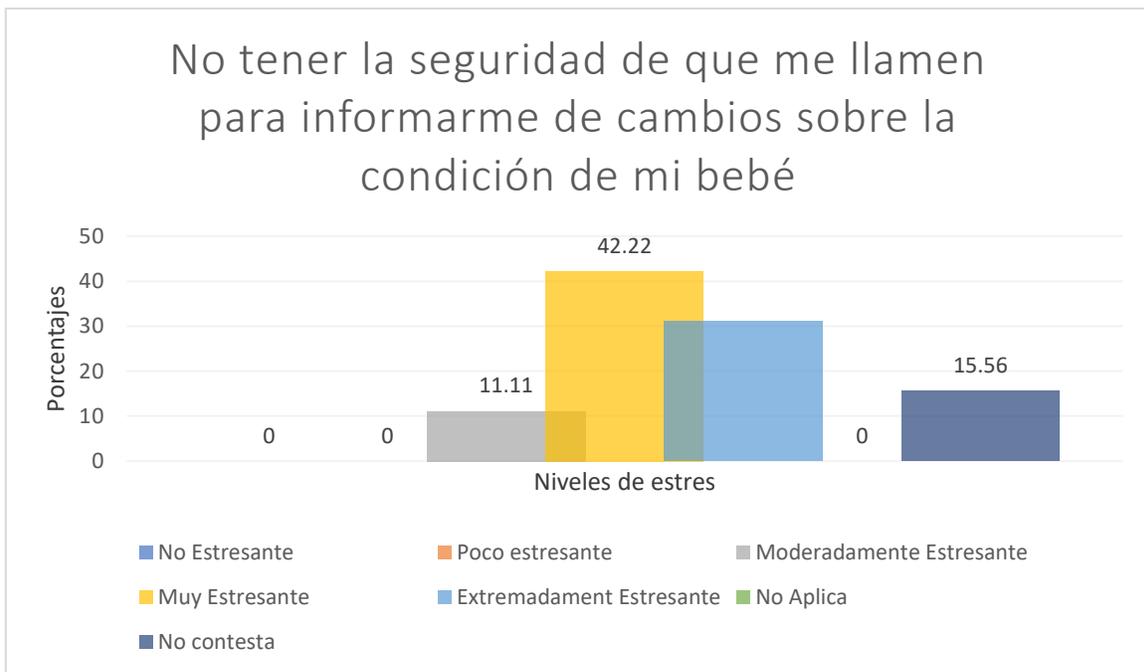


La mayoría de las madres consideraron muy estresante la dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad, representando un 40%, otro número de personas lo considero moderadamente estresante.

GRÁFICA 8

8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	0	5	19	14	0	7	45
0%	0%	11.11%	42.22%	31.11%	0%	15.56%	100%

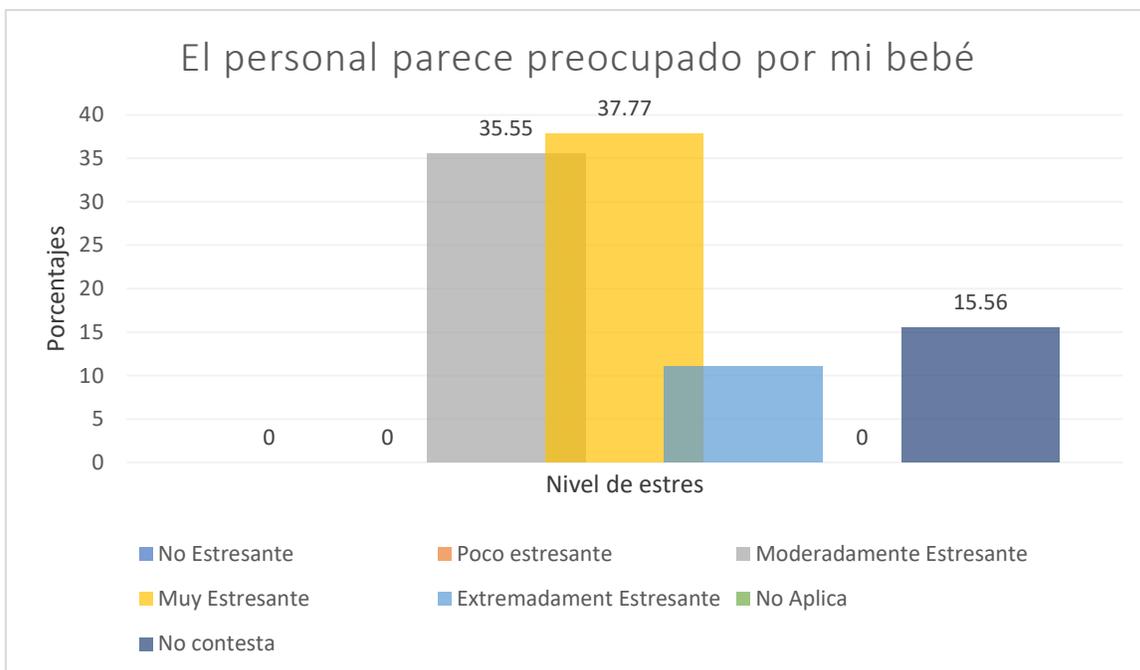


La mayoría de la población estudiada considera el evento como muy estresante, representando un 42.22% y otro grupo de madres considera el evento extremadamente estresante.

GRÁFICA 9

9. Que el personal parezca preocupado por mi bebé

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	0	16	17	5	0	7	45
0%	0%	35.55%	37.77%	11.1%	0%	15.56%	100%

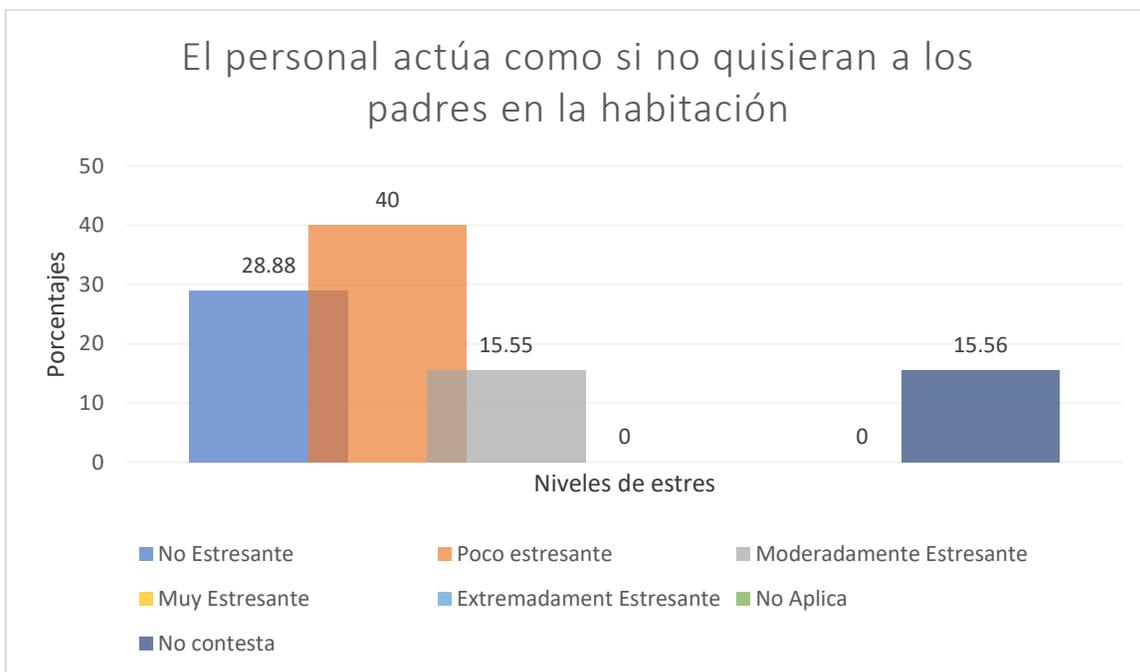


Un grupo de madres estudiadas considera muy estresante que el personal parezca preocupado por su bebé representando un 37.77% y otro grupo muy similar de madres lo considera moderadamente estresante.

GRÁFICA 10

10. Que el personal actúa como si no quisieran a los padres en la habitación

1	2	3	4	5	NA	NC	T
13	18	7	0	0	0	7	45
28.88%	40%	15.56%	0%	0%	0%	15.56%	100%

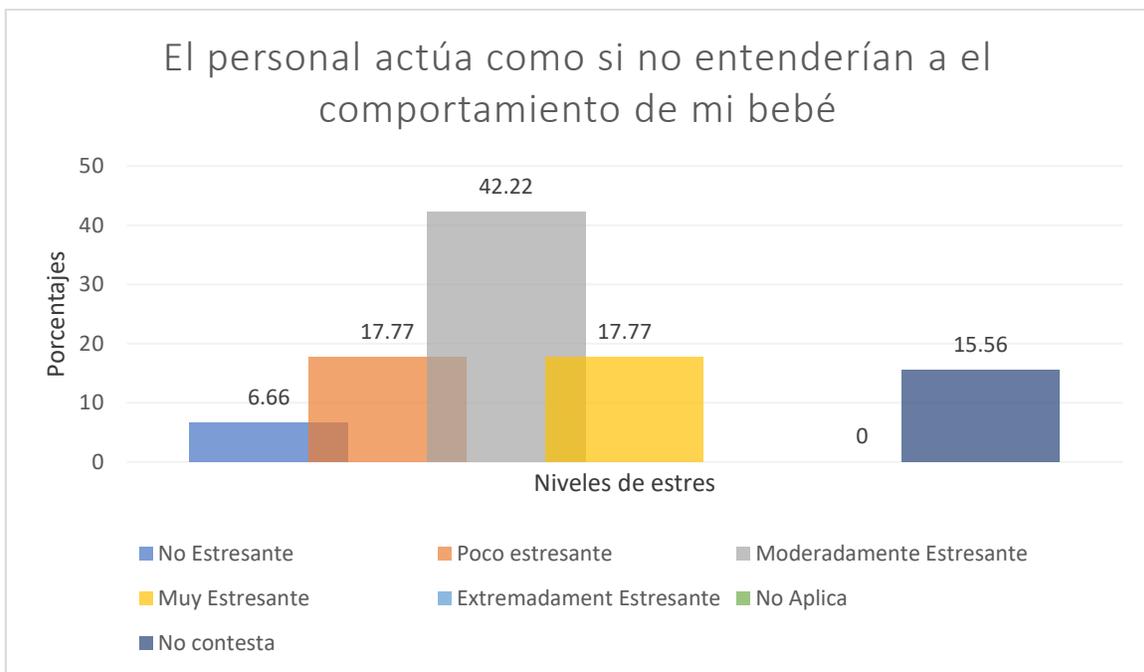


La mayoría de las madres considero un poco estresante que el personal actuara como si no quisieran a los padres en la habitación, representando un 40% y otro grupo no le pareció estresante en lo absoluto.

GRÁFICA 11

11. Que el personal actúa como si no entenderían a el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales

1	2	3	4	5	NA	NC	T
3	8	19	8	0	0	7	45
6.66%	17.77%	42.22%	17.77%	0%	0%	15.56%	100%

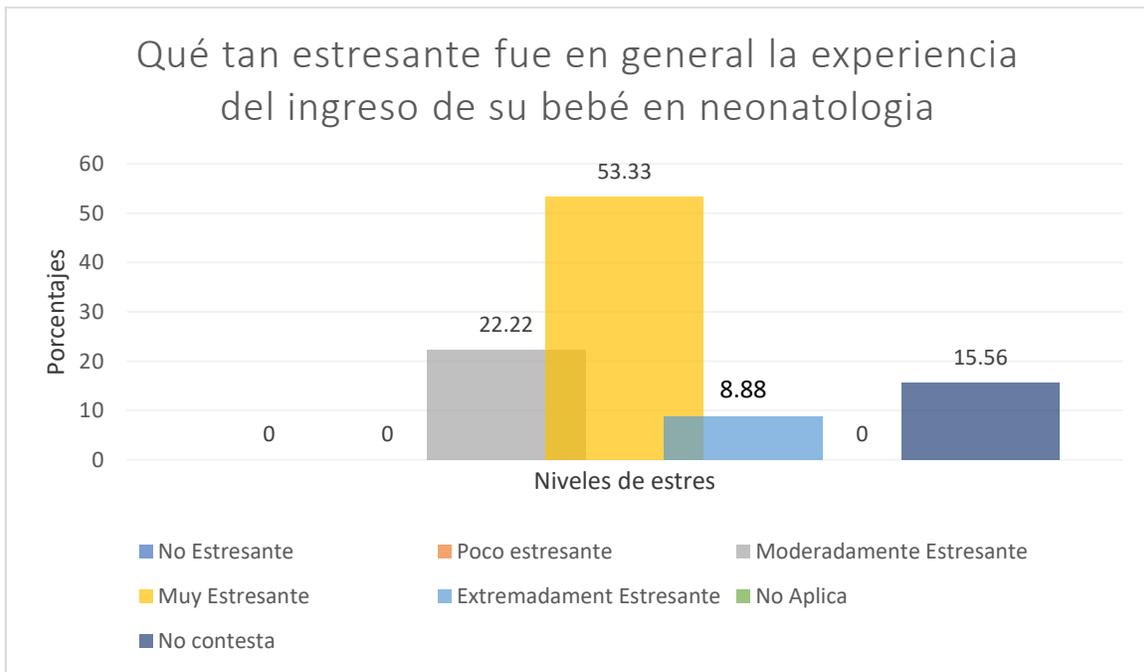


La mayoría de las madres considera moderadamente estresante dicho evento representando un 42.22%, y otro grupo similar de madres como poco estresante y otro grupo muy estresante.

GRÁFICA 12

12. Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la unidad neonatal.

1	2	3	4	5	NA	NC	T
0	0	10	24	4	0	7	45
0%	0%	22.22%	53.33%	8.88%	0%	15.56%	100%



Del total de madres encuetadas, el 53.33% avaluó esta experiencia de tener a su bebé ingresado en Neonatología como muy estresante, en tanto que un 22.22% lo catalogo como moderadamente estresante.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El ambiente de la unidad de neonatos afecto el nivel de estrés en las madres al observar la presencia de monitores y sonidos de dichos monitores lo percibieron como una lucha de sus hijos entre la vida y la muerte, dando como resultado en una escala de estrés para ellas como moderadamente estresante.
- La actitud de las madres ante el aspecto y comportamiento del recién nacido durante su ingreso en la unidad de neonatos, lo consideraron moderadamente estresante debido un color poco inusual en sus bebés, al observar tubos conectados a su cuerpo y al igual que la alimentación por medio de tubos intravenoso y no poder darles ella la alimentación directamente.
- El binomio madre-hijo durante el ingreso hospitalario el nivel de las madres moderadamente estresante hasta muy estresante y estos es debido a la separación en esta etapa de la vida de un bebé y la incapacidad de poder protegerlo ante procedimientos dolorosos, además de la realidad de no poder compartir al bebé con los demás miembros de sus familias.
- La comunicación de las madres con el personal de salud de unidades neonatales lo calificaron como moderadamente estresante, esto se debe que la información brindada por el personal es poca sobre salud de su bebé y la respuesta que se le brinda en alguna ocasión la consideran de difícil entendimiento por el lenguaje técnico utilizado o poco explicado.
- Los niveles de estrés en madres de pacientes durante el ingreso en unidades neonatales hospitalarias se muestran muy estresantes debido a todas las dificultades que se presentaron durante su estancia hospitalaria, esto se debe a los procedimientos

realizados a su bebé sumando la poca relación entre el personal de salud y la incapacidad de no estar al lado de sus hijos las 24 horas del día.

5.2 Recomendaciones

A las Madre:

- ✓ Se recomienda a las madres que a pesar de observar monitores y aparatos colocados alrededor de su hijo deben de mantener la calma ya que dichos equipos son para llevar un monitoreo oportuno de la recuperación de sus hijos, además de tener credibilidad en el personal médico.
- ✓ Que comprenda que el aspecto de su hijo en comparación con un neonato sano, puede ser claramente diferente, pero deben de tener presente el periodo de la recuperación con el debido tratamiento a su patología y posterior evolución de salud.

Al personal de Salud:

- ✓ Proporcionar información con palabras fácilmente entendibles para las madres, además de brindar información por llamada inmediatamente sobre algún cambio en la condición del paciente ingresado, mientras las madres no se encuentran en hospital.
- ✓ Procurar dar charlas sobre las principales causas de ingreso en la unidad de neonatos para poder aclarar dudas de las madres relacionado a las diferentes patologías que su hijo puede estar presentando.
- ✓ Se recomienda al Personal de salud mostrar empatía por la situación emocional que las madres están pasando al tener a su hijo ingresado.

A futuros investigadores:

- ✓ Realizar investigaciones con poblaciones más grandes para obtener datos más significativos con nuevas variables en el tema Niveles de estrés en madres de pacientes ingresados en unidad de neonatos.
- ✓ Realizar investigaciones durante están ingresados los pacientes en unidad de neonatos y poder acceder a hospital para realizar una investigación más amplia.

A las autoridades de salud pública de El Salvador:

- ✓ Promover la realización de investigaciones que ayuden a la identificación de estrés en madres de paciente ingresados y trabajar en conjunto con el área de salud mental para poder proporcionar consulta psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canales Poma Melissa Fátima; Llanos Acuña Úrsula Jeny. FACTORES HOSPITALARIOS Y EL NIVEL DE ESTRÉS EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN UN HOSPITAL NACIONAL. (Tesis Doctoral) Perú, Universidad Peruana CAYETANO HEREDIA; 2017 Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/969/Factores_CanalesPoma_Melissa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wormald F., Tapia L., Canepa P., Y Colaboradores. “ESTRÉS EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”. Arch Argent Pediatr (En Línea) ARGENTINA, 2015 Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a04.pdf>
- F. J. Fernández Rego. Curso de FISIOTERAPIA EN NEONATOLOGÍA, MÓDULO 1. La unidad de neonatología y el recién nacido de riesgo. (En Línea). México: Editorial Medica Panamericana; 2020 Recuperado de http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Fisioterapia_Neonatologia/M1%20T2%20Fisio%20en%20Neonatolog%C3%ADa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). GUÍA PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO GRAVE. (En línea). Guatemala 2014

- Jesús David Pastor Rodríguez ANÁLISIS DE LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS EN LOS PADRES DE NIÑOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (Tesis Doctoral). España; Universidad de Murcia; 2017 Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/55384/1/Jes%C3%BAAs%20David%20Pastor%20Rodr%C3%ADguez%20Tesis%20Doctoral.pdf>
- Lic. María Dolores Sánchez Castellanos; NIVEL DE ESTRES DE LAS MADRES CON HIJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (maestría) México; Universidad Auto A De Nuevo León; 2004.
- Robert M. Kliegman, MD. Nelson Tratado de Pediatría 20ª Edición. Barcelona, España; ELSEVIER 2016
- Verónica Caballero Cala; Rosa María Zapata. EDUCACIÓN Y SALUD EN GRUPOS VULNERABLES. 1ª Edición, Almería, España. Editorial Universidad de Almería; 2019

ANEXOS

ANEXO 1 Evaluación madurativa de la edad gestacional.

Madurez neuromuscular

Puntuación	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Retroceso del brazo		180°	140-180°	110-140°	90-110°	<90°	
Ángulo poplíteo	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
Signo de la bufanda							
Talón-oreja							

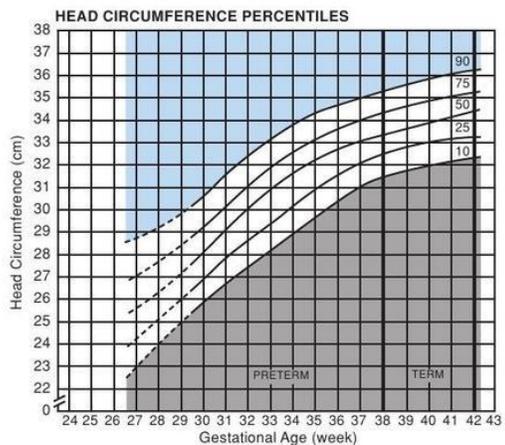
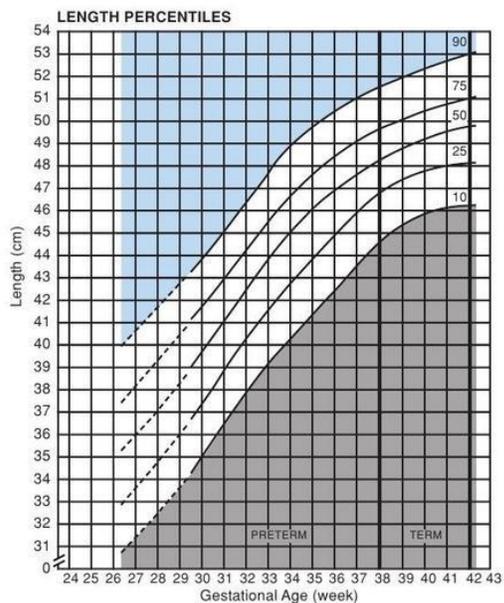
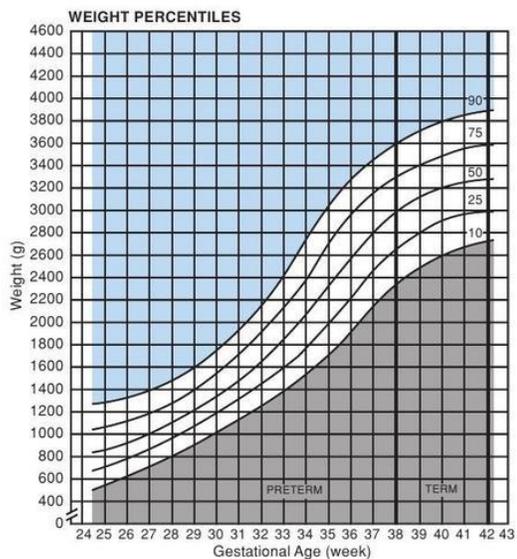
Madurez física

Piel	Pastosa, friable, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial o exantema, pocas venas	Agrietamiento, zonas pálidas, venas raras	Apergamina-da, grietas profundas, ausencia de vasos	Coriácea, agrietada, arrugada		
Lanugo	Ninguno	Escaso	Abundante	Adelgazamiento	Zonas alopecicas	En su mayor parte, alopecico	Clasificación de madurez		
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, ausencia de pliegues	Marcas rojas, apenas visibles	Surco transversal anterior único	Surcos en los 2/3 anteriores	Surcos en toda la planta	Puntuación	Semanas	
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Aréola plana, ausencia de botón mamario	Aréola punteada, botón de 1-2 mm	Aréola elevada, botón de 3-4 mm	Aréola completa, botón de 5-10 mm	-10	20	
Ojo/oído	Párpados fusionados laxamente: -1 Párpados fusionados estrechamente: -2	Párpados abiertos, pabellones auriculares planos, permanece plegado	Pabellón auricular ligeramente curvado, blando, retracción lenta	Pabellón bien formado, blando, pero retrocede con facilidad	Formado y firme, retracción instantánea	Cartilago grueso, oreja rígida	-5	22	
Genitales (masculinos)	Escroto plano, liso	Escroto vacío, rugosidades finas	Testículos en la parte superior del conducto, escasas rugosidades	Testículos en descenso, pocas rugosidades	Testículos descendidos, rugosidades adecuadas	Testículos péndulos, rugosidades profundas	0	24	
Genitales (femeninos)	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores en crecimiento	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clítoris y los labios menores	5	26	
							10	28	
							15	30	
							20	32	
							25	34	
							30	36	
							35	38	
							40	40	
							45	42	
							50	44	

ANEXO 2 Gráficos de Lubchenco.

CLASSIFICATION OF NEWBORNS (BOTH SEXES) BY INTRAUTERINE GROWTH AND GESTATIONAL AGE

NAME _____ DATE OF BIRTH _____ LENGTH _____
 HOSPITAL NO. _____ SEX _____ HEAD CIRC. _____
 RACE _____ BIRTH WEIGHT _____ GESTATIONAL AGE _____
 DATE OF BIRTH _____



CLASSIFICATION OF INFANT*

	Weight	Length	Head Circ.
Large for Gestational Age (LGA) (>90th percentile)			
Appropriate for Gestational Age (AGA) (10th to 90th percentile)			
Small for Gestational Age (SGA) (<10th percentile)			

*Place an "X" in the appropriate box (LGA), AGA or SGA) for weight, for length and for head circumference.

ANEXO 3 Dotación básica estructural y de material de un puesto de reanimación.

Material	Número
Unidad de reanimación con calor radiante (cuna térmica)	1
Respirador básico	1
Bolsa autoinflable con mascarilla de reanimación neonatal	1
Tomas de oxígeno	2
Tomas de aire comprimido medicinal	1
Tomas de vacío	1
Tomas eléctricas	6 x 2
Báscula y tallímetro neonatal	1/unidad
Pulsioxímetro	1
Monitor de frecuencia cardíaca y electrocardiograma	1 (opcional)
Equipo de intubación (con palas de laringoscopio de 0 y 00)	1
Equipo de cateterización umbilical	1
Reloj con alarma	1
Incubadora para transporte	1
Superficie en paritorio/quirófano	3-4 m ²
En hospitales de nivel IIB o III son precisos 2 o 3 puestos de reanimación para la asistencia a partos múltiples.	

ANEXO 4 Dotación básica estructural de un puesto de hospitalización según niveles asistenciales.

	Cuidados básicos	Cuidados especiales/intermedios	Cuidados intensivos
Incubadora de cuidado			
Intensivo/cuna térmica	1	1	1
Tomas de oxígeno	1/5 camas	2	3-4
Tomas de aire	---	1-2	3-4
Tomas de vacío	---	2	3-4
Tomas eléctricas	1/cama	6-8	15-20
Lavabo	1/5 camas	1/5 camas	1/5 camas
Luz regulable individual	---	1	1
Superficie	1,5-2 m ²	4-5 m ²	9-11 m ²

ANEXO 5 Dotación básica de material para unidades según niveles asistenciales.

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Número de puestos/1.000 nacidos	4-5	5-7 (especiales/ intermedios)	1,5-1,9 (intensivos)
Cunas	70%	25%	-
Cunas de calor radiante	---	5% (15% IIB)	30%
Incubadoras	30%	70%	70%
Pulsioxímetro	2/unidad	1/puesto	1/puesto
Monitores FC-ECG-respiración	1/unidad	1/4 puestos	1/puesto
Monitores de presión invasiva	---	1/unidad (IIB)	1/2 puestos
Medidor presión arterial no invasiva	1/unidad	1/3-4 puestos	1/puesto
Monitor de temperatura	---	En incubadora	En incubadora
Monitor función cerebral (EEGα)	---	1/unidad opcional (IIB)	1/4-6 puestos
Equipo de hipotermia activa	---	---	1/6 puestos (IIIB/C)
Monitorización transcutánea O ₂ -CO ₂	---	1/unidad	1/3-4 puestos
Electrocardiógrafo	Disponible	1/unidad	1/unidad
Desfibrilador	Disponible	1/unidad	1/unidad
Marcapasos externo	---	---	Disponible

Continuación anexo 5

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Monitor presión intracraneal	---	---	1/unidad
Capnógrafo	---	---	1/4 puestos opcional
Mezclador aire-oxígeno	1/unidad	1/2 puestos	1/puesto
Bolsa autoinflable tipo ambú	2/unidad	1/2 puestos	1/puesto
Respiradores para recién nacidos	1/unidad [2-3 IIB]	1/puesto	
CPAP nasal	---	1/4 puestos [IIB]	1/puesto
Respiradores de alta frecuencia	---	---	1/4 puestos
Sistemas administración no inhalado	---	---	1/6 puestos
ECMO	---	---	1/unidad [IIC]
Fototerapias	1/6 puestos	1/4 puestos	1/2 puestos
Bilirrubinómetro transcutáneo	Opcional	Opcional	Opcional
Analizador (pH, gases, iones, hematocrito, glucemia, bilirrubina)	Laboratorio central (resultados 15 min)	Laboratorio central	Laboratorio central (+ 1-2/unidad)
CO-oxímetro	---	---	1-2/unidad opcional
Bombas de infusión intravenosa	1/4 puestos	1-2/puesto	6-8/puesto
Bombas infusión enteral	1/2 puestos	1/puesto	1/puesto
Electroencefalografía convencional	---	Disponible	Disponible
Potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales	---	Opcional [IIB]	Disponible
Ecógrafo con sonda neonatal/ Doppler	Disponible	Disponible	1/unidad
Cribado auditivo	Disponible	Disponible	Disponible
Aparato portátil de radiografía	Disponible	1/unidad	1/unidad
Calentador de fluidos	---	1/unidad	1/unidad
Laringoscopios puestos	1-2/unidad	2-3/unidad	1/4
Mascarilla laríngea neonatal	1/unidad opcional	1/unidad	1/unidad
Carro de parada	1/unidad	1/unidad	1/unidad
Área de apoyo: aseo, lavado, etc.	1/unidad	1/unidad	1/unidad
Sala aislamiento con flujo aire directo e invertido	---	1/unidad	1/unidad

ANEXO 6 Encuesta

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



ENTREVISTA TELEFÓNICA

DIRIGIDA A: MADRES DE PACIENTES QUE ESTUVIERON EN UNIDADES NEONATALES HOSPITALARIAS, QUE HAN SIDO RETORNADOS A LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE SALUD FAMILIAR CHALCHUAPA DE MARZO A JULIO DE 2020.

OBJETIVO: CONOCER NIVELES DE ESTRÉS EN MADRES DE PACIENTES DURANTE EL INGRESO EN UNIDADES NEONATALES HOSPITALARIAS QUE HAN SIDO RETORNADO LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE SALUD FAMILIAR CHALCHUAPA DE MARZO A JULIO DE 2020.

En el cuestionario, elija el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted.

Los siguientes números indican los niveles de estrés: 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. Si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, elija NA “no aplicable”.

Empecemos ahora:

- A) A continuación, hay una lista de varias VISTAS Y SONIDOS comunes en una unidad neonatal. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas VISTAS Y SONIDOS para usted. Elija el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, elija NA para indicar "no aplicable".

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

B) A continuación, hay una lista de situaciones que podrían describir EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ cuando usted visita la unidad neonatal y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Elija NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Sí, por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted rodeando el número apropiado.

1. Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
2. Moratones, cortes o incisiones en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo)	NA	1	2	3	4	5
4. Una forma de respirar anormal o poco usual.	NA	1	2	3	4	5
5. Ver un cambio repentino de color en mi bebe (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 máquina (respirador) que respira por mi bebé	NA	1	2	3	4	5
10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebe	NA	1	2	3	4	5

11. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea 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 bebé parecía triste	NA	1	2	3	4	5
16. La apariencia débil de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
17. Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
18. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés	NA	1	2	3	4	5
19. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho	NA	1	2	3	4	5

C) Las últimas preguntas que queremos hacerle son sobre cómo se siente usted respecto a su propia RELACIÓN con su bebé y su PAPEL DE MADRE/PADRE. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresada/o ha estado, marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, indique NA si no experimentó lo que describimos.

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 ser 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 mí bebe 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 coger 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

También estamos interesados en saber si usted experimentó algún tipo de estrés relacionado con el COMPORTAMIENTO y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL.

D) De nuevo, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia marcando con un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, señale con un círculo NA ("no aplicable"). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

1. El personal explicando las cosas muy rápidas.	NA	1	2	3	4	5
2. El personal usando palabras que no entiendo.	NA	1	2	3	4	5
3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
4. Que no me den suficiente información sobre las pruebas 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 (doctores, enfermeras, otros) hablándome.	NA	1	2	3	4	5
7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad.	NA	1	2	3	4	5
8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
9. Que el personal parezca preocupado por mi bebé.	NA	1	2	3	4	5
10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación.	NA	1	2	3	4	5
11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales.	NA	1	2	3	4	5

E) Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la unidad neonatal.

NA 1 2 3 4 5