

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y
NIVEL DE ESTRÉS DE LAS MADRES DEL NEONATO PREMATURO
HOSPITALIZADO. HOSPITAL BELÉN -TRUJILLO 2016.**

TESIS

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Bach. Jósselyn Alejandra Narro García

Bach. Diana Pamela Orbegoso Burgos

ASESORA:

Dra. Elsa Rocío Vargas Díaz

TRUJILLO-PERÚ

2016

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y
NIVEL DE ESTRÉS DE LAS MADRES DEL NEONATO PREMATURO
HOSPITALIZADO. HOSPITAL BELÉN - TRUJILLO 2016.**

TESIS

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Bach. Jósselyn Alejandra Narro García

Bach. Diana Pamela Orbegoso Burgos

ASESORA:

Dra. Elsa Rocío Vargas Díaz

TRUJILLO-PERU

2016

DEDICATORIA

A mis padres **Martha García Neira y Alejandro Narro Miranda**, seres maravillosos que Dios me ha dado; por sus consejos, amor infinito, confianza, apoyo y su fortaleza que me inspiran día a día a seguir adelante.

A mi hermana **Katia Narro García** por su apoyo incondicional, su cariño comprensión y confianza.

Alejandra.

DEDICATORIA

A mis padres **Miriam Burgos Reyna y Eduardo Damián Orbegoso** seres maravillosos que Dios me ha dado; por sus consejos, amor infinito, confianza, apoyo y su fortaleza que me inspiran día a día a seguir adelante.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, su cariño comprensión y confianza.

Diana

AGRADECIMIENTO

A **Dios nuestro Padre Celestial**, ser infinito y Misericordioso por darme la vida, llenándome de bendiciones, brindándome sabiduría, paciencia y fortaleza día a día para alcanzar mis metas

A nuestra asesora la Dra. Elsa Vargas Díaz, por su apoyo y enseñanza en la realización de este proyecto.

A las madres de los recién nacidos prematuros, por su colaboración en la realización de la presente investigación.

Alejandra y Diana

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
TABLA DE CONTENIDOS	iii
LISTA DE TABLAS	iv
LISTA DE GRÁFICOS	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	30
III. RESULTADOS.....	37
IV. DISCUSIÓN.....	44
V. CONCLUSIONES.....	48
VI. RECOMENDACIONES.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
VIII. ANEXOS... ..	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1	
Distribución del nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología, en el área de cuidados intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.....	45
TABLA N° 2	
Distribución de la Percepción del cuidado humanizado de enfermería por la madre del neonato prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.....	47
TABLA N° 3	
Distribución de la Percepción del cuidado humanizado de enfermería y su relación con el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén - Trujillo 2016.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

GRAFICO N° 1

Nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.....46

GRAFICO N° 2

Percepción del cuidado humanizado de enfermería por la madre del neonato prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.....48

GRAFICO N° 3

Percepción del cuidado humanizado de enfermería y su relación con el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016.....50

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptiva correlacional, se realizó con el propósito de determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y su nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado Hospital Belén-Trujillo 2016. La población de estudio estuvo conformada por 77 madres de neonatos prematuros. Se aplicaron dos instrumentos: uno para identificar la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el segundo para identificar el nivel de estrés de la madre del neonato prematuro. Se encontró que el 61 % de madres tienen nivel de estrés moderado y el 39 % nivel de estrés alto. En relación a la percepción del cuidado humanizado de enfermería el 66% de madres de neonatos prematuros no percibe cuidado humanizado y el 34% si percibe cuidado humanizado de enfermería. Determinándose que existe relación altamente significativa ($P= 0.001$) entre las dos variables.

PALABRAS CLAVES: Estrés materno – cuidado humanizado- recién nacido hospitalizado.

ABSTRACT

This research correlational descriptive, was performed in order to determine the relationship between the perception of humanized nursing care and stress levels of mothers of hospitalized preterm infant Bethlehem-Trujillo 2016. Hospital The study population consisted of 77 mothers of preterm infants. Two instruments were applied: one to identify the perception of humanized nursing care and the second to identify the stress level of the mother of preterm infant. It was found that 61% of mothers have moderate stress level and 39% high stress level. In relation to the perception of humanized nursing care 66% of mothers of preterm infants not receive humanized care and 34% if you notice humanized nursing care. It determined that there is highly significant relationship ($P = 0.001$) between the two variables.

KEYWORDS: Maternal stress - humanized care, hospital newborn

I.INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño o niña inevitablemente trae una serie de expectativas, donde los padres esperan que su recién nacido (RN) llegue al mundo en el momento esperado y en condiciones óptimas; este acto es una de las experiencias del ser humano más significativa, emotiva y sobrecogedora, donde los padres elaboran una imagen mental de su hijo, en relación con el momento del nacimiento, esperando un neonato saludable, vigoroso y sobre todo fuerte y sano. (53, 22,64)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013, define al neonato o recién nacido a término, como el producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad, tratándose de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida y se considera prematuro a aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación (51,28)

Esto es debido a que , en el transcurso de la gestación pueden presentarse complicaciones, que afecten o interrumpan el normal desarrollo del feto, algunos factores maternos tales como hipertensión gestacional, placenta previa, ruptura prematura de membrana, entre otros; que ponen en riesgo el bienestar fetal y una gestación a término, trayendo como consecuencia un nacimiento pretérmino o prematuro, disminuyendo su probabilidad de vida y son los factores más determinantes en la sobrevida del recién nacido, la madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento (3,26)

Los recién nacidos prematuros tienen características anatomofisiológicas inmaduras por lo que se diferencian del recién nacido a término, siendo que el riesgo para este grupo de neonatos se debe principalmente a la inmadurez anatómica y funcional de diversos órganos, dentro de los que se destacan el reflejo débil de succión y deglución que origina dificultad para alimentarse y peligro de aspiración; inmadurez pulmonar que produce hipoventilación, hipoxia, acidosis respiratoria y metabólica, dificultad para mantener la temperatura corporal, mayor susceptibilidad a infecciones, depósitos limitados de hierro, capacidad limitada para excretar solutos en orina, entre otros (25,9,41)

Por otro lado, el nacimiento prematuro trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y que producen estrés en los miembros de una familia, especialmente para la madre, toda vez que sienten temor, tensión y preocupación por haberse interrumpido el proceso de anidación psicobiológica entre la madre y RN ; ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación; pues la madre quien creó expectativas con el nacimiento del nuevo integrante de la familia se ve en la necesidad de una reorganización de su rol, así mismo; el recién nacido necesita de ese tiempo para que concluya con su proceso normal de desarrollo y maduración biológica, con la finalidad de que se encuentre en condiciones de pasar del medio intrauterino al extrauterino para poder adaptarse a cambios biológicos, fisiológicos y metabólicos que le permitan mantener un adecuado funcionamiento de sus sistemas. (28, 23)

Por lo tanto, el nacer antes de este periodo, encuentra a la madre no preparada para enfrentarse con el nacimiento imprevisto, creando un estado de vulnerabilidad somática y psíquica, resignándose aceptar que otras personas cuiden de su recién nacido, pues la madre en su preocupación le es difícil expresar sus ideas y

sentimientos, sin embargo; ella es la primera persona en descubrir las capacidades vinculares, comunicativas y sensoriales que el neonato posee desde el nacimiento, las cuales se ven interferidas por el nacimiento de su neonato prematuro. (24,35)

Es importante mencionar que al nacer el neonato con un problema de adaptación por su prematurez; su vida comienza con retos que debe enfrentar desde el día de su nacimiento, que abarca la consecución de la maduración de sus sistemas, proceso para lo cual será necesario e indispensable su hospitalización, lo cual amerita ser manejado según su madurez y estado de salud en la unidad de cuidados especializados, como es el servicio de neonatología de cuidados intermedios (UCI), lugar donde pasan al cuidado de profesionales de salud altamente calificados, con logística y alta tecnología para brindar atención inmediata y de calidad, constituyéndose un desafío permanente para estos servicios, logrando mejorar los indicadores de sobrevivencia de estos RN; sin embargo; aún con los grandes esfuerzos realizados para salvar su vida y evitar un retraso e incapacidad en el desarrollo; la mortalidad sigue siendo importante. (25,3, 63)

De tal forma la hospitalización es una experiencia traumática a cualquier edad, tanto para el recién nacido como para la familia, sobre todo para la madre, planteando un reto para ella, produciendo en muchos de los casos desequilibrio emocional. La madre puede llegar a presentar reacciones tales como: negación, irritabilidad o enojo, situaciones que explicarían el rechazo al diagnóstico, la atribución de la responsabilidad de la enfermedad así mismo; como mecanismos de enfrentamiento al miedo y la impotencia de no poder hacer nada por el cuidado de su recién nacido prematuro. (63,4)

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en el año 2013 estima que en el mundo cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, siendo la principal causa de defunción en menores de 5 años. Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 RNPRT, donde los diez países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos son: Malawi 18.1%, Comoras 16.7%, Congo 16.7%, Zimbabue 16.6%, guinea ecuatorial 16.5%, Mozambique 16.4%, Gabón 16.3%, Pakistán 15.8%, indonesia 15.5%, Mauritania 15.4%. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. Asimismo para el año 2015 en los 184 países estudiados, más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, donde los países de ingresos bajos, tienen una media del 12% de prematuros, frente al 9% en los países de ingresos más altos. (51, 9)

A nivel de Latinoamérica, según datos del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para el año 2013 los nacimientos promedio son 11.615.000, de los cuales pre término son de 1.007.016; y con respecto a las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por nacimientos prematuro son: Costa Rica y Chile 27.2 y 27.1 % respectivamente, Argentina 26 %, Venezuela 24.6%, Honduras y Paraguay, 24 y 23.9 % , Colombia 23.1 % , Brasil 21.9%, Nicaragua, 20.6 % , Ecuador y Perú, 19.7 y 19.6 % , México 18.5 % , Uruguay, 17.6 % , El Salvador 17.5 % , Panamá, 15.9 % , Bolivia, 15.3 % y Guatemala 12.6 % . (51,65)

En el Perú, en el año 2013, según el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) atendió 17 mil partos, de los cuales el 11% nacieron prematuros, muchos de estos recién nacidos prematuros pesaron menos de 1,500 gramos y otros nacieron con menos de 1,000 gramos, quienes son considerados extremadamente prematuros y

según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), de todos los nacidos vivos en el 2011, sólo 0.3 % tuvieron un peso menor de 1000gr y el 0.8 % su peso fue menor de 1500 gr y el 5.1 % menor de 2500gr; en cuanto a la edad gestacional, el 0.8 % son nacidos con menos de 32 semanas y el 5.3 % con menos de 37 semanas. (22,3)

Por otro lado la Gerencia Regional de Salud de la Región La Libertad, en el año 2012 se registraron 22,707 RN vivos, de los cuales en el Hospital Regional Trujillo, para el periodo Enero- Diciembre 2012 se reportó 3055 nacimientos, de los cuales 429 fueron recién nacidos prematuros; en el hospital Belén de Trujillo en el mismo periodo se reportó 3583 nacimientos, de los cuales 411 fueron recién nacidos prematuros. A nivel de provincia, en el Centro de Salud Paiján se registraron 7 recién nacidos prematuros. (9)

Dada esta problemática, cabe señalar que, los números de profesionales de enfermería a nivel nacional y local, no es acorde a la cantidad de neonatos hospitalizados en cada ambiente del servicio, sobre todo teniendo en cuenta el grado de dependencia del neonato, convirtiéndose en una limitante para brindar cuidado humanizado de calidad al binomio madre-neonato; sabiendo que este cuidado es definido como el conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico y principios bioéticos que brinda la enfermera(o) al paciente que temporal o indefinidamente lo requiere para satisfacer sus necesidades de una manera holística (bio-psico-social y espiritual); enfatizándose en las dimensiones del ser humano, el grado de dependencia y de la calidad de los cuidados, logrando generar en las madres, confianza, seguridad y consideración hacia el profesional de enfermería (51,7)

En tal sentido, la labor de la enfermera, a través de sus cuidados contribuye en la adaptación e interacción del binomio madre neonato, aspecto clave para los resultados a largo plazo, que permitan una relación afectiva entre ambos y su adquisición de habilidades y destrezas, teniendo como meta contribuir en su bienestar emocional, brindarle apoyo y confianza. De tal forma que la enfermera cumple un rol de "consejera emocional" de la madre, alimentando su autoestima, facilitando el despliegue de su propio estilo, teniendo en cuenta su condición social, económica y cultural. (3,63, 61,18)

De tal forma que los cuidados de enfermería en neonatología son individualizados, especializados e interdisciplinarios, donde la enfermera está pendiente de los cambios del neonato y la satisfacción de las necesidades básicas, las cuales son fundamentales en la determinación de los procedimientos que se deban realizar a los neonatos. De la experticia e imagen que proyecte la enfermera, dependerá la percepción y referencias de la familia, específicamente de la madre, sobre el cuidado humanizado que brinda. (18,7)

Ya que la madre es consciente e inconscientemente emite o desencadena una serie de reacciones emocionales, influenciada por el entorno de esta nueva experiencia, forma una impresión y un concepto de la enfermera a cargo del cuidado de su RN; enfocándose en su actitud, su sensibilidad y sus habilidades, pues la enfermera es el único profesional que gira en torno al recién nacido las 24 horas del día, por lo que es importante considerar que el cuidado de enfermería debe comprender al binomio madre – neonato en su totalidad y no reducirse únicamente a la ejecución de procedimiento, puesto que el cuidado humanizado se verá reflejada en la percepción positiva o negativa que tendrá la madre sobre todo el equipo de enfermería, siendo

considerada la percepción como la información procesada por el cerebro de la madre del neonato, sobre los cuidados que el profesional de enfermería brinda. (50,7).

Es así que, la madre al encontrarse en un estado emocional inestable, por la hospitalización de su recién nacido prematuro, podrá percibir significativamente el cuidado humanizado de enfermería, ya que se mantendrá alerta ante cualquier actividad y actitud de la enfermera, produciéndose de cierta forma un nivel de estrés y una situación perturbadora por la separación con su RN, aunando que durante su hospitalización muchos de ellos se encuentran en la incubadora. Experiencia que ocasiona miedo, temor, ansiedad y estrés en la madre. (39,60)

Actualmente no existen estadísticas sobre el nivel de estrés de los padres de un recién nacido prematuro hospitalizado, sin embargo; se encontraron estadísticas de forma general sobre el estrés, del Instituto Integración del año 2015 realizada a 2,200 personas en 19 departamentos del Perú, en el cual concluyeron que 6 de cada diez peruanos señalan que su vida ha sido estresante en el último año. El estudio señala que las mujeres reportan mayores niveles de estrés (63%) que los hombres (52%). Uno de cada tres peruanos considera los problemas de salud como causa de estrés. Esto preocupa por el riesgo que supone estar enfermo para la propia vida, trabajar y cuidar de la familia, el 17% considera que los problemas con los hijos es otra causa de estrés y las mujeres son las más preocupadas por este aspecto. (63,39)

El ser humano pasa por varias etapas durante toda su vida, dentro de éstas, la más significativa es la reproducción, proceso maravilloso por el cual el óvulo humano se une con un espermatozoide y las fuerzas bioquímicas y mecánicas poderosas actúan sobre el feto permitiendo la adaptación a la vida intra-extrauterina, siendo éste entre

todos los fenómenos una de las experiencias más emotivas y significativas para el ser humano, es decir, el traer al mundo un nuevo ser; quien según la OMS, lo define como neonato o recién nacido, al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. (22,51)

Asimismo, clasifica a los recién nacidos en: Recién nacido a término (RNT) nacidos entre las 37 a 42 semanas de gestación. Recién Nacido Pretérmino o prematuros (RNPRT) a los nacidos con menos de 37 semanas de gestación y Recién Nacido Pos término (RNPT), a los nacidos con más de 42 semanas de gestación, contadas a partir del primer día de la última menstruación, es decir 258 días. En cuanto a la variable edad gestacional (EG), se clasifican en pequeños, adecuados y grandes para la edad gestacional (51,40)

Sin embargo, esta experiencia del ser humano puede alterarse negativamente, al presentarse complicaciones, que afecten o interrumpan el desarrollo del feto, tales como los factores maternos que son; la hipertensión gestacional, placenta previa, ruptura prematura de membrana, infección del líquido amniótico (corioamnionitis) hemorragias vaginales, adicción a drogas edad <17 años o >35 años, falta de control del embarazo; por otro lado con respecto al feto tenemos; las malformaciones congénitas del feto y de la placenta, muerte fetal, infección congénita por citomegalovirus, entre otros; que ponen en riesgo la salud del RN, disminuyendo su probabilidad de vida y como consecuencia un nacimiento pretérmino o prematuro.(50,6,12)

La definición más precisa del recién nacido prematuro es la que señala que, prematuridad es sinónimo de inmadurez y el grado de inmadurez establecería la relación del prematuro con su medio, de tal forma la asistencia que se le brinde, dependerá su futuro inmediato y a largo plazo, de igual manera los problemas que presente el RNPRT son más importantes cuando menor es su peso y edad gestacional; ya que el prematuro nace con una inmadurez de sus órganos y sistemas, lo que le hace más vulnerable a la enfermedad y la muerte y más sensible a los agentes externos como la luz o ruido.(39,56)

La OMS, clasifica al RNPRT según su edad gestacional en prematuridad leve, a los RN entre las 34 – 36 semanas; prematuridad moderada, a los RN entre 30 – 33 semanas, prematuridad extrema a los RN entre 26 – 29 semanas y Prematuridad muy extrema al RN Menor de 25 semanas. Por otro lado la clasificación según su bajo peso tenemos Peso bajo a los RN entre 1501 a 2500 g, peso muy bajo de 1001 a 1500 g, peso extremadamente bajo de 751 a 1000 g y Micro neonato o Diminuto a aquel con menos de 750 g. (51, 17)

Estos RNPRT, tienen características anatomofisiológicas inmaduras las características físicas de su piel es más fina y brillante, se puede visualizar claramente las venas como una red, el color puede ser más sonrosado al nacer aunque suelen presentar ictericia en los días siguientes; el cabello es fino y más abundante; abundante lanugo por todo el cuerpo o por el contrario no tienen vellos; en las niñas las mamilas son más planas, los genitales tienen un aspecto algo extraño porque los labios mayores no cubren a los menores; en los niños los testículos no descendidos, escroto con pocas arrugas; peso menos de 2,5kg; talla menos de 47cm; perímetro torácico; menos de 29cm; perímetro craneal menos de 34cm; extremidades en extensión; ojos prominentes; el aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26

semanas; pabellón auricular blando y mal desarrollado; uñas blandas y cortas; pliegue único transversal en plantas de los pies. (43,39)

Asimismo, dentro de las características fisiológicas presentan una escasa capacidad de contracción de músculos respiratorios, deficiencias nutricionales y endocrinas, dificultades motoras, inmadurez de tejidos pulmonares y el centro regulador de la respiración, produciendo periodos de apnea, su inmadurez neurológica es ausente y débil para el reflejo de succión, deglución y centros termorreguladores, desequilibrio hidroelectrolítico y es susceptible a las infecciones por inmadurez fisiológica, donde el prematuro tiene una pérdida fisiológica del 15 % (2-3%/día), en relación al 5-10% de pérdida fisiológica en lo RNT. Esta mayor pérdida de peso posiblemente es beneficiosa para el prematuro, ya que la administración de un exceso de líquidos y sodio puede aumentar el riesgo de enfermedad pulmonar crónica y de persistencia de ductus arterioso, entre otras. (9,66)

Por otro lado , al momento que se da desde la fecundación hasta los 3 años de vida, se denomina “era de la madre”, etapa que se caracteriza por la existencia de fuertes lazos afectivos; sin embargo; se ha reconocido al embarazo y la transición a la maternidad como periodos de apremio o estrés cambio en que la madre intenta adaptarse venturosamente y controlar el desarrollo normal de la maternidad, por lo que a estos cambios básicos de la vida, se les conoce como estresores del desarrollo o la maduración; a diferencia de ello; el nacimiento de un prematuro o enfermo son hechos inesperados y abrumadores a los cuales no están preparados la madre ni la familia, y se conoce como estresores situacionales o accidentales. (23, 17,27)

De tal modo que, la llegada de un recién nacido prematuro produce cambios que alteran la rutina cotidiana, ocasionando estrés en los miembros de una familia, especialmente para la madre, quien durante el período de gestación se inician las fantasías maternas sobre su RN, acentuándose entre el 4° y 7° mes de embarazo, cuando la madre percibe cada movimiento, siente que forma parte de ella, se idea un RN saludable, pero llegada la hora del nacimiento, todo fue diferente, el RN que soñó sano ahora está en un hospital al cuidado de otras personas, es allí donde se agrupan 2 elementos estresores importantes como son el nacimiento, que implica para la madre un cambio en la dinámica familiar y la enfermedad que convierte en una condición dolorosa por representar un cambio de la situación esperada durante el embarazo, en cuanto a la salud del recién nacido se refiere.(9,23,39)

El RNPRT forma parte de un grupo de riesgo, por lo que, la madre se ve en la necesidad de admitir que le realicen medidas terapéuticas para estabilizar su condición física, proceso para el cual será necesario e indispensable la hospitalización del recién nacido y relativamente ser manejadas en el servicio de neonatología, área intrahospitalaria especializada que garantiza su asistencia y reanimación en la sala de partos, asimismo; se encuentra dividido en áreas como son la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), la unidad de cuidados intermedios(UCI) y alojamiento conjunto.(22, 63,17)

La OMS define al área de cuidados intermedios neonatales como un servicio hospitalario de circuito cerrado, con un alto nivel tecnológico de aplicación rutinaria y técnicas requeridas, para brindar asistencia a los recién nacidos que presentan una alteración de salud, lugar donde el neonato pasará cuando salga de la UCIN a intermedios, donde se brinda continuidad de cuidados, es una buena noticia que se le traslade a este servicio, pues indica que ha mejorado y no necesita de los cuidados especiales, de igual forma, en la unidad se pueden observar dos zonas; en una de ellas

están los niños todavía en incubadora, mientras que en la otra están en cunas, donde el cuidado se orienta en los aspectos de nutrición, desarrollo y tratamiento de los problemas residuales de su enfermedad. (51,56, 27)

Asimismo, desde el punto de vista estructural, en la área de cuidados intermedios están constituidas a su vez por 4 unidades de cuidados de atención, Nivel I: unidad de terapia de los recién nacidos que salen recientemente de la UCIN, son recién nacidos que se encuentran hemodinámicamente estables, con asistencia ventilatoria, nivel II: se brindan cuidados más específicos a los recién nacidos que presentan alteraciones que no ameritan estar en una unidad de terapia, nivel III: se realizan tratamientos más específicos como de fototerapia y nivel IV: son los recién nacidos que egresan de la unidad de terapia y se mantienen en observación para luego ser dados de alta. Un RN puede transitar por estas distintas secciones del servicio, dependiendo de la dinámica de su patología. (22,19)

La hospitalización, experiencia traumática a cualquier edad, acontecimiento inesperado, que produce sensaciones internas inusuales, una inexplicable pérdida de control, por ello; la internación del prematuro, representa una circunstancia que produce una intensa sacudida emocional en las madres; cuya intensidad variará fundamentalmente del riesgo de vida del RN y su estadía en esta unidad, lo que obliga a la madre a adaptarse rápidamente y reorganizar nuevos roles. La noticia de hospitalización, así sea solo para que el RN reciba luminoterapia o hasta algo menos invasivo como una observación más detenida de sus primeras horas de vida, llega a la madre como una separación devastadora, que cambia drásticamente la emotividad del momento desencadenando sentimientos, que van desde la tristeza, angustia, incertidumbre, cambios en la conducta, modificaciones en sus patrones de vida e inadecuadas relaciones con los demás, hasta la culpabilidad, en el caso del prematuro esta situación se acentúa, toda vez que dependerá de las complicaciones que pueda

presentar y el cuidado que reciba del equipo asistencial, especialmente de la enfermera, lo cual marcará el pronóstico de su desarrollo. (24, 63, 61,19)

La madre está adolorida físicamente por el nacimiento de su prematuro, y afectada emocionalmente, porque su recién nacido que debiera estar junto a ella no está, pues se ha observado que cuando la madre lo ven por primera vez sienten desencanto y preocupación, pues le parece demasiado pequeño, delgado, con la piel muy fina y las venas muy visibles, que en muchos de los casos hacen pocas preguntas o ninguna de su estado; así como también se acercan a las cunas con las manos hacia atrás, como esposadas ignorando si pueden tocarlo o si solo lo pueden observar, llegando en muchos de los casos a una comunicación verbal nula con el prematuro, solo se vislumbra en ellas que en su mirada hay una sensación de querer hacer todo tan solo con mirar el fruto de su amor. Ésta mirada pudiera reflejarnos tantas cosas y darnos a una interpretación que puede ser errada porque una cosa es lo que percibe el personal de salud y otra es lo que realmente está pasando por la mente del que vive esta experiencia, en esta oportunidad la madre, quien en muchas ocasiones sienten temor de desarrollar su rol en la unidad neonatal, ya que sus recién nacidos se encuentran en situación de vulnerabilidad y son cuidados por enfermeras que tienen actividades y manejos especiales con el prematuro (19,14,34,15,47)

De allí surge la necesidad que la enfermera no solo brinde cuidado humano al prematuro, sino también cuidado humano a las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios, por medio de la relación terapéutica afectiva, en la cual se abren mayores expectativas de vida, junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser. El profesional de enfermería debe, desde el momento que el RN se hospitaliza, intentar incorporar a su familia, estimulando la visita de su madre, promoviendo la manutención de la lactancia materna, informando su evolución y estado de salud, para aminorar la angustia y

desesperanza. A medida que el RN vaya adquiriendo estabilidad fisiológica, las madres podrán acceder fácilmente a él y se les permitirá el contacto piel a piel y podrán reconstruir ese vínculo o apego afectivo. (22, 61,32)

De tal forma, enfermería desde hace años se ha interesado por adquirir conocimientos que le permitan irrumpir en el área y brindar cuidados humanizados. La palabra cuidado procede del latín “Cogitatum” quiere decir pensamiento, y es definido a su vez como solicitud y atención para hacer bien alguna cosa, además dentro del campo de enfermería existen múltiples connotaciones que hacen referencia al verbo cuidar como: poner atención y esmero, atender, asistir, vigilar, tratar y prevenir. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, definido como ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Pero el principal fundamento conceptual para la presente investigación se basa en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson (2007), donde se establece que el arte de enfermería incluye la disponibilidad de recibir al otro, en comprender su experiencia y en expresarla, permitiendo que el otro también exprese sus sentimientos, por tal razón describe el cuidado como un imperativo moral, reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo del ser humano. (53, 29,66)

Del mismo modo, basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados; dentro de los supuestos se tienen: el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal; el cuidado está condicionado a factores de cuidado; el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar; un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial y permite al individuo elegir la mejor opción”; la práctica del cuidado es central en la enfermería; el cuidado genera más salud que curación; “el cuidado es el eje central de enfermería. (66)

Mientras tanto dentro de los diez factores de Watson, que bien pueden aplicarse durante la vivencia de las madres con RNPRH hospitalizados, encontramos los siguientes factores; el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, permitiendo que la enfermera (o) convierta su práctica más genuina, auténtica y sensible hacia el cuidado ; el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, que guíe las acciones hacia un cuidado transpersonal y permita comprender las percepciones y sensaciones de las madres ante la hospitalización del RN; asimismo, la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, en la cual la enfermera debe respetar las particularidades de cada madre, seguir su ritmo de crecimiento en cuanto a la adaptación de la situación vivida, y recordar la sustitución del “niño soñado” por el niño real. (44)

Así mismo; la promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal, permite separar el cuidado de la curación, es decir, las madres podrán identificar sus necesidades personales, especialmente las que tienen que ver con sus competencias parentales; la provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, que incluye además el bienestar mental y espiritual, las creencias socioculturales de la persona, la privacidad, seguridad y entornos limpios; condiciones que deben asegurarse en las unidades donde se atienden a los neonatos, para que sus padres no se sientan ajenos a la situación. En tal sentido, para comprender al ser humano es preciso basarnos en el cuidado y éste surge cuando nos importa la existencia de alguien y participamos de sus búsquedas, sus sufrimientos y sus sucesos, en fin de su vida (38)

Watson categoriza el cuidado humanizado en las siguientes dimensiones: sentimientos del paciente se inicia con la comunicación, reconociendo sentimientos del paciente, escuchar, comprender lo que siente y ponerse en su lugar, estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana; características de la

enfermera, el trato al paciente debe ser cálido, respetuoso, agradable, cordial y brindar estímulos positivos para así establecer una relación terapéutica donde pueda salir de la crisis física o emocional por la que está atravesando; el apoyo emocional es aquel apoyo que la enfermera brinda a través de un trato cordial y amistoso, que da comodidad y confianza y que deriva en sentimientos de bienestar; el apoyo físico cuando la enfermera entra en contacto con los pacientes, como son mirarlo a los ojos, tomarle de la mano y cubrir sus necesidades físicas. (21,7)

Cualidades del hacer de la enfermera, se refiere al óptimo desempeño de la enfermera, realiza las cosas con sencillez, humildad y agrado, trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo frente al grupo; empatía, capacidad de experimentar y de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, y la capacidad de comunicar, hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura relajada; proactividad, son aquellos comportamientos que denotan atención anticipada al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos; la priorización en el cuidado, está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad; y la disponibilidad para la atención, donde la enfermera debe estar pendiente del sentir, del estado de ánimo, del dolor, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. (7,10)

Por tal motivo, la enfermera es la llamada a ayudar a aumentar la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma del paciente para generar procesos de conocimiento de sí mismo, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos, el cual debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, compartir sus

sentimientos y sus emociones, ayudándola así a reconocer sus debilidades y promoviendo la empatía, la comunicación y fomentar la toma de decisiones, donde la relación en el cuidado de la enfermera y las madres, no sea una asociación frágil, sino más bien una negociación de funciones, en la cual la madre pueda expresar abiertamente sus sentimientos. (41, 33,5)

Sin embargo, pueden presentarse algunas desventajas, en relación a la visita de las madres a su RN, tal aspecto es citado particularmente por la enfermera, mencionando que las madres interfieren en la dinámica de trabajo y no centran la atención en el RN, muchas veces se sienten interrogadas, nerviosas al tener a la madre cerca, por lo que mejor limitan su ingreso, por temor a empeorar el estado de salud del RN. Y al estar la madre separada de su RN, sin poder participar en su cuidado, le ocasiona un cierto grado de estrés, dependiendo el tiempo, quisieran negociar su participación en su cuidado con la encargada de vigilarlo. Por otro lado la información que la madre recibe del personal de salud, muchas veces es inexacta, insuficiente; ya que las enfermeras se limitan a referenciar a la madre con el médico para que le sean despejadas sus dudas, pero aunque intentan tranquilizarlas con sus palabras no informan ni despejan dudas. (49,67)

La enfermera debe estar preparada para responder de manera calificada y fundamentada en conocimientos acerca de las acciones y decisiones sobre el estado de salud del prematuro, ya que la madre tiene derecho a saber al respecto y la percepción del cuidado que brinda la enfermera; dependerá de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado a su RN según sus expectativas y del trato personal que recibieron. Por tanto investigar la percepción, es un proceso complejo que depende de la información que el mundo entrega, como de las experiencias de quien percibe; enfocado a la percepción del cuidado de enfermería, se puede afirmar

que, éste juzga según lo que la madre percibe y no a como lo ve directamente el profesional de salud. (50, 62,45)

Según Colb , define a la percepción como un proceso mental, en el cual juega un rol importante los órganos de los sentidos, que captan la información que es procesada por el cerebro de la madre del neonato, sobre los cuidados que el profesional de enfermería brinda, considerando tres dimensiones: técnico-científico, humana y del entorno. Asimismo, la percepción del cuidado humanizado de enfermería, es definida como un proceso mental, mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción de su cuidado. (50,36)

Por tanto, se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidado de la enfermera, en relación a la percepción del familiar, en este caso la madre, quien estará condicionada por el apoyo emocional, el acercamiento, la información, como se comunica y la ayuda que la enfermera brinde en el cuidado de su recién nacido. Por ello la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía. (36)

Es así que ,la necesidad de tener una comunicación oportuna, clara y asertiva con el equipo de salud y con las enfermeras en particular es muy importante para las madres de los neonatos, ya que confrontan lo que ellas perciben con la información recibida de las enfermeras, favoreciendo una relación empática como un recurso que les permite a las madres sentir apoyo emocional y espiritual, sienten que a través de la comunicación obtienen respeto a sus creencias religiosas, una voz de aliento en los

momentos difíciles, y se facilita el aprendizaje de los cuidados que requieren sus recién nacidos prematuros, lo cual se reflejará en la supervivencia del prematuro y la estabilidad emocional de la madre, puesto que si la comunicación hacia ella por parte de la enfermera es escasa, le puede generar cierto nivel de estrés (58)

Los eventos generadores de estrés para las madres en este caso, es el nacimiento de un prematuro, la hospitalización y el que no despejen sus dudas y el no estar en condiciones de tomar la iniciativa para negociar la atención, ellas terminan aceptando lo que se les impone, sin cuestionarlo. Pues cada ser humano anhela una determinada calidad de vida, en la cual establece una combinación de intereses, emociones y logros, sin embargo; durante el corto lapso de tiempo que permanece en contacto la madre con su recién nacido es inminente que se sienta incompetente para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. (42,31,46)

Ante estas circunstancias, los padres atraviesan diversas etapas de reacciones emocionales, la primera etapa es de conmoción o choque, la segunda es de negación, luego prosigue una etapa de trueque en la cual se da un acercamiento a la religión, la tercera etapa tiene como reacciones comunes la tristeza, la ira, la culpa, ansiedad o estrés, la cuarta etapa es de aceptación y la quinta etapa es de reorganización o equilibrio. Según la cuarta etapa; el estrés es la suma de tensiones psíquicas y corporales, provocando una reacción fisiológica y psicológica y de comportamiento de un individuo que se esfuerza por amoldarse a las presiones internas y externas para adaptarse a las mismas. (53,23, 48)

La OMS, define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción, considerado el estrés una alarma, un estímulo que conduce a la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia; respuesta que

puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas. Por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria, ya que nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones. Según la perspectiva teórica de Selye, considera que el estrés puede estar en el ser humano desde algo muy positivo a algo muy patológico y puede debilitar a la persona, biológica y psicológicamente hasta convertirse en peligro para su salud (53,59)

Según la teoría de Richard Lazarus, estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar. Su teoría de estrés transaccional; abarca una serie de reacciones cognoscitivas y de adaptación que surgen de las interrelaciones entre personas y el entorno, la persona reacciona ante los cambios que percibe en su entorno a través de la adaptación; proceso en el cual el individuo maneja las demandas de la relación persona-entorno o sentimientos que genera. (37)

Asimismo, refiere que durante esta situación, la reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva, donde el sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para activar los sentidos, acelerar el pulso, profundizar la respiración y tensar los músculos. Respuesta que se programa biológicamente (llamada luchar o huir) es porque nos ayuda a defendernos contra situaciones amenazantes. Todo el mundo reacciona más o menos de la misma forma. Los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo. Pero cuando las situaciones estresantes suceden sin resolución, el cuerpo permanece en un estado constante de alerta, lo cual aumenta la tasa de desgaste fisiológico y conlleva a la fatiga o el daño físico, y la capacidad del cuerpo para recuperarse y defenderse se puede ver seriamente comprometida. Como resultado, aumenta el riesgo de lesión o enfermedad. (35, 8,11)

Por otro lado Miles, teniendo como base la teoría de Lazarus, refiere que el estrés se vincula en borde a tres dimensiones, como es, las características ambientales, características del RN y la relación de la madre con éste. Las características del ambiente de la unidad, es un factor de estrés, por su estructura y organización, por la falta de espacio y privacidad, la constante actividad y el tránsito de personal, el equipo de monitoreo continuo, el tiempo restringido de visita y la observación de otros niños en estado grave, siendo en ocasiones los períodos de visita muy limitados y sólo pueden saber del estado de su neonato por medio del médico o de una enfermera, pues son recintos desconocidos, limitados para el tránsito de otros familiares, sintiendo que están solas y aumentando así su estrés. (24,46)

Asimismo, las características de RN, se refiere al estado de la enfermedad y a los cuidados que requiere, según su aspecto corporal, reacciones y manifestaciones, tratamientos y cuidados del prematuro. De igual forma tenemos la relación de la madre con el prematuro, se ve alterada, ya que las conductas constitutivas de apego que utiliza , son las caricias sobre el rostro o el cuerpo del RN, que producen sensación de placer, bienestar y brindan seguridad; las vocalizaciones como la melodía, la prosodia, el ritmo y la intensidad de la voz, le permite reconocer y diferenciar la voz de su madre, por ello , la hospitalización del RN , va a afectar el rol de la madre, impidiéndole atender estas necesidades especiales de amor y de seguridad a su RN, proporcionándole un ambiente de incertidumbre, lo que les hace recurrir a conductas inusuales tales como, desconcierto, incapacidad para comprender la información.(53,24)

Del mismo modo, señala que los niveles de estrés generalmente se presentan en las personas en tres niveles: nivel bajo, moderado y alto. La respuesta a ellos puede ser negativos, positivos o ambos; es así que el equilibrio entre la demanda y la respuesta adaptativa que permite al individuo responder adecuadamente a la

exigencia, darán el nivel de estrés que pueda presentar la madre en la hospitalización de su recién nacido (46,54)

El estrés bajo, es la forma más común, surge de exigencias y presiones del pasado reciente y las presiones anticipadas del futuro cercano, en pequeñas dosis es emocionante y fascinante, puede ser útil porque pone en alerta al individuo para tomar ciertas decisiones, la persona se muerde las uñas o camina de un lado a otro. El Estrés moderado, surge de la preocupación incesante, aumenta la tasa del desgaste fisiológico y conlleva a la fatiga o daño físico, la capacidad del cuerpo para recuperarse está seriamente comprometido, las personas, reaccionan de forma descontrolada, irritables, ansiosos y tensos, tienen prisa, tienden a ser bruscos, están más ansiosos y deprimidos que enojados y hostiles, prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación; para ellos el mundo es un lugar peligroso, reaccionan con cólera o culpa y cuando está indicada la hospitalización, la culpa se intensifica, son incapaces de aliviar el dolor físico y emocional del niño, con temor y frustración. A nivel fisiológico se puede producir: alteraciones circulatorias, del patrón respiratorio, piel fría y pálida, posición rígida, tensión muscular, aumenta la actividad mental y periodo de atención corto. (53, 46,52)

El estrés alto; desgasta a las personas día tras día, año tras año, aumenta el riesgo de lesión o enfermedad, destruye al cuerpo, la mente y la vida, hace estragos mediante el desgaste a largo plazo, piensan lo peor que puede pasarle a su hijo. Asimismo pueden presentar: Cefalalgia, junto con el frío y la palidez de piel provoca típico mano fría y húmeda, irritable, grita, aumenta la actividad mental. La capacidad perceptual, dificultad para concentrarse en algo más que la enfermedad de su RN, no puede responder a preguntas sencillas y conducta completamente fuera de contexto y el pensamiento y habla sin coherencia, debido a la angustia. (1,16)

Jofré y colaboradores. 2002. En Concepción- Chile, realizó un estudio sobre los niveles de estrés de las madres de RN prematuros, donde el 51,4% presenta niveles estresantes y 48,6% niveles muy estresantes, lo que avala el hecho que aunque el nacimiento de un nuevo ser es un acontecimiento esperado tanto para los padres como para la familia, genera un cierto nivel de estrés en las madres, y más aún cuando el RN nace antes de lo esperado, tiene que estar hospitalizado y no puede permanecer al lado de su familia.(35)

Sifuentes, A; Parra, FM; Marquina, M. Oviedo, S. 2010. Venezuela. En su estudio Relación Terapéutica del Personal de Enfermería con los Padres de Neonatos en la Unidad Terapia Intensiva Neonatal. Obtuvo como resultados: con respecto a la dimensión de apoyo emocional el 53,33% de padres opinaron que el personal de enfermería no ofreció manifestaciones de afecto a través del contacto físico, el 70% indicaron que el personal de enfermería si se preocupaba por cuidar la salud de los RN. Asimismo, el 53,33% manifestó que el personal de enfermería no les ofreció apoyo cuando se sentían preocupados por sus hijos, pero, el 66,66% sintió confianza en el personal de enfermería, el 60% manifestaron que el Personal de Enfermería les permitió libre expresión de sus sentimientos. Sin embargo, se encontraron respuestas preocupantes como el 60% de padres consideraron que el Personal de Enfermería no es cálido ni accesible, pero el 66,66% considera al Personal de Enfermería como profesionales dignos de confianza y respeto. (61)

Díaz, Cinthya.2012. En su investigación sobre el Estrés de padres de recién nacidos internados en la UCIN, obtuvo como resultados, en cuanto a la alteración del rol parental, que un 60% de madres lo percibió como muy estresante y un 25% .como extremadamente estresante. En segundo lugar se encuentra el aspecto y comportamiento del bebé, ya que es muy estresante para el 40% de las madres y extremadamente estresante para el 15%.En tercer lugar se identificó que la relación

con el personal es muy estresante en el 35% de los casos y extremadamente estresante en el 15% de las madres, sin embargo, la subescala que señalan las madres como menos estresante es la denominada luz y sonido siendo el 85% de las madres las que sintieron poco o moderado estrés.(19)

Palacio, María.2012.En Córdoba, investigo sobre el estrés en padres con hijos hospitalizados en la UCIN, obtuvo como resultados que el 63% de los padres presentaron un estrés moderado en cuanto a la manera en que perciben el ambiente físico y tecnológico, el 58% de padres refirieron un nivel alto de estrés en cuanto a los cuidados y tratamientos, el 52% de padres refirieron un moderado nivel de estrés en cuanto a la comunicación con el equipo de salud y el 61 % de los padres expreso un nivel alto de estrés, en cuanto a la interacción con sus hijos hospitalizados (52)

González, Dianne; Ballesteros, Nury y Serrano, María. 2012 Colombia. En su estudio descriptivo determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Donde se encontró que el 89% de la población manifestó que esta situación fue muy o extremadamente estresante, y el 11% manifestó como poco o moderadamente estresante, por otro lado, la presencia de monitores y aparatos cerca del bebé fueron considerados por las madres como extremadamente estresantes en un 27.6 %, por presencia de otros bebés en la habitación, para un 34% no fue estresante y 7 % fue extremadamente estresante, por el tamaño del bebé para el 41.3% no fue estresante y el 8.9% consideró muy o extremadamente estresante. En cuanto a la separación madre- bebe el 90.5% consideran como una situación muy o extremadamente estresante y con respecto al nivel de estrés por el comportamiento del personal de salud se encontró que el 29.8% de madres consideran que ninguno de los ítems aplica. (28)

Dávila Esther y Estacio Rubí. 2012. Trujillo, en su investigación descriptiva estresores y nivel de estrés en madres de recién nacido del Hospital Regional Docente Trujillo 2012, obteniéndose los siguientes resultados: 26% tuvo nivel medio de estrés y el 74% presento un nivel alto de estrés (16)

González RG .2012 en su estudio; Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, encontraron que el 59,9% del personal de enfermería brinda una atención con cuidado humanizado, mientras que el 40,1% no lo hace. (29)

Bustamante J, Rivera G, Fanning M, Caján M, 2014, en su investigación cuantitativa- descriptiva percepción de las madres sobre la calidad del cuidado enfermero al neonato hospitalizado en el Hospital Regional Docente las Mercedes, los resultado revelaron que la percepción de las madres sobre la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería es adecuado en un 93% para la dimensión técnico – científico; mientras que en la dimensión humana y en el entorno se halló una percepción parcialmente adecuada del 7% respectivamente (7)

La presente investigación surge de las experiencias vivenciadas durante las prácticas asistenciales pre-profesionales en la unidad de cuidados intermedios del servicio de Neonatología de las diferentes instituciones de la localidad, donde nos ha permitido evidenciar el impacto en la familia frente al nacimiento de un neonato prematuro, en especial para la madre, quien en su experiencia dentro de la unidad de recién nacidos, es ella la primera persona que enfrenta la hospitalización de su hijo en un ambiente ajeno, complejo, estresante y algunas veces desalentador, lugar donde están a cargo del personal de enfermería; provocando gran preocupación, más aún si el equipo de salud, especialmente la enfermera no tiene mayor interacción con ellas,

les brinda poca información o simplemente hacen caso omiso a sus inquietudes, provoca en la madre el incremento de sus temores y miedos.

Del mismo modo hemos observado que una enfermera brinda atención en cada turno y por cada unidad de cuidados intermedios, con una capacidad de aproximadamente 7 RN, pero también depende de su estado de salud, puesto que los intermedios I y II, se atiende entre 4 a 7 RN aproximadamente y además; por la gran demanda en muchos de los casos no es fácil que, además de brindar cuidado del RN, también se cuide a la madre, quien se encuentra afectada emocionalmente, pues le demandaría mayor tiempo del que necesita del cuidado del neonato.

Por otro lado, la atención de la enfermera en neonatología es compleja, por el tipo de pacientes que atiende en esta área, así como los procedimientos que se realizan, requiere tener experiencias, contacto directo y constante con el RN. Por lo tanto, la familia, especialmente la madre, al tener un miembro hospitalizado, va a desencadenar una serie de reacciones emocionales frente a la percepción del cuidado que brinda el equipo de salud, especialmente la enfermera, dándole un significado positivo o negativo de acuerdo a lo que ellas logren visualizar durante la estadía de su RN. Por lo que la atención de enfermería debe tener un balance perfecto entre lo humanístico y lo científico, no olvidemos, que la esencia de enfermería es el “cuidado “en este caso del recién nacido y la familia el cual debe ser humano e integral.

De allí la importancia de la relación que exista entre la madre y la enfermera del servicio de Neonatología, ya que en pleno siglo XXI, en un mundo globalizado, ya que se ha podido visualizar que es la enfermera quien día a día se enfrenta a grandes retos durante sus turnos en el cuidado y bienestar del recién nacido y la familia, pues es consiente que la madre se encuentra en una situación de separación, provocando

estrés; siendo estos periodos muy sensibles para ella, pues el tener su neonato que nace antes de lo esperado le resulta una situación estresante, por lo que hace más difícil el proceso de adaptación del rol materno, enfrentándose a la idea de no tener a su hijo y poder acariciarlo, tocarlo, darle afecto, amor; sino por el contrario tienen que afrontar abruptamente esa cruda realidad para la cual no estuvo mentalmente preparada. Por consiguiente la enfermera debe aprender a escuchar y validar el sufrimiento de la madre, caso contrario los cuidados brindados al RNPRT perderán su verdadero sentido, poniendo en riesgo el apego y la calidad de vida futura de ambos.

Por ello, en este trabajo de investigación se pretende identificar el nivel de estrés y la percepción del cuidado humanizado de enfermería, que tienen las madres de neonatos prematuros hospitalizados, para ser socializados con la jefatura del departamento de neonatología y las enfermeras que laboran en ella, con el fin de poder encaminar las acciones en el cuidado que brinda la enfermera a los prematuros y a la vez considerar también a la madre dentro de los cuidados, ya que en muchos de los casos solo está dirigido en satisfacer las necesidades del RNPRT y no de la madre, padre y / o familia.

De la misma forma, consideramos relevante abordar esta problemática, ya que los resultados que se obtengan, ayudarán al profesional de enfermería a reflexionar, mejorar para lograr un cuidado humanizado, integral y oportuno al binomio madre-neonato, teniendo en cuenta el paradigma de la transformación; será un estímulo para estudiantes y profesionales de enfermería a mejorar la atención, y por ende la percepción sobre el cuidado humanizado de enfermería en la madre y/o cuidador, asimismo; abrirá las puertas e interés de nuevos estudios, basados en la diada madre-neonato.

Por lo expuesto la presente investigación tiene como propósito de determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería en relación al nivel de estrés de las madres del neonato prematuro durante su hospitalización, siendo esta nuestro punto de partida y teniendo el interés, se consideró dilucidar la siguiente interrogante del presente problema de investigación.

¿Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado Hospital Belén -Trujillo 2016?

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería y su relación con el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016.

ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.
- Identificar la percepción del cuidado humanizado de enfermería por la madre del recién nacido prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.

HIPÓTESIS:

Hi: Existe relación significativa entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016.

H0: No existe relación significativa entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MATERIAL:

2.1.1. Población:

La población para el presente estudio estuvo constituido por 100 madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en el área de cuidados intermedios, del departamento de neonatología del hospital Belén-Trujillo 2016.

2.1.2. Criterios de inclusión:

- Madres de neonatos prematuros hospitalizados en el área de cuidados intermedios.
- Madre que acepta participar en el estudio y firma el consentimiento informado.

2.1.3. Criterios de exclusión:

- Madres cuyos neonatos se encuentren en una situación crítica de muerte.
- Madres de neonatos prematuros que presenten problemas psicológicos.

2.1.4. Universo Muestral

Para la obtención de la muestra el presente trabajo investigativo se aplicó la siguiente fórmula (EPIDAT), considerando el total de neonatos prematuros: 77 casos reportados durante los meses de mayo y junio del 2015. (Ver Anexo IV)

2.1.5. Unidad de análisis

Cada una de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados intermedios del hospital Belén-Trujillo 2016.

2.2. MÉTODO:

2.2.1. Tipo de estudio y diseño

Este estudio es de tipo cuantitativo, porque permite medir las variables de estudio; correlacional, porque pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan las variables entre sí; el método de estudio es descriptivo simple, uni variado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra; de corte transversal, porque la variable se dará en un determinado periodo de tiempo, haciendo un corte en el tiempo; de nivel aplicativo transversal, porque nos da un aporte para la mejora de la práctica de enfermería. (Cazau, Pablo. 2006). (13)

$$M \quad X1 \text{ — } X2$$

Donde:

M= Madres de neonatos prematuros hospitalizados en el Hospital Belén – Trujillo.

X1= Nivel de estrés de madres de RNPRT.

X2= Percepción del cuidado humanizado de la enfermera

2.2.2. Variables y Operacionalización de Variables

Variable X1: Nivel de estrés de la madre

Definición Conceptual:

El estrés es la tensión o presión que tiene una persona en una relación particular que se da entre un individuo y el entorno, evaluado por el primero como amenazante y que desborda sus recursos, poniendo en peligro el bienestar de la madre del recién nacido prematuro hospitalizado, exigiendo por ello un cambio o adaptación. (37)

Definición operacional:

El nivel de estrés y su intensidad se medirá con:

- **Estrés bajo:** Cuando el puntaje es de 0 – 59
- **El Estrés moderado:** El puntaje es de 60 - 119
- **Estrés alto:** El puntaje es de 120 – 180

Variable X2: Percepción del cuidado humanizado de enfermería

Definición Conceptual

Es un proceso mental, en el cual juega un rol importante los órganos de los sentidos, que captan la información que es procesada por el cerebro de la madre del neonato, sobre el cuidado humanizado que el profesional de enfermería brinda al neonato, considerando tres dimensiones: técnico-científico, humana y del entorno.(7-36)

Definición Operacional.

El cuidado humanizado, se midió según los siguientes rangos:

- **No Percibe cuidado humanizado** : cuando el puntaje es entre 24-60 puntos

- **Percibe cuidado humanizado** : cuando el puntaje es entre 61-96 puntos

2.2.3. Procedimientos para la recolección de datos

Para la presente investigación se realizó previa coordinación y autorización de la Dirección del Hospital Belén de Trujillo, asimismo con la enfermera jefa del servicio de cuidados intermedios del departamento de neonatología antes de iniciar el estudio.

Se ubicó a las madres de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados del departamento de neonatología, pidiendo su consentimiento para participar en el estudio, luego de presentar y explicar que su información es confidencial y la encuesta tendrá una duración de 15-20 minutos

Se les aclaró sobre los mecanismos y forma de llenado de la encuesta, pero sin sugerir la respuesta. En el caso de las madres analfabetas, se les leyó y explicó cada ítem, para marcar la respuesta.

2.2.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos:

A las madres de los recién nacidos prematuros se les informó que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogió es confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación. Sus respuestas dadas en el cuestionario fueron codificadas usando un N° de identificación y por lo tanto, son anónimas y absolutamente confidenciales, por ello esta investigación se llevó a cabo con estos principios éticos de Confidencialidad que fueron propuestos por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) a nivel internacional y esta establecidas en el código Deontológico de enfermería según Artículo 89 (la enfermera debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización). Si se tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Según la American Psychological Association considera el siguiente criterio: Verdad del registro se respetó el principio de la verdad de registro, debido a que no se incurrió en la falsificación de datos. Asimismo se consideró el principio de ética de la publicación debido a que este proyecto se realizó a base de los datos de científicos anteriores.

2.2.5. Instrumento de recolección de datos:

La presente encuesta persiguió la finalidad de medir el cuidado humanizado de enfermería y su relación en el nivel de estrés maternal del neonato prematuro hospitalizado. Hospital Belén -Trujillo 2016.

Técnica: entrevista estructurada. Se seleccionó esta modalidad porque se establece una mejor comunicación interpersonal con los sujetos bajo estudio.

Instrumento: está conformado fundamentalmente por dos encuestas las cuales son:

La escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, 1998 del autor M. S. Miles y Funk, esta escala evalúa tres factores que reflejan las percepciones parentales acerca del ambiente físico y psicosocial de la UCI, apariencia y conducta del RN y como la madre siente la relación con su RN, brindando un microanálisis del estrés, es decir, qué factor o situación particular es percibido, interpretado y representado cognitivamente como más estresante para las madres. (46)

La Escala consistio en un formulario con 36 ítems de respuesta cerrada, presentados en escala de medición ordinal tipo Likert. De las 36 respuestas, 5 corresponden al aspecto y sonidos de la unidad, 19 a la apariencia y conducta del RN, 11 a como la madre siente la relación con su bebe y 1 mide el estrés en general y por ultimo una pregunta abierta.

Los ítems de cada subescala se medirán con una puntuación de 0 al 5:

1= “no ha sido estresante”

4= “mucho estrés”

2= “un pequeño estrés”

5= “extremo estrés”

3= “moderado estrés”

0= No lo experimente

En las variables que fueron presentadas y representadas, se tuvieron en cuenta los niveles de estrés: bajo, moderado y alto. El nivel bajo, representa las puntuaciones: 0 “no lo experimente”, 1 “no ha sido estresante”, 2 “un pequeño estrés”. El nivel Moderado representa la puntuación: 3 “moderado estrés”. El nivel alto, representa la puntuación: 4 “mucho estrés”, 5 “extremo estrés”.

El segundo instrumento para medir el cuidado humanizado en madres de recién nacidos prematuros, se tuvo como base la encuesta del autor González Hernández Oscar (2013), modificado por las autoras, con un total de 24 ítems. Para la clasificación de cada ítem, se le asignan valores numéricos del 1 a 4 puntos con la siguiente clasificación:

Siempre	: 4 puntos
Casi siempre	: 3 puntos
A veces	: 2 puntos
Nunca	: 1 punto

Al analizar las respuestas del instrumento en total, el rango real es de 24 a 96 puntos. Al clasificar las respuestas se dispuso de dos rangos de medida en cuanto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado, clasificándolas en que si percibe cuidado humanizado con un puntaje de 24-60 puntos, o no percibe cuidado humanizado por parte de las enfermeras del área de cuidados intermedios, cuando su puntaje es de 61-96 puntos (30).

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

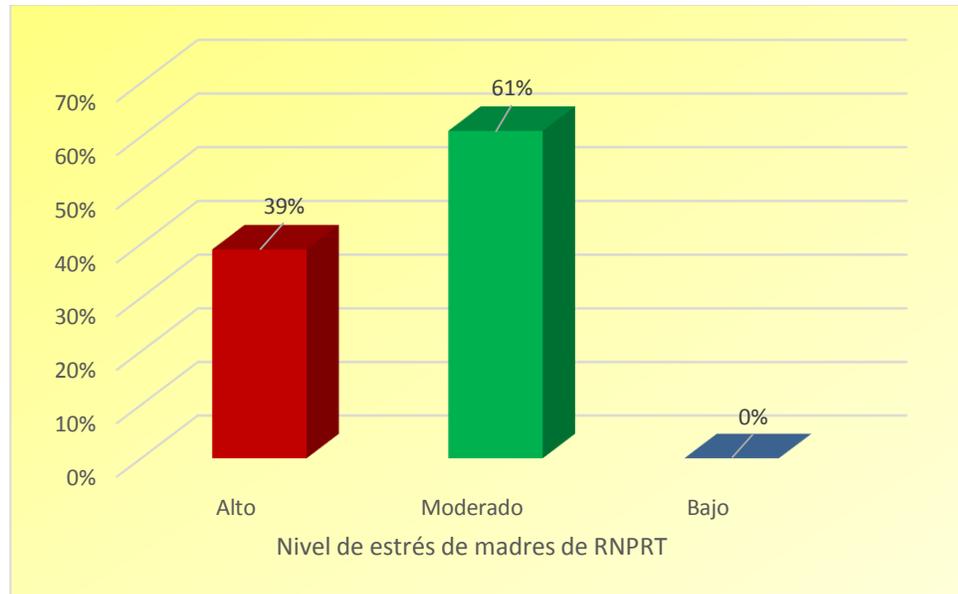
Distribución del nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.

Nivel de estrés de madres de RNPRT	Frecuencia	%
Alto	30	39%
Moderado	47	61%
Bajo	0	0%
Total	77	100%

Fuente: La escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, 1998 del autor M. S. Miles y Funk.

GRÁFICO N° 1

Nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.



Fuente: Tabla N°1

TABLA N° 2

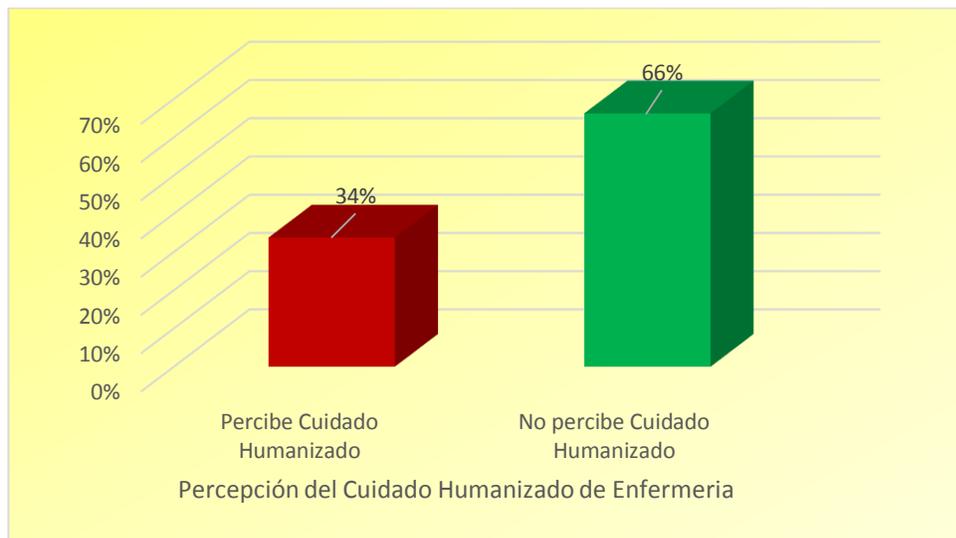
Distribución de la percepción del cuidado humanizado de enfermería por la madre del neonato prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.

Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería	Frecuencia	%
Percibe Cuidado Humanizado	26	34%
No percibe Cuidado Humanizado	51	66%
Total	77	100%

Fuente: Encuesta de cuidado humanizado en madres de recién nacidos prematuros, González Hernández Oscar (2013) modificado por las autoras.

GRÁFICO N° 2

Percepción del cuidado humanizado de enfermería por la madre del neonato prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016.



Fuente: Tabla N°2

TABLA N° 3

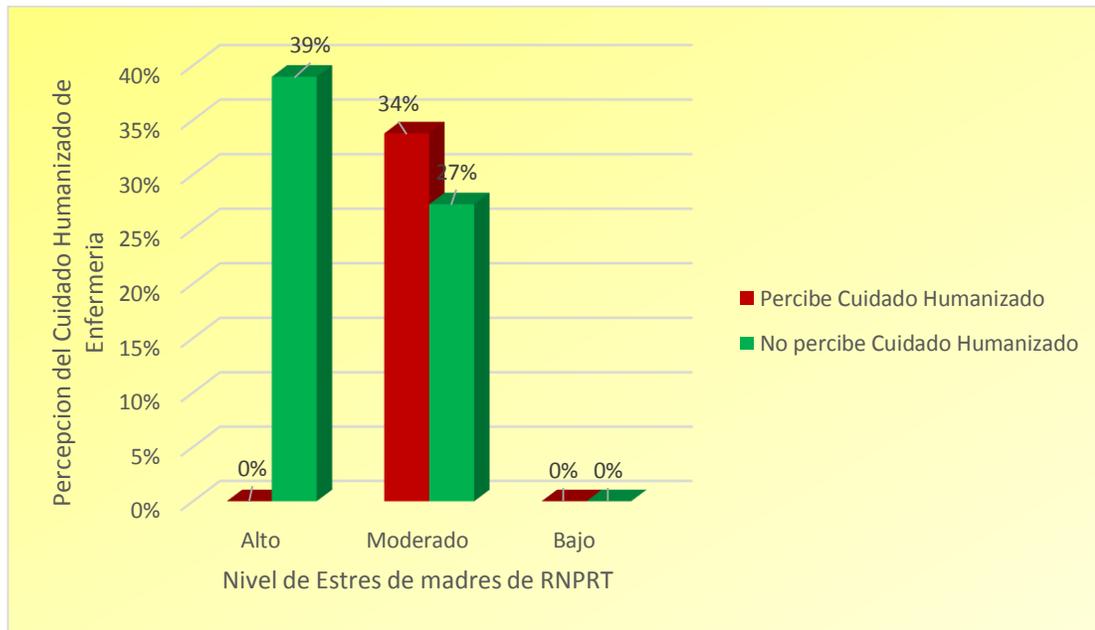
Distribución de la percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016.

Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería	Nivel de estrés de madres de RNPRT						Total
	Alto		Moderado		Bajo		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Percibe Cuidado Humanizado	0	0%	26	34%	0	0%	26
No percibe Cuidado Humanizado	30	39%	21	27%	0	0%	51
Total	30	39%	47	61%	0	0%	77

Fuente: La escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, 1998 del autor M. S. Miles y Funk y Encuesta de cuidado humanizado en madres de recién nacidos prematuros, González Hernández Oscar (2013) modificado por las autoras.

GRÁFICO N° 3

Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016.



Fuente: Tabla N°3

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación fue realizado con el propósito de determinar la relación entre la Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016, obteniéndose los siguientes resultados:

En la **tabla N° 1**: Nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016. Es importante destacar que el mayor porcentaje de madres del neonato prematuro hospitalizado, tienen un 61 % de nivel de estrés moderado y el 39% un nivel de estrés alto.

Los resultados del estudio concuerdan con los encontrados por Jofré y colaboradores. 2002, en Concepción- Chile, donde el 51,4% de madres de RN prematuro presenta niveles estresantes y 48,6% niveles muy estresantes. Por otro lado los resultados difieren con el estudio realizado por Dávila Esther y Estacio Rubí. 2012. Trujillo, en el cual han obtenido los siguientes resultados, el 26% de madres de recién nacido prematuro presentó nivel de estrés medio y 74% presento un nivel alto de estrés. (35)

Los hallazgos se debe a que el nacimiento de un nuevo ser genera un cierto nivel de estrés en las madre, padres y el entorno familiar, más aún cuando el RN nace antes del tiempo esperado, tiene que ser hospitalizado y no permanece a lado de su familia; hechos que conllevan a que se genere algún nivel de estrés, especialmente en la madre y padre, pues el estado emocional en que se encuentra la madre, va a depender

de su propia constitución emocional, de la presencia de un sistema de apoyo, de experiencias previas y del peligro que implica para la vida de su neonato, así mismo, el ambiente del hospital es un hecho estresor por sí mismo porque implica nuevos horarios, exploraciones dolorosas, entre otros. Según Lazarus, el estrés en la madre del prematuro se basa fundamentalmente en la sensación de amenazar la vulnerabilidad y su capacidad para afrontar la situación, un acontecimiento vital no es lo que produce estrés, sino es la visión que tiene la madre lo que finalmente hace que dicha situación resulte estresante. (19, 37,52)

Los resultados encontrados en cuanto al nivel de estrés de las madre de neonatos prematuros fueron de moderado a alto, el cual puede deberse a diversos factores como es su situación económica, el ambiente hospitalario donde la madre se percibe innecesaria, los tratamientos que se le administra al neonato es otro estresor para ellas, ya que habitualmente el personal de salud no suele comunicarse con las madres y cuando lo hace es exclusivamente sobre los cambios de su enfermedad; pero además las autoras concuerdan con Lazarus al mencionar que el estrés depende de su capacidad para afrontar la situación que están viviendo.

En la **tabla N° 2:** Percepción del cuidado humanizado de enfermería por la madre del recién nacido prematuro hospitalizado en el departamento de neonatología en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén-Trujillo 2016, nos muestra, que el 66% de madres de neonatos prematuros hospitalizados no perciben cuidado humanizado de enfermería y el 34% si perciben cuidado humanizado de enfermería.

Los hallazgos concuerdan con los resultados del estudio realizado por Bustamante J, Rivera G, Fanning M, Caján M, 2014, donde el cuidado humanizado del profesional de enfermería es adecuado en un 93%; y en un 7% una percepción

parcialmente adecuada. Asimismo, los resultados encontrados difieren a los encontrados por González R 2012, en el cual donde encontraron que el 59,9% del personal de enfermería brinda una atención con cuidado humanizado, mientras que el 40,1% no lo hace. (7,29)

La enfermera es la llamada a ayudar a aumentar la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma del paciente y su cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, la cual debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, es estar ahí con el otro, compartir sus sentimientos y emociones, ayudándolo a reconocer sus debilidades y promoviendo la empatía, comunicación y fomentar la toma de decisiones, donde la relación en el cuidado de la enfermera y las madres, no sea una asociación frágil, sino más bien una negociación de funciones, en la cual la madre pueda expresar abiertamente sus sentimientos. (41, 33,5)

La enfermera debe estar preparada para responder de manera calificada y fundamentada, ya que la madre tiene derecho a saber al respecto y la percepción del cuidado que brinda la enfermera dependerá de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado a su neonato según sus expectativas y del trato personal que recibieron y se verá reflejado en la supervivencia del prematuro y la estabilidad emocional de la madre. (41)

Los resultados encontrados, pueden deberse a que los profesionales de salud no permiten el ingreso continuo de la madre, ya que el neonato es considerado un grupo de riesgo y está expuesto a diferentes problemas (infecciones), pues tiene un sistema inmunológico inmaduro, por tanto el contacto continuo de personas puede ser un agente portador de microorganismos; de esta manera limitan el ingreso de las madres solo a la lactancia, mas no se interesan por el estado emocional de ellas, ya que la

enfermera durante su turno , enfoca el mayor tiempo al cuidado del neonato, evadiendo muchas veces el contacto y comunicación con la madre.

En la tabla N° 3: Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios. Hospital Belén -Trujillo 2016. Nos muestra que de las madres que califican con nivel de estrés moderado, el 34% percibe cuidado humanizado de enfermería y el 27% no percibe cuidado de enfermería y que de las madres que califican con nivel de estrés alto el 39% no percibe cuidado humanizado de enfermería. Al respecto no se han encontrado estudios de investigación que relacionen estas dos variables con los cuales se pueda comparar y discutir estos resultados.

Asimismo, nos muestra que las madres que califican con nivel de estrés moderado, el 34% percibe cuidado humanizado de enfermería y el 27% no percibe cuidado de enfermería, este resultado puede deberse a que algunas de las madres encuestadas refieren que la enfermera es un profesional capaz de brindar un buen cuidado a su neonato, sin embargo es el ambiente hospitalario y la presencia de otros neonatos con diferentes diagnósticos médicos lo que les ocasiona ciertos niveles de estrés.

Al someterse los datos a la prueba estadística de Independencia de Criterio Chi-Cuadrado de Pearson, se encuentran evidencias suficientes para rechazar la independencia de ambas variables, donde el valor de significancia es $P=0.01$, lo que nos permite señalar que la Percepción del cuidado humanizado de enfermería incide en el nivel de estrés de la madre del neonato prematuro, con la tendencia a que si se percibe cuidado humanizado disminuye el nivel de estrés. (Anexo N° 6)

V. CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación y haber analizado y discutido los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El Nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado, califica en un 61% como nivel de estrés moderado seguido del 39% de nivel de estrés alto.
2. El 66% de madres de neonatos prematuros hospitalizados no perciben cuidado humanizado de enfermería y el 34% si perciben cuidado humanizado de enfermería.
3. La percepción del cuidado humanizado de enfermería se relaciona significativamente con el nivel de estrés de la madre del neonato prematuro hospitalizado. (P= 0.001)

VI. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación se propone las siguientes recomendaciones:

- Difundir los resultados al staff de enfermeras del Hospital Belén de Trujillo, a fin de tomar conocimiento y acciones necesarias para disminuir el estrés, asimismo, considerar a la madre en el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.
- Promover la investigación en otros hospitales, con el fin de obtener nuevos resultados que permitan evidenciar y establecer comparaciones de los resultados obtenidos.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Acero S, Quevedo G. Educación a los padres para facilitar el acercamiento con su hijo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la fundación abood shaio. chía –Cundinamarca. 2013 (citado el 10-02-16):4-58. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/9462/1/Nelcy%20Mariela%20Acero%20Soto.%20tesis.pdf>
2. Balza L, Fernández A. EL bebé prematuro en la Sección de Neonatología del Hospital Universitario Donostia. Ed 1: sección de Neonatología Hospital universitario Donostia; 2011.
3. Barrientos S, Figueroa P. Percepción de madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud en relación a la educación brindada durante un periodo de hospitalización en la unidad de neonatología del hospital clínico regional Valdivia, periodo 2012.2013(citado el 05-01-16): 1-66.
4. Bindler R, Ball JW. Enfermería Pediátrica Asistencia Infantil. Vol 1.1ra Ed. Madrid (España): Pearson Educación: 2011.
5. Brannon L y Feist J. Psicología de la salud. Madrid-España. Editorial International Thomson Spain Paraninfo. S.A; 2001:150-165
6. Burroghs A, Bleir. Enfermería Materna Infantil. Vol 1. 6ta Ed. México: Interamericana; 2002.

7. Bustamante J, Rivera G, Fanning M, Caján M, Percepción de las madres sobre la Calidad del Cuidado Enfermero al Neonato hospitalizado en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 1/Nº2. ISSN 2313-0369/2014
8. Choherty JP, Eichenwald E, Stark AR. Manual de Cuidados Neonatales. Vol 1. 4ta Ed. España: Masson; 2005.
9. Cañas L. Significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pre término extremo en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Universidad nacional de Colombia. 2012 (citado el 10-02-16):5-140.disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8913/1/539695.2012.pdf>
10. Capdevila C.; Sánchez P, García R.; Moraña Soler, D. Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. Revista Anales de la Pediatría. Vol.77 Num.1. España 2012.
11. Caruso, A, Mikulic, I. El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: traducción y adaptación de la escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU - M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 1998) Anu. investig. vol.19 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul. /dic. 2012
12. Casado F. Urgencias y tratamiento en niño grave. Vol. 2. 21 Ed. Barcelona (España): Océano/ergon; 2009.
13. Cazau P. Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales. Tercera Edición. Buenos Aires, Marzo 2006. Módulo 404 Red de Psicología online.

14. Crespo C. Cuidados de enfermería en neonatología. 1ra edición. Madrid – España. Editorial síntesis S.A; 2001: 61-66,133-142
15. Cuesta, M; Espinosa, A; Gómez, P. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. Editorial Médica Panamericana. Artículos científicos .junio 2012:36-40
16. Dávila E y Estacio, R. Trujillo. Estresores y nivel de estrés en madres de recién nacido del Hospital Regional Docente Trujillo. 2012. . Tesis para optar el título de licenciada en enfermería-UNT
17. Deacon Jane, Neill Patricia. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatología. Vol. 1. 2da Ed. México: Interamericana MC Graw-Hill; 2001.
18. Delgadillo D. Satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal-2013-Lima. Tesis Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología
19. Díaz C. Participación ocupacional y estrés de padres de recién nacidos internados en unidades neonatales. 2012, diciembre. Tesis de grado (citado el 15-01-16):1-59. disponible en <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112310.pdf>
20. Díaz Pilar. Manual CTO de Enfermería. 4ta Ed. España: Tomo I; 2010; 213.
21. Ferreira, Augusto. Enfermería: Cuidados humanizados. Enfermería (Montev.) - Vol. 3, nº 1 - junio 2014 - ISSN: 1688-8375
22. Fonseca L, Vázquez M. El sentir de los padres ante el hecho de tener a su recién nacido hospitalizado en el área de terapia intensiva neonatal del

hospital universitario de caracas. 2005 (citado el 05-01-16) :1-48.disponible en:

<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/1300/1/trabajo%20especial%20de%20grado.pdf>

23. Galimberti M. Recién nacido prematuro internado en unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés maternal y modelos de intervención.2010.Vol 1. Ediciones Ciipme-Conicet.: Avances Iberoamericanos; 2010.
24. Gallegos M, Reyes H, Scochi C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su Participación en la Unidad Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem .nov.-dic. 2013; 21(6):1360-6. (citado el 4-02-16) Vol. 24,(2): 98-108.disponible en: www.medigraphic.org.mx
25. Gamella Gunningham.Neonatología.Vol1.3Ed.México: Medica Panamericana; 1998
26. Gómez M, Danglot C, Aceves M. clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr.2012; 79(1);32-39
27. Gonzales C, Ruiz G. Martínez R. Enfermería del Niño y adolescente. Vol 1.1 Ed. Madrid (España): Enfermería S21; 2003.
28. González E, Ballesteros C, Serrano R. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Rev.Ciencia y Cuidado. Julio 2012; 9 (1): 1794-9831.
29. Gonzales R. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis

de Santa Marta. Memorias / Volumen 11, Número 20 / julio - diciembre 2013.21

30. González O J. validez y confiabilidad del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería pche clinicountry 3^a versión. Bogotá- Colombia 2014 (citado el 2-02-16)
31. Goreti M, Martín M. La experiencia de las madres en la participación del cuidado de sus hijos hospitalizados. *Enferm Clin.* 2011(citado el 20.01-16):1-6.Disponible en: www.elsevier.es/enfermeriaclinica
32. Guerra JL, Ruiz CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Av Enf* 2008; 28(4):237-46.
33. Gutiérrez L, Galleguillos D. Desarrollo del vínculo de apego en la díada madre-bebé prematuro, que practicaron el método madre canguro (MMC) en la Unidad de Neonatología del hospital San José. Universidad academia humanismo cristiano .2011(tesis)
34. Jasso G L. Neonatología. Vol 1.1,6 Ed. México: Interamericana MC Graw-Hill; 1996,2005
35. Jofré R. Enríquez D. Nivel de estrés de las Madres con Recién Nacidos Hospitalizados en la UCIN Hospital Guillermo Grant. *Ciencia y Enfermería*, 2002; 8 (1): 31-36.
36. Kolb, Modelo de David Kolb, aprendizaje basado en experiencias. Citado el 20-04-16 disponible en http://www.cca.org.mx/profesores/cursos/cep21/modulo_2/modelo_kolb.htm

37. Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Editorial Martínez Roca S.A.
38. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
39. Lezma A. Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuro sometidas a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012. Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología. Lima – 2013. (citado el 05-01-16):29-33, 37-39.
40. Lowdermilk D, Perry S, Bobak. Enfermería Materno Infantil. Vol1-2.6ta Ed. Madrid (España):
41. Macalopú C, Vargas, G. Rol de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del cuidador primario del adulto mayor dependiente. hospital Belén de Trujillo- 2014. tesis para obtener el título profesional de: licenciada en enfermería.
42. Martínez G. Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación de desarrollo del neonato prematuro, efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas. Octubre -2010.(citado el 12-01-16):6-186.Disponible en:
43. Medellín C ,Tascon E. Crecimiento y Desarrollo del ser Humano. Vol 1. 1ra Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1995
44. Medina, J. “La pedagogía del cuidado” Edita. Alertes. 1ª Edición. España, 1999. Pág. 14.

45. Melgarejo S. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado prematuro en el Servicio de Neonatología: Hospital Chancay - SBS, Perú 2012. Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica (citado el 20-01-16): 3, 57. disponible en http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2461/1/Melgarejo_Solis_Giannina_Lisette_2012.pdf
46. MILES MS. FUNK, SG. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Nursing Research. 1993; 42 (29) 158-159.
47. Morilla, S, Vertiz A. Relación de ayuda de la enfermera y el nivel de estrés de madres del prematuro en el hospital Belén de Trujillo-2013. (tesis par optar el título de licenciada en enfermería)
48. Morris C. 1995. Psicología. 9na edición. España
49. Motta R. Significado para la madre de su participación en el cuidado al neonato prematuro hospitalizado. Colombia 2014. (Citado el 20-01-16): 20-150. disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/43093/1/1075223245.2014>.
50. Navarro Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, unidad de cuidados intermedios neonatales, hospital nacional Daniel Alcides Carrión, setiembre 2012. Rev .Peru. Obstet. enferm 8 (2) 2012
51. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra. 2013

52. Palacio D. Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología. Cátedra de taller de trabajo final. Junio 2012 (citado el 25-01-16):1 33.disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/palacio_diaz_maria.pdf
53. Parra F, Oviedo S, Marquina V. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de alto riesgo neonatal. Index .2009.Enferm.Vol 18(1):1-5.
54. Pender, N. Health Promotion in Nursing Practice.2º edición. Editorial Appleton & Lang; 1987. 393-424.
55. Pineda E, Alvarado E, Canales Metodología de la investigación. manual para el desarrollo de personal de salud.3era ed. OPS. 1 abril 2014 .Evidencia.com Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud no 35
56. Plaza Gajardo Gabriel. Manual para padres con niños prematuros. Editora Ibáñez- plaza. Madrid.2005.
57. Polit, H, “investigación Científica En Ciencias de la Salud. ED. Mcgraw- Hill Interamericana, 6ª ED. México. 2000
58. Reeder S, Martin L, Koniak D. Enfermería Materno Infantil. Vol 1-2-3. 17ava Ed. México: Interamericana MC Graw-Hill; 1988, 1992,1995
59. Roosevelt et/ al. Actualizaciones en enfermería. Vol. 17, No. 4, octubre - diciembre de 2014
60. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. 2da Ed. México:2005.

61. Sifuentes C, Parra F, Marquina V, Oviedo S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. *Enfermería global*.2010.
62. Solano Y. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012. Tesis de Maestría. Bogotá. D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012 (citado el 28-01-16): 89. disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf
63. Taborda O .Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. *Revista cuidar* 2013; Vol. 4 (1)
64. Taeush W, Ellen A. *Enfermedades del Recién Nacido*.5 Ed. México DF: Interamericana MC Graw-Hill; 1984.
65. UNICEF, MINSA. Guías de atención ambulatoria integral para el seguimiento de recién nacidos de riesgo.1° ed. Argentina. noviembre de 2012
66. Urrea E, Jana A. García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* XVII (3): 11-22, 2011.
67. Velo H. Neonatología: análisis ético desde la perspectiva de los cuidados centrados en el desarrollo. *Metas de Enferm*. 2011; 14(6):18-21.

ANEXOS

ANEXO N° I



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ESCALA DE MEDICION DEL NIVEL DE ESTRÉS DE LAS MADRES CON RN PREMATURO

Autor: M.S. Miles y Funk 2012

INSTRUCCIONES: estimada señora, a continuación le vamos a mencionar varias experiencias que han vivido otros padres. Queremos conocer si usted ha tenido esas mismas experiencias y cuan estresantes son. Por estresante entendemos aquellas experiencias que generan ansiedad, angustia y tensión.

Le vamos a ir leyendo una serie de situaciones y usted contéstenos según la siguiente escala:

1= “no ha sido estresante”

2= “un pequeño estrés” 3= “moderado estrés”

4= “mucho estrés”

5= “extremo estrés”

0= No lo

experimente.

1. A continuación le voy a leer una lista con varios **signos y sonidos** que Ud. Ha experimentado mientras estaba en la unidad. Nos interesa conocer cuáles son sus sentimientos sobre el **ambiente** del servicio de cuidados intermedios.

	0	1	2	3	4	5
1. La presencia de bombas de infusión y equipos.						
2. El constante ruido de monitores y equipos						
3. El repentino ruido de alarmas						
4. Los otros bebés en la Unidad						
5. La cantidad de gente trabajando en la Unidad						

2. Ahora le voy a leer una lista de ítems que describe lo que Ud. observa o presta atención mientras está en el servicio de cuidados intermedios, en relación al **aspecto** de su recién nacido, cómo también algunos tratamientos que ha visto realizar a su bebé. No todos los bebés pasan por esta experiencia.

	0	1	2	3	4	5
1. tubos y equipamientos que tiene el bebé o que estaban cerca de él						
2. Magullones, moretones, manchas en la piel, cortes o incisiones en el bebé						
3. El color diferente de su bebé por ej. pálido amarillento, etc						
4. La forma no rítmica e irregular de respirar de su bebé						
5. Los cambios repentinos del color de su bebé (por ej. comenzando pálido o azulado).						
6. Ver a mi bebé dejar de respirar						
7. El tamaño pequeño, de su bebé.						
8. La apariencia de arrugado de su bebé						
9. La dificultad para respirar que tenía su bebé						
10. Ver las agujas y tubos que tenía su bebé.						
11. Cuando mi bebé come por vía intravenosa o sonda nasogástrica.						
12. Cuando mi bebé parece estar adolorido.						
13. Cuando mi bebé llora por largos períodos.						
14. Cuando mi bebé parece temeroso						
15. Cuando mi bebé parece triste						
16. La apariencia débil, flacucho de mi bebé						
17. Los temblores y movimientos inquietos de mi bebé.						
18. Si mi bebé no parece capaz de llorar como los otros bebés						
19. Acariciar, tocar, el pecho de mi bebé dentro de la incubadora						

3. Por último, queremos saber cómo siente la **relación** con su bebé. Recuerde que 0 equivale a “No tuve esa experiencia”

	0	1	2	3	4	5
1. Me siento separada/o de mi bebé						
2. No puedo alimentar a mi bebé						
3. No me siento capaz de cuidar a mi bebé (cambio del pañal y baño)						
4. No me siento capaz de tener a mi bebé cuándo yo quiero						
5. Algunas veces me olvido de la apariencia física de mi bebe						
6. No me siento en privacidad con mi bebé.						
7. No me siento capaz de proteger a mi bebé del dolor y otros procedimientos dolorosos						
8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé						
9. No me siento capaz de compartir mi bebé con otros familiares.						
10. Me siento incapaz acerca de cómo ayudar a mi bebe durante este tiempo						
11. Siento que el staff(enfermeras, médicos)están más cerca de mi bebe que yo						

4. Usando la misma calificación que en las preguntas anteriores (1 2 3 4 5), ¿cómo calificaría en general cuán estresante ha sido para Ud. la experiencia en que su bebe estuvo en terapia

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5. ¿Hay algún otro aspecto que fue estresante para Ud. durante el tiempo en que su bebé estuvo en terapia?

.....

Gracias por su atención



ANEXO II
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ESCALA DE MEDICIÓN DE LA PERCEPCION DEL CUIDADO
HUMANIZADO DE ENFERMERIA EN MADRES DE RECIEN NACIDOS
PREMATUROS

Autor: González Hernández Oscar (2013)

Modificado por: Bach. Narro García Jósselyn

Bach. Orbegoso Burgos Diana

INSTRUCCIONES: Estimada señora a continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (enfermeras(os) y auxiliares de enfermería). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante la hospitalización de su recién nacido.

N°	INDICADORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
		4	3	2	1
1	Le hacen sentir como una persona.				
2	Le tratan con amabilidad.				
3	Le muestran interés por brindarle comodidad durante la hospitalización de su recién nacido				
4	Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5	Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.				
6	Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.				

7	El personal de enfermería le hace sentirse tranquila cuando está con usted.				
8	Le generan confianza cuando cuidan a su recién nacido				
9	Le facilitan el diálogo.				
10	Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas.				
11	Le indican su nombre y cargo cuando a ingresa a ver a su recién nacido				
12	Le explican los cuidados de su recién nacido usando un tono de voz pausado				
13	Le llaman por su nombre				
14	Le demuestran respeto por sus creencias y valores.				
15	Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre la situación de salud de su recién nacido				
16	le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento de su recién nacido				
17	Responden adecuadamente a su llamado				
18	Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
19	Le escuchan atentamente				
20	Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
21	Le ayudan a manejar su estado				
22	Le demuestran que son responsables con su atención				
23	Le respetan sus decisiones				
24	Le respetan su intimidad				

Observaciones:

ANEXO N° IV

TAMAÑO DE MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra se realiza cuando queremos estimar la proporción poblacional.

Tamaño de muestra:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1-P), \text{ si la población es infinita,}$$

$$n_F = \frac{Nn}{N+n}, \text{ si la población es finita,}$$

Los tamaños resultantes se multiplican por el efecto de diseño (deff).

Donde:

- P es la proporción esperada en la población,
- e es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción,
- deff es el efecto de diseño,
- N es el tamaño de la población.

Cálculo usando EPIDAT 4.1 Según referencia del año 2015.

Datos:

Tamaño de la población:	100
Proporción esperada:	30,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	77

Tenemos un tamaño de muestra mínimo y óptimo de 77 madres de neonatos prematuro

ANEXO N° V

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION
CLINICA**

Investigador Responsable: Alejandra Narro García y Diana Orbegoso Burgos.

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y
NIVEL DE ESTRÉS DE LAS MADRES DEL NEONATO
PREMATURO HOSPITALIZADO. HOSPITAL BELÉN -TRUJILLO
2016.**

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación que está estudiando el “Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería y Nivel de Estrés de las Madres del Neonato Prematuro Hospitalizado, en el servicio de cuidados intermedios”

Al participar de este estudio yo estoy de acuerdo en que se me solicite contestar cuestionarios relativos a aspectos sociales y psicológicos.

Yo entiendo que:

1. Que no se me aplicaran a mí, ni a mi hijo, ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para mi salud.
2. Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones.
3. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada.
4. Si rechazo participar de este proyecto, no existirán cambios en la atención brindada a mi o a mi hijo(a)
5. Este consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

ACEPTO PARTICIPAR:

SI.....

NO.....

.....

.....

Investigadora Responsable

Madre Participante

ANEXO N° VI

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Nivel de estrés de madres	<p>El nivel de estrés se refiere a la intensidad de las respuestas y manifestaciones fisiológicas y conductuales.</p> <p>El estrés es la tensión o presión que tiene una persona en una relación particular que se da entre un individuo y el entorno, evaluado por el primero como amenazante y que desborda sus recursos, poniendo en peligro el bienestar de la madre del recién nacido prematuro hospitalizado, exigiendo por ello un cambio o adaptación</p>	Ambiente físico y tecnológico	Ruido de alarmas, monitores y quipos Otros bebes internados en la Unidad. Personas trabajando en la Unidad.	Estrés bajo 35-82	Cualitativa ordinal
		Apariencia del bebe	Aspecto Corporal del bebe Manifestaciones y Reacciones del bebe. Tratamientos y Cuidados.	Estrés moderado 83-130	Cualitativa ordinal
		Interacción con el bebe:	Alteración del vínculo padre-hijo	Estrés severo 131-178	Cualitativa ordinal
Percepción del cuidado humanizado de enfermería	Un proceso mental, en el cual juega un rol importante los órganos de los sentidos, que captan la información que es procesada por el cerebro de la madre del neonato, sobre los cuidados que el profesional de enfermería brinda,	cualidades del hacer de enfermería	Relación cercana al paciente, - Trato respetuoso al paciente como individuo, - Interés por lo que el paciente siente, - Disponibilidad para acercarse al paciente, - Interés por conocer sus preferencias, Procurar el bienestar del paciente.	Si percibe cuidado humanizado : 24-60 puntos	cualitativa nominal

considerando tres dimensiones: técnico-científico, humana y del entorno.		- Acompañamiento durante procedimientos médicos, - Ayuda para que el paciente exprese sus miedos y temores mediante la escucha activa.	No percibe cuidado humanizado : 61-96 puntos
	apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente	Contacto con el paciente, - Comodidad física. Información precisa y oportuna al paciente y su familia, Promueve la salud a través de actividades preventivas: enseñar métodos de resolución de problemas e identificar la capacidad de afrontamiento.	
	disposición para la atención	El cuidado es priorizado en el paciente Se preocupa por el respeto , decisiones e intimidad del paciente La enfermera tiene la disposición de identificar el momento del cuidado. -Está pendiente de su sentir, estado de ánimo, sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Lo escucha, acude a su llamado.	