



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

**LA PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES DE NEONATOS Y LACTANTES EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

ALEJANDRA GALICIA HERNÁNDEZ

No. DE CUENTA: 306249525

ASESORÍA ACADÉMICA:

DOCTORA MARÍA CRISTINA MÜGGENBURG Y RODRÍGUEZ VIGIL



**CIUDAD DE MÉXICO
2017**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de ser parte de ella desde mi bachillerato hasta llegar a la culminación de mi educación profesional.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darme excelentes docentes que me brindaron conocimiento y me hicieron amar esta profesión.

A la Doctora María Cristina Müggenburg y Rodríguez Vigil por haber aceptado ser mi tutora del servicio social en la coordinación de Investigación de la ENEO, ella me apoyó para no darme por vencida cuando creí que no lo lograría, le agradezco su comprensión, paciencia, entusiasmo, por creer en mí.

A la Maestra Margarita Eloy Aguilar por abrirme las puertas al campo clínico así como el apoyo y el conocimiento adquirido durante mi estancia en el hospital, le agradezco su amistad brindada y su apoyo incondicional.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez por haber permitido llevar a cabo mi estudio de campo en sus instalaciones.

A las Maestras Evertina Ramírez Díaz y Leticia Hernández Rodríguez por haber aceptado ser parte de mi jurado calificador en mi examen profesional, así como por darle el visto bueno a mí tesis.

DEDICATORIA

A Domitila Hernández Hernández y Luis Galicia Bonilla mis padres.

Estoy infinitamente agradecida con la vida por haberme dado estos padres que a pesar de las adversidades siempre me dieron su apoyo y me alentaron a ser mejor cada día, a luchar por mis sueños, gracias por los regañones, por creer en mí cuando decidí cambiar de carrera. A mí mami por darme la vida y siempre estar pendiente de mí desde pequeña, por no dejarme, por ser quien me jala las orejas cuando lo amerito. A mi papá por desvelarse conmigo cuando había mucha tarea, por hacerme mis maquetas y amarres de mi taller, por mostrarme lo bueno y malo de la vida por alentarme a ser independiente, a luchar por mis ideales, a ambos por regalarme la vida.

A Fátima Galicia Hernández.

Mi hermana quien sigue mis pasos, te dedicó estas líneas porque eres la mejor hermana que la vida pudo haberme dado, por apoyarme y por darme tu mano cuando más lo necesité gracias por los momentos juntas las risas, los enojos, las muestras de cariño.

A Jesús Iván Sánchez Hernández.

Mi primo quien en estos dos años me ha brindado su apoyo incondicional muchas gracias por darme tu mano cuando más lo necesité.

A Agustina Bonilla Calzada.

Mi abuelita la única que conocí gracias por haberle dado la vida a quien me la regaló a mí, mi papá.

A David Galicia Robles y Antero Galicia Bonilla.

Mi abuelito y mi tío a quien consideré como mi padre y quien fue mi primer maestro gracias por apoyarme cuando no podía resolver alguna operación o alguna pregunta de mi tarea, me hubiera gustado que estuvieran físicamente

aquí y vieran el fruto de sus consejos y grandes palabras de aliento, siempre los tengo presentes en mi pensamiento.

A Rosenda Hernández Pacheco y Benjamín Hernández Ortiz.

Que aunque no tuve la dicha de conocerlos me dieron a la mejor mamá del mundo: humilde, guerrera y un gran ejemplo de mujer para mí gracias.

A los papás de los bebés de las UCI del hospital donde realice mi investigación, sin ellos esto no hubiera sido posible.

No tengo como pagarles todo lo que han aportado cada uno a mi vida solo me queda decir **¡MUCHAS GRACIAS LOS AMO!**

Alejandra Galicia Hernández.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. MARCO CONCEPTUAL	9
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA UCIN y UCIP	9
3.2 ENFERMERÍA EN LA UCIN y UCIP	16
3.3 ALTERACIONES PATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN NEONATOS Y LACTANTES	18
3.4 RELACION INTERPERSONAL PADRES-HIJO	24
3.5 ESTUDIOS RELACIONADOS	31
V. OBJETIVOS	36
VI. METODOLOGÍA	36
6.1 TIPO DE ESTUDIO	36
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	36
6.3 VARIABLES DE ESTUDIO	36
6.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
6.5 INSTRUMENTO	37
6.6 PROCESAMIENTO DE DATOS	37
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	39
VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
IX. CONCLUSIONES	63
X. ANEXOS	65
XI. BIBLIOGRAFÍA	78

I. INTRODUCCIÓN

La presente tesis es una investigación que se llevó a cabo por el interés de saber que les causa preocupación a los padres de un neonato o lactante ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que llegan tanto su hijo como ellos a un lugar totalmente desconocido rodeados de monitores, aparatos, gente extraña. El hecho de ver a su hijo conectado a los monitores y las condiciones físicas en las que lo ve, así como el no poder llevar su rol de padre.

Comienza con el marco conceptual que contiene definiciones con las que se describen las características físicas de la unidad de cuidados intensivos desde el espacio hasta la tecnología que en estas unidades encontramos, se habla sobre el personal de enfermería que se encuentra al cuidado de los neonatos y lactantes en dichas unidades, seguido de la descripción del crecimiento y desarrollo de los grupos de edad con los que se relaciona nuestro estudio que son los neonatos y los lactantes, también las características físicas que pueden llegar a presentar los bebés hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos, luego se describieron las patologías más frecuentes en las UCI donde se llevó a cabo el estudio, para finalizar se describe la relación interpersonal padres-hijo.

Todo esto con la finalidad de describir la escala con la cual se llevó a cabo el estudio: Escala de estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

En la siguiente sección se incluyeron los estudios que se encontraron fueron realizados con la misma escala.

Después de entrevistar a los padres de los pequeños hospitalizados, se concentró la información y se llevó a cabo el análisis de los resultados, lo que permitió la integración de este informe que a continuación se presenta.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ingreso de los neonatos y lactantes en una Unidad de Cuidados Intensivos es una situación de preocupación para los padres pues su hijo es separado de ellos. Son hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos debido a que padecen alguna alteración patológica que fue hallada al momento del nacimiento, o por algún problema que se desarrolló después del nacimiento; esto implica que requieran de atención especializada, sujetos a técnicas invasivas y dolorosas, conectados a tubos y monitores.

Los padres se encuentran en un ambiente totalmente desconocido por lo que esto hace que sientan mayor preocupación por el hecho de saber que su hijo se encuentra en la unidad de cuidados intensivos y no poder estar todo el tiempo bajo su cuidado, por lo que interesa saber el grado de preocupación sobre el entorno que rodea a su hijo, el estado en el que se encuentra o el hecho de estar separado de él, afectando su rol parental, con el fin de buscar estrategias de apoyo que favorezcan su relación con el pequeño, considerando el motivo de su aflicción.

Por este motivo se genera la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los principales motivos de preocupación de los padres de un neonato y lactante en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN o UCIP)?

III. JUSTIFICACION

El presente proyecto se realizó por el interés de saber que les causa preocupación a los padres de un neonato o lactante ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que llegan tanto su hijo como ellos a un lugar totalmente desconocido rodeados de monitores, aparatos, gente extraña. El hecho de ver a su hijo conectado a los monitores y las condiciones físicas en las que lo ve, así como el no poder llevar su rol de padre.

Es importante saber qué es lo que le preocupa a los padres de los neonatos y los lactantes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, ya que se encuentran en un proceso de cambio en el que los padres también requieren cuidados por parte del personal de enfermería.

El conocer dicha información dará un panorama de las situaciones que le preocupan más a un padre de un neonato o lactante en la UCIN o UCIP. Y así tener fundamentos que permitan explicar a los padres de una manera sencilla el estado de salud y evolución de su hijo y con esto evitar que haya una crisis o que si la hay sepan cómo manejarla para proseguir con su vida diaria.

El conocimiento de los datos permitirá crear programas que proporcionen una orientación a los padres de los neonatos y lactantes en la UCIN o UCIP. Y que ellos se sientan más tranquilos con el entorno que rodea a su hijo.

IV. MARCO CONCEPTUAL

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA UCIN Y UCIP.

Una UCIN es un área donde se realiza un conjunto de acciones médicas y de enfermería que tienen como finalidad preservar la salud de los recién nacidos que, sin presentar manifestaciones clínicas de enfermedad, son categorizados como de alto riesgo; se mantiene el registro electrónico de las constantes vitales en niños que puedan padecer fenómenos que al inicio se presentan sin manifestaciones clínicas, y en los cuales es fundamental diagnosticar el problema en etapas muy tempranas del padecimiento ¹.

En la UCIP se brinda atención a los lactantes que padecen una patología que compromete su vida, tiene como objetivo efectuar acciones médicas y de enfermería que se originan por las manifestaciones clínicas de la propia enfermedad y que, por su misma gravedad y el riesgo potencial que encierran requieren de un tratamiento altamente especializado ¹.

Características físicas de la Unidad

La UCIN tiene ciertas características como las siguientes:

Cuenta con un fácil acceso desde las áreas de cirugía, urgencias y hospitalización, así como mantener controlado el acceso a la unidad para visitantes y familiares, el filtro de acceso debe contar con lavabo para el lavado de manos, dispensadores con jabón germicida líquido, gel y toallas desechables o sistema de aire para secado de manos, y colocarse barreras de protección, tales como bata, gorro y cubre boca, entre otros, ya sean desechables o reusables ².

Los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, requieren del espacio suficiente para la ubicación de la cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte, así como el espacio libre para el desplazamiento del personal que favorezca la seguridad del niño. El espacio entre incubadoras debe ser al menos de 2 m; cuando se trate de un módulo, debe haber un área libre de 2.4 m como mínimo, para permitir el paso de personal y equipo. Los

cubículos o módulos, deben estar ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras, a efecto de que el personal del servicio pueda observar a los pacientes y desplazarse rápidamente para la atención directa del paciente que lo requiera. “Se deberá prever la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos, preferentemente con inyección y extracción de aire independientes ².

En cada cubículo deben existir al menos 16 contactos eléctricos grado médico, diferenciados por código en relación con la fuente de suministro y el voltaje. También deben existir tres tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, tres tomas fijas de aire comprimido, así como tres tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. Las salidas eléctricas y de gases deben ser seguras, así como de fácil acceso y mantenimiento ².

Las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, deben ser de material liso, resistente y lavable, que permita el uso de desinfectantes ².

Cuentan con un Sistema de energía eléctrica ininterrumpida, con capacidad suficiente para asegurar el funcionamiento de todo el equipo médico de la unidad ². También cuentan con un sistema de control térmico ambiental y de ventilación, que mantiene la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C, con filtros de aire de alta eficiencia, que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora: La humedad del aire debe ser entre 30 y 60%, de acuerdo con la región geográfica ².

Cuentan con áreas de trabajo administrativo para el personal médico y de enfermería; así como un área exclusiva de lavado de instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado. Un área de trabajo con superficie de acero inoxidable para preparación de medicamentos y soluciones intravenosas. Así como un almacén de equipos móviles, con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos ².

La mayoría de los equipos nos van a dar información sobre el estado del neonato o lactante (monitores), o están alimentándolo (infusiones intravenosas y sondas), o permiten obtener muestras de sangre sin causar dolor (catéteres

en los vasos del cordón umbilical) o le permiten respirar (ventiladores) mediante un tubo que facilita la llegada de aire a los pulmones (tubo endotraqueal) ³.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un lugar totalmente desconocido para los padres de los neonatos y lactantes, por lo tanto esto puede llegar a generarles preocupación por su hijo, ya que la mayoría de las veces los encuentran conectados a monitores, ventiladores, bombas de infusión, entre otros, esto lo hace ver rodeado de cables y tubos.

Monitores

Los monitores constan de cinco partes básicas las cuales cumplen una función específica: Recoge todos los datos biológicos, transforma la señal biológica en eléctrica, aumenta la señal de pequeña magnitud generada por el transductor, elimina interferencia no deseada, transforma la señal en una unidad de medida. Son indoloros y reciben la información por medio de electrodos cutáneos que se adhieren a la piel; dan información precisa y continua al personal de salud sobre situación del neonato o lactante, avisándoles mediante alarmas de luz y sonido cuando existe alguna alteración ⁴. Los que se encuentran en la UCIN O UCIP son:

Monitor cardíaco, su función es monitorear el ritmo y la frecuencia cardíaca, a través de los electrodos cutáneos, que son colocados en el abdomen, en el pecho, brazos o piernas ⁴.

Monitor de presión sanguínea la medición de presión arterial es muy importante en el cuidado del neonato crítico. Presenta frecuentemente modificaciones rápidas de la presión arterial, las cuales pueden preceder o acompañar a descompensaciones hemodinámicas que ponen en riesgo la vida ⁴. Mide la presión sanguínea periódicamente mediante un manguito puesto en el brazo o pierna del niño ³.

Monitor de apnea está indicado principalmente para vigilancia del neonato con peso menor de 1500 g que sea portador de hemorragia intracraneana, de trastornos metabólicos no corregidos, a quien se le ha retirado la asistencia ventilatoria mecánica; es colocado en el borde inferior de la parrilla costal, a

nivel del apéndice xifoides. Los movimientos del abdomen contra el sensor durante la respiración causan señales eléctricas que son detectadas por el monitor. Si los movimientos cesan, no se generan señales y se activa la alarma ¹.

Oxímetro

Este instrumento mide la frecuencia del impulso en un minuto y el porcentaje de saturación de oxígeno en la sangre arterial, con lo cual se tiene una aproximación de la condición de oxemia del paciente ¹. El objetivo es saber cuál es en medidas porcentuales la carga o “saturación” de oxígeno de la hemoglobina de la sangre arterial ⁴.

El sensor de oximetría consta de dos partes:

- Emisor: Emite luz roja e infrarroja que serán absorbidos en mayor medida cuando la hemoglobina este mas saturada de oxígeno.
- Sensor electroóptico: Recibe los rayos que no fueron absorbidos por los tejidos y la sangre arterial ⁴.

La luz del emisor es transmitida a través de los tejidos del paciente, y una porción de las luces roja e infrarroja es absorbida por la sangre y por cada uno de los componentes de los tejidos. El sensor mide la luz que pasa y que no fue absorbida por los tejidos ¹.

Ventilador de presión positiva

Es el equipo encargado de entregar a los pulmones el flujo de gases mediante el control de alguna de las variables. Existen dos tipos de ventiladores de acuerdo con la variable controlada, por un lado, los ventiladores ciclados por tiempo y controlados por presión, y por otro lado, los ventiladores ciclados por tiempo y controlados por volumen ⁴.

En los pacientes neonatales los ventiladores más utilizados son los controlados por presión, ya que en el caso de los volumétricos el volumen

corriente requerido por el neonato está dentro de los valores correspondientes a los espacios muertos del sistema ⁴.

Bombas de infusión

Los neonatos y lactantes que se encuentran en la Unidad de Cuidados intensivos tienen prescritas soluciones, medicamentos o nutrición parenteral por vía endovenosa y deben ser administrados con una precisión constante a través del tiempo. Esto se logra con las bombas de infusión que pueden ser de jeringa o volumétricas ⁴.

Las bombas de jeringa infunden volúmenes pequeños de manera muy exacta. Funcionan con un mecanismo que presiona el embolo de la jeringa a una velocidad constante, previamente ajustada ⁴.

Las bombas volumétricas tienen un sensor de gotas el cual se utiliza con equipos intravenosos convencionales o específicos, con microgotero y/o macrogotero. Su misión es acelerar o disminuir la velocidad de bombeo de acuerdo con el conteo de gotas, para mantenerlo constante e igual al valor ajustado ⁴.

Incubadoras

Jasso refiere que es un mueble con cubierta de acrílico o plástico con ventanas para tener acceso al paciente; aumenta la temperatura ambiente mediante una resistencia y un motor, el cual hace que el aire calentado circule de manera continua. Su objetivo es mantener al neonato o lactante un medio térmico neutro, que son los límites de la temperatura ambiental en la cual el niño, con la temperatura normal, tiene gasto metabólico mínimo y puede mantener temperatura corporal estable. Su uso es recomendable para neonatos de menos de 1.9 kg. Sea cual sea la enfermedad ¹.

Cuna radiante

Consiste en una fuente de calor radiante colocado por arriba del cuerpo del niño, el cual irradia calor que es regulado por un sistema de control. Esta cuna permite tener un inmediato acceso a los pacientes gravemente enfermos, lo cual permite que maniobras como intubación, instalación de catéteres, sondas,

venoclisis y punciones lumbares se lleven a cabo sin alterar significativamente la temperatura del paciente ¹.

Posee dos modos de funcionamiento:

Este sistema de control registra la temperatura del bebé a través de un pequeño disco de 5 a 10 mm de diámetro que está en contacto con la piel del niño. Este dispositivo le informa al sistema de control, por medio de una señal eléctrica, a que temperatura se encuentra ⁴.

Por otra parte se introduce la temperatura de control al panel de la cuna, que simplemente compara la temperatura del bebé recogida por el termistor con la de control, y decide si es necesario encender o no el calefactor ⁴.

El encendido y el apagado del calefactor es controlado exclusivamente por el operador, quien debe tener la precaución de verificar la temperatura del paciente a intervalos cortos, a fin de no causar sobrecalentamiento o enfriamiento en el bebé. Todas incluyen dos elementos fundamentales, la alarma de temperatura de piel y la alarma de sobre temperatura ⁴.

La cantidad de cunas radiantes e incubadoras esta dado según la demanda que haya en la unidad. Para los cuidados intensivos máximos debe asignarse una cantidad determinada de cunas, una cantidad menor para los casos intermedios y una cifra inferior para aislamiento ⁵.

Las cunas de la UCI neonatal se clasifican de acuerdo a la complejidad de la atención en:

Intensiva: cunas para los neonatos o lactantes graves e inestables que necesitan cuidados complejos y continuos, como ventilación asistida, CPAP nasal, traqueostomía, monitorización continua de las constantes vitales, catéteres venosos y arteriales centrales y periféricos, drenajes torácicos, periodo preoperatorio y posoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía, prematuridad, cuadros clínicos con diagnóstico incierto, anomalías congénitas inestables y diálisis peritoneal ⁵.

Intermedia: cunas para los neonatos o lactantes estables que necesitan observación moderada, monitorización intermitente de las constantes vitales,

apneas y bradicardias controladas con medicamentos, administración de oxígeno por cánula nasal, monitorización del progreso de peso y alimentación progresiva, evaluación y preparación para el alta hospitalaria (orientación progresiva a los padres con respecto a los cuidados domiciliarios) ⁵.

Pre alta: cunas para los neonatos o lactantes estables que necesitan observación y monitorización de las constantes vitales mínimas sin bradicardias ni apneas, con oxigenación estable, progreso ponderal adecuado y alimentación a libre demanda por vía oral, aptos para recibir el alta hospitalaria ⁵.

Aislamiento: cunas asignadas a neonatos o lactantes con infección confirmada o sospecha de esta que requiere separación ⁵.

3.2 LA ENFERMERÍA EN LA UCIN

El personal de enfermería es fundamental en el cuidado de un neonato o un lactante en una unidad de cuidados intensivos, por lo que debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Conocimiento de las características específicas de neonatos y lactantes: el desarrollo madurativo, fisiología, fisiopatología, así como, necesidades y cuidados que requieren. Ya que este grupo de enfermos son de muy alto riesgo, razón por la cual el personal de enfermería especialista que se encuentra en las UCIN incorpora sus conocimientos sobre los aspectos ambientales de la UCIN ya que son primordiales en la evolución de los niños enfermos.
- Aplicación correcta de los tratamientos prescritos y del manejo del equipo (monitores, ventiladores bombas de infusión, etc.) ya que requieren ser manipulados con atención.
- Sensibilidad a las necesidades, sensaciones, emociones y percepciones, que los padres tienen al enfrentarse a la enfermedad o en el peor de los casos la muerte de sus hijos ⁶.

La Enfermera que está al cuidado de los neonatos y lactantes en las unidades de cuidados intensivos juega un papel importante con los padres de estos niños, pues los orienta para integrarlos en el cuidado de sus hijos, como ya se ha venido manejando se encuentran en un entorno nuevo para ellos y esto puede llegar a provocarles angustia, ansiedad, etc.

El personal de enfermería en estas unidades también debe proporcionar información sobre las normas de entrada a la unidad, el lavado de manos que es primordial, la colocación de la bata y cubre boca así como otras medidas de seguridad a la hora de tocar a sus hijo.

La Enfermera especialista en neonatos y lactantes

Es una enfermera que ha recibido una formación especial en el cuidado del Recién nacido o en el lactante según sea el caso que trabaja en conjunto con

el demás personal de la UCIN o UCIP para asegurar que el neonato o lactante reciban el tratamiento y los cuidados necesarios.

La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se proporciona y la gran posibilidad de interactuar con el recién nacido y con sus padres le permite identificar en ellos sus necesidades y sentimientos sobre el estado de salud de su hijo ⁷.

3.3 ALTERACIONES PATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN NEONATOS Y LACTANTES

Entre las patologías más frecuentes dentro de la UCIN y la UCIP encontramos varias, sin embargo, para fines de este estudio seleccionamos solo las que tuvieron mayor número de casos y se describen a continuación.

Cardiopatías Congénitas

Las cardiopatías congénitas son las malformaciones más frecuentes en el recién nacido, cuya incidencia varía entre 3/ 1000 y 12/ 1000 recién nacidos vivos ¹. Se definen como un conjunto de alteraciones anatómicas del aparato cardiovascular presentes al nacimiento que conducen a una función cardíaca anormal ⁴.

Se divide en dos grupos las cianóticas y no cianóticas.

Las cardiopatías congénitas cianóticas se subdividen en función de la fisiopatología que se clasifica en las que el flujo sanguíneo se encuentra reducido o aumentado ⁸.

Con Disminución de flujo sanguíneo pulmonar	Con Aumento del flujo sanguíneo pulmonar
<ul style="list-style-type: none">• Hay una obstrucción al flujo sanguíneo pulmonar.• El grado de cianosis depende del grado de obstrucción del flujo sanguíneo pulmonar. <p>Cardiopatías con disminución del flujo sanguíneo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tetralogía de Fallot• Atresia Pulmonar con Tabique integro	<p>La causa de la cianosis es la presencia de conexiones ventrículo-arteriales anómalas o una mezcla total de la sangre venosa sistémica y pulmonar en el interior del corazón.</p> <p>Las principales patologías con este aumento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Trasposición de Grandes Vasos• Ventrículo único• Retorno venoso pulmonar

<ul style="list-style-type: none"> • Atresia Tricuspeida • Retorno Venoso Pulmonar con obstrucción ⁸. 	anómalo total ⁸ .
--	------------------------------

Las cardiopatías congénitas no cianóticas se pueden clasificar de acuerdo a la sobrecarga fisiológica que imponen al corazón, estas sobrecargas pueden ser de volumen o presión ⁸.

Cardiopatías congénitas con sobre carga de volumen	Cardiopatías Congénitas con sobrecarga de presión.
<p>Dan lugar a un cortocircuito de izquierda a derecha.</p> <p>Su Denominador Común Fisiopatológico es la comunicación entre los lados sistémico y pulmonar de la circulación provoca la derivación de sangre completamente oxigenada de vuelta a los pulmones.</p> <p>Las más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación Interventricular • Comunicación Interauricular • Defectos del Tabique AuriculoVentricular • Conducto AuriculoVentricular • Conducto Arterial Persistente ⁸. 	<p>Su Denominador Común Fisiopatológico es la obstrucción al flujo sanguíneo normal.</p> <p>Las más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucciones del Infundíbulo de salida ventricular • Estenosis de la válvula pulmonar. • Estenosis de la válvula aortica coartación de aorta ⁸.

Síndrome de Dificultad respiratoria

En el nacimiento se producen cambios trascendentes que le permiten al Neonato adaptarse a la vida extrauterina estos cambios se efectúan de manera rápida y eficaz a los pocos minutos de haber nacido; esta delicada y compleja adaptación pulmonar por lo general ocurre sin problema en los recién nacidos a término. Sin embargo, esa misma complejidad hace que esta adaptación pulmonar no se realice con normalidad tal es el caso de diversas circunstancias, como ⁹.

- Prematurez
- Recién Nacidos con Asfixia Perinatal
- Nacimiento por cesárea
- Hijos de madre diabética
- Hemorragia aguda anteparto
- Segundo gemelo

A pesar de que se han logrado importantes avances en el conocimiento de su fisiopatogénesis y tratamiento, este padecimiento continúa siendo causa principal de mortalidad neonatal en los primeros días de vida. La frecuencia varía según la edad gestacional ¹:

Edad gestacional	Porcentaje
Menores de 28 semanas	60%
32 a 36 semanas	15 a 20 %
37 semanas o más	5 % ¹

De acuerdo con el peso la frecuencia es aproximada en neonatos de 1000 a 1500 g es de 20% ¹. Su incidencia es mayor en los varones pretérmino y de raza blanca ⁸.

En cuanto a la fisiopatogénesis del síndrome de dificultad respiratoria los dos principales factores condicionantes son:

- Irrigación sanguínea pulmonar disminuida (consecutiva a hipoxia y acidosis)
- Atelectasia alveolar originada por ausencia o disminución del agente tensoactivo alveolar ¹.

Gastrosquisis

Esta es generada por una debilidad de la pared abdominal, que produce una verdadera hernia al lado de la cicatriz umbilical secundaria a un defecto muscular en la integración mesenquimatosa o isquemia. Ocurre mayormente en las madres menores de 25 años de edad. Y su incidencia es de uno por cada 3 200 a 10 000 nacidos vivos, en madres menores de 20 años de edad es de 7: 10 000 nacimientos ¹.

Para que una lesión se considere como gastrosquisis debe cubrir los siguientes criterios:

- Apertura de la pared abdominal debe ser menor de 4 cm;
- Encontrarse cerca del cordón umbilical, casi siempre a la derecha, y tener el cordón unido a la pared abdominal ¹.

No hay evidencia de saco, la piel que cubre el defecto se fusiona con el peritoneo adyacente y la hernia queda limitada al intestino delgado. Mientras que el intestino que durante la gestación ha permanecido flotando en el líquido amniótico, aparece edematoso, semirrígido, correoso, enmarañado, y en ocasiones, más corto de lo normal ¹.

Deshidratación

La deshidratación es un trastorno frecuente en los lactantes. Se define como la pérdida de líquidos corporales por encima del gasto corriente. Esta pérdida afecta a todo el organismo. Este trastorno puede ser causado por la reducción de la ingesta de líquidos o bien las pérdidas excesivas (eliminación por el sudor, vómitos, diarreas agudas y calor ambiental) ¹⁰.

La Deshidratación puede clasificarse, según se pierda peso o líquidos del siguiente modo:

- **Leve.** La pérdida no supera el 5% del peso del lactante o neonato. Se dan pocos síntomas de deshidratación y la terapia consiste en la rehidratación oral.
- **Moderada.** Cuando la pérdida esté comprendida entre el 5 y el 10% del peso. La rehidratación debe intentarse por vía oral y comprobar la tolerancia digestiva.
- **Grave.** Cuando las pérdidas sean mayores al 10-15% del peso. Es necesario el ingreso hospitalario y la rehidratación por vía endovenosa. Cuando las pérdidas superan el 15% la deshidratación es muy grave ¹¹.

Prematurez

Ésta representa del 10% al 12 % de todos los nacimientos ^{1, 12}. La Organización Mundial de la Salud define como parto pretérmino o prematurez a aquel nacimiento ocurrido antes de las 37 semanas de gestación y después de las 20 semanas de gestación ¹⁰. También la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades agrupa en dos subclases los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación (P07):

- P07. 2 Inmadurez Extrema RN con una gestación de menos de 28 semanas de Gestación (menos de 196 días).

- P07. 3 Otros RN pretérmino RN con una gestación de entre 28 semanas completas y menos de 37 Semanas de Gestación completas (196 días pero menos de 259 días completos) ¹².

3.4 RELACION INTERPERSONAL PADRES-HIJO

El nacimiento de un hijo trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana; y si a esto le añadimos que el nuevo hijo nazca antes de tiempo o con alguna alteración patológica que requiera de un tratamiento y estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos, son motivos que generan preocupación en los padres de estos niños. Este bebé real es distinto al tanto tiempo esperando y soñando por ellos, como también es distinto todo lo que habían imaginado en relación a ser padres¹³.

Vínculo o apego

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres esto le proporciona seguridad emocional; este también abarca la separación en el periodo de postparto y la pérdida del bebé (muerte del neonato o lactante). El bebé emite desde el nacimiento una serie de señales que atraen la atención de los padres primordialmente de la madre. En 1958, Bowlby describió cinco reacciones que facilitan la interacción con la madre:

Llanto

Acerca a la madre para calmar a su hijo, ella se ve reforzada cuando logra que desaparezca el llanto.

Sonrisa

Inicialmente es parcial y fisiológica, pasando el primer mes se va haciendo social, refuerza especialmente la conducta de acercamiento de la madre.

Succión

Estimula la sensibilidad de la madre y favorece un acercamiento físico privilegiado.

Balbuceo o Vocalizaciones

Provocan el dialogo de la madre con el bebé en el que ella le presta al mismo durante su periodo de inmadurez la comprensión y la intencionalidad que obviamente éste aún no posee.

Aferramiento

En el bebé se inicia como un reflejo de prensión de la mano, avanza hacia el abrazo y el seguimiento que se expresa inicialmente como atención preferencial a ciertos estímulos.

Enesco I. El desarrollo del bebé Cognición, Emoción y Afectividad. Ed. Alianza. Madrid. 2003. p 206

Como ya se ha mencionado el apego es un lazo afectivo que tenemos que inferir a partir de determinadas conductas. Para deducir en qué etapa se encuentra la formación del vínculo afectivo. Se describen las fases en el desarrollo del apego, las dos primeras son de formación y la tercera de manifestación del apego mediante conductas ya diferenciadas entre las dirigidas a la madre y las relativas a otras personas. Una vez que aparece la conducta de apego, y durante el mes siguiente esta conducta se va dirigiendo también hacia otros miembros de la familia.

La Relación Madre-Hijo

La maternidad y la paternidad son procesos complementarios que se desenvuelven dentro de la estructura familiar existente, para resguardar el desarrollo físico y afectivo del niño ¹⁵.

La maternidad es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer pues los procesos que se desarrollan en esta etapa, encuentran su sentido en las relaciones consientes e inconscientes de la madre con su niño ¹⁵.

La relación madre-hijo es la primera relación social del individuo. Spitz enfatiza que en dicha relación se puede encontrar el germen del desarrollo de las relaciones sociales ¹⁴. Esta díada como le llama Spitz se encuentra aislada de lo que la rodea y unida entre sí por lazos afectivos extraordinariamente poderosos; por otra parte, estos dos individuos tienen una diferente estructura psíquica: la madre toma el rol de yo auxiliar del bebé, y el bebé nace emotiva y cognitivamente estructurado dependiendo desde un principio de la interacción con los mayores ¹⁵.

La relación entre la madre y el neonato es el primer vínculo afectivo que influirá en la conducta posterior de éste. En medida que la madre llene todos los satisfactores necesarios de la mejor manera y con la mayor tranquilidad y disponibilidad, el neonato iniciará su vida socio afectiva adecuadamente. El contacto físico es importante en esta etapa pues significa echar a andar un órgano de los sentidos (el tacto); según la forma como la madre toque al neonato, es decir si es de una manera amorosa y calmada o de lo contrario que sea de modo violento rápido y sin cariño el neonato en edades más avanzadas será capaz o no de proporcionar un contacto físico afectivo adecuado ¹⁶.

El neonato por el momento requiere de una relación estrecha con su madre para protegerse y alimentarse; poco a poco el neonato irá depositando en su mente lo que se conoce como huellas mnémicas, es decir cada estímulo se transforma en una experiencia significativa, positiva o negativa, la mente empieza a tener una estructura ¹².

Comunicación Madre-Bebé

La díada madre-bebé se sirve, fundamentalmente de un diálogo no verbal: las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y de ser sostenido, todo ello forma parte del sistema comunicacional.

La mayoría de las señales y mensajes que la madre dirige al bebé son en reacción a los mensajes que ella recibe del bebé.

La comunicación entre la madre y el bebé la define Kathryn Barnard en un diagrama al que le llama modelo de interacción entre una madre y un hijo:

- Niño. Ella lo describe conforme a sus características de conducta del recién nacido, patrones de nutrición y sueño, apariencia física, temperamento y capacidad del niño para adaptarse a su madre o cuidador y a su entorno.
- Madre o Cuidador. Se refiere a la madre o al cuidador cuyas características son condicionamientos psicosociales, sus preocupaciones acerca del niño, su propia salud, el grado del cambio que ha sufrido en su vida, sus expectativas acerca del niño, su estilo de maternidad y su capacidad adaptativa.
- Entorno. Este representa tanto el entorno del niño como el de la madre. Sus características son los aspectos del entorno físico de la familia, la implicación del padre.
- Sensibilidad de los padres a las señales del bebé. La capacidad de la madre o el cuidador de reconocer y responder a las señales del bebé. Modifican su conducta y utilizan tiempo, fuerza, ritmo y duración para establecer el tono de la interacción.
- Capacidad de la madre para aliviar la sensación de malestar del niño. Esta es la capacidad de la madre o cuidador para calmar a un bebé angustiado esto implica el reconocimiento de la madre de las señales de malestar o sufrimiento y llevar a cabo la elección de una acción adecuada y la capacidad de darse cuenta y dar una respuesta.

- Actividades de los padres para fomentar el crecimiento social, emocional y cognitivo. Los padres ofrecen un entorno de apoyo utilizando la voz, el tono, el tacto y el movimiento. Las verbalizaciones de los padres, animando al niño a que responda permitiendo la exploración .
- Claridad de señales del bebé. El bebé debe mandar señales a sus padres, indicando sus deseos como: dormir, comer, alegría por mencionar algunas; la habilidad y la claridad con que estas señales se transmiten pueden dificultar o facilitar a los padres entender dichas señales.
- Respuesta del bebé hacia sus padres. Así como el bebé manda señales a sus padres para que estos puedan modificar su conducta, él también debe responder a estas señales modificando su conducta en respuesta a ellas ¹⁷.

La relación Padre-Hijo

La paternidad se puede definir como el proceso psicoafectivo por el cual un hombre adopta una conducta paternal la cual está integrada por estos elementos que son: la interacción, la accesibilidad y la responsabilidad.

- Interacción. Se conceptualiza tomando en cuenta el tiempo que el padre comparte con su bebé realizando actividades conjuntas.
- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el niño de contar con el padre para interactuar.
- Responsabilidad. Se refiere a las funciones que asume el padre en lo referente a las necesidades de los niños (cambiar al bebé, dormirlo, alimentarlo) ¹⁵.

Los padres poseen un sentimiento potencial e innato en cuanto al sentido de preocupación e interés en sus hijos, este sentimiento se desarrolla por el impacto que produce el recién nacido, y se caracteriza por las siguientes conductas paternas:

1. El padre mira en forma atenta y fija al recién nacido.
2. El padre toca y recorre lentamente el cuerpo del niño con el objetivo de conocer las características particulares de su hijo.
3. En los primeros momentos del nacimiento, el padre siente una fuerte atracción hacia su bebé.
4. La autoestima se ve incrementada y se evidencia un sentimiento de orgullo por algo que siente como propio.
5. El nacimiento del bebé compromete afectivamente al padre en lo referente a los cuidados especiales que el niño requiere ¹⁵.

Desde la psiquis infantil el rol del padre es esencial para la formación de la temprana personalidad del niño. Hasta los cuatro meses el padre tiene un rol crucial como complemento de la madre, entre los 6 y los 12 meses se incrementa la interacción recíproca entre el padre y el hijo, repercutiendo tanto en la esfera afectiva como en la esfera cognitiva del niño. Entre los 12 y 24 meses, el padre juega el papel del “otro significativo” ¹⁵.

La madre y el padre se complementan y posibilitan mayores efectos en la socialización y desarrollo del bebé ¹⁵.

Separación de los padres de su hijo hospitalizado

La enfermedad y la hospitalización constituyen una de las experiencias donde aparecen factores amenazantes (entorno extraño, personas desconocidas, dolor o malestar, objetos y procedimientos nuevos) Unidos a momentos de preocupación ¹⁸.

El temor y la angustia manifestados por gran número de los padres al ver a su hijo conectado a cables, venoclisis, ventiladores cubierto de electrodos, rodeado de monitores, con fototerapia, en una unidad de cuidados intensivos la mayor parte del tiempo llena de actividad y ruido ¹.

El vínculo desde la unidad de cuidados intensivos

La patología neonatal, la prematurez, o cualquier alteración patológica durante los primeros dos años de vida de un bebé, favorecen una distancia con los

padres ya que en el momento del nacimiento en el caso de los neonatos, el bebé es separado de su mamá y requiere un cuidado que no era el previsto ¹³.

Esta información que recibe un papá o una mamá “Su bebé no podrá estar con usted, tendrá que quedarse acá”, “Su bebé requiere otra cosa que no es solamente estar con usted”, esta experiencia de llegar a un entorno totalmente desconocido y que ahí se quedará su bebé a recibir cuidados específicos en una UCIN o UCIP pueden llegar a poner en riesgo la consistencia en las madres y los padres y con esto la alteración del apego bebé-padres, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en ese periodo ¹⁹. Esto provoca la aparición de preocupación y angustia que pueden llegar a producir una interferencia en la relación padres-hijo ²⁰.

3.5 ESTUDIOS RELACIONADOS

En 1991 Margaret S. Miles y colaboradores Identificaron cuales eran los principales estresores para los padres de familia en las UCIN, así como sus niveles, y su relación con la ansiedad. Fue un estudio realizado en tres UCIN localizadas en el medio-oeste y sur –oeste de los Estados Unidos cuya muestra fue de 122 padres de familia de infantes prematuros hospitalizados en alguna de esas tres UCIN los cuales fueron entrevistados durante la semana de admisión de sus hijos. Los instrumentos para la obtención de los datos incluyeron el Parental Stressor Scale: NICU, el State- Trait Anxiety Inventory. Los hallazgos fueron que los padres en cuanto a los reactivos del primer grupo sobre el ambiente de la UCI se mantuvo en un nivel de estrés moderado y el reactivo con la puntuación mayor de estrés experimentado fue: repentinos sonidos y alarmas (M=3.4), en el grupo de la apariencia del bebé los que causaron mayor estrés fueron: ver al bebé con dolor (M=4.3) y que su bebé respire de forma irregular (M=4.2). De muy a extremadamente estresante fueron la apariencia pálida y débil del bebé (M=3.9), el bebé viéndose triste (M=3.8). Por ultimo en cuanto a su rol como padres el estrés experimentado fue de moderado a muy estresante y fueron: el sentirse incapaz de proteger al bebé (M=4.3) y no saber cómo ayudar a su bebé (M=4.2) esto fue durante las primeras dos semanas recién ingresó su bebé a la UCIN, hicieron correlaciones con tendencia, rasgos y estado de ansiedad y hubo mucha mayor correlación con estado de ansiedad ^{21, 22}.

Busse M. et al. Examinaron la relación del estrés con ansiedad, depresión, fatiga e interrupción del sueño en treinta padres de familia con hijos hospitalizados en la UCIN, estos completaron la escala (PSS: NICU), e instrumentos en versiones cortas del PROMIS para ansiedad, depresión, fatiga e interrupción del sueño. Encontraron que la alteración en el rol como padres fue la fuente más grande de estrés con una media (M=3.25) mientras que vistas y sonidos en la UCIN fue la más baja como fuente de estrés con una puntuación media de (M=2.37). En la correlación que hicieron entre las escalas PSS: NICU y PROMIS encontraron una correlación significativa en

Comportamiento y Apariencia, Alteraciones del Rol tuvieron una correlación con ansiedad, depresión, e interrupción del sueño y la puntuación de Alteración del Rol como Padres estuvo significativamente relacionada con fatiga ²³.

Díaz CN. En su tesis de grado Propuso conocer las fuentes de estrés parental y los cambios en la participación ocupacional en cuatro áreas del desempeño ocupacional, percibidos por los padres con hijos recién nacidos internados en unidades neonatales. La muestra fue de 83 padres con hijos internados en unidades neonatales, los cuales valoraron su percepción de estrés parental y las fuentes del mismo relacionadas con la internación de sus hijos. En cuanto a sus resultados la fuente de mayor estrés percibido por los padres fue la relación entre el niño y el papel de ellos desde su rol. En segundo lugar la apariencia y conducta del niño; y por último le sigue el aspecto y sonidos del ambiente de la unidad neonatal. La totalidad de la población estudiada experimentó estrés parental e identificó las fuentes de estrés relacionadas con el ambiente de la unidad neonatal ²⁴.

En el año 1999 Jofré y Henríquez llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional cuyo propósito fue determinar el nivel de estrés de las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, en Concepción Chile. La muestra estuvo constituida por 35 madres de los recién nacidos hospitalizados. Aplicaron la Escala de Estrés Maternal que mide el nivel de estrés y las dimensiones de él. En cuanto a los resultados al analizar las correlaciones de las cuatro subescalas, que constituyen las dimensiones de la variable dependiente, resultaron significativamente al nivel 0.01 el aspecto del RN relacionado con el ambiente de la UCIN; rol materno en relación con el aspecto del RN y rol materno relacionado con el ambiente de la UCIN. La dimensión del estrés que dice relación con el ambiente de la UCIN, esta variable resultó influyente en el nivel de estrés total de las madres, el aspecto del recién nacido resultó un factor relacionado en el estrés de las madres obteniendo una relación altamente significativamente con el estrés total, el rol materno también resultó relacionado con el nivel de estrés total con una significación estadística de 5% ¹⁹.

Aguñaga-Zamarripa, et al. Llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional en una UCIN de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Pediatria 48, en la Ciudad de León, Guanajuato, su objetivo fue describir el nivel de estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se entrevistó a los padres sobre su percepción del estrés interpersonal y extrapersonal durante el proceso de hospitalización con la “Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal”, el nivel de estrés percibido por los padres fue referido en cinco niveles, No estresante 24%, Poco estresante 36%, Moderadamente estresante 25%, Muy estresante 10%, y Extremadamente estresante 5%. El promedio de estrés interpersonal fue poco estresante con 2.04 y el de estrés extrapersonal fue moderadamente estresante con 2.51. El factor de estrés con mayor puntaje fue el de conducta y comunicación ⁷.

En 2011 Torrecilla estuvo orientado a evaluar el nivel de estrés psicológico que experimentaban las madres de prematuros de alto riesgo que se encontraban internados en la UCIN en el hospital “Luis Lagomaggiore”, de la provincia de Mendoza, Se aplicó la escala de estrés Parental: unidad de cuidados intensivos (PSS:NICU). Según los autores existen factores extra e interpersonales, los extrapersonales corresponden al ambiente físico de la UCIN, se incluyeron las subescalas de “aspecto y sonidos de la unidad” y “apariencia del niño”. Los factores interpersonales corresponden al ambiente psicosocial de la UCIN y aquí se incluyeron las subescalas “relación con el niño y rol de padres”. Los resultados fueron que las madres manifestaron que todo lo referido a equipamientos que tenía el bebé o que estaban cerca de él fueron los que mayor estrés les producían. Le continuó lo referido a la subescala de “aspectos y sonidos de la unidad” con un nivel moderado de estrés. En cuanto a los factores interpersonales, la subescala “relación con el hijo” resultó con un nivel muy bajo de estrés. Pero cuando se observó los ítems que componen esa subescala el “estar separado de mi bebé” y “no poder alimentarlo personalmente” tuvieron puntuaciones con niveles elevados de estrés ²⁵.

En argentina en los años 1997 y 1999, la doctora Ruíz y colaboradores llevaron adelante un programa de intervención psicológica con madres de recién

nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Italiano, de Buenos Aires. Investigaron el impacto de las intervenciones a través del nivel de estrés y de depresión materna manifestada durante la internación del niño. Evaluados mediante la PSS: NICU y el inventario de depresión de Beck (BDI). Los padres fueron divididos en dos grupos: intervención y control. Los del grupo control recibieron los cuidados habituales del servicio y los del grupo intervención recibieron una atención individualizada. En cuanto a los resultados el grupo de intervención presentó niveles de estrés y de depresión materna significativamente menores. Mientras que las del grupo control consideró la experiencia en la UCIN como “extremadamente estresante”, Con relación a las subescalas, Observaron diferencias significativas a favor del grupo con intervención en la de “aparición del niño”, “relación con el niño” y “aspecto y sonidos de la unidad”. Casi el total de las madres de ambos grupos señaló sentir algún nivel de estrés en relación con la separación del niño, así como el no poder amamantarlos. Un 85% sintió que era estresante que las enfermeras se ocuparan de los cuidados y pasaran más tiempo con sus bebés. En relación al ambiente de la UCIN-subescala “aspecto y sonido de la unidad” los autores puntualizaron que las madres del grupo de intervención expresaron sentir menos estrés que las madres del grupo control y plantearon que esto podría deberse al sostén emocional que representaba la intervención. Los investigadores concluyeron que, mediante un programa de apoyo especial, se puede disminuir el nivel de estrés y depresión materna y que estos efectos beneficiosos podrían favorecer la interacción madre-hijo y el futuro desarrollo del niño ²⁶.

En el año 2004 el Dr. Rodríguez y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer las opiniones de los padres acerca de la calidad de la información médica y de la atención recibida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Diseñaron una encuesta estructurada centrada en tres aspectos: características de la información, trato ofrecido por parte del personal sanitario y medios puestos a disposición de los padres. Se llevó a cabo mediante entrevista, de forma personal, a 61 padres de niños ingresados en la UCIP entre noviembre de 2002 y marzo de 2003. En cuanto a los resultados podemos ver que los principales motivos de preocupación de los

padres fueron: la evolución clínica del niño 21.9%, las posibles complicaciones y secuelas 18.8% y la situación de gravedad del niño 17.2%, el 10.9% manifestaban intranquilidad por diferentes motivos (que el niño no comía, el oírle llorar, o verle con los cables y sondas) y al 9.4% les preocupaba fundamentalmente no poder estar con su hijo ²⁷.

V. OBJETIVOS

- Caracterizar la población de estudio: padres, neonatos y lactantes.
- Identificar las características ambientales o (factores del entorno) de la UCIN que generan preocupación en los padres de un neonato.
- Identificar las condiciones del neonato y el lactante en la UCIN que generan preocupación en los padres.
- Identificar la situación de los padres de los neonatos y lactantes respecto a su función paterna.

VI. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio con enfoque cuantitativo, observacional descriptivo de corte transversal.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Correspondió a padres de familia que tienen hijos hospitalizados en la UCIN o UCIP en un hospital infantil de la Ciudad de México.

Muestra: se tomó una muestra convencional de 75 padres de familia que se entrevistaron en los meses de abril a agosto. En las salas de espera de las áreas de cuidado intensivo.

Se consideraron como criterio de inclusión aquellos padres que tenían hijos hospitalizados por más de 48 horas que aceptaron participar.

6.3 VARIABLES DE ESTUDIO

- Variables de identificación: edad de los padres, nivel de escolaridad, género y número de hijos.
- Variables específicas: las relacionadas con el ambiente en el que se encuentra el niño, las relacionadas con la manera en cómo el padre ve a su hijo en cuanto a su aspecto y la cantidad de equipo técnico de apoyo y las

relacionadas con su función como padres de un niño que requiere atención especializada en la UCIN o UCIP. (VER ANEXO 1)

6.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección correspondió a una entrevista directa con el apoyo de un instrumento estructurado que contiene las variables relacionadas con los objetivos propuestos. Se contó con el apoyo de la institución seleccionada, que permitió interactuar con los padres de familia de los neonatos y lactantes hospitalizados en las áreas de Cuidados Intensivos. Las entrevistas se llevaron a cabo en las salas de espera de esta sección. El material utilizado en las entrevistas fue a cargo del responsable de esta investigación, así como el uso de material y equipo para el procesamiento de los datos.

6.5 INSTRUMENTO

El instrumento que se aplicó es: la *Escala de estrés parental en la unidad de cuidados intensivos neonatal* ²², modificada de acuerdo a los propósitos del presente estudio y a la realidad de una institución mexicana. El instrumento consta de 26 ítems, que se encuentran divididos en tres grupos; el primer grupo tiene 5 y tratan sobre el ambiente en el que se encuentra el niño, el segundo grupo conformado por 14 que están relacionados con la manera cómo el padre ve a su hijo en cuanto a su aspecto y a la cantidad de equipo técnico de apoyo y cómo se comporta el niño con la visita del padre, el tercer y último grupo con 7 ítems que exploraran la experiencia de los padres con un hijo hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. De acuerdo con la escala utilizada se aplicaron los siguientes valores, que van del 1 al 5; siendo 1 el valor más bajo es decir que no provocó preocupación, angustia o molestia y 5 el valor más alto donde el padre experimentó extrema preocupación, angustia o molestia. (VER ANEXO 2)

6.6 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Con la información recolectada, se elaboró una base de datos en el programa SPSS siguiendo las variables incluidas en el instrumento y considerando el tipo y valores de cada una. Se hizo el análisis con el apoyo de pruebas estadísticas descriptivas como medidas de resumen: frecuencias y porcentajes; y medidas

de tendencia central y de dispersión como: promedio, mediana, desviación estándar y rangos. Los datos se presentan con las gráficas correspondientes.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser una investigación clasificada como sin riesgo; solo se consideró el principio de anonimato y privacidad de la Ley General de Salud en materia de Investigación: Título II Capítulo 01 artículo 10 fracción IV, que se refiere al consentimiento informado de los sujetos implicados en una investigación y el principio de privacidad del Artículo 16 que hace referencia al anonimato de los sujetos de investigación, por lo que no es necesario el nombre del padre de familia, respetando la libertad de decidir participar o no en la investigación; al ser considerada como de no riesgo, no se pedirá consentimiento informado.

VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Las primeras tres tablas describen las características de los padres de los neonatos y lactantes hospitalizados en la UCIN y la UCIP, participantes en esta investigación.

La población de estudio abarca de los 20 años hasta los 55 años, siendo el grupo de 20 a 29 años el de mayor predominio con un 44% seguido por el de 30 a 39 años con el 29%. Con una media de edad de 29.1 años con una desviación estándar de 8.4

Tabla 1		
Años cumplidos de los padres		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 20	10	13
20 – 29	33	44
30 – 39	22	29
40 -49	8	11
50 – 59	2	3
Total	75	100

EL 40% de los padres refirió tener solo un hijo, seguido por un 25% que dijo tener 2 hijos y un 21% que tenía 3 hijos. Los porcentajes más altos se tuvieron de 1 a 3 hijos sin embargo hubo padres que refirieron hasta 7.

Tabla 2		
Hijos nacidos vivos		
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	30	40
2	19	25
3	16	21
4	3	4
5	4	6
6	1	1
7	2	3
Total	75	100

En cuanto al género de los padres entrevistados se puede notar que más de la tercera parte fueron mujeres.



El 39% de los padres solo concluyó hasta la secundaria y un 28% tiene el nivel bachillerato.

Tabla 3		
Nivel de Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	18	24
Secundaria	29	39
Bachillerato	21	28
Licenciatura o posgrado	7	9
Total	75	100

De acuerdo con los objetivos propuestos en esta investigación, derivados de las tres secciones del instrumento empleado, se presentan 3 rubros: El primero se refiere a lo que hay en el entorno donde se encuentran hospitalizados los neonatos y lactantes, el segundo tiene situaciones que pueden describir la manera como los padres ven a su bebé y cómo es que se comporta durante su visita en la UCIN o UCIP, el tercer rubro fue para conocer cómo se sentían los padres acerca de su propia relación con su bebé.

En primer lugar, en relación al entorno se observó lo siguiente:

Para el 39% le fue de muy a extrema preocupación, angustia o molestia la presencia de monitores y equipos en la UCIN o la UCIP, sin embargo en un 26% se encontró que solo les generó un poco de preocupación.

Tabla 4		
Presencia de monitores y equipos		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	14	19
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	19	26
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	12	16
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	11	15
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	18	24
Total	74	100

Nota: 1 caso perdido.

En cuanto al constante ruido de los equipos un 28% manifestó que no le provocó preocupación, angustia o molestia, mientras que a un 43% dijo haberse sentido extremadamente o muy preocupado por esta situación.

Tabla 5		
El constante ruido de los equipos		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	21	28
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	12	16
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	10	13
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	15	20
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	17	23
Total	75	100

En cuanto al repentino ruido de monitores y alarmas un 57% de los padres indicó que le fue de muy a extremadamente preocupante, angustiante o molesta esta situación.

Tabla 6		
Repentino ruido de monitores y alarmas		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	11	15
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	12	16
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	9	12
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	18	24
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	25	33
Total	75	100

Por la presencia de otros bebés en la UCIN o UCIP un 44% de los padres refirió que no sintieron preocupación, angustia o molestia mientras que un 31% manifestó haberse sentido de muy a extremadamente preocupado, angustiado o molesto.

Tabla 7		
Los otros bebés en la unidad		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	33	44
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	9	12
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	10	13
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	14	19
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	9	12
Total	75	100

La siguiente tabla muestra que al 55% de los padres no les provocó preocupación, angustia o molestia la cantidad de gente trabajando en la UCIN o UCIP.

Tabla 8		
Cantidad de gente trabajando en la unidad		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	41	55
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	9	12
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	12	16
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	5	7
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	8	10
Total	75	100

En relación al segundo rubro del instrumento que contiene situaciones que pueden describir la manera como los padres ven a su bebé y cómo es que se comporta durante su visita en la UCIN o UCIP.

Con respecto a la primer situación que se refiere a los equipos que tiene el bebé o que se encuentran cerca de él, un 67% manifestó haber sentido de muy a extremadamente preocupante, angustiante o molesta dicha situación.

Tabla 9		
Equipos que tiene su bebé o que están cerca de él.		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	9	12
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	10	14
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	5	7
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	21	28
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	29	39
Total	74	100

Nota. 1 caso perdido.

Del total de padres un 71% se sintieron de muy a extremadamente preocupados, angustiados o molestos porque sus bebés tuvieran moretones o manchas en la piel mientras que en un 4% no les dio preocupación esta apreciación no tuvo relación con el género, ni con la edad , ni escolaridad y tampoco con el número de hijos vivos.

Tabla 10		
Moretones o manchas en la piel de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	4
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	6	9
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	11	16
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	15	22
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	34	49
Total	69	100

Nota. 6 casos perdidos.

En la pregunta que habla sobre los cambios de color que pudo llegar a tener su hijo un 78% de los padres indicó que si le provoca de mucha a extrema preocupación angustia o molestia.

Tabla 11		
Color diferente de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	8	12
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	4	6
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	3	4
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	20	29
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	33	49
Total	68	100

Nota. 7 casos perdidos.

En la siguiente tabla se muestra que un 84% de los padres entrevistados, la forma irregular de respirar de sus hijos les provocó extrema preocupación angustia o molestia.

Tabla 12		
La forma irregular de respirar de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	4
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	3	4
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	5	8
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	17	25
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	40	59
Total	68	100

Nota. 7 casos perdidos.

En cuanto al tamaño pequeño de su hijo un 59% refirió que esta situación le fue de muy a extremadamente preocupante angustiante o molesto, a un 6% no le provocó preocupación, angustia o molestia debido a que los padres sabían por que la causa del tamaño pequeño de su hijo.

Tabla 13		
El tamaño pequeño de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	2	6
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	5	15
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	4	12
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	3	9
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	20	59
Total	34	100

Nota. 41 casos perdidos, estos equivalen a más de la mitad de los entrevistados y estos fueron porque la mayoría de los neonatos nació de 40 Semanas, y los padres los veían normales de tamaño.

Del total de padres un 62% manifestó extrema preocupación, angustia o molestia en cuanto a la apariencia arrugada de la piel de su hijo.

Tabla 14		
La apariencia arrugada de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	10
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	5	17
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	3	11
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	5	17
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	13	45
Total	29	100

Nota: 46 casos perdidos.

El 67% indicó que el ventilador que tenían sus hijos para poder respirar les provocaba extrema preocupación, angustia o molestia.

Tabla 15		
El aparato que tiene su bebé para respirar		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	5	9
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	6	11
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	7	13
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	8	15
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	28	52
Total	54	100

Nota. 21 casos perdidos.

En cuanto al ver agujas y tubos en su hijo, más de dos terceras partes de los padres indicó haber experimentado extrema preocupación angustia o molestia mientras que a un 6% la situación no le provocó preocupación, angustia o molestia. Conviene señalar que tres de ellos solo cursaron el nivel básico de escolaridad.

Tabla 16		
Ver agujas y tubos puestos en su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	4	6
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	6	8
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	8	11
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	13	18
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	41	57
Total	72	100

Nota. 3 casos perdidos.

Para el 58% de los padres entrevistados el que su bebé fuera alimentado por sonda le provocaba extrema preocupación angustia o molestia y solo un 21% indicó no haber sentido preocupación, angustia o molestia.

Tabla 17		
Cuando su bebé es alimentado por sonda		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	10	21
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	2	4
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	8	17
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	8	17
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	19	41
Total	47	100

Nota: 28 casos perdidos, los casos perdidos correspondieron a los bebés que recibían alimentación en biberón o del seno materno.

Por otra parte el que vean a su bebé adolorido le fue de muy a extremadamente preocupante angustiante o molestó al 75% de los padres entrevistados.

Tabla 18		
Cuando su bebé parece estar adolorido		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	5	7
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	8	11
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	5	7
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	15	21
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	38	54
Total	71	100

Nota. 4 casos perdidos.

A un 80% de los padres les preocupaba extremadamente ver a sus hijos con apariencia triste.

Tabla 19		
Cuando su bebé parece estar triste		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	5
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	4	6
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	6	9
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	14	21
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	39	59
Total	66	100

Nota. 9 casos perdidos.

La siguiente tabla describe que un 88% de los padres indicó sentirse de muy a extremadamente preocupados, angustiados o molestos al ver a sus hijos débiles, solo un 5% indicó no haber estado preocupado, cabe resaltar que los bebés se encontraban sedados.

Tabla 20		
La apariencia débil y floja de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	5
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	1	2
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	3	5
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	12	21
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	38	67
Total	57	100

Nota. 18 casos perdidos.

Con respecto a que su bebé hiciera movimientos inquietos el 63% de los padres indicó de muy a extremadamente preocupante, angustiante o molesta dicha situación.

Tabla 21		
Temblores y movimientos inquietos de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	5	11
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	4	9
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	8	17
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	8	17
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	21	46
Total	46	100

Nota. 29 casos perdidos.

En cuanto a que su bebé fuera capaz de llorar como los otros bebés un 86% le provocó extrema preocupación, angustia o molestia.

Tabla 22		
Su bebé no parece capaz de llorar como los otros		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	6
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	1	2
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	3	6
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	11	24
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	29	62
Total	47	100

Nota. 28 casos perdidos.

Respecto a la tercera sección, relacionada con el sentir de los padres a cerca de su propia relación con el bebé se encontró lo siguiente:

Para el 75% de los padres entrevistados esta situación fue extremadamente preocupante mientras que solo a un 4% le provocó un poco de preocupación esto no tuvo relación con la edad, genero, nivel de escolaridad ni con el número de hijos.

Tabla 23		
Estar separado de su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	3	4
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	2	2
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	14	19
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	56	75
Total	75	100

El 72% de las madres en este caso entrevistadas manifestaron sentir extrema preocupación por no poder ser ellas quienes alimentaran a su bebé.

Tabla 24		
No alimentar a su bebé usted misma		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	1	2
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	1	1
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	5	7
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	12	18
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	49	72
Total	68	100

Nota. 7 casos perdidos.

Para un 5% de los padres entrevistados el no poder cuidar a su bebé no les provocó preocupación, angustia o molestia; esto tiene relación en que los que contestaron esto eran los papás no las mamás.

Tabla 25		
No poder cuidar a su bebé usted misma		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	3	5
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	2	3
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	6	9
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	8	12
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	46	71
Total	65	100

Nota. 10 casos perdidos.

El no poder abrazar a su bebé cuando ellos querían les provocó una extrema preocupación esto se ve reflejado en un 87% de los padres entrevistados.

Tabla 26		
No poder abrazar a su bebé cuando quiere.		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	1	2
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	7	11
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	54	87
Total	62	100

Nota. 13 casos perdidos.

Para el 90% de los padres entrevistados el sentirse incapaces de proteger a su bebé les causa extrema angustia.

Tabla 27		
Sentirse incapaz de proteger a su bebé del dolor		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	1	1
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	1	1
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	1	1
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	5	7
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	66	90
Total	74	100

Nota. 1 caso perdido.

El sentir impotencia sobre cómo ayudar a su bebé a un 86% le provoca preocupación al extremo.

Tabla 28		
Impotencia sobre cómo ayudar a su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	2	3
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	2	3
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	2	3
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	4	5
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	64	86
Total	74	100

Nota. 1 caso perdido.

Al 9% de los entrevistados no le provocó preocupación el no tener tiempo a solas con su hijo mientras que un 69% manifestó lo contrario extrema preocupación.

Tabla 29		
No tener tiempo a solas con su bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.	6	9
La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.	3	5
La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	3	5
La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.	8	12
La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	44	69
Total	64	100

Nota. 11 casos perdidos.

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El profesional de enfermería, necesita estar consciente de que los padres de los bebés que son ingresados a una UCI puede llegar a generar preocupación en ellos, es por esto que debe promover la participación de los padres en el cuidado de su bebé.

La proporción más grande del grupo de edad de los padres entrevistados correspondió a padres muy jóvenes que consecuentemente tiene de 1 a 2 hijos dato que concuerda con Aguiñaga ⁷ y Rodríguez ²⁷, esta situación puede generar mayor preocupación por no tener al bebé que ellos imaginaban y por lo tanto es una ilusión en riesgo de no realizarse. El personal de enfermería tiene un papel fundamental para tratar de ayudar a los padres a afrontar esta nueva situación.

El hecho de tener una mayor proporción de madres que de padres, coincide, con el apego que se inicia desde el momento en que la madre se sabe embarazada y durante los nueve meses es consciente de la primera relación social del individuo ^{15,16} solo en una quinta parte la entrevista correspondió al padre, esto puede deberse a que este a diferencia de la madre tiene interacción con el bebé hasta el momento del nacimiento o pasado tiempo cuando su hijo tiene que ser ingresado a la UCIN.

Respecto a los factores ambientales, el hecho de que más de la mitad de los padres hayan manifestado preocupación o preocupación extrema, por ruidos y alarmas concuerda con el estudio que llevó a cabo Miles ²¹, alerta al personal de enfermería para que evite la presencia de ruidos innecesarios a la activación inadecuada de alarmas, o bien mencionar a los padres que estos ruidos no necesariamente implican un proceso letal del bebé y que sirven como apoyo al personal que prioritariamente cuidan niños y no equipos. El repentino ruido de monitores y alarmas fue el ítem de este grupo que causó mayor preocupación a los padres.

En los demás estudios se obtuvo que este grupo de ítems relacionados con el entorno donde se encuentra el bebé, en general fue el que menor preocupación provocó; incluso llama la atención que el hecho de que haya mucho personal

en las unidades no les preocupa a los padres, lo cual habla de la confianza de los padres en cuanto a la presencia de las enfermeras cerca de sus niños. Esta postura de los padres debe ser capitalizada por las enfermeras y evitar a toda costa la pérdida de la confianza y así darles la tranquilidad que necesitan en momentos en los que ellos no se encuentran en la unidad con sus bebés.

En cuanto a la forma en que los padres encuentran al bebé cuando entran a la visita, los ítems que les preocuparon más fueron: la respiración irregular, señal que es vital en cuanto a la vida, preocupando periodos de apnea o taquipnea, o el que esté conectado a un ventilador y puede generar angustia al bebé; la aparición de este signo puede también ser señal de vulnerabilidad completa, sobre todo porque ellos no lo pueden evitar; igualmente la incapacidad para el llanto, hace de su hijo un sujeto que ni siquiera puede alertar de la presencia de dolor e impide la interacción de la madre o cuidador como aliviadores del dolor, ya que de acuerdo con Bowlby la relación se refuerza cuando la madre logra disminuir el llanto del bebé.

También se observó que los ítems que causaron estrés extremo sobre la apariencia del bebé en el estudio de Miles y colaboradores y que concuerda con esta investigación, es que éste tenga una apariencia débil y floja, algo que ciertamente es característica de neonatos específicamente prematuros ya que la mayoría padecen de un tono muscular nulo, miembros hipotónicos y extendidos o bien siendo un neonato o un lactante que se encuentre sedado, motivo por el que las y los enfermeros encargados del cuidado de sus pequeños en ese estado débil deben proporcionar información sobre porque sus hijos no se muestran reactivos a los estímulos ¹². Por otro lado, el ver la piel de su hijo pálida esto concuerda a que puede deberse a una característica de la patología que padezca su pequeño. Por último tenemos que les preocupa el ver a sus hijos aparentemente tristes esto según la literatura en cuanto al desarrollo afectivo de los lactantes es más notable ese estado debido a que ya identifican más a su madre y por lo tanto a la hora de ser separado de ella puede llegar a sentir que lo está abandonando ¹².

Sin embargo lo que preocupó extremadamente casi al total de los padres fue el sentimiento de carencia de su relación con el hijo, al percibirlo separado de

ellos física y emocionalmente; esta investigación coincide con todos los estudios revisados ^{7, 19-27}, siendo el principal motivo de preocupación para los padres, cabe resaltar que de acuerdo a la escala con la que se recolectaron los datos no hubo un solo padre al que no le provocó preocupación alguna. Esta situación los hace incapaces de darle la protección que todo padre por naturaleza tiene y que manifiesta cuando lo abraza y lo alimenta ¹⁹. Lo cual los obliga a confiar en el personal y a renunciar a su rol de padres.

Esta carencia experimentada por los padres puede ser contrarrestada por el personal de enfermería, favoreciendo contacto físico y caricias de los padres con el bebé, aunque sea por periodos breves y/o permitir la participación en la alimentación, claro adecuándolo al padecimiento del bebé, pero siempre buscando su involucramiento en sus funciones vitales. En algunas instituciones se crean programas especiales como el programa madre canguro, así como actividades recreativas, manualidades para sus bebés, todo esto para aumentar la participación de los padres y reducir la sensación del distanciamiento físico.

Los hallazgos encontrados en este hospital infantil de la ciudad de México coinciden con estudios realizados en otros países en los que también se observó estrés y ansiedad.

Sin embargo, en el estudio realizado nos enfocamos a las situaciones que provocaron de muy a extrema preocupación, mientras que en la mayor parte de los estudios revisados se sumaron los puntajes de los ítems de las preguntas de cada categoría y de ahí identificaron aquellos que provocaron más estrés. La sección que generó mayor proporción y por lo tanto mayor estrés fue la sección de su rol como padres.

IX. CONCLUSIÓN

La aplicación del instrumento de Miles que ya ha sido validado y aplicado en varios países, como en México, permite identificar que la preocupación de los padres con hijos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo frecuentemente genera preocupación, lo cual coincide con los sentimientos que

los padres tienen con sus hijos pero que el personal de enfermería puede y debe ayudar a reducir con la orientación pertinente sobre el estado del niño y la necesidad de una separación, así como el acompañamiento que enfermería siempre debe proporcionar al paciente y a su familiar.

Esta investigación cumplió con los objetivos fijados, se logró caracterizar a los padres de los neonatos y lactantes, así como detectar que las situaciones de cada uno de las secciones del instrumento fueron las que causaron de muy a extrema preocupación en los padres entre las que se encontraron el repentino ruido de monitores y alarmas, la forma irregular de respirar del bebé, la apariencia débil de su hijo; y lo que causó extrema preocupación fue el hecho de estar separados de su hijo, también el no tener ellos la capacidad de poder proteger a su bebé, incluso llegaron a manifestar a la hora de la entrevista que preferían ser ellos quienes estuvieran en dicha situación en vez de sus pequeños hijos.

Los hallazgos encontrados serán elemento guía para que la enfermera pueda planear sus intervenciones con el bebé para involucrar a los padres en lo posible en su cuidado, así como, orientarlos y acompañarlos en este difícil proceso de separación de los padres con el hijo.

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	<i>Definición conceptual</i>	Tipo de variable	Valores esperados	Prueba estadística y gráfica
<i>Variables relacionadas con la identificación de los padres</i>				
Edad	<i>En años cumplidos</i>	Cuantitativa	15 a 45 años	\bar{x} , s, cv, rango
Nivel de escolaridad	<i>Ultimo grado de educación cursado.</i>	Cualitativo ordinal	s/primaria primaria secundaria bachillerato o técnico	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
Género	<i>Si es hombre o mujer</i>	Cualitativo nominal	Femenino Masculino	Fc y % Grafica de pastel o de barras

N° de hijos	<i>Los hijos nacidos vivos.</i>	Cuantitativo	1 2 3 4 5 o más.	\bar{x} , s, cv, rango
<i>Variables relacionadas con el ambiente en el que se encuentra el niño</i>				
La presencia de monitores y equipos	<i>Dan información del estado de salud del niño</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
El constante ruido de monitores y equipos.	<i>El sonido que emiten los monitores y los ventiladores.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
El repentino ruido de monitores y alarmas.	<i>Es el sonido emitido por un monitor o ventilador cuando el estado de salud del niño en peligro o</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.

	<i>cuando están mal conectados.</i>		4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	
Los otros bebés en la unidad.	<i>Neonatos o lactantes que se encuentran hospitalizados en la UCIN o UCIP.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
La cantidad de gente trabajando en la unidad.	<i>Todo el personal médico y de enfermería, así como trabajador(a) social y los padres de los niños hospitalizados en la unidad.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
<i>Variables relacionadas con la manera en como el padre ve a su hijo en cuanto a su aspecto y la cantidad de (tubos y aparatos a los que se encuentra conectado) y cómo se comporta durante su visita en la unidad.</i>				
Tubos y equipamientos que tiene su bebé o que estaban cerca de él.	<i>Todo el equipo médico que está conectado al niño.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente	Fc y % Grafica de barra o de sectores.

			preocupante, angustiante o molesta.	
Moretones, manchas en la piel, cortes o incisiones en su bebé.	<i>Son los cambios físicos que tiene la piel del niño durante su estancia en la unidad.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
El color diferente de su bebé (por ejemplo pálido o amarillento).	<i>Es la coloración de la piel de un niño con ictericia, etc.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
La forma irregular de respirar de su bebé.	<i>Cuando el niño esta hiperventilando o tiene apnea.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	Fc y % Grafica de barra o de sectores.

El tamaño pequeño de su bebé.	<i>La mayoría de los niños prematuros suelen ser más pequeños que un niño de término</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	F _c y % Grafica de barra o de sectores.
La apariencia arrugada de su bebé.	<i>La piel del niño nacido posttermino tiene una apariencia arrugada.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	F _c y % Grafica de barra o de sectores.
El aparato que tiene su bebé para respirar.	<i>El ventilador es el que le aporta oxígeno al niño que pretérmino con alteraciones en el aparato respiratorio.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	F _c y % Grafica de barra o de sectores.
Ver las agujas y tubos puestos en su bebé.	<i>El hecho de ver las manos y los pies del niño con el catéter de la venoclisis, así como las cánulas</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	F _c y % Grafica de barra o de sectores.

	<i>orotraqueales para que respire el niño.</i>		4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	
Quando su bebé es alimentado por sonda nasogástrica.	<i>Quando la vía oral la tiene bloqueada o aun no succionan adecuadamente se les alimenta por medio de una sonda que es introducida por la nariz o la boca hasta llegar al estómago.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
Quando su bebé parece estar adolorido.	<i>El niño muestra gestos de dolor.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
Quando su bebé parece estar triste.	<i>El niño manifiesta gestos de tristeza.</i>	Cualitativa ordinal	1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	Fc y % Grafica de barra o de sectores.

La apariencia débil y floja de su bebé.	<i>Los niños que son prematuros por lo general muestran un tono muscular débil.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
Los temblores y movimientos inquietos de su bebé.	<i>Los primeros movimientos del niño en ocasiones son involuntarios por lo general son temblores.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	Fc y % Grafica de barra o de sectores.
Su bebé no parece capaz de llorar como los otros bebés.	<i>En ocasiones el llanto de los niños suele ser débil.</i>	Cualitativa ordinal	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.</p> <p>2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.</p> <p>3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.</p> <p>5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	Fc y % Grafica de barra o de sectores.

Variables relacionadas con su función como padres de un niño en una unidad de cuidados intensivos.

<p>Estar separado de su bebé.</p>	<p><i>El hecho de no tener al niño las 24 horas del día.</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>
<p>No alimentar a su bebé usted misma.</p>	<p><i>El que por motivos de prescripción médica no pueda alimentar a su niño.</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>
<p>No poder cuidar a su bebé usted misma (por ejemplo, cambio de pañales, el baño).</p>	<p><i>Cuando el personal de enfermería es quien hace el cambio de pañal, o baña a su niño y a los padres se les priva esa función.</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>

<p>No poder abrazar a su bebé cuando quiere.</p>	<p><i>El hecho de que su hijo se encuentra dentro de una incubadora y deba permanecer el mayor tiempo posible dentro de esta.</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>
<p>Sentirse incapaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos.</p>	<p><i>Cuando el niño llora debido a algún procedimiento que se le está realizando.</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>
<p>Sentimientos de impotencia sobre cómo ayudar a su bebé durante la hospitalización.</p>	<p><i>El hecho de no saber qué hacer por su hijo enfermo les genera sentimientos como angustia, temor, etc.</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta. 4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>
<p>No tener tiempo a solas con su bebé.</p>	<p><i>El hecho que el personal médico y de enfermería ande la mayor parte del tiempo en la unidad</i></p>	<p><i>Cualitativa ordinal</i></p>	<p>1 La situación no provocó preocupación, angustia o molestia. 2 La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia. 3 La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.</p>	<p>Fc y % Grafica de barra o de sectores.</p>

	<i>no les permite a los padres disfrutar del tiempo a solas con su hijo.</i>		4 La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta. 5 La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.	
--	--	--	---	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO

ESCALA PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICION DE LA ANGUSTIA EXPERIMENTADA POR LOS PADRES DE NIÑOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN LA UCIN.

Estamos interesados en saber más sobre el estrés o angustia experimentado por los padres de niños enfermos y hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (UCIN o UCIP). Nos gustaría conocer su experiencia como padre cuyo hijo se encuentra actualmente en la UCIN o UCIP.

Este cuestionario enumera diversas experiencias que otros padres han reportado como estresantes cuando su bebé estaba en la UCIN. En el cuestionario, encontrará diversas situaciones que le pueden generar preocupación o angustia, por favor elija el grado de angustia que le ha provocado cada una de las situaciones que le voy a leer. Usted escogerá valores del 1 al 5.

1= La situación no provocó preocupación, angustia o molestia.

2= La situación provocó un poco de preocupación, angustia o molestia.

3= La situación fue moderadamente preocupante, angustiante o molesta.

4= La situación fue muy preocupante, angustiante o molesta.

5= La situación fue extremadamente preocupante, angustiante o molesta.

Marque NA “no aplicable” cuando el padre responda que no ha experimentado ninguna situación.

Por ejemplo: Si usted siente que las luces de la sala donde está su bebé no le provocan preocupación, angustia o molestia. Seleccionara el 1.

1 2 3 4 5 NA

A continuación, le voy a leer una serie de situaciones que usted me contestará si le provoca poca o mucha preocupación, angustia o molestia, calificando con

1 si es nada preocupante, angustiante o molesta y 5 si es extremadamente preocupante, angustiante o molesta.

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

A continuación leeré una lista de situaciones que pueden describir la manera en que usted ve a su bebé y observa cómo se comporta durante su visita en la UCIN, así como algunos de los tratamientos que usted ha visto que le realizan a su bebé. Usted me contestará si le provoca poca o mucha preocupación o angustia calificando con 1 si es nada preocupante, angustiante o molesta y 5 si es extremadamente preocupante, angustiante o molesta.

	1	2	3	4	5	NA
1. Tubos y equipamientos que tiene su bebé o que estaban cerca de él.						
2. Moretones, manchas en la piel, cortes o incisiones en su bebé.						
3. El color diferente de su bebé (por ejemplo pálido o amarillento).						
4. La forma no rítmica e irregular de respirar de su bebé.						
5. El tamaño pequeño de su bebé.						
6. La apariencia arrugada de su bebé.						
7. El aparato que tiene su bebé para respirar.						

8. Ver las agujas y tubos puestos en su bebé.						
9. Cuando su bebé come por sonda nasogástrica.						
10. Cuando su bebé parece estar dolorido.						
11. Cuando su bebé parece estar triste.						
12. La apariencia débil y floja de su bebé.						
13. Los temblores y movimientos inquietos de su bebé.						
14. Su bebé no parece capaz de llorar como los otros bebés.						

También queremos conocer cómo se siente acerca de su propia relación con el bebé. Me indicará el número 1 cuando no sienta preocupación, angustia o molestia y 5 cuando sienta extremadamente preocupación, angustia o molestia.

	1	2	3	4	5	NA
1. Estar separado de su bebé.						
2. No alimentar a su bebé usted misma.						
3. No poder cuidar a su bebé usted misma (por ejemplo, cambio de pañales, el baño).						
4. No poder abrazar a su bebé cuando quiere.						
5. Sentirse incapaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos.						
6. Sentimientos de impotencia sobre cómo ayudar a su bebé durante la hospitalización.						
7. No tener tiempo a solas con su bebé.						

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

X.BIBLIOGRAFIA

1. Jasso G. *Neonatología práctica*. Ed. El manual moderno. 7ª ed. México, 2008. 32-33, 49, 73, 83, 252, 317, 351,352 p.
2. NOM-025-SSA3-2013. *Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos*. México. 2013
3. Plaza G. *Manual para padres con niños prematuros*. Ed. Ibáñez- plaza. España, 1999. 23, 45 p.
4. Comité Científico de Enfermería Neonatal – Hospital de Pediatría S. A. M. I. C Profesor Dr. J. P. Garrahan. *Cuidados en enfermería neonatal*. Ed. Journal. 3a ed. Buenos Aires, 2009. 122, 125 p.
5. Nascimento R. *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Ed. Médica panamericana. 3ª ed. Buenos Aires, 2008.1-2 p.
6. Chaure LI. *Atención del Recién nacido con problemas de salud*. En *Enfermería del niño y el Adolescente*. Ed. Difusión Avances de Enfermería. 2ª ed. España, 2009. 136-140 p.
7. Aguiñaga L, Reynaga L., y Beltrán A. *Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización*. *Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. México, 2016; 24(1): 29, 27-35 p.
8. Nelson E. *Tratado de Pediatría*. Ed. Elsevier Saunders. 19ª ed. Vol II. España, 2013. 610, 1610-1612 p.
9. Ceriani J.M. *Neonatología Práctica*. Ed. Médica Panamericana.4ª ed. Buenos Aires, Argentina. 2009. 341 p.
10. Rodríguez R. *Manual de Neonatología*. Ed. Mc Graw Hill. 2ª ed. México, 2012. 8 p.
11. Aguilar M. *Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos*. Ed. OCEANO. Barcelona, 2003. 36-37, 39-40, 269 p.

12. Martínez R. *La Salud del niño y del adolescente*. Ed. El manual moderno. 6ª ed. México, 2009. 178, 149 p.
13. Oiberman A. *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires. 149 p.
14. Enesco I. *El desarrollo del bebé Cognición, Emoción y Afectividad*. Ed. Alianza. Madrid, 2003. 206, 208 p.
15. Oiberman A. *Observando a los bebés... técnicas vinculares madre-bebé padre-bebé*. Buenos Aires, 2008. 53, 56, 59, 79, 80, 84-86 p.
16. Escobar E, Espinosa E. y Moreira M. *Tratado de pediatría*. Ed. Manual Moderno. Vol I. México, 2001. 218, 270, 272 p.
17. Fine J.M. *Modelo de la interacción padre-hijo Kathryn E. Barnard*. En Marriner A. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Elsevier. 5ª ed. Barcelona, España, 2003. 486-488 p.
18. Palomo del Blanco M. P. *El niño hospitalizado Características, evaluación y tratamiento*. Ed. Piramide. Madrid, España, 1999. 54-56 p.
19. Jofré V, Henríquez E. *Niveles de Estrés de las Madres con Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, HGGBC*. Ciencia y Enfermería. Chile, 2002; 8 (1): 32 p.
20. Berkeley H. *Principios para la asistencia neonatal centrada en la Familia*. Pediatrics. 1993; 36 (1): 50-52 p.
21. Miles M, Funk S., y Kasper M.A. *The Neonatal Intensive Care Units Environment: Sources of Stress For Parents*. AACN Clinical Issues. 1991; 2 (2): 1-18 p.
22. Miles M, Funk S., y Carlson J. *Parental Stressor Scale; Neonatal Intensive Care Unit*. Nursing Research. 1993; 42 (3): 148- 152 p.
23. Busse M, Stromgren K., Thorngate L., y Thomas K.A. *Parent's Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit*. Critical Care Nurse. Washington, 2013; 33(4): 1-19 p.

24. Díaz C. *Participación Ocupacional y Estrés en Padres de Recien Nacidos Internados en Unidades Neonatales*. Tesis para la obtención de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Abierta Interamericana. Chile, 2012. 68 p.
25. Torrecilla M. *Evaluación del Nivel de estrés Psicológico que experimentan las madres de prematuros de alto riesgo internados en la UCIN del Hospital "Luis Lagomaggiore" de la provincia de Mendoza*. Oiberman A. Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal. Buenos Aires, 2011: 355-356 p.
26. Ruíz. Et al. *Programa de intervención Psicológica con madres de recién nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital Italiano de Buenos Aires*. Oiberman A. Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal. Buenos Aires, 1997-1999: 357-358 p.
27. Rodríguez A, Crespo P, Martins de Oliveira C, Pérez M.T, Martínón F., y Martínón J.M. *Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres*. Anales de Pediatría. Barcelona, 2004; 61 (3): 231-235 p.