

VIVENCIA PADRES PRIMERIZOS, PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN
NEONATOLOGIA, HOSPITAL DEL NIÑO LA PAZ – PRIMER TRIMESTRE
GESTIÓN 2011

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por su misericordia y su gracia, por todas las bendiciones que el provee a mi familia.

A mis queridos padres Miguel y Berta, por haberme guiado para ser una profesional que sirva a las personas especialmente a los niños en el momento que más lo necesitan.

A mi esposo Waldo por tenerme tanta paciencia y tanto amor.

A mis hijos Josue y Carola, por ser tan cariñosos y atentos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quiero hacer público mi agradecimiento, a las personas que directamente contribuyeron para que este trabajo se hiciera una realidad a mi tutora Lic. Cinda Pérez por su esfuerzo y paciencia con el que me guio para culminar mi trabajo.

A la Lic. Miriam Vargas por haberme comprendido y ayudado en los momentos más difíciles.

A mi familia por haberme apoyado en los momentos que más los necesite.

Agradezco al Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría por haberme permitido realizar este trabajo en el servicio de Neonatología, a todos los padres que tenían internados a sus recién nacidos hospitalizados y me colaboraron en las encuestas para realizar este trabajo.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGIA MÉDICA



“VIVENCIA PADRES PRIMERIZOS PREMATUROS, HOSPITALIZADOS EN
NEONATOLOGIA, HOSPITAL DEL NIÑO LA PAZ – PRIMER TRIMESTRE
GESTIÓN 2011 “

Postulante: Cristina Conde Loaiza

Tutora: Lic. Cinda Pérez

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

La Paz - Bolivia

2012

INDICE GENERAL

1. Introducción.....	1
----------------------	---

FASE I: DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2. Situación Problemática.....	4
3. Planteamiento del problema.....	6
4. Justificación.....	7
4.1 Teórica.....	7
4.2 Práctica.....	7
4.3 Metodológica.....	8
4.4 Social.....	9
5. Antecedentes del Estudio.....	10
6. Objetivos.....	12
7. Marco Teórico.....	13
7.1 Hospitalización.....	13
7.2 Prematuro.....	15
7.3 Vivencia.....	16
7.4 Carácter.....	17
7.5 Emoción.....	18
7.6 Miedo o Temor.....	20
7.7 Irritabilidad.....	21

7.8	Enojo.....	22
7.9	Culpa.....	23
7.10	Negación.....	25
7.11	Aceptación.....	25
7.12	Comunicación.....	25
8.	Diseño Metodológico.....	
8.1	Metodología.....	27
8.2	Tipo de Estudio.....	27
8.3	Universo y muestra.....	27
8.3.1	Universo.....	27
8.3.2	Muestra.....	27
8.4	Tamaño de muestra.....	28
8.5	Criterios de Inclusión.....	28
8.6	Criterios de Exclusión.....	28
8.7	Técnicas e Instrumentos.....	28
8.7.1	Método.....	28
8.7.2	Instrumento.....	28
8.7.3	Validación del Instrumento.....	29
8.7.4	Prueba Piloto.....	29
9.	Métodos.....	29
9.1.	Método Exploratorio.....	29

9.2.	Método Descriptivo.....	29
9.3.	Método Cual-Cuantitativo.....	30
9.4.	Procedimientos para recolección de Información.....	30
9.5.	Plan de tabulación.....	30
10	Recursos Económicos.....	30
11	Cronograma.....	31
12	Resultados.....	32
12.1	Grafico 1.....	32
12.2	Grafico 2.....	33
12.3	Grafico 3.....	34
12.4	Grafico 4.....	35
12.5	Grafico 5.....	36
12.6	Grafico 6.....	37
12.7	Grafico 7.....	38
12.8	Grafico 8.....	39
12.9	Grafico 9.....	40
12.10	Grafico 10.....	41
13	Conclusiones.....	42
14	Recomendaciones.....	44
15	Bibliografía.....	45

FASE II: PROPUESTA DE INTERVENCION

1.	Introducción.....	47
2.	Objetivos.....	49
3.	Marco Teórico.....	49
16	ANEXOS.....	55
16.1	Carta de autorización al Director del Hospital.....	56
16.2	Carta a los padres de consentimiento.....	57
16.3	Cuestionario.....	58
16.4	Consentimiento.....	59
16.5	Folleto Educativo.....	60
16.6	Fotos de Prematuros.....	62

1. INTRODUCCIÓN

El servicio de Neonatología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, alberga a recién nacidos con diferentes patologías entre ellos prematuros. Cuando el prematuro necesita hospitalización, tanto padres como madres se ven obligados a separarse del recién nacido para permitir su atención o curación, lastimosamente los prematuros en algunas ocasiones no han tenido ningún contacto con sus progenitores antes de la hospitalización, lo que ocasiona de manera directa e inmediata reacciones de dolor, angustia, frustración e impotencia al no poder ayudar o atender de manera directa a su bebe.

En el escenario de la unidad de recién nacidos, siempre están presentes por un lado, los profesionales de la salud atentos a las necesidades del recién nacido, expuestos a la desgastante y pesada rutina que este tipo de servicio impone; por otro lado, está el recién nacido enfermo, aislado del ambiente, dificultando su contacto con las demás personas. Estos niños se encuentran generalmente conectados a monitores, catéteres y otros aparatos; inmersos en esta situación están los padres, asustados muchas veces, con un enorme sentimiento de frustración, golpeados por el dolor de ver un momento tan esperado transformado en un periodo de angustia, desesperación e incertidumbre.

Investigar acerca de las vivencias de los padres durante la hospitalización de su primer recién nacido, es una inquietud que surge de nuestra experiencia durante la asistencia en las unidades de recién nacidos. Muchas veces no advertimos que el recién nacido crea tantas expectativas en sus padres cuando nacen sanos las cuales varían cuando nacen enfermos o prematuros, para lo cual generalmente no están preparados.

Algunos estudios refieren que la forma como ingresa el recién nacido a la unidad de hospitalización puede disminuir la ansiedad o intensificar el temor en los padres y la familia; es el momento preciso para el establecimiento de la comunicación, el escenario propicio para la manifestación de actitudes tanto de los padres como del

personal presente en ese momento. Aunque el ingreso forma parte de la rutina para la enfermera, no es nada común para los padres afectados, pero, cuando se proporciona una atención oportuna y adecuada, se pueden disminuir su ansiedad y temor, insinuándose a la tranquilidad y confianza necesaria durante la estancia de sus hijos en la unidad de recién nacidos.

La enfermera como parte del equipo de salud, proporciona atención integral al niño y su familia durante la visita de los padres en el servicio de Neonatología debido a que, la mayoría de ellos presenta estrés emocional. Sin embargo al no existir sistema de información establecido la relación de los familiares y el personal de salud es escasa.

Por lo expuesto consideramos que los padres necesitan ser orientados con prontitud para poder guiar estos sentimientos muchas veces reprimidos y permitirles oportunidades para poder expresarse. Asimismo el presente trabajo titulado VIVENCIA PADRES PRIMERIZOS, PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO LA PAZ – PRIMER TRIMESTRE GESTIÓN 2011, tiene la finalidad de implementar un programa de apoyo para los padres que tienen a sus primogénitos hospitalizados.

El presente trabajo de investigación se ha estructurado en seis partes, la primera que incluye esta introducción en la segunda encontramos la descripción de la situación problemática que se aborda en la investigación, que repercute en encontrar algunas causas a la inadecuada comunicación entre padres de familia y personal del centro hospitalario. La tercera parte está formada por el soporte teórico de la investigación, en la cuarta parte realizamos la descripción de la metodología aplicada a la investigación, así como el tamaño de la muestra y los criterios de inclusión utilizados, junto a las técnicas de la encuesta utilizando cuestionarios mixtos semiestructurados dirigidos a padres de familia, la quinta parte es la presentación de los resultados de la investigación, a través de cuadros expresados en barras horizontales. Y por último las conclusiones y

recomendaciones, entre las que podemos destacar que la mayoría de los padres primerizos con hijos nacidos prematuros sufren una fuerte alteración emocional, con un bloqueo psicológico, experimentando una sensación de vacío, gran tristeza y soledad, por consiguiente es necesario formar un grupo de apoyo como opción terapéutica.

FASE I: DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2. Situación problemática

Durante la gestación y el nacimiento ocurren grandes cambios, físicos, psicológicos y sociales para los padres, que van desde la aceptación del embarazo hasta la adaptación del rol como padres. Este periodo considerado como una etapa de crisis familiar, brinda oportunidad a la familia para su crecimiento y desarrollo. Por el contrario el nacimiento de un niño prematuro están relacionadas con los sucesos precipitantes que tienen poca o ninguna relación con la edad de las personas o con el ciclo vital familiar que están viviendo. ¹

Generalmente después del nacimiento el recién nacido enfermo es llevado a salas de prematuros y durante su estancia en el hospital el contacto con los padres es restringido, por lo que incrementa su angustia, viendo si el recién nacido sobreviva o tenga algunos problemas durante su crecimiento. Por otra parte la separación constituye también un problema porque los padres no tienen la oportunidad de verlos, sostenerlo, alimentarlo, como lo hacen otros padres, así como aprender a interpretar las necesidades del recién nacido y su desarrollo, por lo tanto la relación parental se ve interrumpida. ²

Este evento genera en los padres confusión, ansiedad y reacciones de desesperanza y frustración, y por lo tanto requiere de gran adaptación de la pareja para afrontar con éxito la situación².

Los padres desde el primer contacto con los prematuros, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del niño³.

La hospitalización no solo afecta a los padres y recién nacidos, la familia también se involucra activamente, sus sentimientos y esperanzas puestas en el nuevo ser que hace parte de sus vidas se transforman en incertidumbre, produciendo cambios en la conducta, los patrones de vida y las relaciones con los demás⁴.

Es un hecho que la hospitalización del recién nacido produce una intensa sacudida emocional en los padres y en sus familias, quienes tanto antes como durante ésta, pueden llegar a presentar reacciones tales como: negación, irritabilidad o enojo, situaciones que explicaría el rechazo a que sea prematuro, la no autorización de la hospitalización, la atribución de la responsabilidad de la prematuridad, son mecanismos de enfrentamiento al miedo y la impotencia propia de esta circunstancia⁵.

Cuando la salud de la madre o del recién nacido se ve alterada durante la etapa perinatal, este problema se antepone a la ansiedad habitual y genera mayor estrés familiar. El trabajo con la familia de un prematuro incluye primero y fundamentalmente a sus padres, quienes establecen la prioridad, posteriormente podrá hacerse extensivo al grupo familiar de acuerdo con sus necesidades⁶.

Otro problema a que se enfrentan los padres de niños prematuros es la falta de comunicación. El complejo lenguaje médico crea un abismo entre ellos y el equipo de salud. Las madres se muestran descontentas con la información médica, la cual consideran confusa, compleja y contradictoria. Cuando no se comprende lo que ocurre con el bebé, crece el temor a la muerte y las secuelas, se fortalece la desesperanza, la inseguridad, se inhibe el deseo de saber, ya que suponen que no comprenderán la respuesta.⁷

3. Planteamiento del problema

¿Cuál es la vivencia de padres primerizos de prematuros hospitalizados en Neonatología del Hospital del Niño La Paz primer trimestre gestión 2011?

4. Justificación.

4.1 Teórica.

Es necesario conocer la vivencia de los padres de prematuros hospitalizados, conocer sus inquietudes y necesidades para ayudar a enfrentar el problema.

Tal vez la costumbre o la rutina nos lleva a pensar muchas veces que sabemos cómo se sienten los padres de los prematuros hospitalizados, debido que ya hemos visto a otros padres en la misma situación en que ellos se encuentran.

Las múltiples funciones o la inexperiencia muchas veces, pueden llevar a ignorar o no comprender las respuestas de los padres ante la hospitalización del prematuro. Por lo tanto conocer lo que puede estar pasando en estos momentos, puede ayudar a reorientar las acciones en nuestro quehacer, hacer, entender sus manifestaciones o comportamientos, lo cual implica comprender sus sentimientos, especialmente cuando se presenta como un evento inesperado, dentro de sus expectativas ante el nacimiento de su hijo.

4.2 Práctica.

A partir de los resultados, se debe mejorar la calidad de atención al prematuro y su familia para que se adapten razonablemente al proceso hospitalario, respetando el ritmo que lo progenitores establezcan en dicho proceso. Los padres necesitan ser orientados con prontitud hacia sus papeles no tradicionales, se les debe guiar hacia los recursos disponibles para hacer frente a sus sentimientos muchas veces reprimidos y debe dárseles la oportunidad de expresarse, ya que muchos creen que están solos. Se debe orientar a las madres como pueden amamantar a sus prematuros y pedirles que ellas nos colabores con algunas tareas en los cuidados, para de esta manera establecer un vínculo madre y recién nacido, a medida que pasara los días de hospitalización observaremos que las madres estarán más tranquilas.

4.3 Metodológica.

MÉTODO. Es el “camino o vía” que nos permitirá llegar a la meta propuesta en nuestro trabajo. Quesada Herrera, José (1978,86-87).

Si no existen investigaciones previas sobre nuestro objeto de estudio, y por lo tanto se requiere explorar e indagar, con el fin de alcanzar el objetivo planteado, se utilizará el tipo investigación exploratoria.⁸

Según esto se puede definir este tipo de exploración de la siguiente manera: Explorar significa incursionar en un territorio desconocido. Por lo tanto, emprenderemos una investigación exploratoria cuando no conocemos el tema por investigar, o cuando nuestro conocimiento es tan vago e impreciso que nos impide sacar las más provisorias conclusiones sobre qué aspectos son relevantes y cuáles no, y así precisar mejor el problema que interesa resolver o para comenzar a dar forma a alguna hipótesis previa que sobre la cuestión tengamos. Para explorar un tema relativamente desconocido disponemos de un amplio espectro de medios para recolectar datos en diferentes ciencias: bibliografía especializada, entrevistas y cuestionarios hacia personas, observación participante (y no participante) y seguimiento de casos.

La investigación exploratoria terminará cuando⁹, a partir de los datos recolectados, adquirimos el suficiente conocimiento como para saber qué factores son relevantes al problema y cuáles no. Hasta ese momento, se está ya en condiciones de encarar un análisis de los datos obtenidos de donde surgen las conclusiones y recomendaciones sobre la investigación.

4.4 Social

Actualmente las transformaciones en los modos de reproducción y en las condiciones de vida y edad de las madres han hecho que los nacimientos prematuros lejos de disminuir hayan aumentado, apareciendo una población de niños con características y necesidades específicas. En torno al 10 % de

nacimientos precisan un tiempo de hospitalización en la Unidad de Neonatología, siendo la mayoría recién nacidos con grados diversos de prematuridad.

Es lógico pensar que, para no alterar el desarrollo del prematuro durante esta fase, altamente sensible, se requieren unas condiciones, incluida la calidad de las interacciones con el entorno, especialmente ajustadas al grado de maduración. Pero los cuidados que necesitan para su supervivencia están también alejados de los de un bebé a término: la alimentación con sonda nasogástrica, la repetida toma de muestras y de constantes, la aplicación de medicaciones, en algunos las intervenciones quirúrgicas o la intubación respiratoria.

Del lado de los padres, hay que destacar que se produce una ruptura para ellos de los procesos psíquicos que son propios del embarazo. El niño prematuro, a pesar de todas las preparaciones –cuando ello es posible– llega siempre de un modo inesperado. Adquiere el carácter de un traumatismo psíquico intenso, especialmente para la madre que, a menudo, ha tenido que pasar además por problemas médicos o por una cesárea, y por periodos de incertidumbre y ansiedad relacionados con todo ello. Aunque no hay un modo único de reacción de los padres (va a depender de la personalidad previa de estos, de los apoyos recibidos, de las actitudes de los profesionales del servicio de neonatología que atienden a su hijo), se considera de modo global una experiencia de estrés y gran desbordamiento emocional.

5. Antecedentes del estudio

En nuestro país no encontramos datos ni estudios relevantes acerca del tema en estudio, es por ello que consideramos la importancia del mismo, sin embargo estudios realizados en Colombia sobre la Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá, indican que cuando un niño necesita hospitalización, es forzoso que los padres y madres pasen a personas extrañas parte de su responsabilidad para atender al bebe. Estos prematuros en algunas ocasiones no han tenido ningún contacto con sus progenitores antes de la hospitalización y para agravar la situación dependiendo de la condición del bebe no se los permite participar en los cuidados de los prematuros por que llegan a experimentar una serie de reacciones como dolor, angustia, frustración e impotencia pues sus funciones se ven relegadas y sienten que no pueden hacer nada para ayudar a su hijo. Todo este trastorno socio-afectivo y emocional por lo que atraviesa la familia del recién nacido hospitalizado llevo a que se realizara esta práctica dirigida en el cual se observo que los padres perciben un ambiente hospitalario como hostil y amenazante, experimentando sentimientos de estrés dentro y fuera del mismo.

Los padres necesitan ser orientados con prontitud hacia sus papeles no tradicionales, debe guiárseles hacia la utilización de recursos disponibles para hacer frente a sus sentimientos muchas veces reprimidos y debe dárseles la oportunidad de expresarse, debido a que muchos de ellos no cuenta con apoyo afectivo.¹⁰

Por otra parte en Brasil: Para saber cómo es la vivencia de los padres se desarrollo una investigación cualitativa en el hospital escuela de Porto Alegre, en el cual se da origen a tres temas: Dándose cuenta con la dificultad de vivir con la hospitalización del hijo, viviendo la necesidad de recibir apoyo, y viviendo la enfermedad en el espacio hospitalario.

Durante la hospitalización del recién nacido las madres cumplen una doble jornada, deben cuidar a su prematuro en el hospital y deben realizar los quehaceres del hogar.¹¹

6. Objetivos

6.1. Objetivo General

Describir las vivencias de padres primerizos de prematuros hospitalizados en Neonatología del Hospital del Niño primer trimestre gestión 2011

6.2. Objetivos Específicos

- Identificar las reacciones emocionales que se observa en los padres con hijos recién nacidos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología si son negativas o positivas
- Determinar las principales causas y consecuencias de la falta de comunicación con el personal de salud.
- Identificar las relaciones de pareja y de la familia frente a la hospitalización de un recién nacido prematuro hospitalizado en el servicio de neonatología.
- Identificar el interés de los padres o apoderados de recibir información acerca de los cuidados que se deben tener en el hogar después del alta.
- Diseñar un programa de apoyo, para superar o impedir vivencias negativas, dirigido a padres primerizos, con recién nacidos prematuros.

7. MARCO TEORICO

7.1 Hospitalización.

Es el periodo de tiempo que una persona permanece internada para la ejecución de cualquier acción que busque la recuperación de su salud, supone la ruptura del bienestar físico-biológico que también repercute sobre el estado emocional y social. Por lo tanto al momento de cuidar de la salud del paciente, se debe integrar todos los aspectos, evitando tratar solo el físico y considerando los otros en última instancia olvidando que la enfermedad los compromete igualmente.¹²

Es un hecho que la hospitalización del recién nacido produce una intensa sacudida emocional en los padres y en sus familias.¹⁰

La hospitalización trae por consiguiente una serie de sentimientos relacionados con la pérdida de un ser querido, en esta situación particular en los padres y en las madres que en muchos casos no han tenido la oportunidad de conocer, tocar o ver a su hijo o hija recién nacido. Por lo general los progenitores experimentan reacciones normales o típicas al proceso de hospitalización que en el momento no son comprensibles para los mismos y que podrían provocar una lesión psicológica en la familia de no ser manejados adecuadamente. Dentro de las reacciones más típicas o intensas que experimentan los progenitores son: culpa ansiedad.¹³

Algunos reacciones de los padres van relacionadas con factores externos e internos del ambiente hospitalario y podemos citar:

- Naturaleza y gravedad de la enfermedad del bebe.

Las experiencias previas con enfermedades y hospitalización.

Nivel de reacción en el cónyuge para hacer frente a la situación y las normas de comunicación dentro de la familia.

Los sistemas disponibles de apoyo.

Los antecedentes culturales, religiosos y educativos.¹¹

En el escenario de la unidad de recién nacidos, siempre están presentes por un lado. Los profesionales de la salud atentos a las necesidades del recién nacido,

expuestos a la desgastante y pesada rutina que este tipo de servicio impone: por otro lado, está el recién nacido enfermo, aislado del ambiente, dificultando su contacto con las demás personas. Estos niños generalmente se encuentran conectados a monitores, catéteres y otros aparatos: inmersos en esta situación están los padres, asustados muchas veces, con un enorme sentimiento de frustración golpeados por el dolor de ver un momento tan esperado transformado en un periodo de angustia, desesperación e incertidumbre.¹⁴

Los padres con un hijo hospitalizado, independiente de sus temperamentos están sometidos a fuertes emociones; pueden sentirse furiosos y desesperados, manifestando actitudes frente a las personas que cuidan a su hijo, llegando en ocasiones a perder el control. Es importante tener en cuenta este aspecto cuando se establece la comunicación con ellos, para de esta manera evitar entrar en conflicto con sus comportamientos.¹²

Como señala Kimmelman, 2002, la hospitalización de un neonato del niño tiene tres protagonistas: el niño, los padres y el equipo de salud. Siendo los dos últimos moduladores de su crecimiento y desarrollo a través de las interacciones que establecen; esta situación, es un factor de estrés importante para los padres, en que el eje central, es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica, lo que se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del niño y la dependencia de máquinas, monitores y otros para su cuidado, imagen alejada de su ideal parental. Es fundamental para los padres sentirse integrados en la toma de decisiones, información, acceso a la historia clínica, cuidados y tratamientos que recibe su hijo; en resumen, se trata de favorecer la participación de ellos como un miembro más del equipo que atiende a su hijo. La oportunidad de los padres de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, los ayuda a elaborar estos sentimientos de pérdida y facilita el acercamiento hacia él. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del niño y potenciarlas, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada.

7.2 PREMATURO

Se considera recién nacido prematuro, cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación teniendo en cuenta que la duración del embarazo normalmente es de 37 a 42 semanas.¹⁰

La adaptación a la vida extrauterina conlleva importantes cambios fisiológicos muy bien tolerados por recién nacidos a término, pero no por los bebés prematuros.

Los bebés prematuros no pueden establecer ningún vínculo con su mamá, ya que necesitan ser atendidos inmediatamente en servicios de neonatología.

El recién nacido prematuro nace con una inmadurez de sus órganos y sistemas (respiratorio, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.), esto le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (ruido, luz, etc.). Es posible que un niño nazca a las 40 semanas de gestación con un peso igual que un niño prematuro de 32 semanas, se los considera pequeños para su edad gestacional.

No todos los prematuros van a presentar los mismos problemas, por debajo de los 35 necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una sala de neonatología. Hay que tomar en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación a la edad gestacional.

Numerosos estudios describen que el contacto piel a piel entre madre e hijo contribuyen en prematuros establemente fisiológicamente a:

- Incrementar el sueño profundo favoreciendo la maduración del sistema nervioso central.
- Disminuir la actividad motora y muscular, lo que favorece el ahorro energético.
- Reducir el llanto del bebé, aumentando la interacción y disminuyendo el estrés del bebé y la angustia de la madre.

- Incrementar un estado de alerta reposado que favorece la interacción madre-hijo.
- Al inicio, a través de las caricias, de la estimulación somato sensorial (estímulos hormonales).
- Incrementar el peso al producirse un ahorro energético.

En el mundo aproximadamente nacen al año alrededor de 20 millones de recién nacidos con peso menor a 2.500g. Del total de recién nacidos vivos un 10 a 15 % son prematuros.

Muchos requieren hospitalizaciones prolongadas y costosas; a esto se debe agregar que un porcentaje importante, pueden quedar con secuelas neurológicas o de otro tipo; especialmente si no han recibido un tratamiento especializado y oportuno.

Este hecho tiene una alta repercusión en la morbilidad y mortalidad infantil y debe ser reconocido como un problema de Salud Pública de primera magnitud.¹⁵

7.3 VIVENCIA

Se refiere a la experiencia que alguien vive y de que alguna manera entra a formar parte de su carácter.

La vivencia se postula como la unidad de los procesos dedicados a gestionar la información del mundo exterior y que sustentan el conocimiento y la inteligencia. Una vivencia alberga todos los procesos cognoscitivos que suceden en un momento determinado y que quedan unidos permanentemente de tal manera que una vez registrada la vivencia, cuando se activa uno de los procesos se activan el resto.¹²

En otras palabras la elaboración cognoscitiva básica de la que es capaz el cerebro se establece antes que la vivencia sea fijada. La vivencia además supone la

posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin duda enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedara registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solo saber cómo actuar ante tal o cuál situación similar a la de la vivencia pasada, sino que además nos dejara un aprendizaje relevador que será decisivo para no repetir una mala actitud. Porque hay algo que si bien no es una ley escrita si se produce con frecuencia, cuando alguien tiene una vivencia favorable que le produjo placer y gusto, con el tiempo la recordara como positivo, aprenderá de ella y tratara de repetirla, sin embargo por el contrario la vivencia haya sido desagradable nada de eso sucederá y todo aquello que la evoque se considera como un mal recuerdo.

La madre muy a menudo se encuentra vulnerable por la experiencia de un embarazo de riesgo, rodeado por la urgencia, se siente muy confundida y tienen dificultades para reconocer a ese otro alejado como su hijo.

El padre a pesar de sus propias dificultades es el que juega un rol activo durante la internación del niño y en los primeros días suele ser el único interlocutor, su función cobra mayor relevancia en el establecimiento debido a la comunicación con el equipo de salud, en el momento de pedir y recibir información.¹⁶

7.4 CARÁCTER

El carácter es el sello que nos identifica y diferencia de nuestros semejantes, producto del aprendizaje social. Esto nos hace pensar que somos personas únicas que poseemos un conjunto de reacciones y hábitos de comportamiento único que a lo largo de nuestras vidas hemos adquirido. El carácter probablemente no se manifieste de una forma total y definitiva, si no que pase por un proceso evolutivo que se desarrolla hasta llegar a su completa expresión en el final de la adolescencia.

Según La Escuela de la Fe (2006), con frecuencia se confunden los términos temperamento y carácter, la diferencia es que el temperamento es el conjunto de

las inclinaciones íntimas que brotan de la constitución fisiológica de los individuos, el carácter en cambio es el conjunto de las disposiciones psicológicas que nacen del temperamento, modificado por la educación y el trabajo de la voluntad y consolidado con el hábito.

Existen tres tipos de carácter que son la emotividad, la actividad y la resonancia o respuesta ante las impresiones que nos manifiesta como primarios o secundarios.

Al combinar los componentes aparecen ocho tipos característicos tenemos.¹⁷

- Emotivo, activo y primario: Colérico
- Emotivo, activo y secundario: Apasionado.
- No emotivo activo y primario: Sanguíneo
- No emotivo, activo y secundario: Flemático
- Emotivo, no activo y primario: Nervioso
- Emotivo, no activo y secundario: Sentimental
- No emotivo, no activo y primario: Amorfo
- No emotivo, no activo y secundario: Apático.

7.5 EMOCION

Deriva de la palabra latina emovere que significa remover, agitar o excitar. Depende de la conciencia que tienen el organismo de la importancia de una situación y de esta manera intervienen los procesos cognoscitivos de percepción y pensamiento. Se reflejan en la conducta como en la experiencia subjetiva del organismo.

Se reflejan dos tipos de emoción: la primera es una respuesta externa o declarada que se hace al medio ambiente, esta puede tomar la forma de cambios en la expresión facial, tales como la sonrisa, enojo, la risa o el llanto., o puede hacer intervenir manifestaciones de agresión, declarada como golpear a un adversario patear una silla o maldecir.

Cuando la emoción es intensa sobrevienen cambios muy intensos dentro del organismo, el corazón late más rápidamente se libera azúcar a partir del hígado, las pupilas se dilatan y se presentan muchos otros cambios.

Existen por lo menos tres dimensiones de la experiencia emocionalmente concientes que son útiles para comprender la naturaleza de la emoción. Estos son. tensión-relajación, agrado- desagrado y atención-rechazo.¹⁰

Otros autores la definen de la siguiente manera: como cualquier movimiento, agitación y trastornos de la mente.

La emoción consiste en el reflejo de las propiedades aisladas de los objetos y fenómenos del mundo material así como el estado interno del organismo, por medio de la acción directa de los estímulos.¹⁸

El papel de las emociones en la actividad práctica del individuo tiene una máxima importancia que constituye la fuente de nuestro conocimiento sobre el mundo y sobre nosotros mismos.¹⁹

La emoción surge como una reacción del sistema nervioso a uno u otro estímulo y tiene como todo fenómeno síquico carácter reflejo.

Las emociones son fenómenos psico-fisiológicos, que representan modos eficaces de adaptación a diversos cambios de las demandas ambientales. En el aspecto psicológico, las emociones alteran la atención y elevan el rango de ciertas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo. En cuanto a la fisiología, las emociones organizan las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo las expresiones faciales, los músculos, la voz y el sistema endocrino, con el objetivo de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo.

Las emociones permiten que una persona establezca su posición con respecto a su entorno, siendo impulsada hacia otras personas, objetos, acciones o ideas. Las emociones funcionan también como una especie de depósito de influencias innatas y aprendidas.

Para el psicólogo Jean Piaget, existen conductas emocionales que se encuentran relacionadas con los procesos de construcción de una mente individual inteligente. Los procesos de conocimiento del entorno se adquieren mediante un proceso de evolución individual de la inteligencia, que selecciona estructuras internas relacionadas con la formación y las características estructurales del cerebro y los elementos del sistema nervioso, y las vincula con las percepciones del entorno. Esto deriva en procesos mentales cada vez más complejos, que suponen la epigenesis de las estructuras cognitivas.²⁰

7.6. MIEDO O TEMOR

Proviene del latín metus, es una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que desea. Existe cuatro componentes básicos de los que consta el miedo: la experiencia subjetiva del temor, los cambios fisiológicos, las expresiones directamente observables de miedo y los intentos de evitar ciertas situaciones o escapar de ellas. Existen muchos tipos de miedo: miedo neurótico, miedo agudo, miedo crónico.

El miedo puede relacionarse con la ansiedad que es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo una angustia que suele acompañar a muchas enfermedades en particular a ciertas neurosis y que no permite sosiego de los enfermos.

Por otro lado decimos que el miedo que hace referencia al peligro real de una forma más o menos específica pero desproporcionada es una fobia.

Debemos hacer alusión al término terror que sería el miedo específico a que ocurra algún acontecimiento o acción nefasta.

El miedo a lo que pueda ocurrir funciona entonces como previsor y sistema de alarma ante los peligros reales y justificados, ya que la experiencia de cada persona es la que determina si va a sentir terror o no. El miedo que se experimenta es objetivo y está perfectamente justificado y nos protege de una serie de peligros. La teoría del temor según Martín Seligman sostiene que es más fácil aprender unos temores que otros, cree que estamos preparados por la evolución para desarrollar con facilidad temores a ciertos estímulos como arañas, serpientes. Es una angustia causada por la idea de un peligro real o imaginario¹⁰.

Es un signo de alerta, es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva., es una conducta de defensa. Los sentimientos de miedo son un producto derivado de la evolución de dos sistemas neurológicos¹².

El miedo es aquel mecanismo de defensa que nos previene justamente de las situaciones de peligro, tanto para nuestra vida como para nuestra salud integral.

El miedo es una emoción esencial que se presenta en los padres cuando no saben lo que les pasa a sus niños.¹⁴

7.7 IRRITABILIDAD

Es la capacidad homeostática que tienen los seres vivos de responder ante estímulos que lesionan su bienestar o estado de confort. Estas características les permiten sobrevivir y eventualmente adaptarse a los cambios que se producen en

el ambiente. Capacidad de un organismo o de una parte de uno mismo para identificar un cambio en el medio ambiente y poder reaccionar.

También se define de la siguiente manera: es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo en el medio ambiente y poder reaccionar. Tiene un efecto patológico o fisiológico. Existen dos clases de estímulos o señales, externo si es que provienen del exterior o el ambiente donde se desarrolla el organismo, o internos si se producen dentro del mismo organismo, ante un estímulo determinado un organismo responde de una forma particular que depende tanto del estímulo como del nivel de complejidad del ser vivo. Los seres vivos son capaces de detectar y responder a los estímulos que son los cambios físicos y químicos del medio ambiente ya sea interno como externo, entre los estímulos generales se cuentan luz, presión, temperatura, composición química del suelo, aire o agua¹¹.

7.8 ENOJO

El enojo en cambio es una mezcla confusa e incontrolable de sensaciones, la temperatura del cuerpo sube los músculos de la cara se tensan y la adrenalina dispara en segundos en cóctel de disgustos, hostilidad, indignación y exasperación que pueden resultar un explosivo¹¹.

Es una emoción completamente natural, es un mecanismo que dispara una carga mayor de energía por todo el cuerpo para alertarnos sobre la presencia de un obstáculo que nos impide alcanzar un objeto deseado¹².

El enojo no cambia nada, no aclara, no resuelve, no propicia, no emite ningún hecho o circunstancia, es posible expresar el enojo sin perder el control.

El enojo precede a la tristeza y ansiedad y puede ser contra su destino, contra Dios y también contra el personal de salud del hospital u otras personas cercanas

como el cónyuge, pues los culpa de la situación y muchas veces se culpa a sí misma. En esta etapa se puede observar enojo, en los padres ya sea por las rutinas de cuidados y lo demuestran porque quieren cambiar a su hijo de hospital, o enojo con el personal que atiende directamente al niño, tiene ganas de golpear a alguien.

La reacción más común en esta etapa es la tristeza, la madre está apesadumbrada, triste y atemorizada; conducta que se ve cuando la madre se sienta largas horas sin hablar al lado de la cuna o incubadora de su hijo, muy triste y llorando en silencio.

Los padres también pueden mostrarse ansiosos, preguntar constantemente por el estado del niño o cuestionar los cuidados que otras personas le entregan al niño. Al finalizar esta etapa se observa que los padres comienzan a visitar juntos a su hijo, miran los cuidados de enfermería, entienden el significado de la multiplicidad de equipos y ven que otros niños están bien, volviendo a ellos la esperanza.

7.9 CULPA

La culpa es toda omisión o acción imprudente o negligente, que ocasiona un daño a otra persona, y que puede merecer sanción legal. La culpa en sede civil, obliga a reparar el daño económico ocasionado por el obrar imprudente; y en sede penal puede ser causa de atribución de una pena si el hecho está considerado delito.

La culpa es también un sentimiento que se arraiga en la conciencia y da origen al remordimiento, independientemente de que la conducta atribuida al sujeto encuadre como punible para el régimen legal. Así, una madre que deja a sus hijos al cuidado de otra persona para ir a trabajar, no comete ninguna actitud imprudente ni negligente, pero ella siente, que los está abandonando y no cumple acabadamente el rol social de madre que le han atribuido. Como vemos aquí el

ordenamiento jurídico se mantiene indiferente, pero es la propia persona a través de sus normas internas o morales la que se impone el castigo de sufrir.

A veces se busca escapar de ese sentimiento de culpa responsabilizando a otros o a las circunstancias de las causas que nos hacen sentir culpable. Por ejemplo, yo tengo que salir a trabajar pues mi marido no gana lo suficiente, o mentí para salvar mi matrimonio o le pegué a mi hijo pues volví nervioso del trabajo.

La culpa en todos los casos supone ausencia de intención de dañar, pues si la hubiera, sería dolo. Hay varias clases de culpa para el Derecho, sujetas a prudente apreciación judicial: la culpa leve, exime o no de responsabilidad, según las particularidades del caso y las condiciones socioculturales y psicológicas de la persona, que sería lo que llamaban los romanos “no cumplir con las diligencias propias de un buen padre de familia” por ejemplo, todo padre de familia responsable sabe que se debe cerrar la puerta de su vivienda, que se debe llevar a su hijo al médico si está muy enfermo, que no se deben colocar cosas peligrosas suspendidas de balcones o ventanas, etcétera. La culpa grave, es una imprudencia tan extrema que se asimila al dolo, como el caso que relatamos de quien manejaba hablando por celular, pues “no entendió lo que todos entienden” ya que todas las personas saben que si se maneja hablando por teléfono es un factor distractivo importante, que evitará hacer las maniobras adecuadas en situaciones de riesgos de tránsito. La culpa levísima es la que requiere poner una atención y diligencia extremas, que no es posible requerir a todas las personas. Es eximente de responsabilidad.¹¹

Hay también una culpa objetiva que se deriva de las cosas que nos pertenecen, o del accionar de nuestros empleados, o de nuestros hijos.

7.10 NEGACION

Es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su re evidencia con el sujeto.

Se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás.

El termino negación psicótica se utiliza cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad¹⁰.

Muchos padres evitan admitir el problema de su hijo, desean liberarse de la situación o negar su impacto, hay descreimiento de la situación. En esta fase suele ocurrir lo que se llama "duelo anticipado"; que corresponde al mayor grado de negación.

7.11 ACEPTACION

Hay una gradual disminución de la ansiedad y de la intensidad de las emociones. A medida que éstas se atenúan, aumenta la confianza en su capacidad para cuidar al niño. Los padres aún no han llegado a una adaptación completa, pero demuestran gran interés por aprender rutinas de enfermería. Es la etapa ideal para reforzar la educación en este aspecto.

7.12 COMUNICACIÓN

La palabra " comunicación " se ha hecho popular. Es usada corrientemente para designar problemas de relación entre la clase obrera y la clase directiva: entre los países y entre la gente en general. Algunos de los usos que se hacen del término

comunicación se refiere a distintas maneras de enfocar estos problemas; otros solamente cambian el nombre a los mismos problemas que existían antes.

La palabra "comunicación" también se ha vulgarizado dentro del ámbito universitario. Algunas universidades han creado un departamento o colegio de "comunicación" para manejar el nuevo tipo de acercamiento disciplinario descrito anteriormente. Y también en este caso otros pusieron simplemente el nuevo rotulo a departamentos que ya existían y a formas tradicionales de ver las cosas.

La comunicación es la transferencia de la información por medio de mensajes. Un mensaje es una sustancia que ha recibido cierta forma; por ejemplo, las vibraciones acústicas del mensaje oral, los impulsos eléctricos del mensaje telefónico, las formas visuales del mensaje escrito, el surco grabado del disco fonográfico, etc.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1. Metodología

Es el “camino o vía” que nos permitirá llegar a la meta propuesta en nuestro trabajo. Quesada Herrera, José (1978,86-87).

Utilizaremos los métodos exploratorio, descriptivo y cualicuantitativo; conducente a la observación, adecuando el uso de entrevistas, permitiendo la descripción de situaciones o eventos y posibilitando su análisis y representación gráfica.

8.2. Tipo de estudio

Es un estudio **cualicuantitativo, descriptivo, observacional**; según el tiempo, es de tipo retrospectivo convencional a partir de enero a marzo de 2011.

Cualitativo porque se considera las variables cualidades manifiestas en el estudio como reacciones emocional de los padres, que da profundidad a los datos, y se expresan las experiencias vividas al ver a sus niños hospitalizados.

Cuantitativo por que se asigna un porcentaje que mide con precisión las variables del estudio cualitativo y nos otorga control sobre los fenómenos.

Descriptivo por que describen situaciones, eventos y hechos como se manifiesta determinado fenómeno.

Observacional por que se observa la conducta emocional de los padres frente a la hospitalización de su recién nacido prematuro.

8.3. Universo - Muestra

8.3.1. Universo.- Para alcanzar este propósito se trabajo con padres que tienen hospitalizados a sus hijos prematuros en el servicio de neonatología del Hospital del niño.

8.3.2. Muestra.- En este estudio se tomara en cuenta a los 25 padres primerizos que fueron encuestados.

8.4 Tamaño de la Muestra

Para alcanzar este trabajo de conocer como es la vivencia de los padres que tienen hospitalizados a sus prematuros en el hospital del niño, se la llevo a cabo con los padres y madres de los recién prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología.

8.5. Criterios de Inclusión.- Tienen que reunir las siguientes características:

- Una estancia mayor a dos semanas.
- Visitas constantes al recién nacido.
- Disponibilidad de cooperación.
- Ser padres por primera vez.
- Los prematuros deben ser de 28 a 36 semanas de gestación.

8.6. Criterios de Exclusión: No se tomaran en cuenta:

- Estancia del prematuro menor a una semana.
- Prematuros menos de 28 semanas de gestación
- Recién nacidos más de 37 semanas de gestación porque ya no se les considera prematuros.
- Recién nacidos menor de 20 semanas de gestación (aborto)

8.7. Técnicas e Instrumentos

8.7.1. Técnica.

Se realizará cuestionarios mixtos, semiestructurados dirigidos a los padres que tienen hospitalizados a sus prematuros del servicio de neonatología, los cuales serán aplicados por la investigadora.

8.7.2 Instrumento. Cuestionario de encuesta

8.7.3. Validación del instrumento. Para que la investigación sea validada, se realizará encuestas a padres primerizos, con hijos nacidos prematuros internados en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

8.7.4. Prueba piloto.

Para realizar esta prueba se tomara en cuenta a algunos padres que tienen internados a sus niños en el hospital.

9. METODOS

9.1. Método Exploratorio

Si no existen investigaciones previas sobre nuestro objeto de estudio, y por lo tanto se requiere explorar e indagar, con el fin de alcanzar el objetivo planteado, se utilizará el tipo investigación exploratoria⁸.

Para explorar un tema relativamente desconocido disponemos de un amplio espectro de medios para recolectar datos en diferentes ciencias: bibliografía especializada, entrevistas y cuestionarios hacia personas, observación participante y seguimiento de casos.

La investigación exploratoria terminará cuando, a partir de los datos recolectados, adquirimos el suficiente conocimiento como para saber qué factores son relevantes al problema y cuáles no. Hasta ese momento, se está ya en condiciones de encarar un análisis de los datos obtenidos de donde surgen las conclusiones y recomendaciones sobre la investigación.

9.2. Método descriptivo

El método descriptivo busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido al análisis. En un estudio de este tipo se selecciona una serie de aspectos y se mide cada una de ellos independientemente, para describir lo que se investiga. Su objetivo no es indicar

como se relacionan las variables medidas, sino mediar con la mayor precisión dichas variables.

9.3. Método Cualitativo-Cuantitativo

El método Cualitativo-Cuantitativo; es un método establecido para estudiar de manera científica una muestra reducida de objetos de investigación. Se selecciona, para realizar una correcta observación y comprensión de los casos seleccionados, las variables "resultado" y "condiciones", utiliza una muestra reducida pero sin modelización ni sistematización.

9.4. Procedimientos para la recolección de información.

Autorización

Comisión Científica u Autoridades

Se enviara una carta de solicitud de permiso para realizar la presente investigación al Director del Hospital del Niño, del cual se espera una respuesta positiva. (Anexos)

Aspectos éticos relacionados a la unidad de análisis

Posteriormente para aplicar el cuestionario se elabora el formulario de consentimiento informado a los padres de familia. (Anexos).

9.5. Plan de tabulación

Se realizara los datos de análisis en el programa estadístico SPSS.

10.- RECURSOS ECONÓMICOS

Los gastos serán realizados por la cursante de la especialidad del post grado, material empleado: formularios para las encuestas, bolígrafos, computadora más impresora, papel bond, calculadora, flash, tinta para computadora.

11.- Cronograma

Realizadas de noviembre 2010 a abril 2012

ACTIVIDADES	Noviembre 2010	Diciembre 2010	Enero 2011	Abril a junio 2011	Sept. A dic. 2011	Enero a abril 2012
Perfil de propuesta de intervención	→					
Aprobación y coordinación con el director del hospital del niño		→				
Diseño de investigación		→				
Aplicación de la investigación			→			
Elaboración e informe de investigación				→		
Aprobación de la propuesta de intervención por la tutora					→	
Presentación y defensa de la propuesta de intervención						→

12.- RESULTADOS

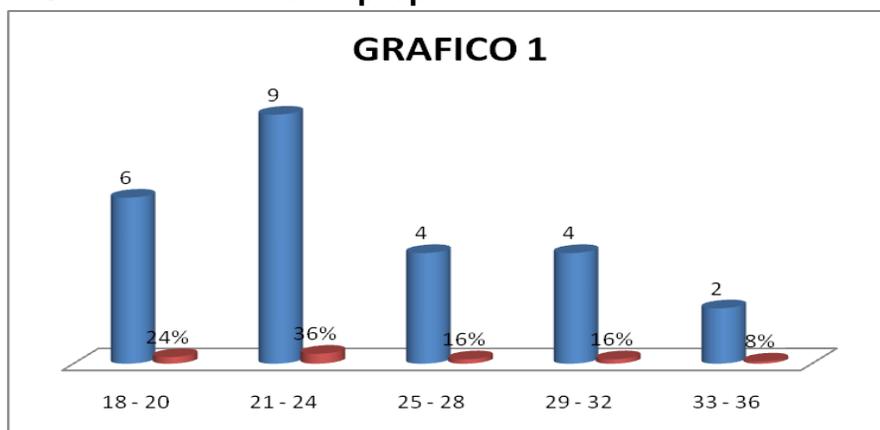
De 25 encuestas realizadas en la investigación, estas expresan los siguientes resultados:

CUADRO 1.

EDAD DE LOS PADRES QUE TIENEN INTERNADOS A SUS PREMATUREOS EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Edad de los padres	Nro.	%
18 - 20	6	24%
21 - 24	9	36%
25 - 28	4	16%
29 - 32	4	16%
33 - 36	2	8%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



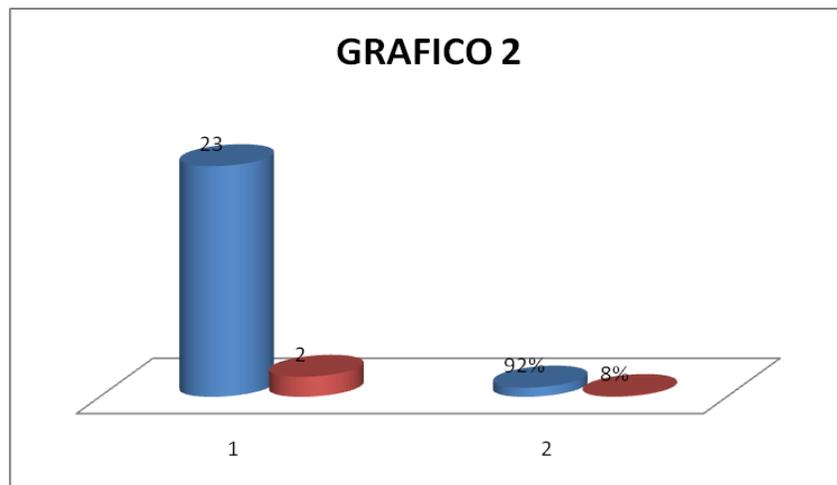
La edad de los padres, que tienen internados a sus prematuros en neonatología comprende con mayor frecuencia la edad 21 a 24 años haciendo un porcentaje de 36%, un 24% tienen la edad de 18 a 20 años, un 16% tienen la edad de 25-28 y 29-32 años, por último los padres que tienen la edad de 33 a 36 años haciendo un 8%. Se observa que el mayor porcentaje está representado por padres jóvenes que tienen internados a sus recién nacidos prematuros.

CUADRO 2.

PERMANENCIA DE LOS PADRES EN SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA QUE TIENEN INTERNADOS A SUS PREMATUROS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Permanencia	Nro.	%
Madre	23	92%
Padre	2	8%
TOTAL		100%

FUENTE: Elaboración propia



Este gráfico, demuestra que las madres son las que permanecen más tiempo en sala de espera de neonatología del hospital del niño, haciendo un total de 23%, en cambio los padres solo permanecen el 8%.

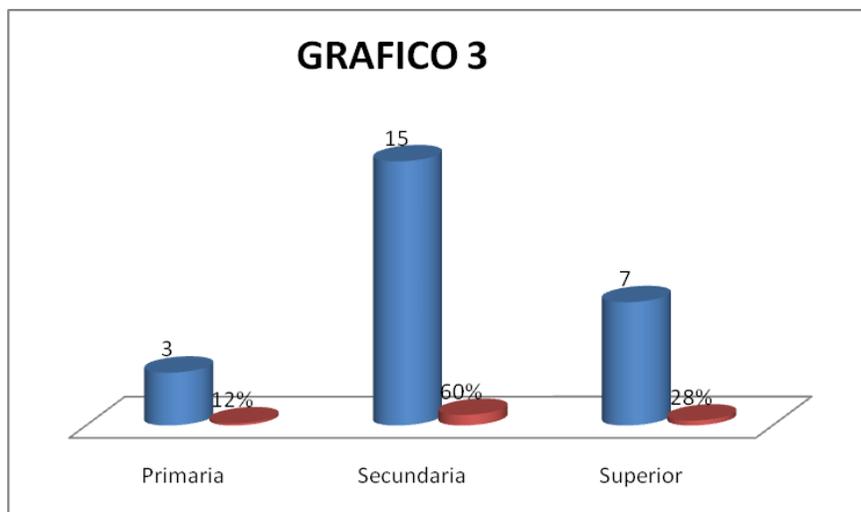
Esto puede deberse a varios factores por ejemplo que la mayoría de los hombres trabajan y son responsables de la mantención de su familia, por lo que dejan casi toda la responsabilidad a las mujeres.

CUADRO 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE Y/O MADRE QUE TIENE INTERNADO A SU PREMATURO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Grado de instrucción	Nro.	%
Primaria	3	12%
Secundaria	15	60%
Superior	7	28%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



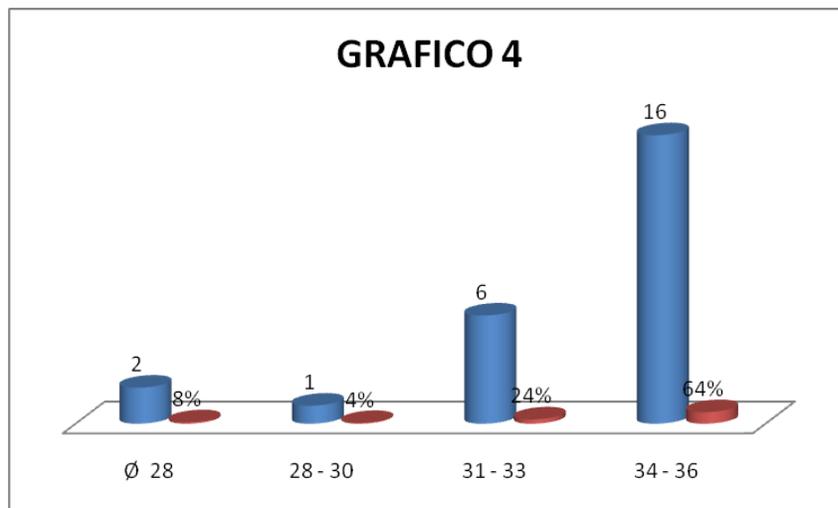
El grado de instrucción de los padres, corresponde en mayor porcentaje al nivel secundario en un 60%, el 28% de instrucción superior, el 12% instrucción primaria. El cual demuestra que los padres de un nivel de instrucción secundario, son los que enfrentan este problema.

CUADRO 4

EDAD GESTACIONAL DE LOS NEONATOS INTERNADOS EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Edad del Recién nacido	Nro.	%
➤ 28	2	8%
28 - 30	1	4%
31 - 33	6	24%
34 - 36	16	64%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



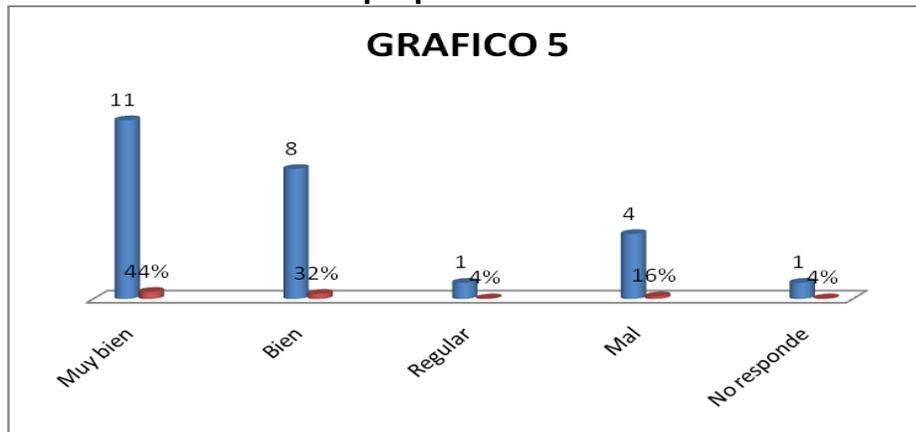
Identificamos que un 64% son prematuros de 34 a 36 semanas de gestación, 24% son prematuros de 31 a 33 semanas de gestación, 8% son de 20 semanas de gestación y 4% de 28 a 30 semanas de gestación.

CUADRO 5

RELACION DE PAREJA DESDE QUE SU HIJO PREMATURO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Como es la relación con su pareja	Nro.	%
Muy bien	11	44%
Bien	8	32%
Regular	1	4%
Mal	4	16%
No responde	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



En cuanto a la relación con la pareja, la mayoría indica que se encuentra muy bien en un 44%, en un 32% son parejas que se llevan bien, el 16% son parejas que su relación se encuentra mal, siendo afectadas en su relación por la internación del prematuro en un porcentaje del 4% son parejas que se llevan regularmente.

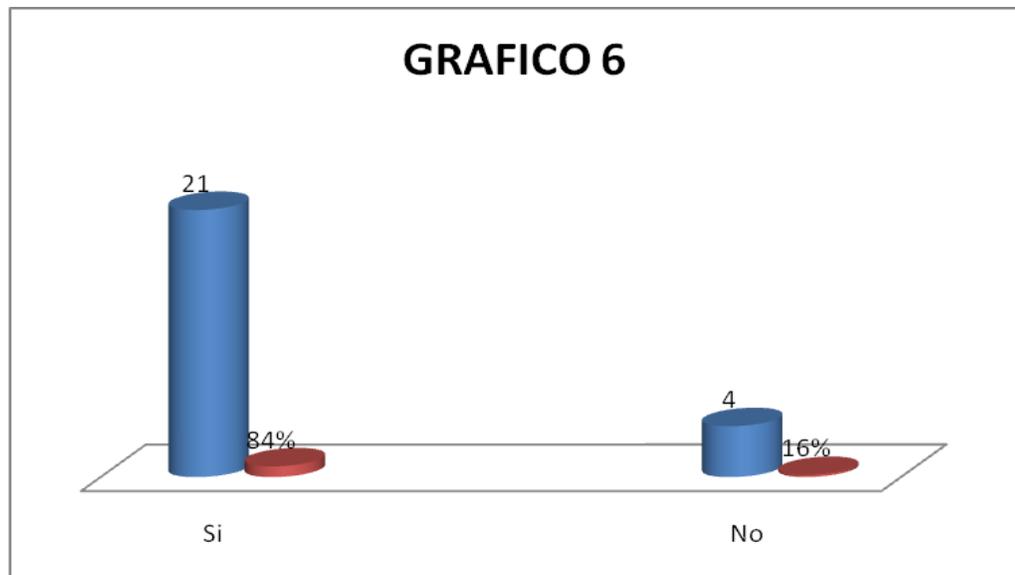
Esto nos hace ver que la mayoría de las parejas se encuentran más unidas, por el estado de salud del prematuro internado, ya que ambos tienen el mismo deseo de una pronta recuperación y el retorno al hogar.

CUADRO 6

CONOCIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DEL PREMATURO INTERNADO EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Sabe cómo se encuentra su hijo	Nro.	%
Si	21	84%
No	4	16%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



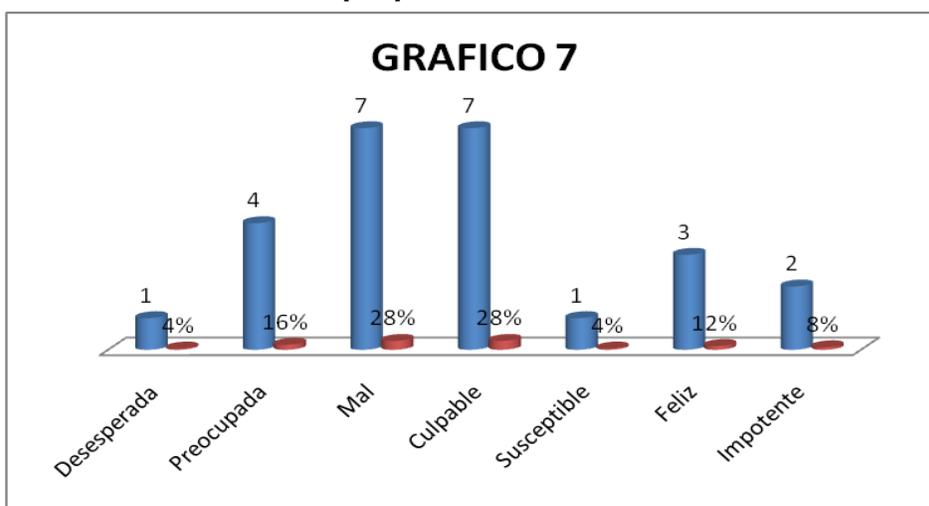
El 84% de los padres señalan que Si saben cómo se encuentra el estado de salud de sus prematuro internado en neonatología. Solo un 16% NO sabe cómo se encuentra el estado de salud de su prematuro.

CUADRO 7

REACCIONES EMOCIONALES DE LOS PADRES POR LA HOSPITALIZACION DEL PREMATURO INTERNADO EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Reacciones emocionales	Nro.	%
Desesperada	1	4%
Preocupada	4	16%
Mal	7	28%
Culpable	7	28%
Susceptible	1	4%
Feliz	3	12%
Impotente	2	8%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



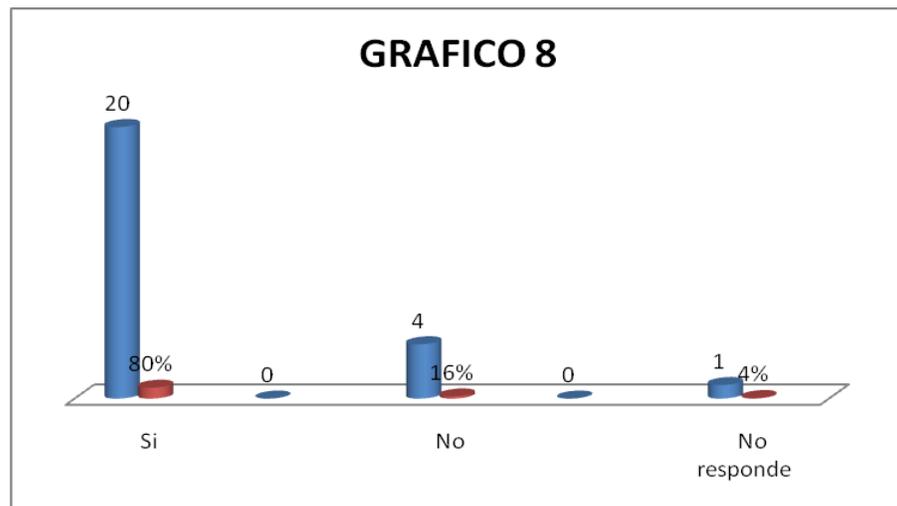
La reacción emocional de los padres al ver a sus recién nacidos internados, atraviesa una serie de respuestas emocionales donde se interpreta según la encuesta, 28% manifiestan estar mal y culpables, 16% se encuentra preocupadas, 12% se sienten felices al ver que sus hijos están mejorando, 8% impotentes y el 4% se encuentran desesperadas y susceptibles, siendo estos sentimientos normales al ver a su recién nacido prematuro internado, desconociendo el tiempo de permanencia en el hospital.

CUADRO 8

APOYO FAMILIAR A LOS PADRES DEL PREMATURO INTERNADO EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Apoyo familiar	Nro.	%
Si	20	80%
No	4	16%
No responde	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



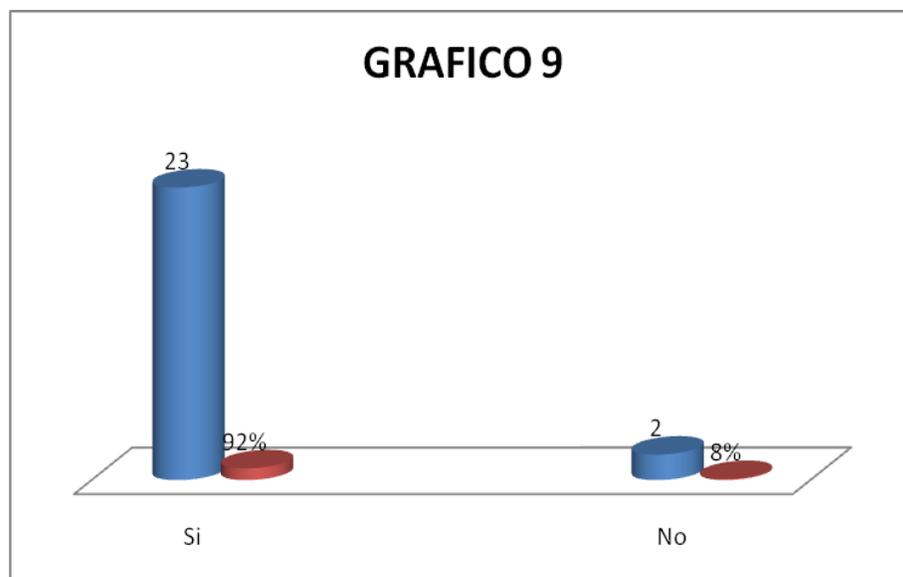
Del 100% de los padres encuestados, el 80% indica que si reciben apoyo de su familia, en cambio el 16% indica que no existe apoyo familiar y el 4% no responde. Lo que demuestra que la mayoría tiene apoyo familiar.

CUADRO 9

COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD, DURANTE LA INTERNACION DEL PREMATURO EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Existe comunicación con el personal de salud	Nro.	%
Si	23	92%
No	2	8%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



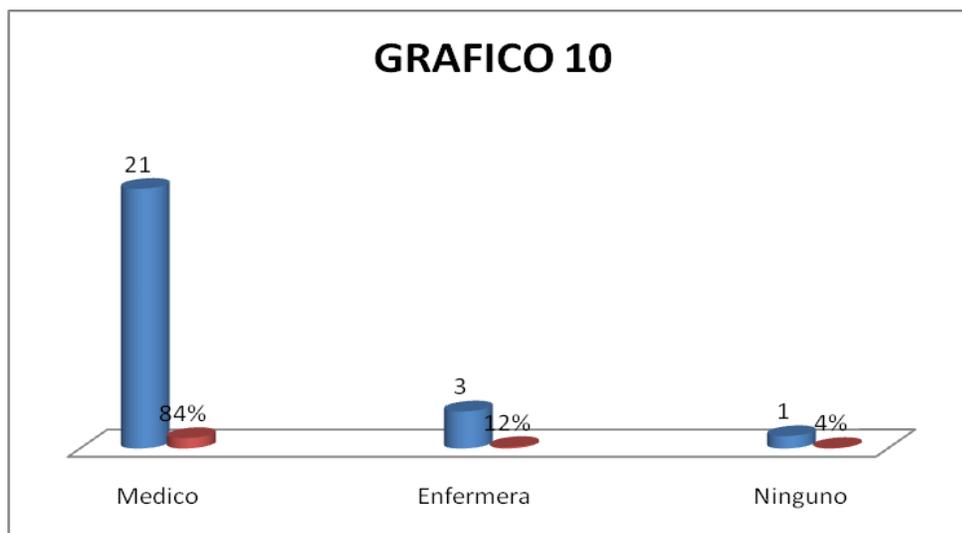
El 92 % de las encuestadas afirman que, SI existe comunicación con el personal de salud, tan solo el 8% indican que NO existe comunicación. Por lo que se observa, que los padres mantienen comunicación con el personal de salud del servicio de neonatología del hospital del niño.

CUADRO 10.

INFORMACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PREMATURO INTERNADO EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL NIÑO PRIMER TRIMESTRE GESTION 2011

Quien le informo sobre el estado de salud de su hijo	Nro.	%
Medico	21	84%
Enfermera	3	12%
Ninguno	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Elaboración propia



Podemos observar que el 84% recibió información del médico, el 12% de la enfermera y el 4% indican que no recibió ninguna información.

13. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Durante la hospitalización los padres y madres experimentan una serie de sentimientos ya que se enfrentan a situación de difícil manejo emocional, ya que el 28% de los padres se encuentran culpables o mal por lo que les está pasando, también se puede observar los sentimientos de preocupación, desesperación, impotentes, susceptibles todo esto debido al ver a su hijo hospitalizado, otros muestran sentimiento de felicidad al ver que sus hijos van mejorando al pasar los días.
- La mayoría de las madres 36% son jóvenes de 21 a 24 años que deben afrontar este problema , además tienen un grado de instrucción de secundaria del 60%
- El 44% de relación entre parejas es muy buena ya que ambos padres desean que sus primogénitos estén sanos y puedan estar con ellos. Debido a lo señalado, los padres necesitan ser orientados con prontitud hacia sus papeles no tradicionales, debe guiárseles hacia la utilización de recursos disponible para hacer frente a sus sentimientos muchas veces reprimidos, y debe dárseles la oportunidad de expresarse, debido a que muchos de ellos ni siquiera cuentan con apoyos afectivos reales. Además el 80% recibe apoyo de sus familias.
- El 84% de los padres saben cómo se encuentran sus primogénitos, además el 92% afirman que tienen una buena comunicación con el personal de salud, además el 84% indica que recibieron información del médico sobre el estado de salud de sus hijos.
- Podemos observar que el 92% son mujeres que están en los ambientes del hospital esperando información sobre el estado de salud de sus recién nacidos, esto puede deberse a muchos factores por ejemplo que la mayoría

de los hombres trabajan y no pueden abandonar su trabajo, por lo que delegan esta responsabilidad a su pareja.

14. RECOMENDACIONES

- Para que los padres y familiares superen las tensiones y se adapten de forma óptima a la hospitalización de sus recién nacidos, se debe brindar un apoyo psico-afectivo, ya que entender sus sentimientos, expectativas y facilitar la expresión de los mismos, es primordial para ellos como padres y para enfermería en la planificación de los cuidados iniciales. Los cuidados de enfermería deben hacerse visibles desde el primer contacto con los neonatos y sus padres.
- Por lo tanto es necesario establecer un programa terapéutico de apoyo dirigidos a padres y madres de los recién nacidos prematuros internados en neonatología del hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, a través de sesiones educativas programadas.
- Este programa debe ser ejecutado por profesionales en Enfermería con apoyo de los psicólogos y con los recursos existentes de la institución para brindar una mejor atención.
- Esta experiencia servirá de modelo para aplicar en otros servicios del Hospital.
- Implementar talleres de capacitación para el equipo de salud, que contengan las bases necesarias para reconocer y atender las reacciones psico-afectivas que los padres y madres presentan en el proceso de hospitalización de sus recién nacidos prematuros
- En este sentido, se debe hacer hincapié al personal de enfermería de la importancia de permitir a los padres y madres un mayor contacto físico con el niño respetando el estado físico del prematuro y las medidas de bioseguridad del servicio.
- De una forma colateral al grupo de apoyo, debe establecer un programa educativo, mediante la difusión de trípticos, cuyos contenidos estén relacionados con patologías y cuidados en el hogar, que debe iniciarse, tan pronto la condición del bebé le permita a los padres y madres brindar un cuidado básico y dentro de la institución.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Arias. L. 2000 El ciclo vital familiar: "Desarrollo e intervención anticipatorio". Seminario de Salud Familiar. Editorial ASCOFAME. Santa Fe de Bogotá.
- ² Best. M. 2001 "La familia en crisis". Intervención de enfermería en neonatología. Editorial México.
- ³ Boff L. 2001 "Saber cuidar". Editorial Petrópolis.
- ⁴ Vidyasajer D. 2000 "Comunicación con los padres". Editorial México.
- ⁵ Sammons W.A. Levis J.M: 2002 "Padres y Prematuros". Editorial Misby.
- ⁶ Wyly V.M, 2001 "Prematuros y sus familiares". Editorial México.
- ⁷ Feldman R. 1999 "intervencione, programas para prematuros". Editorial Mosby.
- ⁸ Unidad de Posgrado. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Mayor de San Andrés. Disponible en: www.eduvirtual/.edu.bo/diplomado. Recuperado el 20 de junio 2011
- ⁹ García Gutiérrez AL. (2002) Tratamiento y análisis de la documentación. En: Vizcaya Alonso, D. (comp). Selección de lecturas: Fundamentos de la organización de la información. Universidad de La Habana, [www//google/2011](http://www.google/2011)
- ¹⁰ Amador, Roció 1997 Historias de la vida y las entrevistas a profundidad. Editorial Universidad de Costa Rica san José.
- ¹¹ Bach Damaris Chavarria. 2002 Programa de Apoyo dirigido a padres y madres de niños hospitalizados. Editorial Mosby.
- ¹² <http://www.ingestaconnect.com/content/bsc/jan/2005>
- ¹³ Dr. Eduardo Aranda 2007 Texto de la cátedra de pediatría tercera edición pág. 81
- ¹⁴ [http://www.prematuros.info/padres - 435kl](http://www.prematuros.info/padres-435kl)
- ¹⁵ Santos J. 2001 La Ruta: un mapa para construir futuros. Editorial Universidad Santa Fe pág. 26, 30
- ¹⁶ Marion K. Schulmeyer. 2002 Psicología. Ediciones Mosby. Pág. 68
- ¹⁷ Roció Pinto 1997 Fundamentos Psicopedagógicos. Editorial Universidad de Costa Rica San José. Pág. 345
- ¹⁸ Cazau P (2003) Vocabulario de Psicología. Red psicología. Pág. 43
- ¹⁹ Sampier. H. (1999)
- ²⁰ Valle Gastaminza DF. Análisis y tratamiento documental en medios de comunicación impresos en la era digital [artículo en línea]. Cuadernos de documentación multimedia 2002; 12. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/multidoc/verano/material/Felix.htm> Consultado: 21 de julio del 2011.

FASE II
PROPUESTA
DE
INTERVENCION

Introducción

El nacimiento de un niño prematuro representa una verdadera crisis para la familia» Caplan, 1983.

Cuando un niño o niña necesita hospitalización, es forzoso que los padres y madres pasen a personas extrañas parte de su responsabilidad, para atender al bebé. Estos niños y niñas en algunas ocasiones no han tenido ningún tipo de contacto con sus progenitores antes de la hospitalización y para agravar la situación, dependiendo de la condición del bebé no se les permite participar en los cuidados de los pequeños por lo que llegan a experimentar una serie de reacciones como dolor, angustia, frustración e impotencia pues sus funciones se ven relegadas y sienten que no pueden hacer nada para ayudar a su niño

Introducción: Ante la necesidad de brindar apoyo emocional a padres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se diseñó un estudio con el propósito de evaluar una estrategia educativa dirigida a enfermeras pediatras con enfoque en la relación de ayuda para disminuir la ansiedad en los padres de recién nacidos hospitalizados.

Metodología: Se realizó un ensayo de campo. La estrategia (a). Ante esta situación y dependiendo del manejo propio de acuerdo a experiencias previas o recursos con que cuenten, pueden tolerar el proceso hospitalario o llegar a conductas inadecuadas ante los procesos de crisis y/o duelo, sobre todo por las características propias de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Al respecto Caplan (1985:301) señala que el tipo de ayuda que obtengan los padres durante esta situación determinará, fundamentalmente que éstos salgan de la crisis o el duelo al que se enfrentan fortalecidos o debilitados. Por consiguiente, todo este trastorno socio-afectivo y emocional por el que atraviesa la familia del recién nacido hospitalizado, fue el sustento de esta Práctica Dirigida y se basó en las siguientes razones, especialmente:

1. Carencia de personal capacitado para atender las necesidades psico-afectivas de los padres y las madres, esto dadas las demandas del servicio y el tipo de paciente, pues en la mayoría de los casos la simple comunicación es escasa, por otro lado solo se refieren para ayuda profesional los casos con manifestaciones agudas y muy evidentes de alteración emocional.
2. Los padres y las madres perciben el ambiente hospitalario como hostil y amenazante, experimentando sentimientos de estrés dentro y fuera el mismo.
3. Destacar la importancia del rol de la enfermera en Salud Mental al mejorar la calidad de la atención al recién nacido y su familia para adaptarse razonablemente al proceso hospitalario, respetando el ritmo que los progenitores establezcan en dicho proceso.

Debido a lo ya señalado, los padres necesitan ser orientados con prontitud hacia sus papeles no tradicionales, debe guiárseles hacia la utilización de recursos disponible para hacer frente a sus sentimientos muchas veces reprimidos, y debe dárseles la oportunidad de expresarse, debido a que muchos de ellos ni siquiera cuentan con apoyos afectivos reales. Por consiguiente se **identifica el siguiente problema:**

«La Unidad de Neonatología del Hospital de Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría **carece de un programa de apoyo psico-afectivo**, para padres y madres de recién nacidos prematuros, que presentan diferentes conductas ante la incertidumbre que genera el estado de enfermedad y muerte de sus hijos (as) recién nacidos».

Objetivo general

Establecer un programa terapéutico de apoyo psico-afectiva dirigido a padres y madres de los niños (as) prematuros (as) Hospitalizados (as) en el Servicio de Neonatología del Hospital de Niños Dr. Ovidio Aliaga Uría.

Objetivos específicos

- 1) Establecer un cronograma de actividades** que implique horarios y tiempos fijos de manera que permita la organización interna del personal que va a intervenir en el proceso de información dirigido a padres y madres que tienen hospitalizados a sus hijos prematuros hospitalizados en el servicio de Neonatología del hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

- 2) Establecer un diagnóstico** de las necesidades psico-afectivas de los padres y las madres de los niños (as) prematuros (as) Hospitalizados (as) en el Servicio de Neonatología del Hospital de Niños Dr. Ovidio Aliaga Uría.

- 3) Ejecutar el programa** de apoyo a las necesidades psico-afectivas de los padres y las madres con niños o niñas hospitalizados en la Unidad de Neonatología.

- 4) Evaluar el programa** desarrollado para apoyar las necesidades psico-afectivas de los padres y las madres con niños o niñas hospitalizadas en la Unidad de Neonatología.

Marco Teórico

El marco teórico se desarrolló con cinco temas vitales para la ejecución de la presente Práctica Dirigida.

1. Salud Mental y Familia
2. La Hospitalización

3. El Vínculo Afectivo
4. El Duelo y La Crisis
5. Grupo de Apoyo

1. Salud Mental y Familia

En este tema resalta la importancia de la Salud Mental en y dentro de la familia como un medio de desarrollar todas las capacidades y habilidades de sus miembros, con el objetivo de adaptarse satisfactoriamente a la sociedad, así mismo cada una desarrolla una personalidad singular y métodos para realizar las tareas que la misma sociedad espera, como por ejemplo: el bienestar psicológico y emocional, los cuidados físicos, la educación y adiestramiento.

El niño o niña recién nacido que enferma y es hospitalizado provoca en los padres y en las madres el surgimiento de sentimientos y emociones que expresan verbal y conductualmente. Estas reacciones son las que a través del estudio hemos denominado reacciones psico-afectivas. Así las necesidades psico-afectivas se refieren a la necesidad de los padres y madres de expresar, comprender y aceptar las emociones y sentimientos como parte del proceso normal de pérdida del bebé sano, física o simbólicamente.

Dado lo anterior, Daniel Goleman (1998) nos recuerda que las emociones son «Impulsos para la acción» y funcionan específicamente para adaptarse a las vicisitudes de la vida, por lo que cada una nos ofrece una disposición para actuar; a la vez el mismo autor hace hincapié en el manejo adecuado de las mismas para integrar cada experiencia al desarrollo óptimo del individuo, tanto física como mental.

2. La Hospitalización

La hospitalización trae por consiguiente el despertar de una serie de emociones y sentimientos relacionados con la pérdida de un ser querido, en esta situación

particular, en los padres y en las madres que en muchos casos no han tenido la oportunidad de conocer, tocar o ver a su hijo o hija recién nacido.

Por lo general, los progenitores experimentan reacciones normales o típicas al proceso de hospitalización que en el momento no son comprensibles para los mismos y que podrían provocar una lesión psicológica en la familia de no ser manejados adecuadamente. Dentro de las reacciones más típicas o intensas que experimentan los progenitores, según Bloedel, S. Y Autman, H. (Hayman, 1989,73) señalan: impotencia, culpa y ansiedad.

La intensidad de las mencionadas reacciones va relacionada con factores externos e internos al ambiente hospitalario y podemos citar:

- Naturaleza y gravedad de la enfermedad del bebé.
- Las experiencias previas con enfermedades y hospitalización.
- Nivel de reacción en el cónyuge para hacer frente a la situación y las normas de comunicación dentro de la familia.
- Los sistemas disponibles de apoyo.
- Los antecedentes culturales, religiosos y educativos.

Todo este panorama hospitalario nos ayuda a comprender teóricamente el escenario en el cual se desarrolla la investigación y nos brinda un punto de referencia y comparación al ir desarrollando la investigación cualitativa.

3. El Vínculo Afectivo

Los sentimientos paternos y maternos desarrollados con la llegada del nuevo miembro en la familia, forman una vinculación afectiva que se fortalece en la medida que los padres y las madres comparten el cuidado con el bebé sano, pero que lamentablemente en el proceso de hospitalización, la separación abrupta genera una serie de sentimientos que no son compatibles con el rol principal de los progenitores, en cuanto a brindar en primera instancia seguridad y confianza básica en el recién nacido (Rodríguez, S. 1986).

La importancia teórica radica en detectar aquellas conductas que evidencian el deterioro o no-establecimiento adecuado de los lazos efectivos entre los padres y madres con su respectivo bebé y que son necesarios, tanto para asegurarle a este último un ambiente afectivo en la familia; como para disminuir el daño psicológico en las madres y padres.

4. El Duelo y La Crisis

A todas estas reacciones que aparecen con la hospitalización y que guardan una estrecha relación con sentimientos de pérdida, se han enmarcado dentro de los procesos de duelo y crisis, que para efectos de este estudio, se tomó como base de referencia, la clasificación señalada por Kubler y Ross. (Haber, 1983), para lo referente al duelo y en cuanto a crisis definida por Caplan como el desequilibrio existente entre la dificultad y la importancia del problema relacionado con los recursos disponibles inmediatos, para enfrentar las situaciones difíciles. Es relevante mencionar que según Caplan (1983) para enfrentar las crisis se debe tomar conciencia de las mismas y para superarlas se debe recordar el evento precipitante.

5. Grupo de Apoyo

Dado todo lo anterior, y de acuerdo a las características del Servicio de Neonatología el grupo de apoyo es la alternativa más propicia para el trabajo con los padres y madres de los bebés hospitalizados. La vitalidad de la investigación se centra en el manejo de las emociones dentro del hospital en el aquí y en el ahora; específicamente en un grupo de iguales, ya que están vivenciando una experiencia igual pero percibido de diferentes formas, lo que hace que sean ellos mismos, los más adecuados para brindarse el apoyo y contención que necesiten en el momento. Sin embargo no se puede dejar de lado la guía y la orientación profesional, la cual contribuye al bienestar emocional y proporciona las

herramientas necesarias, para el fortalecimiento de la salud tanto física como mental, que repercutirá en todo el ámbito familiar.

Elaboración del Programa.

Basados en los resultados, que evidencia la falta de un programa que brinde apoyo psico-afectiva, como parte de la atención integral al recién nacido y su familia, ante las conductas que genera el estado de enfermedad y muerte de los bebés. De esta forma, la elaboración del Programa en cuestión va dirigida a favorecer el proceso hospitalario, específicamente para los padres y madres de los niños (as) hospitalizados (as) en el servicio de Neonatología del Hospital Del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. Atención que se brindará de forma periódica una hora por sesión una vez a la semana. El total de las sesiones, impartidas en el servicio de Neonatología contempló los temas de acuerdo al diagnóstico de necesidades y el marco teórico establecido, con objetivos específicos tanto para los participantes como para las facilitadoras. Se establecerá una agenda previa de trabajo sujeta a modificaciones y técnicas específicas para el manejo de grupo que se muestran a continuación:

- Connotación positiva
- Pregunta circular
- Lluvia de Ideas
- Ejercicios de Relajación
- Preguntas Abiertas
- Escritura
- Reflejo de contenido y sentimientos

Al concluir en su totalidad la implementación del Programa, y de una forma similar al análisis hecho para el diagnóstico, se retoma nuevamente toda la información que será objeto de un nuevo análisis de acuerdo a los resultados

- Se advertirá las características demográficas variadas, desde adolescentes a mayores de grupos etareos determinados, de zonas lejanas de la ciudad, que sea su primer bebé; bajos recursos económicos y baja escolaridad.

- El número de asistentes que permitirá verificar el grado de compromiso de las madres y padres de los que asisten por primera vez y los que asistieron anteriormente, reflejado en las reiteradas invitaciones verbales a los padres y madres.
- Se observaran si las reacciones cambiaron en intensidad y expresividad de acuerdo a la condición del bebé y enmarcadas efectivamente dentro de los procesos de duelo y crisis, resaltando la negación como mecanismo de defensa, en participantes con menos de 3 semanas de hospitalización, a su vez muy relacionados en temas de fe y esperanza. Seguidamente, el llanto constante, enmudecen o se les dificulta la expresión de sentimientos verbales, la regresión como ira o enojo, y el establecimiento de un pacto con Dios, demuestra que los sentimientos difíciles están llegando a un nivel consciencia y están tomando posesión de su realidad.
- Los padres y madres señalaran en forma escrita al ingresar al grupo de apoyo e independientemente de la condición del bebé sus sentimientos y emociones afectivas. (miedo, angustia y satisfacción que cólera y culpa y en alguna medida soledad e impotencia)
- Muy relacionado a lo anterior los mismos padres y madres responderán que sus emociones pre-sesión son temor, tristeza y tranquilidad. Estas a lo largo de la sesión se modificaron y un determinado porcentaje se sentirá mejor por el simple hecho de que pudo compartir, el porcentaje restante se sentirá igual o mal y sus conductas reflejaran una situación de crisis que ameritó intervención en primer orden.
- El surgimiento del sentimiento de comprensión y unión entre ellos hará que cualquier situación difícil dentro de la sesión fuera finalmente de agrado en general.
- La experiencia demostrará un fortalecimiento espiritual, una comprensión del proceso de hospitalización y un mayor acercamiento físico con el bebé. Para las investigadoras un aporte en el mejoramiento de la calidad de la atención y un espacio para el desarrollo de la enfermera en salud mental.

ANEXOS

La Paz 3 de septiembre de 2010

Señor.

Dr. Cristián Fuentes

DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL NIÑO "OVIDIO ALIAGA URÍA"

Presente.-

Inicialmente reciba un cordial saludo y los mejores deseos de éxito en las funciones que viene desempeñando en esa prestigiosa institución.

El motivo de la presente es solicitarle permiso para la recolección de datos, ya que realizare un trabajo de investigación en el servicio de neonatología, se trata de entrevistar y realizar cuestionarios a los padres que tienen hospitalizados a sus niños más que todo a los prematuros, para conocer sus vivencias, este trabajo me es imprescindible para la conclusión de mi trabajo de grado

A tiempo de agradecer su gentil colaboración me despido con las consideraciones del caso

Atte.

Lic. Cristina Conde Loaiza

C.I. 3103197 Or.

Estimado padre de familia:

Las preguntas que aparecen a continuación tienen el fin de conocer su opinión sobre cómo viven ustedes al ver a sus niños hospitalizados.

Sus respuestas servirán para mejorar la atención y ayudarles a que ustedes sobre lleven la hospitalización de sus hijos sin ningún problema.

Por eso es muy importante que lean detenidamente y respondan a todas ellas.

No debe poner su nombre todos los datos son confidenciales y no serán divulgados.

Agradezco su tiempo y colaboración.

CUESTIONARIO

1. Edad

2. Sexo

3. Grado de instrucción

Ninguna Básica Primaria Secundaria Superior

4.-De cuantas semanas nació su bebe.

Menos de 28 semanas 28-30 31-33 34-36

5.- Como se lleva con su pareja actualmente

Muy bien Bien Regular Mal

6.- Sabe actualmente como se encuentra su niño.

Si No

7.-Como se encuentra al ver a su hijo hospitalizado

.....
.....

8.- Su familia le apoya en estos momentos..

Si No

9.- Existe comunicación con el personal de salud

Si No

10.- Quién le informo respecto al estado de salud de su hijo

Médico Enfermera Auxiliar de enfermería

Otro Ninguno

Consentimiento informado

Buenos días o tardes.

Estoy realizando un trabajo de estudio que me servirá para hacer mi especialidad en enfermería pediátrica, el trabajo consiste como se sienten ustedes al ver a sus niños hospitalizados.

Por lo que le pido su colaboración para que conteste algunas preguntas que no llevaran mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales.

Ustedes fueron seleccionadas por que tienen a sus niños que son prematuros y están hospitalizados.

Sus opiniones de ustedes serán sumadas e incluidas para realizar el trabajo pero no se las divulgadas.

Le pido por favor que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible.

Si estás de acuerdo en tu colaboración muchas gracias.

FOLLETO EDUCATIVO PARA PADRES DE PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO.

Cuando los padres se encuentran con un parto que llega antes de lo previsto y un bebé tan diferente al que han imaginado, les asaltan varios sentimientos de preocupación, frustración, culpa u otros.

En esos momentos los padres necesitan soporte emocional y toda la información precisa para que superen los sentimientos iniciales y colaboren con el equipo del hospital en la recuperación física y neurológica del bebé. La estimulación afectiva es decisiva para que el pequeño logre el desarrollo que necesita.

La voz del padre y de la madre y los sonidos que ha escuchado mientras se desarrollaba en el útero materno tienen un valor terapéutico incomparable en esos momentos.

En otros hospitales permiten el acceso libre a la unidad de cuidados intensivos favoreciendo el vínculo entre la familia y el bebé prematuro.

Está totalmente demostrado que el contacto íntimo con la madre, el amamantamiento y las palabras y canciones amorosas de los padres favorecen la evolución del recién nacido.

El bebé necesita la leche materna (más aún que los nacidos a término) y el contacto con la piel de su madre para satisfacer sus necesidades psicoafectivas, las inmunológicas y las nutritivas. Si el grado de inmadurez no le permite succionar, el personal del hospital puede utilizar una sonda u otro método para suministrar al bebé la leche que la madre se ha extraído previamente.

Cuando el bebé está en la incubadora, los padres pueden situarse dentro de su campo visual, hablarle, cantarle e incluso tocarle por las aberturas de la incubadora. No importa que esté conectado a los aparatos de asistencia, para los padres y para el bebé es necesario establecer cuanto antes los vínculos afectivos tan necesarios para ambos.

Cuando por fin llega el momento esperado de poder llevar al bebé a casa, los padres suelen sentir algo de incertidumbre porque ven a su pequeño débil. Por lo que el personal de neonatología debe explicar todos los cuidados que se debe realizar al bebe como ser:

- Los intervalos de tiempo para dar las tomas de leche.
- Como bañarle y cambiarle.
- El agua que se le debe ofrecer.
- Como y cuando acostarlo.
- Orientaciones sobre la temperatura y la humedad de su cuarto.
- Cualquier otra pregunta que se les ocurra.

Los padres deben llevar a las consultas posteriores al pediatra para realizar el seguimiento y la evolución del bebé de esta forma para que los padres se tranquilicen y realicen preguntas que ellos necesitan para su buen desarrollo de sus niños.

