



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
FACULTAD DE MEDICINA

**“CARACTERIZACIÓN DEL ESTRÉS EN PADRES DE
NEONATOS PREMATUROS INTERNADOS EN
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL
HOSPITAL JULIO C. PERRANDO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

MIRNA MARIANA DANTUR

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE EN MEDICINA

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

DRA MARÍA EUGENIA HORNA

CORRIENTES

ARGENTINA

2023



AGRADECIMIENTOS

A DIOS, EL MOTOR DE MI VIDA

A MAMÁ Y A PAPÁ, MIS DOS ESTRELLAS EN EL CIELO QUE ACOMPAÑAN Y
GUÍAN MI CAMINO.

A MI PEQUEÑA Y A MI GRAN FAMILIA, SAVIA DE MI VIDA.

A LOS DOCENTES QUE INCULCARON VALORES DE “SOLIDARIDAD”,
“COMPROMISO” Y “HONESTIDAD” A LO LARGO DE ESTA CARRERA.

LO IMPORTANTE EN LA VIDA ES PODER SER MEJOR, NO PERFECTO PORQUE
ESTO ES IMPOSIBLE. SER MEJOR, CAMBIANDO SI ES NECESARIO, AUNQUE
CAMBIAR SIGNIFIQUE RECONOCER QUE UNO ESTUVO MUCHO TIEMPO
EQUIVOCADO O SOLO PARCIALMENTE ACERTADO.

DR. MIGUEL LARGUÍA



INDICE

	Páginas
RESUMEN	4
1.1.1 Introducción	7
1.1.2 Planteo del Problema	8
1.1.3 Marco Teórico	10
1.1.3.1 Historia de la Neonatología	10
1.1.3.2 Prematurez	15
1.1.3.3 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	21
1.1.3.4 Representaciones Mentales	26
1.1.3.5 Nacer antes de lo Esperado	28
1.1.3.6 Estrés	30
1.1.3.7 Estrés Parental	34
1.1.3.8 Modelos de Intervención	38
1.1.4 Estado del Arte	43
1.2 Objetivos de estudio	49
1.3 Metodología de la Investigación: Materiales y Métodos	49
Consideraciones Éticas	54
CAPÍTULO 2	
2.1 Resultados	55
2.2 Discusión	62
CAPÍTULO 3	
Conclusión	66
Bibliografía	70
Anexos	80

RESUMEN

La inmadurez del recién nacido prematuro repercute en su estabilidad hemodinámica, requiriendo soportes e intervenciones de salud en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN). La hospitalización del recién nacido prematuro en UCIN es una experiencia impactante e inesperada para los padres, de gran impacto psicológico ante la inminente gravedad de su hijo. La UCIN se transforma en el “Ambiente” del recién nacido y de sus padres. El objetivo del siguiente trabajo fue caracterizar el nivel de estrés de los padres de niños prematuros durante la hospitalización en UCIN.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, en el cual se incluyó a madres y/o padres de recién nacidos prematuros (menores a 37 semanas de edad gestacional), cuyos días de hospitalización fueron posteriores al quinto día de vida y antes de los 30 días desde su nacimiento, internados en UCIN en el Hospital Perrando de la ciudad de Resistencia, período Julio 2019-Enero 2020. Se obtuvo una muestra de 63 padres participantes. Como instrumento de recolección de los datos se utilizó la Escala de Estrés Parental en UCIN: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care (PSS: NICU) de Miles (1993) adaptada al español. La variables que se analizó fue: Nivel de Estrés de los Padres con respecto a factores estresantes: del “Ambiente Físico de UCIN”, “Aspecto Físico y Comportamiento” del recién nacido prematuro y “Rol Parental”.

Resultados: El Nivel Total de estrés promedio se evidenció como moderadamente estresante con una Media de 2.9 DS: 0.2. El nivel de estrés de los padres en la Subescala de “Aspectos Visuales y Sonoros” tuvo una Media de 2.9 DS: 0.1, en la Subescala de “Aspectos y Comportamientos del bebé la Media fue de 2.6 DS: 0.2 y para la Subescala de “Rol Parental” la Media fue de 3.5 DS: 0.2. El nivel “Extremadamente estresante” estuvo en un 47 % dado por la dimensión de “Rol Parental”, seguido en un 43% por la dimensión “Aspectos y Comportamiento del bebé” y en un 10% por el “Aspecto Visual y Sonoro de UCIN”. En el Rol Parental las características más relevantes fueron: “estar separado de mi bebé” (70%), “no poder tomarlo en brazos cuando yo quiero” (63%), “sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor” (56%). En Aspectos y Comportamientos del bebé las características de mayor nivel de estrés fueron: “ver agujas y tubos puestos en mi bebé” (38%), “cuando mi bebé parece tener dolor” (37%) y “tener una máquina o respirador que respira por mi bebé” (33%). En Aspectos Visuales y Sonoros la presencia de “ruidos repentinos de alarmas y monitores” fue en un 28.6% extremadamente estresante.

Conclusión. La mayoría de los padres tienen un nivel de estrés total moderado. La dimensión: “Rol Parental” es la más relevante dentro de los niveles extremadamente estresante, debido a que la hospitalización del bebé prematuro en UCIN produce en los padres, alteración en su rol como cuidadores



primarios, sintiéndose incapaces de proteger al bebé en esta etapa y dificulta el vínculo madre/padre-bebé.

PALABRAS CLAVES: Nivel de estrés, Prematurez, Padres de Prematuros.

ABSTRACT

The immaturity of the premature newborn affects their hemodynamic stability, requiring supports and health interventions in Intensive Care Units (NICU). The hospitalization of the premature newborn in the NICU is a shocking and unexpected experience for parents, with great psychological impact given the imminent severity of their child. The NICU becomes the "Environment" of the newborn and its parents.

Material and Methods: A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out, which included mothers and/or fathers of premature newborns (less than 37 weeks of gestational age), whose days of hospitalization were after the fifth day of life and before 30 days from birth, admitted to the NICU at the Perrando Hospital in the city of Resistencia, period 2019-2020. A sample of 63 participating parents was obtained. The NICU Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care (PSS: NICU) by Miles (1993) adapted to Spanish was used as a data collection instrument. The variable that was analyzed was: The level of parental stress regarding of the "Physical Environment of the NICU", "Physical Appearance and Behavior" of the premature newborn and "Parental Role".

Results: The average Total Stress Level was evidenced as moderately stressful with a mean of 3.4 SD: 0.2. The stress level of the parents in the Subscale of "Visual and Sound Aspects" had a Mean of 2.9 SD: 0.1, in the Subscale of "Aspects and Behaviors of the baby the Mean was 2.6 SD: 0.2 and for the Subscale of "Paternal Role" the Mean was 3.5 SD: 0.2. The "Extremely stressful" level was 47% given by the dimension of "Parental Role", followed by 43% by the dimension "Aspects and Behavior of the baby" and 10% by the "Visual and Sound Aspect of the NICU". In The Parental Role, the most relevant characteristics were: "being separated from my baby" (70%), "not being able to hold him when I want" (63%), "feeling helpless in being unable to protect my baby from pain" (56%). In Baby Aspects and Behaviors, the characteristics with the highest level of stress were: "seeing needles and tubes put in my baby" (38%), "when my baby seems to be in pain" (37%) and "having a machine or respirator that breathe for my baby" (33%). In Visual and Sound Aspects, the presence of "sudden noises from alarms and monitors" was extremely stressful in 28.6%.

Conclusion: most parents have a moderate total stress level. The dimension: "Paternal Role" is the most relevant within the extremely stressful, because the hospitalization of the premature baby in the NICU causes the parents to alter their role as primary caregivers, feeling incapable of protecting the baby at this stage and hinders the mother/father-baby bond.

KEY WORDS: Stress level, Prematurity, Parents of premature babies.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo/a es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de los padres. Ellos han depositado sus expectativas, deseos, planes en ese bebé que llega al mundo. Quizás por estas expectativas, deseos, planes previos, cuando un bebé nace antes de lo esperado se convierte en una “situación de estrés” entremezclándose situaciones contradictorias y polarizadas por los riesgos de salud y el temor a la muerte que existe.

El nacimiento prematuro se considera por sí mismo un acontecimiento traumático de gran repercusión emocional para los padres. Ellos no se encuentran preparados para este acontecimiento ni para la separación temprana de su hijo/a. Separación que trae consigo numerosos duelos. Duelo a la interrupción de la gestación, a la expectativa de un nacimiento normal, duelo anticipado ante la posibilidad y riesgo de muerte de su bebé.

De esta forma, la felicidad, el regocijo, la alegría, sentimientos positivos que acompañan al nacimiento, son desplazados por sentimientos negativos de culpabilidad, impotencia, miedo, confusión, rechazo, incertidumbre, ansiedad y estrés ante el nacimiento prematuro. Estos sentimientos generan inestabilidad emocional influyendo en los padres, en su bienestar, generando dificultades en el sueño, fatiga, cansancio, distorsión de la percepción de su hijo, pérdida de su rol paternal/maternal.

Si bien, cada progenitor transitará esta experiencia de manera diferente y única, factores internos personales y factores externos se mezclan condicionando esta vivencia.

Partiendo de que el parto prematuro, la separación del bebé son por si solos factores estresantes. Existen otros factores que influyen en la respuesta emocional y psicosocial de los progenitores como ser la hospitalización y el ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), la apariencia y conducta del bebé, el retraso en el establecimiento del vínculo, la comunicación con el personal de salud, la situación socioeconómica y sentimientos de pérdida de rol parental.

Son estos padres los que requieren y necesitan de apoyo psicológico temprano a los efectos de brindarles formas de abordaje y afrontamiento ante la situación inesperada y prematura del nacimiento, así como también la larga y obligada estadía de su hijo/a en UCIN.

Existen numerosas publicaciones en donde se evidencia la importancia del trabajo psicológico temprano en estos padres. En estos trabajos se visualiza una reducción del grado de estrés y ansiedad en ellos, si se realiza una intervención temprana desde los primeros momentos en los cuales los bebés ingresan a UCIN.

A este abordaje temprano es lo que se pretende llegar, pero para lograr esta intervención, se pretende antes detectar los “Niveles de Estrés” en los padres de bebés prematuros internados en UCIN, siendo el propósito de esta investigación. Dado que de la descripción de este trabajo surgirá el entendimiento y el apoyo a las necesidades psicosociales de los padres.

1.1.2 -Planteo del Problema:

En la actualidad, la prematuridad es una de las primeras causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil. El creciente aumento de nacimientos prematuros en las últimas décadas, junto con los avances científicos, tecnológicos y recurso humano calificado han llevado a la supervivencia de bebés cada vez más inmaduros.

En Argentina entre un 8% a un 10% de los recién nacidos son prematuros, y más de 3.000 niños mueren al año por complicaciones asociadas a la prematurez.

Los bebés prematuros requieren de intervenciones de salud críticas, complejas e inmediatas y de prolongadas hospitalizaciones para mantener sus vidas.

La admisión de un recién nacido prematuro en UCI, genera en los padres diferentes sentimientos que experimentan desde el período inmediato del posparto, allí la separación de ellos con el recién nacido irrumpe el vínculo físico y afectivo, derrumba sus expectativas familiares y sociales de celebración; surgiendo posteriormente un camino nuevo, incierto, desconocido de continuo movimiento, con un ambiente complejo y diferente el cual transitarán de acuerdo a sus propios recursos para adaptarse al mismo.

El recién nacido inmaduro rodeado de aparatología (monitores, alarmas, sensores, incubadoras) forma parte de un escenario ajeno para los padres, pero vital para la supervivencia de su hijo.

Los padres son las personas que directamente se ven implicados con el proceso de hospitalización de un hijo prematuro, generándose en ellos diversos sentimientos como culpa, autocrítica, preocupación,

dolor, tristeza, temor por el desenlace y la apariencia física del recién nacido, también manifiestan sentir ansiedad por el riesgo en el que se encuentra su hijo y la falta de control que ellos puedan ejercer sobre la situación.

Muniagurria (1998) postula una crisis evolutiva dada en los padres por el nacimiento prematuro que sucede de manera inesperada y una crisis accidental dada por la hospitalización en UCIN del neonato, considerada como una experiencia de estrés y gran vulnerabilidad emocional.

La prematurez y la UCIN se tornan como situaciones de estrés para los padres. El principal foco de atención de los profesionales de la salud desde el momento en que existe el parto prematuro es el bebé, todo el asistencialismo se conduce y gira hacia él dado sus necesidades especiales para su supervivencia. Los padres, su papel y sus necesidades emocionales quedan ensombrecidos por este acontecimiento.

El presente trabajo tiene como objeto de estudio a los padres (dícese de madre y/ o padre propiamente dicho) de hijos prematuros internados en UCIN en el Servicio de Neonatología del Hospital Perrando. Se resalta que en dicho Servicio no se cuenta con profesionales de salud mental como parte del equipo interdisciplinario para atender las necesidades psicosociales de los padres durante todo el período perinatal.

Problematizando ¿cuál es el nivel de estrés que presentan los padres frente a la hospitalización de su recién nacido en UCIN? y ¿Cuáles son los factores estresores externos e internos presentes en dichos padres?

La finalidad de este trabajo es conocer esta problemática, para entenderla, empatizar y sobretodo brindar estrategias de apoyo, contención emocional, planificando acciones de acompañamiento a los padres y a sus familias. Así como el recién nacido prematuro es Vulnerable, sus familias también lo son y la necesidad de proporcionar apoyo psicosocial a los padres forma parte indisociable del bienestar y desarrollo del bebé.

La singularidad de esta investigación reside en la vacancia de estudios de esta problemática en la región en la cual se aborda el tema.

1.1.3 MARCO TEÓRICO

1.1.3.1 HISTORIA DE LA NEONATOLOGÍA

La preocupación por el cuidado del niño, y en especial por el recién nacido prematuro, fue comparativamente mucho más tardía que la de otros campos de la medicina.

En el siglo XVIII, el tratado legal de Sir William Blackstone titulado “Commentaries on the law in England”, publicado en 1765, los nacidos con aspectos de “monstruos” no heredaban de sus padres, esto hacía referencia no solamente a los malformados sino a los nacidos prematuros muy pequeños. Hosiasson S. y cols (2021).

Antes de la Revolución Industrial, los bebés prematuros y con enfermedades congénitas nacían y recibían cuidados en el hogar sobrevivían o morían sin intervención médica.

En los siglos XXVII y XVIII se publicaron trabajos académicos que trataban de compartir conocimientos sobre las intervenciones en bebés prematuros y bebés de riesgo.

A principios del siglo XIX empezó con más fuerza el desarrollo de la pediatría y se crearon los primeros hospitales pediátricos en el mundo: “L’Hopital des Enfants Malades” en 1802 en París, y 50 años más tarde, “The Great Ormond Street Hospital” en Londres en 1852. Hacia fines del siglo XIX se empezó a desarrollar la primera neonatología en Francia, que podríamos llamar: “Neonatología Clásica”. La introducción de la primera incubadora habría sido en 1835 y se atribuye al Dr. Von Ruehl en Rusia.

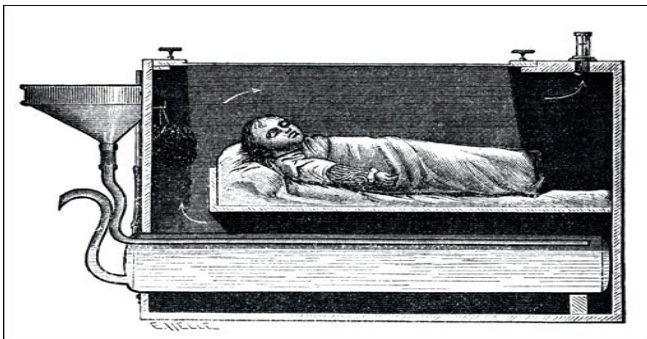
En 1857 que el Dr. Paul Denucé, sobre la base de incubadoras utilizadas para los huevos de las gallinas, diseñó y publicó por primera vez una incubadora para niños prematuros, se describía una bañera de zinc de doble pared en la que se llenaba el espacio entre las paredes con agua caliente para incrementar la temperatura interior. Posteriormente el Dr. Stéphane Tarnier, quien es llamado el “Padre de la Incubadora”, desarrolló en 1880 la primera incubadora cerrada, fabricada en madera, con un calentador de agua en un compartimiento inferior calentado a su vez por una lámpara para tratar de mantener en un ambiente cálido a los bebés prematuros de una sala de maternidad en París. Hosiasson S. y cols (2021).

Otros métodos se habían utilizado antes, pero este fue el primer modelo cerrado. Además, ayudó a convencer a otros médicos de que ese tratamiento ayudaba a los bebés que nacían antes. Francia se

convirtió en un precursor en la asistencia a los recién nacidos prematuros, en parte debido a su preocupación por la disminución de la tasa de natalidad.

El Dr. Pierre Budin, discípulo de Tarnier, fue el pionero en desarrollar un cuidado más sistematizado e integral del niño pequeño desde su nacimiento hasta los 2 años; plasmando en su libro los conceptos de termorregulación, oxigenoterapia y el cuidado de enfermería. Hosiasson S. y cols (2021).

En 1892 publica su libro referente a “lactantes con problemas nacidos de parto prematuro” donde distingue a los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional, luego presenta las primeras observaciones referentes a la hipotermia y la mortalidad del prematuro plasmado después en su libro “Le Nourisson” publicado en 1907. Martínez J (2008).



Incubadora de Tarnier



Incubadora de comienzo siglo XX

Tarnier y Budín son llamados: “Padres de la Neonatología”



Etienne Stéphane Tarnier (1828-1897)



Pierre Constant Budin (1846-1907)

El médico francés Alexandrer Lyon patentó el modelo utilizado en las primeras exhibiciones de incubadoras para bebés en 1889 para compensar el costo de fabricación de las máquinas y con fines publicitarios, como una forma de presentar la nueva invención al público.

En Estados Unidos, los bebés se exhibieron al público en incubadoras a partir de 1898, cuando el francés Martin Couney (1870-1950) montó una exhibición en la Exposición Internacional y Trans-Mississippi de Omaha. Se necesitaron muchos años para que las incubadoras para bebés ganaran un uso generalizado en entornos hospitalarios.

Las exposiciones de los bebés prematuros además de haber sido un evento popular para la época, generó la atención de los cuidados neonatales, es a partir de estos eventos que se redirecciona la perspectiva de la sociedad hacia los cuidados que requerían los neonatos enfermos.

La neonatología moderna nace con Julius Hess en Chicago en 1914 quien tuvo el mérito de inaugurar la primera unidad dedicada al cuidado del recién nacido prematuro. En 1922, el Dr. Julius Hess publicó su libro “Premature and Congenitally Diseased Infants” que sentaron las bases para el desarrollo posterior de los cuidados neonatales modernos tanto en cuidados de enfermería como en el uso de tecnología a implementar. Hosiasson S. y cols (2021).

Durante la década de los años 40 y 50 siguió un avance significativo en el cuidado neonatal, se organizaron los primeros centros de cuidados del recién nacido y se diseñaron las primeras incubadoras de transporte. Hosiasson S. y cols (2021).

En 1952 la Dra. Virginia Apgar, anesthesióloga, contribuyó con el puntaje de Apgar en la atención inmediata del neonato, puntaje que se sigue usando en la actualidad. Estos aportes fueron relevantes en el nacimiento de la especialidad, reconocida en 1960. Martínez J (2008).

En la década de los años 60 del siglo XX se aceptaron los términos “neonatología” y “neonatólogo” dando origen a la era de la neonatología moderna y el cuidado intensivo de recién nacidos prematuros, impulsado por desarrollos fundamentales como son la ventilación asistida y la nutrición por vía venosa. Hosiasson S. y cols (2021).

A inicios de los años 70 existían centros de neonatología en países desarrollados como EE.UU. y algunos países de Europa, con unidades de cuidados intensivos neonatales en los cuales, gracias a incubadoras, ventiladores mecánicos, al manejo de enfermería más especializado y a la nutrición parenteral sobrevivían niños cada vez más prematuros.

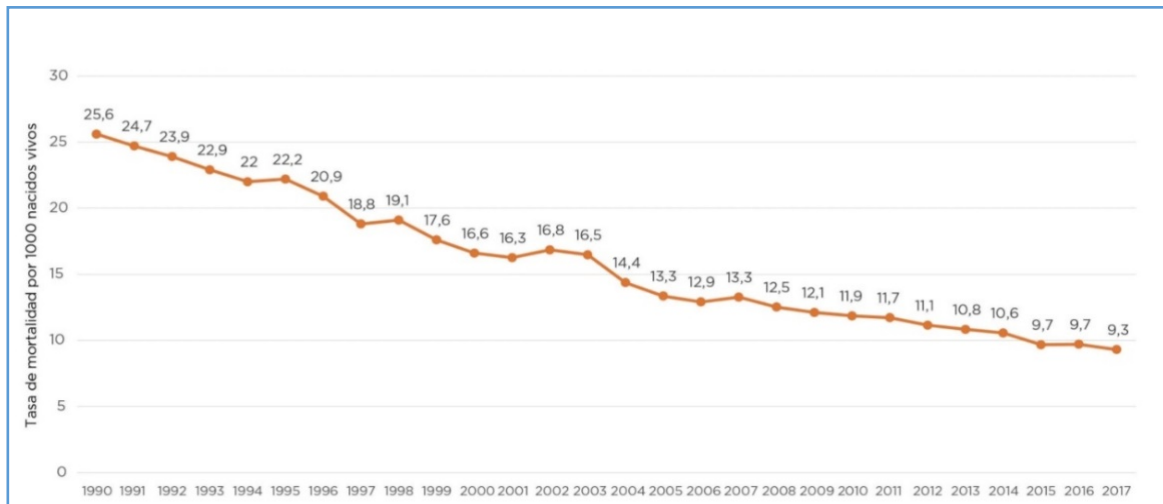
En Argentina la historia de la neonatología se apoya en tres grandes pilares: en la Maternidad Provincial de Córdoba, con el Dr. Jacobo Halac, quien inicia el primer servicio de la especialidad, en la Maternidad Sardá de la Ciudad de Buenos Aires, con el Dr. Alfredo Larguía quien introduce la perspectiva de la perinatología; y en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata con el Dr. Juan Vicente Climent quien comienza la asistencia respiratoria mecánica. El Dr. Jacobo Halac, formado en EEUU junto al Prof. Julius Hess, fue designado en 1960 al frente del Servicio de Puericultura de la Maternidad Provincial de Córdoba. Curiosamente en el mismo año, pero en Baltimore, el Prof. Alexander Schaffer da origen a la palabra “Neonatología” y escribe las primeras normas de atención para el recién nacido. Sociedad Argentina De Pediatría (2012).

En el año 1966 se inaugura el primer servicio de Neonatología de la Argentina, en la Maternidad Provincial de Córdoba, según las normas que por entonces se requerían para la planta física, equipamiento y plantel de médicos y enfermeras. En 1968 el Prof. Alfredo Larguía es designado como Jefe del Departamento de Pediatría de la Maternidad Sardá. Sociedad Argentina De Pediatría (2012).

En La Plata en 1972 se creó el Servicio de Recién Nacidos del Hospital de Niños Sor María Ludovica a cargo del Prof. Dr. Juan Vicente Climent y en 1974 se crea la residencia de Neonatología, constituyéndose en la primera residencia de neonatología del país. Sociedad Argentina De Pediatría (2012).

Así las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales generaron un impacto positivo, reduciendo la mortalidad infantil en nuestro país. Para el año 1950 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), fue de 68,2 ‰ y su componente más importante era la Mortalidad Postneonatal (42,2 ‰); la Mortalidad Neonatal (MN) de 26,0 ‰ representaba el 38 % de la Mortalidad Infantil. Hasta 1970 no hubo grandes cambios en este indicador, pero en 1980 se produce la clásica transición epidemiológica, con descenso casi a la mitad de la Mortalidad Infantil y con una Mortalidad Postneonatal que pasa a ser inferior a la Neonatal. A partir de ese momento, todos los componentes de la Mortalidad Infantil continúan en descenso, siendo la Tasa Mortalidad Infantil para el año 2010 de 11,9‰, la Mortalidad Neonatal de 7,9‰ y de 4,1 ‰ la Postneonatal. La tendencia decreciente de la Mortalidad Infantil es notable, siendo la tasa de un dígito a partir del 2015. Datos obtenidos por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud De la Nación Argentina, (DEIS), 2019.

GRÁFICO 1: TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS. ARGENTINA 1990-2017.



Las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de cinco años, y en 2019 se cobraron aproximadamente 900 000 vidas

Fuente: Observatorio de Salud Materno Infantil, SAP (2019). Datos de Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud De la Nación (2019).

Si tomamos como primera causa de “Mortalidad Infantil” y “Mortalidad Neonatal” a la prematuridad reduciendo la misma se reduciría directa y notoriamente la Mortalidad Infantil.

En los últimos años, se implementaron políticas públicas en torno a Educación Sexual, Salud y Asistencia Reproductiva centrandose su eje en la detección oportuna de los riesgos que conducen a la posibilidad de desencadenar un parto prematuro.

Todavía estamos en el camino de prevenir los factores desencadenantes de la Prematuridad, siendo una prioridad a nivel mundial. Me queda el interrogante de cuáles son los determinantes de un nacimiento prematuro que el Sistema de Salud todavía no logra alcanzar para prevenirlos.

Y mientras la Prematuridad se presente, Neonatología como rama de Medicina, permitirá el diagnóstico y tratamiento precoz de los bebés que por diversas circunstancias y frente a la situación compleja de nacer antes, con su tecnología y su recurso humano escaso pero especializado, les da la oportunidad de adaptación a la vida extrauterina.

1.1.3.2 **PREMATUREZ**

La prematurez ocupa la primera causa de mortalidad y morbilidad entre los niños menores de 5 años y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes actualmente dado que es la responsable de 1.1 millón de muertes al año. La prematurez conlleva a la mayor morbilidad neonatal dado la mayor tasa de secuelas y eventos adversos que presentan estos recién nacidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) publicó que a nivel mundial nacen cada año 15 millones de niños prematuros (antes que se cumplan las 37 semanas de gestación).

La prematuridad se presenta como un problema actual y creciente en Salud pública. Christopher Howson cita: “No sólo el nacimiento prematuro no es extraño, sino que es común y provoca muertes”.

La prematuridad es un resultado de determinantes de la salud y se convierte ella en determinante importante en la mortalidad y morbilidad neonatal, de allí es que debe ser concebida como de alta prioridad en salud pública. Mendoza Tascón L. (2016).

La OMS considera prematuro a un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de edad gestacional. Los bebés prematuros se subdividen en categorías en función de la edad gestacional.

- Prematuros extremos: menores de 28 semanas de edad gestacional. Representan el 5.2-5.3% de todos los prematuros.
- Muy Prematuros: aquellos bebés que nacen entre las 28 y las 31 semanas de edad gestacional. Representan el 10.4 % de todos los prematuros.
- Moderadamente prematuros: representan a la mayoría de los bebés prematuros que nacen entre las 32-36 semanas con el 84.3%. Entre estos moderadamente prematuros se ha clasificado un subgrupo denominado “prematuros tardíos” aquellos que nacen entre las 34-36 semanas.

Cada año nacen en el mundo 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de 1 de cada 10 nacimientos es prematuro. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año y muchos de los que sobreviven sufren algún grado de discapacidad de por vida, discapacidades motoras,

visuales, auditivas, neurocognitivas y del aprendizaje. El riesgo de muerte de un bebé prematuro es 20 veces mayor que un recién nacido a término, con un riesgo de 17 veces más de morbilidad. OMS (2018).

Si bien, más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países en vías de desarrollo una media del 12% de los niños nace prematuros, mientras un 9% en países desarrollados. OMS (2018).

Según reporte de Blencowe H, Cousens S, et al (2012), citado por OMS (2018), los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros son los siguientes: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo y Brasil.

En América latina nacen cada año 135.000 niños con parto prematuro. Matos- Alviso I.J, et al (2020). Nacimientos prematuros por cada 10 nacimientos en América Latina.

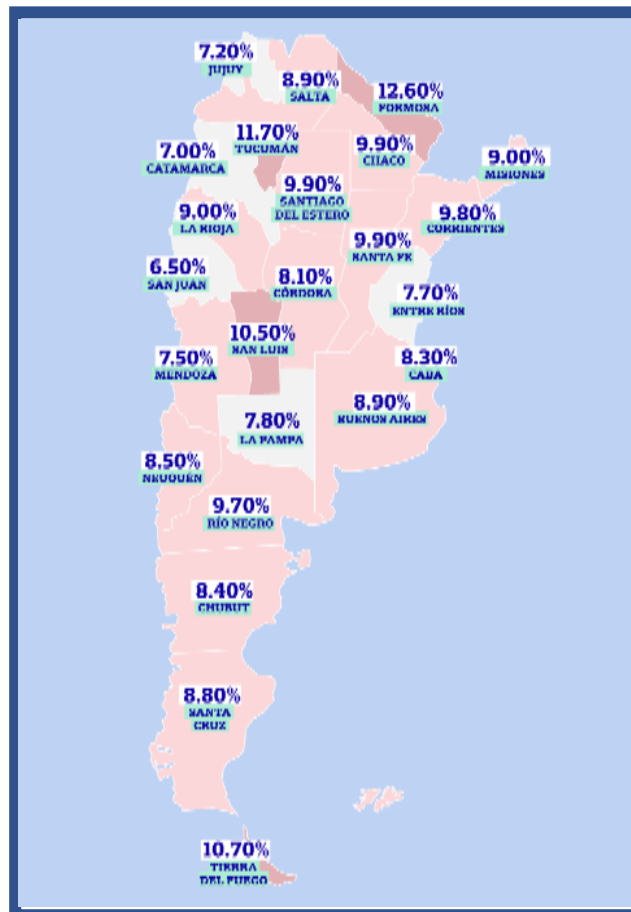
No. País prematuros	% nacimientos
1. Costa Rica	13,6
2. El Salvador	12,8
3. Honduras	12,2
4. Belice	10,4
5. Uruguay	10,1
6. Nicaragua	9,3
7. Brasil	9,2
8. Bolivia	9,0
9. Colombia	8,8
10. Panamá	8,1
11. Venezuela	8,1
12. Argentina	8,0
13. Paraguay	7,8
14. Guatemala	7,7
15. Perú	7,3
16. México	7,3
17. Chile	7,1
18. Cuba	6,4
19. Ecuador	5,1

En Argentina, en 2019, sobre un total de 625.441 nacidos vivos, 55.709 nacieron antes de las 37 semanas, lo que representa una tasa de prematuridad del 8,9%. En 2020 en Argentina de 533.299 nacidos vivos un 8,3% fueron prematuros. En los últimos años, se evidencia una disminución de la tasa de natalidad con un aumento en la tasa de recién nacidos prematuros. La tasa de prematuridad a nivel nacional pasó de representar el 8%, en 2009, al 8,9% en 2019; lo que significa un aumento del 11,3% en la última década.

La tasa de mortalidad infantil en 2019 fue de 9.1 por mil siendo el 68% en el primer mes de vida. En 2020 fue la TMI de 10.9, correspondiendo un 15.3% a la TMN.

La tasa de natalidad por prematuridad en la provincia del Chaco durante el 2019 fue de 9.9%. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, 2019).

Tasa de Prematuridad según Jurisdicción de Residencia de la Madre -2019



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud De la Nación (2019). La Nación 17 de noviembre de 2022.

Según las estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación, en 2021 fueron 55.000 los bebés prematuros que nacieron, los cuales permanecieron un promedio de 30 días en cuidados neonatales.

En la ciudad de Resistencia, en la Maternidad del Hospital Julio C. Perrando durante el año 2019 hubo 6.000 nacimientos, en el año 2020: 4.468 y en el año 2021: 4.499.

La cantidad de prematuros en dicha maternidad fue: en 2019 de 744 recién nacidos, lo que representa un 12.4% del total de nacimientos; en el año 2020 hubo 530 prematuros, un 11.8% del total de nacimientos y en el año 2021, 708 bebés nacieron prematuros, correspondiendo a un 15.7% del total de nacimientos.

Si bien la cifra de prematurez es elevada, la Maternidad del Hospital Perrando es de Nivel III, por lo que embarazos de riesgos y mujeres gestantes con amenaza de parto prematuro son derivadas para su atención en dicho centro dado de ser un servicio de referencia por su complejidad.

La mayoría de estos niños requirieron de largos períodos de recuperación a corto y a largo plazo y de seguimiento extensos que incluyen cuidados especializados, controles y atención de todas sus necesidades. Particularmente aquellos que nacen con menos de 32 semanas y con un peso menor de 1.500 gr son considerados “prematuros de alto riesgo” dado la inmadurez de todos sus órganos representando un verdadero desafío para el sistema de salud y para el futuro de ese niño.

La edad gestacional es inversamente proporcional a las complicaciones asociadas a la prematurez, es decir que a menor edad gestacional aumentan las mismas. Previniendo las causas y los factores desencadenantes de la prematurez, menos prematuros morirían o sufrirían secuelas.

El origen de la prematuridad se basa en varias causas que se presentan en situaciones muy complejas. Mendoza Tascón, L. et al (2016) divide en grupos a los determinantes del parto prematuro, en el primero se encuentra al parto prematuro espontáneo, es decir aquel que tuvo inicio espontáneo del trabajo de parto espontáneo o después de la ruptura de las membranas ovulares y el otro grupo a aquellos con indicación médica ya sea por indicaciones maternas fetales o placentarias. Los determinantes del parto prematuro espontáneo son de origen multifactorial, es decir, es el resultado de la interacción de varios factores que activan la contractilidad uterina antes que se completen las 37 semanas. La rotura prematura de membranas es responsable de 8.5-51.2% y el trabajo espontáneo de parto de 27.9-65.4% de todos los partos prematuros.

Varios factores han sido implicados en ellos como ser la edad materna (menos de 20 años y mayor de 35 años), antecedente de parto prematuro previo, período intergenésico corto, índice de masa corporal bajo, embarazo múltiple, patologías infecciosas de la madre, insuficiencia del cuello uterino, tabaquismo, consumo de alcohol.

Los determinantes del parto prematuro indicados por el profesional de la salud dependen de condiciones maternas, fetales o placentarias y representan 20-38.3 de todos los nacimientos. Mendoza Tascón L. et al (2016).

Barros, F. C. y Col en 2015 en: “Distribución de los fenotipos clínicos del síndrome del parto prematuros”, estudio transversal, multiétnico en con un total de 60.058 nacimientos, de los cuales 5.828 fueron prematuros (10.8%). En un 30% de ellos, no se asociaron a ninguna causa materna, fetal o placentaria. Preeclampsia, embarazo múltiple, infección extrauterina, corioamnionitis, sangrado de segundo y tercer trimestre, restricción del crecimiento intrauterino, sepsis perinatal, sangrado temprano, muerte fetal ante parto, sufrimiento fetal y condición materna grave, son las 12 condiciones más frecuentes resultantes de un parto prematuro.

Matos-Alviso, L. y cols (2020) se refiere a la prematurez como un problema de salud pública que va en crecimiento, donde factores epidemiológicos, clínicos, ambientales, sociales y culturales están estrechamente ligados a la prematuridad.

Los factores sociales y biológicos tienen una gran importancia en el aumento de la prematuridad y muy probablemente sean la mayor causa, dado que las condiciones de vida están estrechamente relacionadas con la salud de la gente. Los factores sociales condicionan a los biológicos y determinan el aumento de la prematurez; la pobreza está ligada al embarazo adolescente, al consumo problemático de sustancias como alcohol y drogas, a una educación deficiente que influye en el control del embarazo, a la posibilidad de acceder a los servicios de salud para poder pesquisar antecedentes patológicos maternos que lleven a un embarazo de riesgo y posterior bebé prematuro. Ceriani Cernadas, J.M. (2019).

Más allá de todos los determinantes y factores mencionados, la evidencia nacional e internacional muestra que del 15% al 30% de los nacimientos prematuros no pueden ser anticipados según factores de riesgo, aún con el mejor cuidado perinatal. Esto implica que en alrededor de un tercio de los partos prematuros todavía no es posible identificar la causa. Política Integral para la Prematurez (2021). Ley 27.611.

La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes, es decir que es una combinación de condiciones clínicas, biológicas, genéticas, psicosociales, culturales y ambientales. Para su prevención no sólo son suficientes las medidas de salud sino también elaborar políticas y planes de salud integral que disminuyan las desigualdades en la salud especialmente de las mujeres gestantes con intervenciones en educación, prevención y atención prenatal.

La OMS ha publicado directrices y recomendaciones para disminuir la tasa de prematuridad e intervenciones que posibiliten la supervivencia de los prematuros. Los nuevos objetivos para el 2025 serán reducir la mortalidad en un 50% de los nacimientos prematuros en los países cuyo nivel de mortalidad sea mayor a 5 por cada 1000 nacidos vivos y en los países donde presenten una tasa de mortalidad menor, mejorar la calidad de atención y minimizar la discapacidad a largo plazo. Dado que de la prevención y tratamiento de la prematurez y de las patologías que ocasionan morbilidad en los neonatos se podrá reducir la mortalidad infantil y neonatal.

Argentina, en diciembre 2020 sancionó la Ley 27.611 conocida como Ley 1000 días, reglamentada el 13 de agosto de 2021 que tiene como objetivo llevar adelante políticas estratégicas para la atención y el cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia; a fin de reducir la mortalidad infantil, la malnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, proteger y estimular el desarrollo físico y emocional y concibiendo a la salud manera integral.

La prevención de la prematurez se debería iniciar desde antes de la concepción, luego con un embarazo controlado y saludable, en los cuales se identifique y trate los factores de riesgos de las madres y si se desencadenara por diversos motivos el parto prematuro, que se realice en un hospital que pueda garantizar a la madre y al bebé todos los recursos sanitarios necesarios para la supervivencia del bebé y la salud integral materna.

Es así como la prematurez es considerada como el determinante mayor en la mortalidad infantil y en la morbilidad infantil, por lo que se presenta como un desafío mundial para extremar políticas en salud continuas, con esfuerzos crecientes y recíprocos entre los países para su prevención.

1.1.3.3

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

La “Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales” (UCIN), es una unidad especial en el hospital para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o nacidos a término con alguna afección médica grave.

El medio ambiente de una UCIN está diseñado para sostener médicamente al frágil recién nacido prematuro y contrasta ampliamente con el pacífico, oscuro, cálido, cómodo y contenido medio ambiente intrauterino, en el que los estímulos que recibe el feto son atenuados y modulados para su óptimo desarrollo neurosensorial.

Este ambiente se caracteriza por contar con incubadoras, respiradores, aparatos, monitores, tubos, luces intensas y brillantes, sonidos de alarmas y de monitores, además de las intervenciones y procedimientos en los que se manipula al neonato y de múltiples personas que trabajan allí.

La historia de la UCIN tiene sus comienzos con el advenimiento de las primeras incubadoras. El Dr. Julius Hess en Chicago, fue quien creó la primera unidad hospitalaria de cuidado neonatal, centrando las bases para las posteriores.

En estas instituciones la tecnología empezó a implementarse y el cuidado neonatal estaba a cargo de médicos y enfermeras mientras que los padres tomaban una conducta pasiva en el cuidado de sus hijos. Quiroga, A. (2018).

En los años posteriores, la creación de unidades de cuidados neonatales hizo la transición de partos domiciliarios hacia los partos institucionalizados con fuerte avance de la tecnología y de la ciencia puesta en la medicina neonatal.

Luego de este período, a raíz de alteraciones en la vinculación de los recién nacidos y sus padres se observó que los estímulos sensoriales junto con la calidad del vínculo son organizadores del desarrollo intelectual y emocional del niño. Se inicia el cuidado holístico. Quiroga, A. (2018).

En 1982 Heidelise Als propone la “Teoría Sintáctica” o interactiva como un modelo filosófico de desarrollo integrador que se orienta de acuerdo a sistemas y se basa en las relaciones. Esta teoría postula

que el cerebro del recién nacido se desarrolla por su capacidad de atención e interacción con el medio y con sus cuidadores.

Resalta cuatro subsistemas. El primero señala al sistema nervioso autónomo regulador de la fisiología para sobrevivir. El segundo es el subsistema motor, con el tono, la postura y la actividad motora. El tercero son los estados de vigilia y sueño. El cuarto es la atención e interacción con el medio. La autorregulación permite mantener un balance entre estos 4 subsistemas. Barra, L y col. (2021).

Esta teoría permitió fundamentar las bases del cuidado en el neurodesarrollo y neuroprotección neonatal posterior.

El medio ambiente en UCIN puede interferir en el desarrollo neurológico del prematuro debido a que los recién nacidos prematuros están expuestos a múltiples factores ambientales como la luz, el ruido, manipulaciones y procedimientos invasivos y dolorosos. Los niños prematuros presentan un cerebro inmaduro en el cual las neuronas todavía están migrando hacia la corteza cerebral y desarrollando nuevas sinapsis. Por lo que, de los estímulos recibidos en las UCIN se organizaran la nuevas conexiones cerebrales. Barra, L y col. (2021).

Los recién nacidos prematuros son sensibles a los estímulos sensoriales excesivos y manipulaciones constantes, su cerebro anatómica y funcionalmente inmaduro, frente a esos estímulos y exceso de información no logran procesar, modular y desarrollar respuestas adaptativas. La exposición continuada a luces intensas y ruido interrumpe los estados de sueño, interfiere en los estados conductuales y favorece que el neonato utilice su energía para hacer frente a los estímulos nocivos, alterando su crecimiento y neurodesarrollo somático y funcional, más aún en recién nacidos extremadamente prematuros.

Así los recién nacidos prematuros internados en UCIN, se encuentran en un período crítico de maduración, el proporcionar una estimulación lumínica, auditiva, táctil individualizada, evitando la sobreestimulación sensorial minimiza el desarrollo de discapacidades neurosensoriales futuras. Valorando las conductas del neonato como canales de comunicación y expresiones de su estado. Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN, 2019).

El neonato prematuro está expuesto a: múltiples experiencias sensoriales (luz permanente, ruido, frío, entre otras), manipulaciones médicas (en muchos casos dolorosas, molestas y estresantes), la interrupción de los ciclos del sueño, el largo período de internación, la separación física con su madre y el limitado contacto afectivo con su familia. Estas experiencias y condiciones pueden incidir en el proceso de su desarrollo, de modo positivo o negativo según el estímulo del que se trate UNICEF (2018).

Los padres y el recién nacido se vinculan en este ambiente medicalizado, monitorizado y controlado por lo que la interacción se desarrolla en un contexto diferente al cual ellos los padres imaginaron.

El bebé no estará en brazos de ellos y acompañado de su familia sino en una incubadora y con tecnologías que interfieren en la interacción de los padres con sus hijos.

Por lo tanto, una asistencia médico-técnica no es suficiente para el cuidado de un prematuro, puesto que el ambiente de la UCIN es muy distinto al útero materno, siendo este último el ambiente ideal para el desarrollo fetal.

Anteriormente la atención neonatal en la UCIN se basó en un modelo biomédico que reduce lo humano a lo biológico, y aleja a los profesionales de la salud de una visión humanista y holística del cuidado.

En los últimos años se realizaron intervenciones dirigidas a humanizar el cuidado especialmente el cuidado centrado en el desarrollo a través de intervenciones que favorezcan al niño y a su familia, entendiéndolos como una unidad al igual que el ambiente que los rodea. Considerando al desarrollo del bebé como un proceso continuo, dinámico entre el bebé, el medio y su familia.

En el año 2008, Gibbins reconoce la estrecha relación de todos los sistemas en desarrollo y la familia y dirige su teoría de cuidado del neurodesarrollo cuidando al neonato y su familia. Quiroga, A. (2018).

La filosofía del Cuidado Centrado en la Familia reconoce la influencia de las familias en el bienestar del recién nacido. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) son todas las intervenciones que a través de la interpretación de las conductas del bebé, se organizan estrategias que favorecen el desarrollo neurológico y emocional, integrando a las familias como cuidadores activos, individualizando a cada prematuro según sus necesidades.

Este modelo de atención también se denomina Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Programme (NIDCAP). Barra, L. (2021).

El ambiente de UCIN además de ser propicio y adecuado para el intervencionismo en las patologías del neonato, debe permitir el desarrollo emocional, la organización de su sistema nervioso y el vínculo afectivo con sus padres. Dado que el desarrollo emocional es fundamental en el desarrollo del ser humano.

El modelo CCD enfoca estrategias sobre el Macroambiente de UCIN, disminuyendo los estímulos lumínicos y sonoros; sobre el microambiente favoreciendo postura en flexión, utilización de nidos en

incubadoras, intervención mínima de los profesionales, reducir estímulos dolorosos y sobre las familias favoreciendo las visitas las 24 horas a fin de facilitar la lactancia materna y el método mamá canguro como contacto piel a piel. Barra, L. (2021).

Humanizar la realidad asistencial del neonato significa brindar una atención integral al bebé y a su familia, que contemple no sólo los aspectos físicos, sino también psicológicos, culturales y sociales que se ponen en juego. Osuna Guerrero, M. (2018).

Se humaniza la atención cuando se atiende a las personas desde su concepción holística, y se las considera como sujetos de derechos y responsabilidades, con capacidades propias, con libertad para elegir y tomar decisiones sobre su salud.

El enfoque actual de la prestación de los cuidados en las unidades neonatales está encaminado no sólo a garantizar el máximo bienestar físico y fisiológico de los neonatos sino asegurar un mejor desarrollo neurológico a corto y a largo plazo y favorecer la interacción con sus padres, humanizando y centrando los cuidados en el desarrollo el bebé en la familia y en sus necesidades. Osuna Guerrero, M. (2018).

Esta nueva visión de cuidado implica no sólo asistir médicamente al bebé prematuro sino de promover un enfoque integral, con estrategias que centren su atención en el cuidado individualizado del neonato y su familia acorde a sus necesidades, controlando factores que interfieren en el neurodesarrollo, llevando a cabo procedimientos de intervención mínima por parte de los profesionales de la salud, con participación activa y permanente de los padres, empoderándolos en su Rol, como los “Principales Cuidadores Primarios” de sus hijos.

Daus, M. (2017) cita que para lograr un desarrollo propicio del bebé, el aspecto que nos compromete a todos los que trabajamos en UCIN es el de brindar estímulos en cantidad, calidad y en el momento adecuado, vigilando responsablemente este proceso complejo.

El objetivo de las unidades neonatales no debe ser únicamente el recién nacido, sino también focalizar la atención en los padres, especialmente a lo que refiere a su salud mental, visibilizando sus emociones y sentimientos, acompañándolos con el diálogo permanente, respetándolos en sus decisiones, promoviendo su participación en el cuidado de su bebé, generando confianza en el cuidado y formando vínculos afectivos retroalimentadores positivos de la interacción con su bebé.

En nuestra UCIN, desde hace algunos años atrás se están proporcionando medidas en el cuidado del neurodesarrollo y la neuroprotección del recién nacido, cuidando el macro y el microambiente que lo rodea. Como Servicio de Neonatología mucho camino todavía nos falta para recorrer en este eje integrador, transformador y movilizador, principalmente con la participación activa de las familias en UCIN.

Este modelo suma a las familias, son ellas quienes tienen el rol protagónico en la llegada de un bebé, si bien debido a su prematurez requerirá de un ambiente biotecnológico que lo rodee, el bebé es un “Ser” social que se vincula e interacciona con sus padres. De esta interacción y vinculación estarán las bases para su desarrollo neuro-psico-motor- emocional y social posterior.

Es en UCIN donde la historia comienza, la de un bebé que nació antes, la de padres prematuros que inician su camino acompañando a su bebé junto al Equipo de profesionales que día a día hacen posible la Vida en ellos.

1.1.3.4 REPRESENTACIONES MENTALES

El concepto de mentalización se ha expandido en los últimos 20 años, posee diferentes raíces entre las que se destacan la psicología cognitiva, la teoría de las relaciones objetales y la teoría del apego, influida por la psicología del desarrollo.

La mentalización se define como la forma de actividad mental imaginativa, preconsciente que interpreta el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales (necesidad, deseos, creencias, sentimientos). La mentalización es imaginativa en la medida que “imagina” que ha de estar pensando o sintiendo la otra persona. A diferencia de lo que se cree que, la palabra mentalización no sugiere frialdad intelectual, denota y está impregnada de emoción. Alude a la capacidad esencial para la regulación emocional. La fantasía proyectada sobre el mundo externo es vivida y sentida como real. Desde la perspectiva de la teoría de la mentalización los padres son capaces de “mentalizar”, capacidad parental de “tener al niño en su mente” desde sus propias experiencias de apego, experiencias afectivas y desde su interacción con el exterior. Lanza G. (2014).

Durante el transcurso de un embarazo, la mujer experimenta gradualmente una serie de transformaciones muy importantes y necesarias. Si bien los cambios más notorios suceden en su cuerpo, también tienen lugar ciertos procesos psicológicos que le permiten ir asimilando los cambios propios de este período y adaptarse a la realidad de convertirse en madre. Caetano Gil, E. (2020).

Daniel Stern en 1997 hace referencia a una organización psíquica que se incorpora a las madres denominada: “Constelación Maternal”. En esta organización psíquica aparecen los temores, deseos, miedos, sueños, fantasías, memorias y modelos parentales, que se elaboran en torno a experiencias e interacciones con su propia madre, consigo misma, con su bebé y con su pareja. De esta construcción mental subjetiva se organiza la función maternal y la conducta materna. Duque, S. (2018).

Podemos decir entonces que la “Constelación Maternal” es un conjunto de factores internos que se vinculan y conectan psíquicamente en las madres para dar respuestas a su nuevo estado de embarazo y maternidad.

El embarazo es el período en el cual cambios biológicos, hormonales son visibles físicamente, sin embargo “representaciones psíquicas” también se presentan y se reorganizan en esta etapa. Los padres experimentan nuevas emociones, sensaciones, representaciones mentales de su hijo, temores y deseos de su hijo representado en sus mentes.

El tiempo que dura un embarazo y los cambios que desencadena permiten a los padres prepararse emocional y psíquicamente para recibir al nuevo integrante de la familia. En los nueve meses de gestación, además de completar el desarrollo y la maduración física del bebé, se produce la preparación de la madre y el padre en su nuevo rol como tales, combinando y triangulando un perfecto equilibrio, físico, emocional y de rol.

Es así que mientras se producen cambios corporales que garantizan el desarrollo del bebé, procesos psicológicos elaboran un espacio para ese nuevo Ser.

Estas representaciones mentales le asignan al bebé, un lugar en el espacio psíquico que repercutirá en el espacio real del mundo vincular dentro de la familia.

Gilbello (2018), define “Maternidad(es)” a las experiencias individuales y colectivas íntimas y a la vez sociales sujetas a las subjetividades de cada mujer y a la vez contextualizadas en un entorno social, cultural, histórico, económico y laboral. Subjetividad que le permite adaptar su comportamiento al conocimiento ya adquirido, debido a las características propias (biológicas y psicológicas) de cada persona que trae consigo, emociones personales, que no son iguales, se presentan relacionados a la historia y a como se concibe el mundo. Scheffer (1997) citado por Gonzalez López, María Alejandra en *Pérdida Simbólica en el Rol Materno*, (2019).

Concluimos entonces diciendo que las “Representaciones Mentales” son un proceso psíquico complejo, de construcción de imágenes hipotéticas de lo que será su bebé, surge para comprender el fenómeno del embarazo, maternidad, paternidad, de llevar un hijo en el cuerpo materno, de cómo será el bebé, cómo serán como padres, cómo sus rutinas cotidianas cambiarán. Estas ideas representadas en la mente, se construyen por experiencias o vivencias previas en una realidad individual para cada padres y contextualizadas en un medio económico-social y cultural. Tiene la intencionalidad de dar explicación o respuesta a la realidad de “Maternar” y “Paternar”, trascendiendo lo netamente biológico. De esta construcción compleja de ideas del bebé, son las que establecen los lazos vinculares afectivos posteriores.

1.1.3.5 NACER ANTES DE LO ESPERADO

En el nacimiento prematuro y en especial en aquellos de menor edad gestacional, la imagen del bebé imaginado a lo largo del embarazo no corresponde con la realidad. El bebé prematuro, por su inmadurez, no personifica las representaciones del hijo imaginado y gestado a lo largo del embarazo. Ruíz, A. (2019).

El nacimiento de un bebé prematuro exige una reorganización y adaptación inmediata dado la inminente gravedad del bebé, interrumpiendo abruptamente con ideales y expectativas concebidas por las familias en relación al niño/a y a identidades que no se perciben relacionadas al bebé y a la madre disgregando el proceso de mentalización. Setterberg (2017).

Este nacimiento genera un proceso de interrupción y finalización del embarazo intrauterino, que conlleva a una irrupción del proceso de gestación psíquica. Arboleda (2009).

El deseo normalmente en una mujer embarazada es que esos últimos meses pasen pronto, que ese bebé nazca, anhela ver su rostro abrazando a su sueño hecho realidad; mientras que una madre de un bebé prematuro está aterrada precisamente porque su sueño va en camino de no hacerse realidad. En sala de partos no se oyen felicitaciones, ni exclamaciones de alegría, todo el silencio refleja la ansiedad y la necesidad de una atención rápida del recién nacido para continuar su camino a Sala de Cuidados Intensivos. Es así, que la madre regresa con sus brazos vacíos y con fantasías que comienzan a edificar su imaginación. Martínez, J.C. (2008).

Para Gutton, P. (1983) el parto es un momento en el que la madre gana lo que pierde adentro, se hace presente encuentro entre el recién nacido real y el bebé imaginario.

Para Golse B. (2019) el niño imaginario y el niño real no son superponibles siempre hay una distancia en ellos que no debe ser muy amplia a modo de que ese recién nacido pueda ser integrado. Ruíz, A. (2019).

El bebé prematuro no representa al bebé imaginado así como también la experiencia de la internación en UCIN nunca estuvo representada mentalmente y por lo tanto se alejan de la representación ideal. Ruíz, A. (2019).

El nacimiento de un bebé prematuro es un acontecimiento inesperado para los padres y toda la familia, donde la expectativa de bebé sano es diferente a la realidad, de este “shock” surgen emociones y sensaciones que ellos irán presentando y atravesando durante la hospitalización del bebé.

Los padres, “padres prematuros”, comienzan a transitar pensamientos de incertidumbres e interrogantes, algunos sobre qué tan pequeño es, si podrá adaptarse y respirará por sí mismo o si requerirá de un ventilador, si cuanto le faltaría para ser un bebé maduro, si tiene todos los órganos, cuánto tiempo durará su internación, si podrá resistir, si vivirá. Todas estas inquietudes son el reflejo de sentimientos y emociones de temor y ansiedad al cual se sumergen.

Intentarán explicaciones, buscarán culpables y les llevará un cierto tiempo entender y sobrellevar sus emociones; la sensación de fracaso y, en algunas circunstancias, hasta su autoestima sufre el rudo revés de la inesperada realidad. Martínez J.C. (2008).

El bebé prematuro y su familia tienen un comienzo diferente en la vida, su historia es diferente, requiriendo el bebé de la rápida asistencia y de atención en Cuidados Intensivos, pero también los padres requieren de asistencia psicológica temprana para poder asimilar toda la carga emocional de lo que conlleva el nacimiento de su hijo antes de lo esperado. Con expectativas de la realidad derrumbadas, con un hijo que es distinto a lo que se imaginaron y con la incertidumbre de la internación de su bebé en UCIN, donde los riesgos de vida y la muerte están presentes, la vulnerabilidad de sus emociones y sentimientos es inminente.

No existe en los padres un patrón de conductas dado por fases lineales, así como la evolución del bebé tampoco lo es. Todas se pueden mezclar y a lo largo de la internación retrotraer a emociones y sensaciones iniciales aparentemente resueltas.

1.1.3.6

ESTRÉS

La palabra Estrés deriva del griego “stringere” que significa provocar tensión.

El diccionario de la Real Academia Española (2001) define la palabra Estrés como la Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos graves.

El término estrés proviene de la física, en el siglo XVII, Robert Hooke relacionó las deformaciones de un cuerpo teniendo en cuenta la fuerza aplicada al mismo, descubre la energía potencial elástica. Luego Thomas Young en el siglo XIX define al estrés como la respuesta intrínseca del objeto dada por una fuerza recurrente. Espinoza Ortiz, A. (2018).

Es en el siglo XIX cuando comienza a utilizarse el concepto de estrés en el campo de la medicina, primero desde la fisiología y después desde la endocrinología, aludiendo inicialmente al "estrés fisiológico".

En la segunda mitad de dicho siglo, Claude Bernard, fisiólogo francés, se interesó por la influencia que los cambios del ambiente externos al individuo podían originar en el organismo humano, que, como consecuencia de dicha influencia, ponía en funcionamiento ciertos mecanismos que le permitían mantener su propio ajuste. Es decir, un cambio en el medio provocaría desajustes en el equilibrio del organismo humano, el cual los contrarrestaría de alguna manera. Posteriormente, ya comenzado el siglo XX, el norteamericano y también fisiólogo Walter Cannon, 1935, preocupado por la investigación de las reacciones específicas e indispensables que el organismo lleva a cabo para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia, utilizó el término "homeostasis" para significar ese mantenimiento del medio interno. Cannon hace uso en su último estudio del vocablo "estrés", a los "niveles críticos de estrés" para referirse a aquellos niveles de desajuste que pueden llegar a provocar un debilitamiento en los mecanismos homeostáticos. Reyes, R. (2009).

En el siglo XIX Hans Selye, al que se ha dado en llamar posteriormente "padre del estrés", plantea un síndrome causante de disturbio que interfería con el normal funcionamiento del organismo, con síntomas inespecíficos comunes entre las personas a las cuales estudiaba. Espinoza Ortiz, A. (2018).

En su "teoría de la adaptación" establece fases diferenciadas en función a la alteración de la homeostasis del organismo. La primera etapa "alarma", es aquella en que el organismo identifica un agente nocivo generando una respuesta de alerta intensa y de corta duración. La segunda es la fase de

“resistencia” donde se desvanecen los síntomas iniciales y el organismo busca adaptarse al agente nocivo. La tercera fase es la del “agotamiento” en el cual se rompen los procesos de recuperación, reaparecen los síntomas produciendo daño y colapso. Espinoza Ortiz, A. (2018).

Selye no pretendió formular una definición del estrés, pero la idea fundamental en torno a la cual se han desarrollado sus trabajos es la de que, "debido a estímulos de carácter agresivo, o bien que por su duración o intensidad se pueden convertir en agresivos, se ponen en funcionamiento mecanismos de adaptación". Es decir, el organismo reacciona con unos mecanismos definidos frente a estímulos que lo agreden. De lo anterior se desprende que el estrés constituye un proceso en el que el individuo se puede recuperar parcial o totalmente, o directamente no recuperarse.

En una primera instancia, como se ha mencionado, es a partir de la medicina donde comienza a desarrollarse el interés por el estudio del estrés. Posteriormente continúa en el ámbito de la psicología, formulándose así los supuestos básicos que van a dar lugar a una explicación de las implicaciones psicológicas que dicho fenómeno tiene para el individuo. Todo ello, siguiendo un modelo conceptual correspondiente al marco teórico de la psicología de la conducta, que se ocupa del comportamiento de los individuos, con el propósito de incidir en ellos para conseguir una conducta deseable. Más adelante, aceptando como válidos estos supuestos, se avanza en un intento de conocimiento respecto a las causas y efectos del estrés en otros ámbitos de la vida social que trascienden lo puramente individual. Reyes, R. (2009).

El concepto de Selye evolucionó de su concepción biológica frente a una agresión hacia una consideración del estrés como una respuesta inespecífica del organismo frente al medio. Lazarus y Folkman en 1986 enfocan su teoría en que el ser humano percibe estímulos de su ambiente y de esa relación dinámica, recíproca y bidireccional se considera la posibilidad de estrés como motivador: “eustres” o como disruptor: “distrés”. Espinoza Ortiz, A. (2018).

En el desarrollo del estudio del estrés desde la perspectiva de la psicología, encontramos que se parte de la idea de que estrés implica "interacción" del organismo, fundamentalmente el aspecto psíquico, con el medio ambiente tanto físico como social. A partir de estos supuestos se formulan diferentes definiciones acerca del stress, todas ellas bajo la idea de un proceso cerrado en el que se produce una retroalimentación siendo posible predecir determinadas respuestas como correspondientes a algunos estímulos, o causas.

Todas las definiciones del stress se refieren a los siguientes parámetros: a) condiciones productoras de estrés (causas), b) cómo operan esas condiciones en el individuo (características personales), c) reacciones que provoca en el individuo (respuestas) y d) consecuencias de esas reacciones. Todas ellas se diferencian entre sí en cuanto a la posición que se le otorga a la presencia del estrés en el proceso al que da lugar la acción de un estímulo, su percepción y respuesta al mismo. Reyes R. (2009).

Unas se fundamentan en los estímulos, otras en las respuestas y, por último, la mayoritariamente adoptada por estudiosos del tema, aquellas que se centran en el concepto estímulo-respuesta.

El término estrés es un término cuyo concepto puede referirse a muchos fenómenos, tratando de dar respuestas y explicaciones a diferentes eventos y estados mentales. Se trata de un término extraído directamente del contexto del análisis organicista de la medicina en el que la idea de equilibrio u homeostasis es el supuesto central de toda su elaboración. Por otra parte, este trasplante se ha llevado a cabo con todas sus implicaciones. Es decir, el "estrés" y sus aspectos de connotación y denotación.

Una de las clasificaciones de más interés acerca de los factores de estrés por su carácter operativo en la práctica y en la investigación es la realizada por Gonzalez de Rivera, L. (1989,1991). Clasifica a los factores en función del lugar de entrada, desde lo psicogenético y su grado de participación en la respuesta de estrés, definiendo tres tipos de factores: factores internos de estrés, factores externos del estrés y factores moduladores.

- a) **FACTORES INTERNOS DE ESTRÉS:** Se engloban dentro de estos factores a las variables del propio individuo directamente relacionadas con la respuesta de estrés del individuo. Un ejemplo de este factor lo constituye el denominado "Índice de Reactividad" al estrés que se define por el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.
- b) **FACTORES EXTERNOS AL ESTRÉS:** Hacen referencia a los estresores medioambientales que pueden sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del individuo.
- c) **FACTORES MODULADORES:** Están constituidos por variables tanto del medioambiente como del individuo, que no están en relación directa con la respuesta al estrés, pero que actúan condicionando, modulando o modificando la interacción entre factores externos y factores internos de estrés. Dentro de estos factores moduladores se pueden señalar variables como el apoyo social de determinados estados afectivos y variables de personalidad tales como el "locus" de control.

Como bien señala González de Rivera (1991), el estrés de cualquier forma que se lo defina implica que el organismo con sus características peculiares, características de reacción (factor interno) es afectado y responde a un estímulo, entorno o situación determinada (factor externo).

Es decir, que, en el estudio del estrés, existe una reacción del organismo que ha de ser estudiada. Manuel J. Albuín (2021).

El estrés se produce entonces por una conjunción de tres grandes variables, las propias del medio o factores externos de estrés, las propias del individuo o factores internos de estrés y los factores moduladores que no están directamente relacionados ni con la inducción ni con la respuesta pero que condicionan la interacción entre factores internos y externos. Rivera, L. (2010).

Rivera, L. (2010) se refiere al “Estrés Psicológico” como la relación personal entre una persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su potencial.

En la presente tesis se tomará en consideración la definición de estrés de González Rivera, L. (1991) que lo enuncia como la conjunción de los estresores externos ambientales del entorno físico de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), el aspecto y comportamiento de su hijo prematuro y factores internos de los padres con respecto a su papel o rol parental con el bebé, caracterizados por sensación de ansiedad, alteración o tensión que experimentan durante la hospitalización de su hijo en UCIN.

1.1.3.7

ESTRÉS PARENTAL

El nacimiento de un recién nacido prematuro genera una crisis emocional de los padres, desorganizándolos y produciendo un desequilibrio en sus emociones debido a la situación de gravedad que la prematuridad y la internación provocan.

La hospitalización del neonato prematuro enfrenta a los padres a sentimientos negativos frente a la internación algunos de ellos son: temor, angustia, ansiedad, preocupación, inseguridad, soledad y temor a la muerte.

El impacto psicológico de los padres surge como consecuencia de la situación de inminente gravedad de su hijo.

Fernández y cols (1999) describieron las reacciones emocionales que presentaban los padres de bebés prematuros; siguiendo el modelo de las cinco fases del duelo de Elisabeth Kubler Ross, quien desde la década de 1970 estudió las etapas por las que enfrentaban las personas. Primero realizó estudios en personas que sufrían enfermedades terminales y luego sumó cualquier pérdida catastrófica. Menciona al duelo como un proceso psicológico, en el cual las personas sufren una ruptura de sus sentimientos. Si bien este modelo muestra fases lineales, el proceso no lo es, pueden o no suceder, pueden saltarse fases, puede ser dinámico e ir y volver en el proceso. Estas cinco fases, pueden coexistir unas con otras, volver a fases anteriores; los padres acompañan el proceso de enfermedad de sus hijos prematuros con sus propios procesos internos.

Las etapas de reacciones emocionales que pasan los padres de bebés prematuros son:

- Primera etapa: Conmoción o choque. Respuesta inicial de los padres frente a la noticia, se produce una conmoción abrumadora, alteraciones del estado de ánimo y alteración en los patrones de comunicación. Se caracteriza por llanto, sensación de impotencia, quejas somáticas, pérdida de cordialidad con otros e insomnio.
- Segunda Etapa: Negación. Muchos padres evitan admitir el problema de su hijo(a), desean liberarse de la situación o negar su impacto. Ocurre lo que se denomina “duelo anticipado”; que corresponde al mayor grado de negación. Etapa de Trueque. Es intermedia entre la segunda y tercera etapa. Existe un acercamiento a la religión. Se hace un pacto con Dios, se ponen imágenes religiosas en la incubadora o cuna.

- Tercera Etapa: Ira, tristeza, culpa y ansiedad. La ira precede a la tristeza y ansiedad y puede ser contra Dios, su destino e incluso contra el personal de salud del hospital u otras personas cercanas como el cónyuge. La reacción más común es la tristeza, la madre está atemorizada. Se evita el contacto con el hijo(a). Al finalizar esta etapa los padres comienzan a visitar juntos a su hijo, vuelve a ellos la esperanza.
- Cuarta Etapa: Aceptación. Existe una gradual disminución de la ansiedad y de la intensidad de las emociones. Aumenta la confianza en la capacidad para criar al niño. Demuestran gran interés por aprender rutinas de enfermería. Es la etapa ideal para reforzar la educación especialmente en las madres, en aspectos relacionados con el cuidado y alimentación del RN.
- Quinta Etapa: Reorganización o equilibrio. Los padres comienzan a reorganizar su vida con el niño, se integra a los miembros de la familia. Ocurre una diferenciación de los papeles del padre y de la madre.

Acosta Romo, M. y cols (2017) en su estudio: “Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización” llevaron a cabo entrevistas a ocho padres con el fin de comprender las vivencias que experimentaban. De esta investigación. De las cinco categorías que arrojó este trabajo se tomaron dos de ellas para su análisis. Una de ellas estaba dada por los sentimientos y vínculos afectivos como expresión de amor paterno y la segunda por los procesos de interacción con el personal de salud. De los resultados de la primera categoría se evidenció que el parto prematuro es un evento no esperado, no contemplando el nacimiento en esta situación. Describen del ambiente de UCIN lo difícil que es estar separados de sus hijos, la angustia que genera no poder tocarlos y abrazarlos, verlos pequeños y frágiles. De esta interrupción vincular afectiva nacen sentimientos de miedo, tristeza, angustia, acrecentados por las conductas clínicas del recién nacido prematuro hospitalizado; incertidumbre y preocupación por no saber qué pasará después. Culpa y autocrítica por pensar que los cuidados no fueron los suficientes para llegar a un parto de término.

Osorio Galeno, S y Salazar Maya, A. (2022) en: “El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro”, estudio cualitativo descriptivo a través de entrevistas de padres que tuvieron hijos prematuros se identificaron cuatro categorías. En la primera categoría: “Afrontando el parto prematuro” cita que la mayoría de los padres expresaron lo abrupto e inesperado que fue el parto, ellos asumieron una realidad que no esperaban en un escenario que no imaginaban. El ideal de que su hijo naciera a

término, sano, regresando con su familia no sucedió. Relatando lo complejo, sorprendente, inimaginado de tener un hijo prematuro. Experimentan emociones que van desde el miedo a la esperanza fundamentándose en la información y en las vivencias. Ellos muchas veces sienten aunque la realidad sea distinta sus ilusiones siguen siendo firmes. Sentimientos de desolación, miedo, tristeza, impotencia, refieren los padres, al no poder tocarlos por la pequeñez de sus cuerpos y por los aparatos que lo rodean. En la segunda categoría: “Viviendo la Cotidianidad de la Prematurez” expresan la incertidumbre, el miedo y el dolor de los cambios en la salud que tienen los bebés prematuros lo hacen mencionando que algunos días están bien, otros mal porque el transcurso de los días de los bebés prematuros también es incierto.

Gomez Silvero, S. y cols (2022) menciona las reacciones psicológicas de padres de recién nacidos ingresados en UCIN, de ellas, el miedo era el sentimiento más frecuentemente identificado, miedo constante por la secuencia de sustos relacionada a la inestable condición del bebé prematuro, secuelas y la posibilidad de la muerte como desenlace. Relacionan también el miedo a causarles daño a sus hijos por la fragilidad que los representa, alejándolos del contacto directo. Miedo al desconocimiento de UCIN. Otro sentimiento fue la impotencia, abandono y frustración por llegar a sus casas sin sus hijos, angustia e incertidumbre, ambivalencia de sentimientos dado sentirse felices por la vida de sus hijos y la angustia ante la incertidumbre del futuro. Estos sentimientos no sólo están relacionados con los niños, sino también con ellos mismos, con el miedo a ejercer su maternidad y paternidad de manera adecuada.

La hospitalización del niño es una vivencia impactante para los padres que provoca sentimientos de impotencia, pesimismo, negación, frustración y culpabilidad; además de ser una experiencia inesperadamente difícil. Villamizar Carvajal B. y cols (2016).

En el estudio de las repercusiones psicológicas que presenta la madre del neonato grave y crítico hospitalizado por Marín Fuentes, B. y cols (2016) prevalece el miedo en todas las madres en un 28.9%, le siguen la depresión en un 22.2% y la ansiedad en un 20%. El miedo fue principalmente a la muerte, a la discapacidad de sus hijos o a las secuelas que pudiera traer tras la internación. La ansiedad y la depresión como respuesta psicológica al no poder comprender y asumir la realidad.

Los padres experimentan sentimientos y emociones negativas la rápida separación de su hijo generan una relación parental interrumpida, el ver, sostener, alzar, acunar, alimentar, interaccionar con su bebé son vagas ideas desplomadas por la realidad abrumadora de lo que conlleva tener un bebé prematuro, frágil, vulnerable, con riesgo de muerte en UCIN, sentimientos de tristeza, dolor, culpa, preocupación intentando dar respuestas, preguntando por qué, tratando de buscar causas, culpables, temiendo a ese



ambiente desconocido que se les presenta como UCIN, impotentes al no poder “hacer algo” para evitar esta realidad, no pudiendo muchas veces aceptar y afrontar esta situación.

Podemos decir entonces que el “Estrés Parental” responde a demandas internas propias de los padres y externas como es la hospitalización de un hijo prematuro. Los padres sienten un peligro real de su estabilidad psicológica que se genera por la separación temprana, brusca, imprevista, el temor a lo desconocido, y la incertidumbre de la muerte de su hijo prematuro.

Varios estudios han demostrado que el nacimiento prematuro y la consiguiente hospitalización son experiencias de alto impacto, si bien no hay un modelo único de reacción, la palabra “estrés” encierra el desbordamiento emocional que presentan los padres.

1.1.3.8 MODELOS DE INTERVENCIÓN

De manera paralela a los avances en las terapéuticas médicas en UCIN, se pusieron en marcha programas de seguimiento y diversas intervenciones focalizadas sobre el desarrollo global del recién nacido prematuro. Las intervenciones se han prodigado más sobre los prematuros más vulnerables, es decir, los de menor peso y edad gestacional que son los que están más sometidos a largos tiempos de hospitalización y a más riesgos y tratamientos médicos. González Serrano, F. (2010).

La función contenedora de la Unidad de Neonatología a modo también de incubadora psíquica debería dirigirse a los padres, sumidos en un caos emocional; a los profesionales, disociados entre sus competencias técnicas “automatizadas”, y la intensidad de sus experiencias psíquicas internas, y al bebé prematuro, expuesto a los cuidados médicos y a las percepciones y proyecciones de padres y cuidadores Jacoby et al 2003, Jacques 2003 citado por González Serrano, F. (2010).

El apoyo del equipo de salud durante el período neonatal es fundamental dado que la evidencia destaca las experiencias vinculares tempranas para las bases del desarrollo social y emocional del niño. Fonagy (1993,1998). EL vínculo madre-padre-bebé se encuentra en estrecha relación con la sensibilidad parental y la capacidad de los ellos para identificar los comportamientos y estados del niño.

Teniendo como cimiento a la teoría del apego implementada por John Bowlby en 1969, instaura el apego como la tendencia para establecer y fortalecer lazos emocionales como un componente básico de la naturaleza humana, presente en el neonato y que prosigue a lo largo de toda su vida. Su papel es primordial en la constitución mental, en el desarrollo emocional y en esa búsqueda de proximidad y contacto, confiere seguridad, protección y confort al recién nacido. Persano, H. (2018).

En el momento del parto se produce una cascada de eventos neuroendócrinos, aumento de hormonas como oxitocina, prolactina, endorfinas, que favorecen la relación de apego, aumenta la capacidad olfativa, posibilitando la identificación del bebé y facilitando de la lactancia materna y el desarrollo de mantener un funcionamiento emocional saludable. “Consenso: La Primera Hora de Vida”, (2022).

En un parto prematuro se alteran los eventos neuroendócrinos, dado la separación madre- bebé, administración de oxitocina sintética en el parto o por las intervenciones quirúrgicas como la cesárea. Estas disrupciones neurohormonales dificultan las habilidades maternas y el desarrollo socioemocional del niño.

De allí surge la necesidad del “Contacto Piel a Piel” como instrumento para el “Apego”.

El origen del método: “Contacto Piel a Piel” fue en la ciudad de Bogotá en Colombia por los Dres. Edgar Rey y Martínez en el año 1978 como alternativa a los cuidados en incubadoras dado la escasez de las mismas, déficit de recursos tecnológicos, aumento de las infecciones intrahospitalarias, con aumento de la mortalidad, implementaron el contacto continuo, temprano y prolongado de las madres con sus bebés prematuros denominado: “Método Madre Canguro” (MMC). OMS, (2004).

En la Argentina, en la ciudad de Resistencia, en el año 1.985 el Dr. Picón César basado en el modelo de Colombia, implementó dicho método en un Instituto de Salud Privado y luego en el Servicio de Neonatología, así se diseñó y se puso en práctica una Tecnología Apropriada denominada: “Acondicionador Neonatal Ambulatorio Fisiológico” (ANAF). La cámara de Diputados de la provincia del Chaco sanciona el 12 de octubre de 2011 con fuerza de Ley 6.871 el: “Programa Madre Canguro” con tecnología ANAF, como método intrahospitalario y sanatorial a través de “Unidades de Cuidados Intermedios con Asistencia Materna Permanente” (UCICAMP). Basándose en los pilares de humanización en la asistencia neonatal, recuperando el vínculo y apego, estimulando la lactancia materna prolongada y la relactación, beneficiando la termorregulación, la ganancia de peso y el sistema inmunológico del prematuro. Esta tecnología de bajo costo y efectiva acortó los tiempos de internación del bebé prematuro. La Ley 6.871 dió origen a la Ley 1970-G de la Provincia del Chaco.

Posterior a esta Ley Provincial ingresó en 2018 el Proyecto de Ley Nacional: “Programa Madre Canguro Creación en el Ámbito del Ministerio de Salud de la Nación” para ser extendido este Método en toda la República Argentina.

Luego de más de tres décadas de implementarse en neonatos prematuros, el “Contacto Piel a Piel” por sus beneficios, en el año 2018, la OMS junto a UNICEF establecen el “Contacto Piel a Piel” llamado COPaP para todos los neonatos a fin de lograr una lactancia exitosa. Siguiendo la línea de la Ley 25.929-2015 de Parto Respetado y Humanizado, en el marco de la Ley 27.611/2021 el Consenso 2022: “La primera hora de vida” también llamada: “Hora de Oro” el contacto piel a piel, inmediato, directo y continuo del recién nacido posterior a su nacimiento en el abdomen o pecho materno, es el lugar propicio para su supervivencia, dado que reúne condiciones físicas, biológicas y emocionales. Posibilita el inicio de la lactancia y un amamantamiento exitoso, reduciendo el estrés del binomio madre- hijo, facilitando la secreción de hormonas neuroendócrinas para un funcionamiento emocional saludable, potenciando comportamientos de cuidados maternos.

El programa de intervención: “Newborn Individualized Developmental Care and Assessment” con sus siglas NIDCAP desarrollado por la Dra. Als H. en el Hospital de Niños de Boston, Estados Unidos, en 1990, es un programa de “Evaluación y Cuidado Individualizado del Recién Nacido” destinado a asistir

a los bebés y sus familias en y más allá de la unidad de cuidados intensivos. En base a la observación de conductas y reacciones del bebé busca minimizar las experiencias estresantes, la separación de los padres y apoyar el desarrollo del bebé. Individualizando los cuidados en la atención en función de las fortalezas y las necesidades de cada bebé y sus padres. NIDCAP, Federación Internacional (2018).

Las estrategias se dirigen al bebé y a la familia desde el nacimiento, durante su hospitalización y posterior al alta. Apoyando para que los recién nacidos de alto riesgo alcancen su potencial en el desarrollo emocional, social y cognitivo y a los padres como defensores, protectores y cuidadores del niño. NIDCAP, Federación Internacional (2018).

Argentina, en 1994, implementó en sus maternidades el: “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” (HSMYn) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1991, en respuesta al llamado de: “Acción para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna” de la declaración de Innocenti 1990. En 1996 la Provincia del Chaco se adhiere a las medidas a favor de la Madre y el Niño definidas por el gobierno nacional siendo en 1998 “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”.

El Dr. Larguía A. y cols en 2007 publicó la “Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia” enmarcando el sustento del concepto de “Maternidades Centradas en la Familia” (MCF) y detallando las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las Maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”. Las MCF representan un cambio de paradigma, es una concepción filosófica y ética que sustituye la atención basada exclusivamente en la tecnología y la medicalización por la asistencia humanizada de las mujeres embarazadas, puérperas, de sus hijos y de sus familias.

Muchas Organizaciones y Asociaciones como la Asociación de Padres Prematuros, Fundación Canguro, llevan a cabo numerables esfuerzos y labor en la problemática de la prematuridad.

Durante el año 2010 en “Guía Maternidad Segura Centrada en la Familia” con el aval de UNICEF conceptualiza el modelo, con sus principios, los pasos esenciales para su implementación y evaluación de su cumplimiento.

En el marco de MSyCF se promueven acciones de participación activa de los padres tanto en lo emocional como el poder acariciar, tocar, alzar, favoreciendo el contacto piel a piel, como colaborar en los cuidados. Insta a los profesionales de la salud a mantener una actitud de respeto, acompañamiento, a dar información médica sencilla, clara, precisa y escuchar inquietudes. Garantiza el ingreso irrestricto

de permanencia continua de los padres. Identifica precozmente y aborda a través de servicios especializados en forma integral y multidisciplinaria a las familias que presenten manifestaciones de estrés ansiedad o angustia y que comprometan sus roles funcionales en el cuidado del neonato.

Las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSyCF) reconocen a los padres como protagonistas de la atención del recién nacido, estimulan el respeto y la protección de los derechos de la madre y su hijo o hija, promueven la participación y colaboración del padre, de la familia y de la comunidad. Bajo esta concepción holística, los padres y la familia adquieren un rol activo en el embarazo, el parto y en los cuidados del recién nacido. Guía Maternidad Segura Centrada en la Familia (2010).

Osuna Guerrero, M. (2018) en su revisión bibliográfica de las estrategias de humanización en las unidades neonatales menciona que las intervenciones de las maternidades centradas en la familia se dividen en dos grupos. Intervenciones destinadas al: Macroambiente, es decir que son todas aquellas estrategias que se adecúan para brindar un ambiente confortable, más acogedor para el neonato y su familia, con espacios amplios y un lugar donde las familias puedan estar juntas. Consiste también en adecuar estímulos sensoriales que repercuten en el desarrollo del bebé como ser: disminuir el ruido, mantener una óptima iluminación para el descanso del bebé, adecuación de la temperatura. El otro grupo de intervenciones son las que actúan sobre el Microambiente: prácticas de analgesia no farmacológica como la succión no nutritiva, musicoterapia y masajes terapéuticos para la prevención activa del dolor del neonato ante los procedimientos médicos dolorosos, utilización del método canguro, piel a piel, apoyo al comportamiento del bebé, lactancia materna exclusiva, activa participación y presencia de la familia en los cuidados del bebé. Unidades neonatales permanentemente abiertas, sin horarios, sin restricciones. Comunicación efectiva y afectiva de los padres con los profesionales de la salud. Visitas de abuelos, hermanos y demás integrantes de la familia. Formación de un lugar de residencia en el hospital o cerca de este para las familias con dificultades para el traslado o por la lejanía de sus hogares.

Por iniciativa de UNICEF en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación, en 2010, se enunciaron diez derechos esenciales, que constituyen el Decálogo de los Derechos de los recién nacidos prematuros y han dado forma a los temas centrales de cada campaña a lo largo de la última década. El objetivo de estos derechos es crear conciencia no solo a nivel de la salud pública sino a través de los ministerios, y son derechos que llevan consigo obligaciones de cumplimiento, por parte del sistema de salud, de las instituciones, de los médicos y de los propios padres. UNICEF (2010).

En el 2022, el lema de la “Semana del Prematuro” fue: “El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo”. (Derecho n°9 del Decálogo del Prematuro, UNICEF. 2010). La importancia de su cumplimiento radica en el fortalecimiento del vínculo entre el bebé prematuro y sus padres, vínculo esencial para el futuro del niño. La presencia familiar durante esta etapa de internación de los bebés prematuros permite que se genere vínculos de sostén y apego temprano que son la base del desenvolvimiento psicoemocional de los bebés. Aportan a su crecimiento y desarrollo. Promueven la estimulación de sus sentidos, reducen las interrupciones del sueño, el dolor físico y el estrés. Favoreciendo la lactancia materna como el mejor alimento para el bebé. Prepara a la familia para el cuidado posterior, entrenando desde el primer día a los padres, como principales cuidadores a fin de proteger el crecimiento y la calidad de vida del recién nacido; comprender las necesidades de su hijo y generar confianza en sí mismo. Humaniza el cuidado, mejorando el trato empático, comprensivo e inclusivo entre los profesionales de la salud y las familias.

Todos los modelos de intervención centran su atención en el bebé prematuro y en sus familias, ellos son el eje al cual el sistema de salud quiere abordar.

Más allá de guías, consensos, leyes que encaminen las estrategias hacia la Salud Integral de calidad, se presentan brechas y desigualdades sanitarias que no dependen sólo de infraestructura sino de cambios de pensamientos que lleven a compromisos profundos del recurso humano que trabaja en las maternidades, adoptando una actitud activa en pos del bienestar del bebé y de su familia.

1.1.4 ESTADO DEL ARTE

La hospitalización de un bebé prematuro en UCIN puede ser considerada una situación traumática en la vida de los padres, además del sufrimiento causado por la propia prematuridad, la hospitalización agotadora se manifiesta con sentimientos negativos.

Numerosas investigaciones describen en las últimas décadas niveles de estrés en los padres, producto de los factores estresores que intervienen en toda situación de hospitalización de sus hijos prematuros.

Paludetto y cols. (1981) describieron las reacciones de 60 padres en contacto con sus hijos prematuros internados en UCIN y concluyeron que la prolongada separación es un elemento adicional de ansiedad. El ambiente de cuidados intensivos y el contacto continuo de enfermería pueden generar reacciones de angustia en los padres. El ingreso sin restricciones a la unidad estimula el vínculo e interés de los padres por sus hijos.

Miles, M. (1980) inició sus investigaciones en los aspectos que más frecuentemente eran mencionados por las madres como estresantes lo que le llevó a realizar junto con Funk y Carlson una escala de Estrés Parental que mide la percepción de los padres de estresores provenientes del ambiente físico y psicológico de UCIN, la cual fue publicada en 1993 Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care, con sus siglas en inglés PSS: NICU con pruebas psicométricas de Validación. La escala consta de dos métricas, una que mide el nivel de ocurrencia del estrés en y la segunda que mide el nivel total de estrés. Los resultados mostraron que, de los estresores extrapersonales, la presencia de monitores y aparatología obtuvo un puntaje de 3.05 es decir fueron moderadamente estresante; mientras que de los estresores intrapersonales, la separación de los padres con sus bebés fue identificada como la fuente de mayor estrés con un promedio de 4, el cual equivale a “muy estresante”, le siguen las áreas de la apariencia y el comportamiento del recién nacido.

Dicha escala fue utilizada en numerosas investigaciones, en diferentes países para la medición del Nivel de Estrés Parental.

Miles, Carter, Spicher y Hassaneim (1984) identificaron las posibles diferencias en la percepción de los estímulos de estrés y el impacto total del estrés en madres y padres. La experiencia de hospitalización del niño fue igualmente estresante tanto para madres como para los padres difiriendo en las dimensiones. Las madres presentaron estrés frente a conductas y emociones del niño mientras que los padres se sintieron estresados en el aspecto del desempeño paternal coincidiendo con Docherty, Miles y Holditch (2002) quienes examinaron la preocupación por los problemas de salud infantil entre las madres de bebés internados con diferentes patologías e identificó los factores asociados a la misma. La mayor

preocupación de las madres fueron los problemas de salud de sus hijos; el mayor estrés se asoció con la apariencia y el comportamiento del niño.

Siguiendo esta línea de estudios Jofré Aravena y Henríquez Fierro (2002) midieron el nivel de estrés en una muestra de 35 madres de recién nacidos hospitalizados en un hospital de Chile. Las variables que resultaron relacionadas con el estrés fueron: el ambiente de la unidad, el aspecto y comportamiento del recién nacido y el rol de la madre. Un 51.4% presentó niveles estresantes y un 48.6% niveles muy estresantes; un 100% de los sujetos de estudio manifestaron sentimientos de estrés: 33.3% miedo 29.2% angustia y desesperación y un 8.3% sentimientos de impotencia. Uno de los aspectos que más generó estrés es la dimensión del rol materno, sintiéndose las madres inútiles de no poder ayudar al bebé en esta etapa, la variable del ambiente UCIN fue significativa, mientras que el aspecto el recién nacido obtuvo una relación altamente significativa con la variable estrés total. Las variables biosociodemográficas al igual que las relacionadas con las características del recién nacido no estuvieron relacionadas con el estrés total de las madres.

Fowlie y McHaffie (2004) consideran que una de las experiencias más difíciles que pueden tener los padres es que su hijo tenga una enfermedad que amerite la hospitalización, principalmente si esta es prolongada y al inicio de la vida. La incompreensión y la incertidumbre son las principales fuentes de estrés. El grado que experimentan los padres de estrés varía de persona a persona y con el tiempo.

Boullosa Frías N. (2004) llevó a cabo un estudio sobre los condicionantes y la caracterización del estrés en madres de recién nacidos prematuros internados expone que la dimensión de mayor influencia en los niveles de estrés alcanzados por las madres es el Rol maternal, luego el aspecto y comportamiento del bebé. El nivel de estrés no fue afectado por las características de los recién nacidos, mientras que los días de hospitalización si condicionaron el nivel de estrés total.

Carter y cols. (2007) compararon las fuentes de estrés para madres y para padres y exploraron las variables asociadas al estrés utilizando la escala PSS: NICU. Observaron que las madres presentaron mayor estrés general. La subescala de alteración de rol fue la mayor fuente de estrés coincidiendo con otros estudios. En las madres el estrés elevado se relacionó con ingresos bajos, complicaciones del embarazo y la falta de experiencia previa en UCIN. Para los padres el estrés elevado se asoció con el traslado de la embarazada por complicaciones y la experiencia temprana del rol paterno.

Ruíz, A. y cols (2005) evidenció que las madres del grupo con intervención presentaron un nivel significativamente menor que las del grupo control. Para identificar manifestaciones cognitivas, conductuales y afectivas del estrés en padres de niños hospitalizados en Unidad de Alto Riesgo Neonatal.

Parra Falcón y cols (2009) realizaron un cuestionario. Entre las manifestaciones emocionales se destacó la inestabilidad emocional con predisposición al llanto, la dimensión conductual reflejó cambios de hábitos con descuido de la apariencia personal y en manifestaciones cognitivas la pérdida de atención por estímulos auditivos fue relevante.

Díaz, Z. y cols. (2014) evidenció que el 80% de los padres presentan dificultades emocionales, prevaleciendo sentimientos negativos, miedos, ansiedad, incertidumbre, 45% dificultades dadas por la separación con su hijo, relatando no estar preparados psicológicamente para el carácter imprevisto de la internación, luego siguieron las dificultades logísticas, en el descanso, financieras, dificultades en la gestión laboral y familiar. En 2016 siguiendo sus líneas de investigaciones de testimonios de los padres de sus necesidades y preocupaciones, los aspectos más salientes fueron sus preocupaciones por la gravedad de la condición clínica de sus hijos, la internación en sí misma y por las posibles secuelas desarrolladas por la prematuridad.

Gonzalez Escobar, D. y cols. (2012) en una muestra de 145 madres de neonatos pretérminos, considera que la hospitalización en UCIN es extremadamente estresante en un 89%, dado la presencia de monitores, la realización de procedimientos invasivos al bebé y la afectación del rol maternal.

Caruso, A. (2012) en su estudio del estrés en los padres ante el nacimiento y la hospitalización de un bebé prematuro en UCIN sobre una muestra de 60 participantes concluyó que el suceso de la hospitalización es percibido por los padres como moderadamente estresante, resultado de la separación con sus bebés y la concomitante alteración de sus funciones parentales. El ambiente UCIN generó estrés moderado. No hubo diferencias en la percepción del estrés en relación a la edad y al género de los padres.

Grosik y cols. (2013) clasificaron los factores internos como aquellos que provenían dentro del ambiente UCIN y factores externos a los que pertenecían fuera de dicho ambiente. A su vez dividieron los factores internos en intra e interpersonales. Los factores estresantes intrapersonales con puntuaciones más altas se relacionaron con los padres que observaron a su bebé críticamente enfermo; los interpersonales con respecto al medio el ruido de las alarmas y la presencia de monitores fueron más estresantes. La separación e impotencia de los padres con su bebé en UCIN se manifestó con puntuaciones relativas. Los factores externos de estrés fueron variados, como la separación con sus otros

hijos, el cambio en las obligaciones cotidianas familiares y laborales. Factores de reducción de estrés de estos padres fueron el apoyo preexistente de familiares y amigos y el contactarse con familias con experiencias previas en UCIN.

En un estudio multicéntrico realizado por Wormald, F. y cols. (2015) para determinar el nivel inicial de estrés en padres de recién nacidos de muy bajo peso hospitalizados en doce unidades de cuidados intensivos de la Red Neonatal Sudamericana se evidenció que el nivel estrés parental fue moderado, con puntuaciones más elevadas en las subescalas de rol parental. Tener menor nivel educacional, el desempleo de los padres, no haber podido tomar a su bebé en brazos, el requerimiento de apoyo ventilatorio se asoció a niveles de estrés elevados. El estrés fue mayor en madres que en padres y en centros públicos que en privados.

Aguiñaga Zamarripa y cols. (2016) describen el estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización utilizando la escala de Miles PSS: NICU. De los 45 padres encuestados el estrés parental según la variable ambiente es de poca intensidad, así como la apariencia y comportamiento del niño; mientras que factores como la separación con el recién nacido consideran los padres como moderadamente estresante coincidiendo con estudios de Palma y cols. (2017) quienes utilizando la escala PSS: NICU en una muestra de 100 padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad neonatal evidenciaron que el estrés promedio fue de 2.87 ± 0.69 , con puntajes más elevados en las subescalas relación con el bebé y rol parental. La presencia de complicaciones del embarazo, diagnóstico prenatal no afectó el nivel de estrés tampoco variables como patologías del recién nacido.

Palma, E. y cols (2017) en su investigación considera que lo que más estresa a los padres sin diferencias de género es la alteración en el Rol, menos niveles los generan el ambiente e UCIN y la relación con el personal de salud.

Campo Gonzalez, A. y cols (2018) señalan que el nacimiento prematuro inesperado y la hospitalización son dos situaciones estresantes. El ítem con puntaje mayor que coincide con estudios previos es la relación con el bebé y la alteración del rol parental. El estrés no parece tener relación con variables del embarazo como paridad o tipo de parto. Las variables clínicas del recién nacido no se asociaron a mayor nivel de estrés.

Ramírez, M. y cols (2018) observaron que los aspectos físicos de los niños, las imágenes y sonidos provocaron más estrés en los padres.

Klegler, J. y cols (2019) en su estudio en un hospital público de Río Grande Do Sul, Brasil, incluyeron a 204 padres con el objetivo de identificar el nivel de estrés y las situaciones más estresantes. El cambio en el Rol Madre/Padre es la subescala de mayor nivel de estrés y dentro de la misma los ítems correspondientes a los sentimientos de separación, la impotencia e incapacidad de protección a su hijo.

Araya A. y cols (2019) destacaron que el 48.8% de los participantes de su estudio clasificaron el impacto que causó la hospitalización de su hijo como extremadamente estresante, el 29.9% muy estresante y el 12.2% moderadamente estresante, independientemente de las características sociodemográficas de los mismos.

Dominguez-Martinez, V. y Cortés-Escárcega, I. (2020) en su estudio de adaptación cultural, validación de contenidos y confiabilidad de la escala de estrés parental para padres mexicanos reportó hallazgos similares a los estudios de la escala en su idioma original. En 2021, Sousa, F y Dos Santos Curado, M. validaron la Escala de Estrés para la población de Portugal concluyendo que la versión modificada fue sensible, válida y fiable para evaluar de forma sistemática el estrés en los padres.

Illescas V. y cols (2020) expone que el rol paterno, la separación con su hijo fue percibido por los padres como un estresor excesivo en un 87%, el ambiente de UCIN y de este el ruido constante de monitores fue percibido con un estrés excesivo en un 64%, y de las características del aspecto del bebé el color poco usual fue muy estresante en un 83% de los participantes.

Rodriguez, D. y cols (2020) en: “Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación” realizaron encuestas utilizando la Escala de Trauma de Davidson. El estudio incluyó a 146 madres, de las cuales un 54.3% presentaban estrés postraumático crónico, un 44% mantuvieron estrés sintomático después de los seis meses del nacimiento de su hijo y hasta los 5 años posteriores. Los síntomas de mayor frecuencia fueron: 59% imágenes y recuerdos dolorosos de lo ocurrido, 51% nerviosismo y un 48% irritabilidad.

Salomé, S. y cols (2022) examinaron el papel del estrés, el bienestar psicofísico, la ansiedad y la depresión de los padres durante la hospitalización de sus hijos en UCIN y los síntomas postraumáticos después del alta con visitas de seguimiento en un año. Las puntuaciones de estrés materno fueron más elevadas que las paternas durante la internación en UCIN. El 90% de las madres y el 65% de los padres dieron positivo para depresión durante la hospitalización. El 80% de las madres y el 60% de los padres tuvieron puntajes para depresión; el 65% de las madres y el 45% de los padres dieron positivo para



ansiedad en las visitas de seguimiento. Finalmente el 55% de las madres y el 20% de los padres tuvieron síntomas de estrés postraumático.

1.2 OBJETIVOS DE ESTUDIO

Objetivo General:

- Caracterizar el Nivel de Estrés en los padres de bebés prematuros hospitalizados en la UCIN de la división de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco período 2019-2020.

Objetivos Específicos:

- Determinar la edad promedio de los padres de niños prematuros internados en UCIN.
- Identificar los factores estresores externos e internos presentes en los padres.
- Determinar las dimensiones de mayor relevancia en el nivel extremadamente estresante.
- Determinar el nivel de estrés total de los padres frente a la hospitalización de su recién nacido en UCIN.

1.3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

MATERIALES Y MÉTODOS

- Tipo de investigación: Descriptiva, transversal con enfoque cuantitativo. No probabilístico.

Diseño del Estudio:

- Observacional, descriptivo, de corte transversal.
- Población: Padres que presentaron hijos prematuros internados en la UCIN del Hospital J.C. Perrando durante el período 2019-2020.

Muestra

- Tipo de muestreo :

Muestreo No probabilístico. Se incluyó en este estudio a padres y a madres de bebés prematuros que quisieran participar voluntariamente del mismo, así se obtuvo una muestra de 63 participantes.

Unidad de Análisis:

- Padres de hijos prematuros internados en UCIN durante período 2019-2020.

Criterios de Inclusión:

Madres y/o padres de recién nacidos prematuros (menores a 37 semanas de edad gestacional), cuyos días de hospitalización fueron posteriores al quinto día de vida y antes de los 30 días desde su nacimiento, internados en UCIN en el Hospital J. C. Perrando de la ciudad de Resistencia, período 2019-2020.

Los padres, quienes fueron sujetos del estudio fueron abordados en el Hospital J. C. Perrando. Se les explicó detalladamente a los participantes el propósito de la investigación. Posteriormente quienes accedieron a este estudio lo hicieron de manera voluntaria firmando previamente un Consentimiento Informado.

Los datos se manejaron de manera confidencial. El equipo de salud tratante no estuvo en conocimiento de los resultados del estudio.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron a madres y/o padres de prematuros que presentaron malformaciones congénitas, alteraciones cromosómicas y aquellos que fueron reingresados a UCIN.

Matriz de Datos: Variables, Valores e Indicadores

Según la relación con la hipótesis en estudio:

Variable:

- **Estrés:** en su dimensión Percepción de tensión, ansiedad, nerviosismo de los padres con respecto a los factores estresores externos del ambiente de UCIN e internos en su rol y vínculo con su hijo.

El Estrés Total: Correspondió al promedio de los puntajes obtenidos de las 3 subescalas.

FACTORES ESTRESORES:

- Aspectos visuales y sonoros de UCIN: Son los aspectos del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos tales como la presencia de monitores y sus sonidos, alarmas, presencia de otros bebés prematuros y personas asistenciales que los padres perciben como factores estresores de lo que ven y escuchan del ambiente UCIN.
- Aspecto y comportamiento del bebé: Son los comportamientos y aspectos del bebé por su estado de enfermedad, cuidados y tratamientos que requiere, tales como la administración de medicamentos y/o terapias para estabilizar la condición física, como sondas, catéteres, tubo endotraqueal, respiradores, que los padres perciben como estresores.
- Rol Parental: Abarca diferentes aspectos de la alteración en la interacción de los padres con su vínculo afectivo con el bebé durante la hospitalización que perciben como estresantes.

Dado que se dimensionan Variables Cualitativas se clasificarán de forma jerárquica: Ordinales, midiendo la Intensidad del Nivel de Estrés, de manera numérica, con un formato de respuesta Likert de 5 puntos y un ítem No Aplicable (NA) en situaciones donde no les ha sucedido a los padres la situación que se pretende medir. Cada afirmación del entrevistado exteriorizó su reacción en puntos de la escala.

Los 5 puntos se caracterizan a continuación:

- 1- Ausencia de estrés.
- 2- Poco estresante.
- 3- Moderadamente estresante.
- 4- Muy estresante.
- 5- Extremadamente estresante.

VARIABLE	CATEGORIA	CLASIFICACION	Dimensiones	VALORES	indicador
ESTRÉS	NIVEL DE ESTRÉS TOTAL	Cualitativas ordinal	Promedio de los puntajes obtenidos de los Aspectos del Ambiente, de los Aspectos y Comportamiento del bebé y del Rol parental.	NA no ha experimentado estrés	0
				AUSENCIA DE ESTRÉS.	1
				POCO ESTRESANTE	2
				MODERADAMENTE ESTRESANTE	3
				MUY ESTRESANTE	4
				EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	5
	FACTORES DEL AMBIENTE FÍSICO DE UCIN	Cualitativas ordinal	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de monitores y aparatos. -Presencia de otros bebés enfermos. -Presencia de personas trabajando en la unidad. -Ruidos de monitores y aparatos. -Ruidos de alarmas 	NA no ha experimentado estrés	0
				AUSENCIA DE ESTRÉS.	1
				POCO ESTRESANTE	2
				MODERADAMENTE ESTRESANTE	3
				MUY ESTRESANTE	4
	EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	5			
	ASPECTO Y COMPORTAMIENTOS DEL BEBE	Cualitativas ordinal	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de tubos, aparatos, agujas. --Moretones, cortes e incisiones. -Coloración del bebé. -Respiración anormal. -Tamaño pequeño, aspecto arrugado, apariencia débil. -Alimentación por vía intravenosa o sonda. - Presencia de movimientos espasmódicos. -Percepción de dolor, tristeza y llanto del bebé. 	NA no ha experimentado estrés	0
				AUSENCIA DE ESTRÉS.	1
				POCO ESTRESANTE	2
				MODERADAMENTE ESTRESANTE	3
MUY ESTRESANTE				4	
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE				5	
ROL PARENTAL	Cualitativas ordinal	<ul style="list-style-type: none"> -Separación con su hijo. -Dificultad para alimentarlo y darle los cuidados básicos. -Dificultad en el vínculo. -Sentimientos de impotencia de no proteger a su bebé del dolor. -Sentimiento de miedo al tocarlo. -Imposibilidad de ayudarlo en esta etapa. 	NA no ha experimentado estrés	0	
			AUSENCIA DE ESTRÉS.	1	
			POCO ESTRESANTE	2	
			MODERADAMENTE ESTRESANTE	3	
			MUY ESTRESANTE	4	
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	5				

Técnicas de Recolección de la Información Empírica.

Se realizaron encuestas estructuradas e individuales. Los padres participaron voluntariamente. Las encuestas se realizaron en el período de agosto de 2019 a enero 2020.

Durante la entrevista, en un primer momento se les explicó el término estrés: Percepción de sensación de tensión, nerviosismo o ansiedad en situaciones como factores externos o propios del medio de UCIN, ambiente físico y entorno a su hijo y factores internos en su rol parental. Se procedió a leer las afirmaciones de las subescalas de la Escala de Estrés Parenteral en UCIN: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care PSS: NICU de Miles, respecto a las experiencias de situaciones, a las cuales los padres clasificaron de acuerdo con la intensidad de haber sentido a las mismas como estresantes, desde la ausencia de estrés, poco, moderado, muy y extremadamente estresante y posteriormente su numeración correspondiente en las encuestas.

- **Instrumento de Recolección:** Cuestionario.

Se utilizó el cuestionario de la Escala de Estrés Parenteral en UCIN: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care (PSS: NICU) de Miles (1993) adaptada al español midiendo la percepción de los padres acerca de los estresores provenientes del ambiente físico y psicológico de la UCIN.

Esta escala está diseñada para medir la percepción de los factores estresantes en el entorno físico, psíquico de la UCIN.

La validez de construcción se apoya en los vínculos con la teoría, correlación con las medidas de ansiedad y resultado analítico de factores. Los coeficientes alfa >0.70 y para todas las subescalas y para la escala en general de 0.89 y una consistencia interna total de .94 avalan herramienta.

Inicialmente la escala incluía 4 subescalas Miles, Holditch, Davis (1987), en su segunda versión se descartó la subescala de comunicación con el equipo de profesionales por no constituir un factor de estrés en la escala total. Miles, Funk (1993). Quedando así las subescalas de: Aspectos visuales y sonoros de la unidad; Aspecto y Comportamiento del bebé: Alteración del Rol Parental; cada una de ellas cuenta con ítems midiendo la Percepción de la intensidad del nivel estrés con puntuaciones en rangos del 1 al 5.

En la Argentina existen estudios preliminares de Adaptación y Validación de esta escala. Caruso, Agostina (2010) con coeficientes Alpha de Cronbach y consistencia interna con valores similares a la escala de Miles, con modificaciones lingüísticas para la adecuada comprensión de los ítems, en relación al tipo de expresiones que utilizamos en nuestro país.

- **Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos**

Para el análisis de los resultados de este estudio, se utilizará el software Microsoft Office Excel versión 2010 y el paquete de análisis Epidat 3.1.

Se realizó estadística descriptiva para las variables que se estudiaron (medidas de tendencia central, mediana, moda y porcentajes).

- **CONSIDERACIONES ETICAS:**

Para la realización de este estudio se contó con la autorización de autoridades competentes de la división de Neonatología, del Comité de Ética del Hospital J. C. Perrando y el consentimiento informado de los padres, el cual debe estar de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación.

Asimismo, en la recolección y almacenamiento de los datos no se consignaron identidad del niño y ni del médico tratante consignándose un código, manteniendo la confidencialidad de los encuestados.

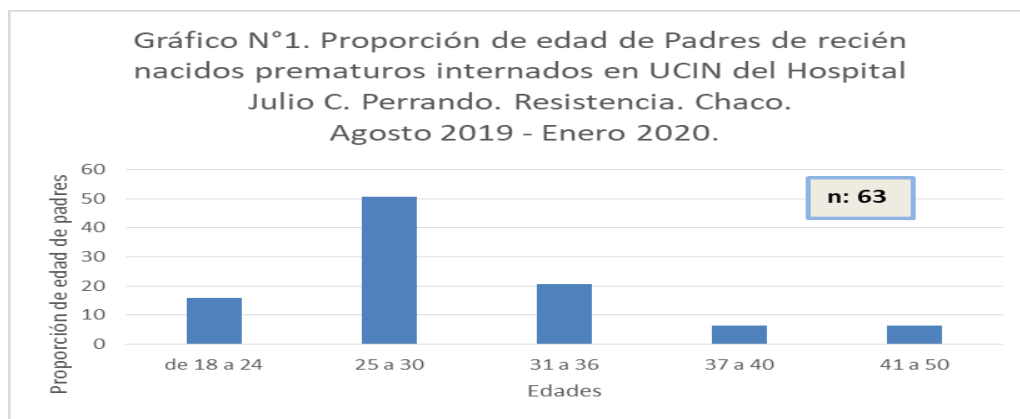
CAPÍTULO 2.1

Resultados

Se analizó un total de 63 encuestas realizadas a los padres de prematuros hospitalizados en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco período 2019-2020.

La edad de los padres estuvo comprendida entre 18 y 48 años con una media de 29 años.

Se visualiza en el gráfico la edad de padres Gráfico N°1.



Datos: encuesta realizada por el investigador.

Dentro de los Factores del ambiente físico de UCIN: “Aspectos Visuales y Sonoros”: los Ruidos repentinos de las alarmas fueron extremadamente estresante en un 28.6 % de las respuestas.

Se visualiza tabla N°1:

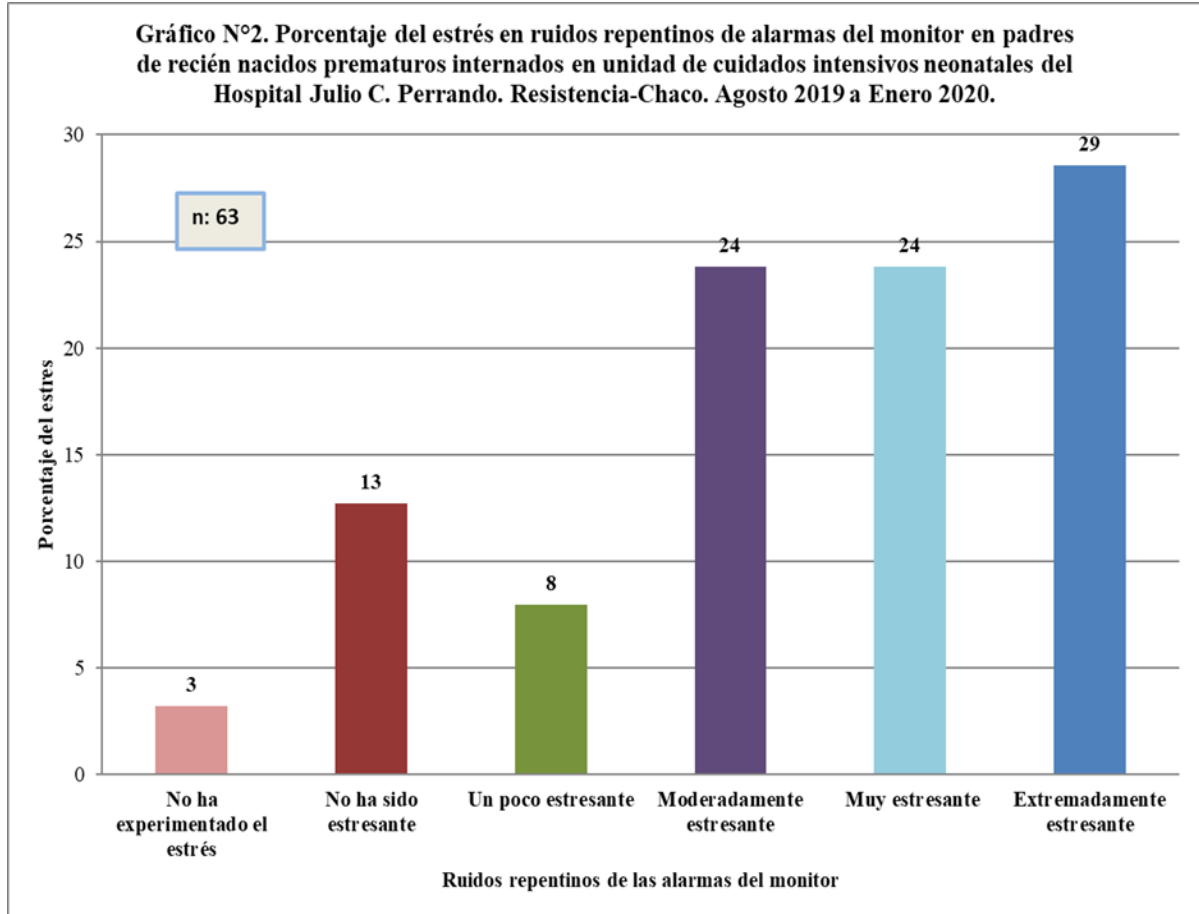
Tabla N°1. Porcentaje de las Características del Estrés en Aspectos Visuales y Sonoros en los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN en el Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco período 2019-2020

Características	Aspectos visuales y sonoros			
	Presencia de monitores y aparatos	Ruidos constantes de monitores y aparatos	Ruidos repentinos de las alarmas del monitor	Gran número de personas trabajando en la unidad
No ha experimentado el estrés	0,0	3,2	3,2	1,6
No ha sido estresante	19,0	19,0	12,7	39,7
Un poco estresante	17,5	19,0	7,9	12,7
Moderadamente estresante	17,5	20,6	23,8	4,8
Muy estresante	33,3	25,4	23,8	19,0
Extremadamente estresante	12,7	12,7	28,6	22,2

Datos: Encuesta realizada por el investigador.

Dentro de las características de “Vistas y Sonidos”, la presencia de “Ruidos Repentinos de Monitores y Alarmas,” los padres la destacaron como extremadamente estresante en un 29%.

Se visualiza dicho resultado en el gráfico N°2:



Datos: encuesta realizada por el investigador.

En la Característica: “Aspectos y Comportamiento del bebé “podemos observar la complejidad de la escala y sus subgrupos de características, destacando de ellas: “Ver Agujas y Tubos puestos en mi bebé” como extremadamente estresante con un 38%, seguida de las características: “Cuando mi bebé parecía tener algún dolor” (37%), “Tener una máquina o respirador que respira por mi bebé (33%), “Moretones, cortes e incisiones” (32%).

Se observan a continuación la Tabla N°2 disgregada en dos partes, Tabla N°2 “A” y Tabla N°2 “B”:

Tabla N°2 "A". Porcentaje de las Características del Estrés en Aspectos y Comportamientos de su bebé y tratamientos en los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco periodo 2019-2020

Características	Aspectos y comportamientos de su bebé y Tratamientos									
	Tener una máquina que respira por mi bebé	Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	Mi bebé siendo alimentado por medio de un tubo o vía intravenosa	Cuando mi bebé parecía tener algún dolor	Mi bebé llorando por largo tiempo	Cuando mi bebé parecía asustado	Cuando mi bebé parecía triste	La apariencia débil de mi bebé	Movimientos espasmódicos o agitados de mi bebé	Mi bebé no pudiendo llorar como los otros bebés
No ha experimentado el estrés	3	2	2	29	52	62	63	11	25	16
No ha sido estresante	8	13	14	3	3	2	0	10	14	16
Un poco estresante	10	10	19	2	10	3	3	8	6	11
Moderadamente estresante	16	6	17	16	5	8	8	16	10	21
Muy estresante	30	32	22	14	13	14	14	29	25	16
Extremadamente estresante	33	38	25	37	17	11	11	27	19	21

Datos: encuesta realizada por el investigador

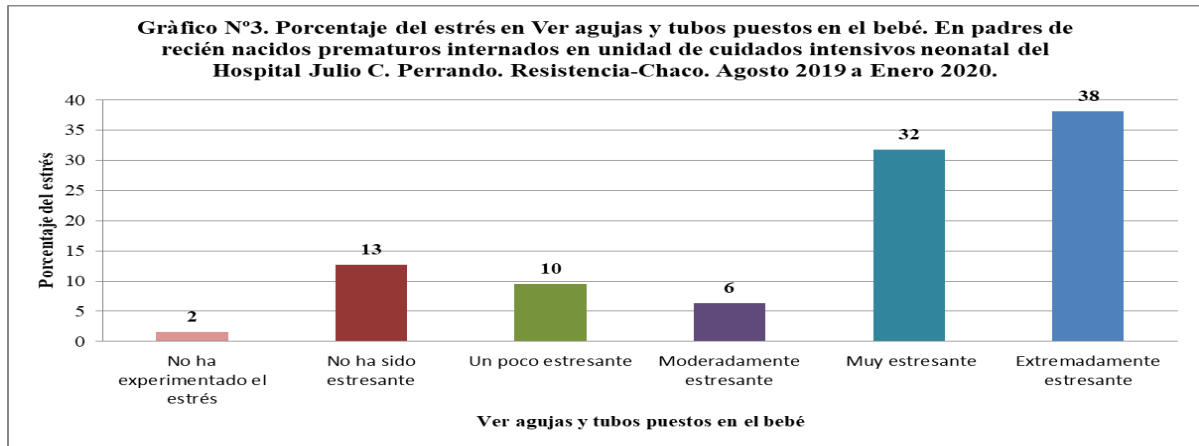
Tabla N°2 "B". Porcentaje de las Características del Estrés en Aspectos y Comportamientos de su bebé y tratamientos, en los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco periodo 2019-2020

Características	Aspectos y Comportamientos de su bebé y Tratamientos							
	Tubos o aparatos puestos en el bebé	Moretones cortes o incisiones en mi bebé	Color poco usual en mi bebé (pálido o amarillo)	Forma de respirar anormal o poco usual de mi bebé	Ver cambio repentino de color en mi bebé (Pálido o azul)	Ver a mi bebé dejar de respirar	El pequeño tamaño de mi bebé	El aspecto arrugado de mi bebé
No ha experimentado el estrés	0	3	25	6	63	75	5	11
No ha sido estresante	11	5	10	11	5	2	27	37
Un poco estresante	8	11	14	8	2	0	13	17
Moderadamente estresante	19	16	14	16	8	3	19	21
Muy estresante	32	33	22	29	10	2	19	11
Extremadamente estresante	30	32	14	30	13	19	17	3

Datos: encuesta realizada por el investigador.

Como se observó en los datos de la tabla, en el siguiente gráfico se visualiza el porcentaje de estrés en la característica: “Ver agujas y tubos puestos en mi bebé”.

Gráfico N° 3:



Datos: encuesta realizada por el investigador.

En la Tabla N°3 podemos observar la tercera característica de la escala: “Rol Parental”, con sus subgrupos. De allí se visibiliza que la característica: “Estar separados de su bebe” es extremadamente estresante en un 70% de las respuestas.

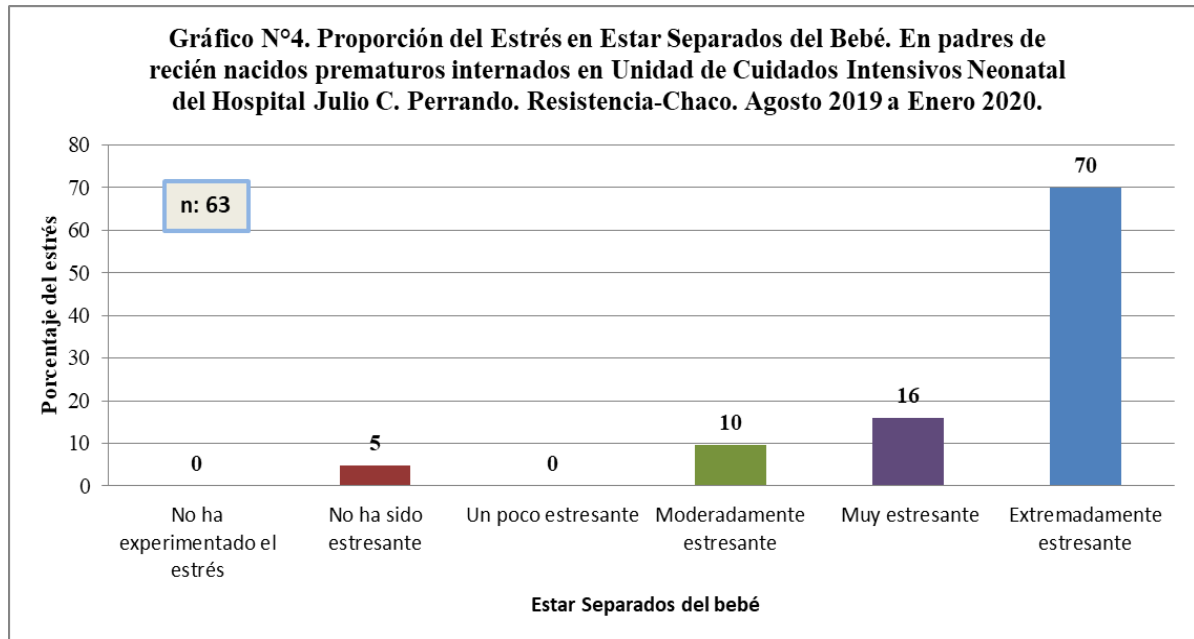
Tabla N°3. Porcentaje de las Características del estrés en la Relación Bebé/ Padre o Madre en los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCN del Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco periodo 2019-2020

Características	Relación Bebé/ Padre o Madre									
	Estar separados de su bebé	No poder alimentar yo mismo al bebé	No poder cuidar a mi bebé yo mismo (pañales o bañarlo)	No poder tomar en brazos a mi bebé cuando quiero	A veces olvidar como es mi bebé	No poder compartir a mi bebé con otros miembros de la familia	Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos	Tener miedo de tocar o sostener a mi bebé en los brazos	Sentir que el personal está más cerca de mi bebé que lo que yo estoy	Sentirme importante como ayudar a mi bebé en esta etapa
No ha experimentado el estrés	0	3	3	2	75	2	2	13	6	2
No ha sido estresante	5	5	8	5	6	5	3	25	27	11
Un poco estresante	0	3	5	6	0	6	5	8	10	5
Moderadamente estresante	10	8	10	5	8	17	19	11	22	13
Muy estresante	16	32	21	19	6	22	16	17	16	29
Extremadamente estresante	70	49	54	63	5	48	56	25	19	41

Datos: encuesta realizada por el investigador.

Se identifica entonces que el mayor factor estresante con respecto al Rol parental es el “estar separados de su bebé”.

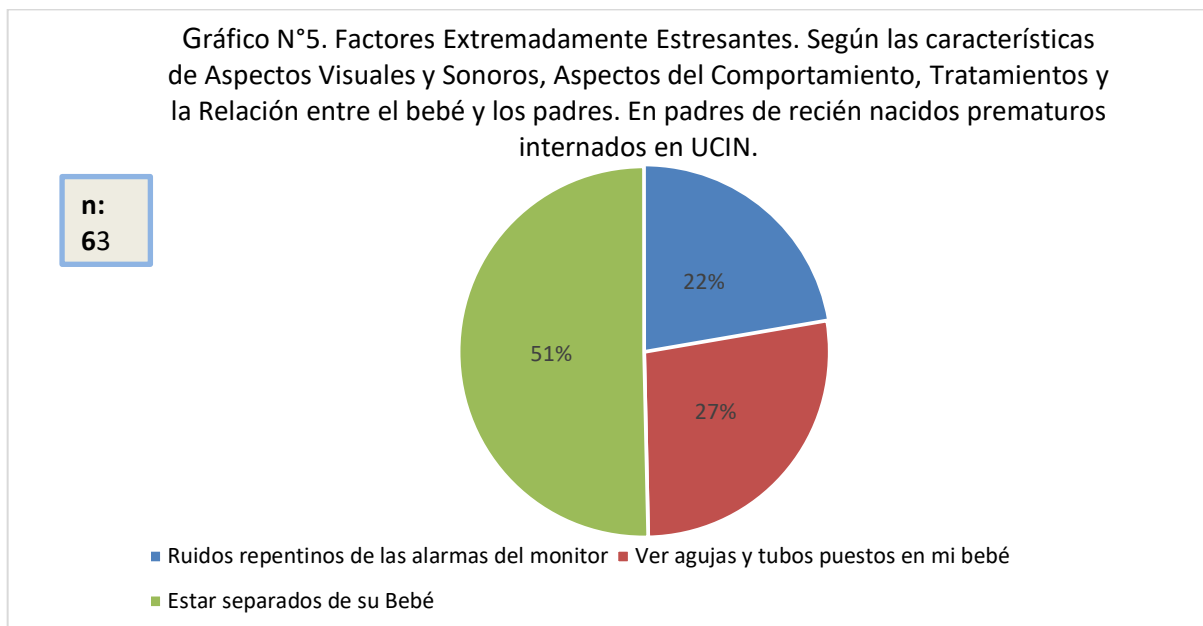
Gráfico N°4



Datos: encuesta realizada por el investigador.

A continuación, se visualizan los factores más estresantes con respecto al aspectos visuales y sonoros, aspectos del comportamiento del recién nacido prematuro y relación del bebé con sus padres.

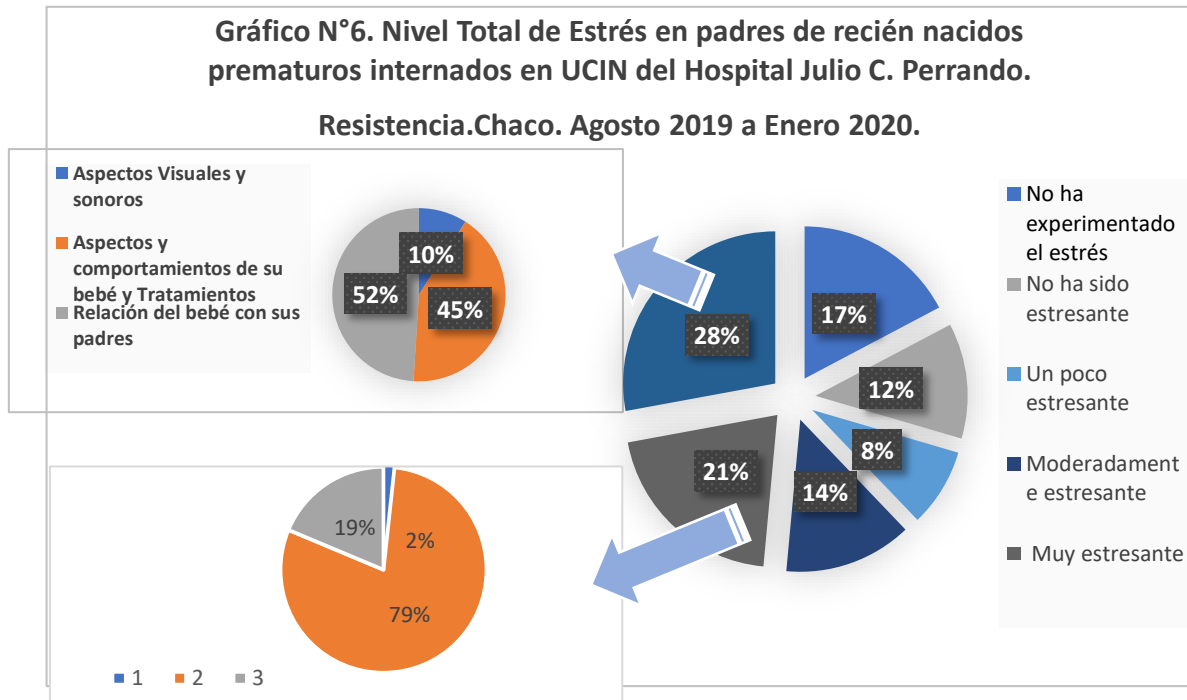
Gráfico N° 5



Datos: encuesta realizada por el investigador.

El 28 % de los participantes evidenció valores extremadamente estresantes y dentro de este nivel el 52% es debido a la Alteración en la Relación madre- padre bebé, luego un 45% fue resultante de los Aspectos y comportamientos del bebé. En niveles muy Estresantes predominó en un 79% los Aspectos y Comportamientos del bebé como característica más relevante.

Gráfico N°6:



Las medidas de Media y Dispersión para cada Aspecto se observan en la Tabla n°4.

Tabla N° 5. Características del Estrés y su Clasificación de Valores Totales en los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco período 2019-2020

Medidas utilizadas	Aspectos visuales y sonoros	Aspectos y comportamientos de su bebé y Tratamientos	Relación bebé/ padre o madre
\bar{x}	2,9	2,6	3,5
σ	0,1	0,2	0,2

Datos: encuesta realizada por el investigador.

En la Tabla N° 5 se observan las medidas de resumen de las variables con su Sub-clasificación.

Tabla N° 4. Características del Estrés y su Clasificación de Valores en los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital J. C. Perrando, de la ciudad de Resistencia-Chaco período 2019-2020			
Sub escala	Características	X	DE
Aspectos visuales y sonoros	Presencia de monitores y aparatos	3,0	1,3
	Ruidos constantes de monitores y aparatos	2,8	1,3
	Ruidos repentinos de las alarmas del monitor	3,3	1,4
	Otros bebés enfermos en la habitación	2,7	1,4
	Gran número de personas trabajando en al unidad	2,6	1,6
Aspectos y comportamientos de su bebé y Tratamientos	Tubos o aparatos puestos en el bebé	3,6	1,3
	Moretones cortes o incisiones en mi bebé	3,6	1,3
	Color poco usual en mi bebé (pálido o amarillo)	2,4	1,8
	Forma de respirar anormal o poco usual de mi bebé	3,3	1,5
	Ver cambio repentino de color en mi bebé (Pálido o azul)	1,3	1,9
	Ver a mi bebé dejar de respirar	1,1	2,0
	El pequeño tamaño de mi bebé	2,7	1,5
	El aspecto arrugado de mi bebé	1,9	1,3
	Tener una máquina (Respirador) que respira por mi bebé	3,6	1,3
	Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	3,7	1,4
	Mi bebé siendo alimentado por medio de un tubo o vía intravenosa	3,2	1,4
	Cuando mi bebé parecía tener algún dolor	2,9	2,0
	Mi bebé llorando por largo tiempo	1,7	2,0
	Cuando mi bebé parecía asustado	1,4	1,9
	Cuando mi bebé parecía triste	1,4	1,9
La apariencia débil de mi bebé	3,2	1,6	
Movimientos espasmódicos o agitados de mi bebé	2,5	1,9	
Mi bebé no pudiendo llorar como los otros bebés	2,6	1,7	
Relación bebé/ padre o madre	Estar separados de su bebé	4,4	1,0
	No poder alimentar yo mismo al bebé	4,0	1,2
	No poder cuidar a mi bebé yo mismo (pañales o bañarlo)	4,0	1,3
	No poder tomar en brazos a mi bebé cuando quiero	4,2	1,2
	A veces olvidar como es mi bebé	0,8	1,5
	No poder compartir a mi bebé con otros miembros de la familia	3,9	1,2
	Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebe del dolor y de procesos dolorosos	4,1	1,2
	Tener miedo de tocar o sostener a mi bebé en los brazos	2,7	1,8
	Sentir que el personal está más cerca de mi bebé que lo que yo estoy	2,7	1,6
	Sentirme importante como ayudar a mi bebé en esta etapa	3,7	1,4
Total	General	2,9	0,3
* Valores:	No ha experimentado el estrés		0
	No ha sido estresante		1
	Un poco estresante		2
	Moderadamente estresante		3
	Muy estresante		4
	Extremadamente estresante		5

Datos: encuesta realizada por el investigador.

2.2

DISCUSIÓN

La hospitalización de un recién nacido prematuro es un evento de gran repercusión emocional que los padres deben transitar. Ellos, en este camino experimentan un torbellino de emociones dada la situación de inminente gravedad de sus hijos. Manifestando sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad, nerviosismo, enojo, frustración, miedo, inseguridad y tristeza.

Este estudio tuvo el objetivo de mostrar que los padres de bebés prematuros sufren de estrés, percibido como la sensación de tensión, nerviosismo o ansiedad, dado el hecho inesperado para lo cual no estaban preparados en la esfera psicológica para este acontecimiento.

Es necesario considerar que el resultado de la investigación tuvo un sesgo de selección dado que no se pudo extrapolar los datos a la población.

En la edad de la muestra tuvo una Media de 29 años, igual a la media de padres del estudio de Wormald F. y cols (2015) que fue de 29 años; en contraste con rangos de edad menores, 15-24 años que representó la muestra de Aguiñaga Zamarripa M. (2016) y medias de edad un poco más elevada de 34-36 años en el estudio de Palma E, (2017).

De los resultados obtenidos en este trabajo se evidencia que el “Nivel de Estrés Total” medido a través de los tres Aspectos de la escala es de una Media de 2.9 Desvío Estándar (DS): 0.3 es decir, que el nivel de estrés es moderadamente estresante si tomamos el promedio de todas las características que conforman la escala. Coincidiendo con estudios previos: Miles M, et al. (1993) cuya Media fue de: 3.14 DS: 0.85; Palma E, et al (2017) obtuvo una Media de: 2.87 DS: 0.69; Caruso A. (2012) Media: 3 DS: 0.91; Wormald F, et al. (2015) Media: 3.1 DS: 0.8 y con el grupo de intervención de la investigación de Ruíz A, et al (2005) Media: 3.16 DS: 0.93, Campos González, A. (2018) Media de 3.18 DS: 0.18.

En la medición de todos los aspectos y características intervinientes, el nivel “Extremadamente estresante” tuvo porcentajes mayores que los demás niveles de estrés.

En el nivel: “Extremadamente Estresante” se observó que el factor que más lo produce es la Relación del Rol Parental y de ese aspecto la característica: “Estar separados de su bebé” con más de la mitad de las respuestas, seguido de las siguientes características: “No poder tomar en brazos a mi bebé cuando quiero”, “Sentirse impotente e incapaz de proteger al bebé de procesos dolorosos”, “No poder cuidarlo”, “No poder alimentarlo yo mismo”, “No poder compartir el bebé con otros miembros de la familia”.

La dimensión del Rol Parental tuvo un nivel de estrés moderado a muy estresantes. Similar valor tuvo Palma E (2017) donde la “Relación con el bebé y rol parental” obtuvo una Media: 3.23 DS: 0.92 y de los ítems: “Estar Separado de mi bebé” seguido del “sentirse impotente e incapaz de proteger al bebé del dolor y de procedimientos dolorosos” y de “sentirse impotente de cómo ayudarlo en esta etapa” fue moderado a muy estresante el nivel de estrés.

Escobar D. (2012) en los determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérminos hospitalizados encontró un 90.5% el hecho de estar separadas de sus bebés como situaciones muy o extremadamente estresantes y un 63.4% de las madres refirieron sentirse extremadamente estresante al no poder brindarles la atención necesaria a sus hijos.

En el estudio multicéntrico del estrés en padres de prematuros de muy bajo peso al nacer de Wormald F. et al (2015) la alteración del “Rol Parental” tuvo el puntaje más elevado de las sub escalas media de: 3.6 DS.1; de los ítems el estar separados de sus hijos (Media: 4.2 DS: 1.1), seguido de no poder alimentarlo (Media: 3.8 DS:1.4) y no ser capaz de protegerlo frente al dolor (Media:3.8 DS:1.5).

Caruso A. (2012) evaluando el estrés percibido por los padres ante la separación de sus hijos y la consecuente alteración de sus funciones parentales indicaron una Media de: 4 DS: 0.85 por lo que concluyen que este suceso es el de mayor nivel de estrés para los mismos.

León M. et al (2005) destaca que la alteración de los roles parentales constituye el factor que más genera estrés en los pares. Siguiendo esta línea, Jofré Aravena V (2002) mencionan que un 51.4% de las madres presentaron niveles estresantes, con una significación estadística en la dimensión del rol materno.

Shaw R. (2006) estudiando el trastorno del estrés agudo de padres de hijos internados en UCIN exponen que la mayor gravedad de los síntomas del trastorno del estrés agudo se relaciona fuertemente con las preocupaciones sobre la alteración del rol de los padres.

Campos González, A. (2018). Tuvo una Media de 3.42 DS: 0.90 en la Relación del Rol Parental con el bebé siendo este aspecto de la escala el de mayor puntaje obtenido. Astudillo Araya, A. (2019) obtienen un nivel de estrés global extremo, Media 4.22, el factor que más lo influye es la alteración en el Rol como causante de mayor estrés en los padres Media: 3.83 similar a Kegler, J. (2019) con una Media de 3.49, y con una Media de 3.24 DS: 1.24 Domínguez Martínez, V. (2020).

Zhinin Illescas, V. (2020) un 87% de sus encuestados refiere percibir la separación de sus hijos como un estresor excesivo.

Por lo anteriormente citado, el nacimiento prematuro y la separación temprana detienen los lazos de vinculación: Madre/Padre- Bebé generando tensión y dificultades para poder cumplir el rol maternal/paternal.

Desde el momento que el bebé nace antes de tiempo e ingresa a UCIN, los progenitores se ven impedidos de otorgar a sus hijos los cuidados necesarios como padres, alejándolos de su propio rol. Tienen la sensación de ser meros observadores, como consecuencia el sistema del padre o de la madre es amenazado en su estabilidad y puede sobrevenir un conflicto de rol al sentirse poco o no útiles sobre cómo ayudar a su bebé en esta etapa. Aguiñaga- Zamarripa M. (2016).

Para el nivel de extremadamente estresante, el segundo orden en este estudio fue para: “Aspectos y Comportamientos del bebé” cuyos factores más relevantes fueron: “Ver agujas y tubos puestos en mi bebé”, “Cuando mi bebé pareciera tener algún dolor”, “Tener un respirador respirando por mi bebé”, “Presencia de moretones, cortes e incisiones”, “Tubos y aparatos puestos en el bebé” y la “Forma de respirar anormal o poco usual”. Wormald F. (2015) tiene puntaje similar en las características: “Tubos y equipos puestos en el bebé”: Media: 3.3 DS: 1.4, seguido por “Vista de agujas y tubos puesto en él” Media: 3.3 DS: 1.5 y en tercer lugar a “La apariencia débil de su hijo” Media: 3.1 DS: 1.5. Como así también Aguiñaga- Zamarripa M. (2016) identificó un puntaje promedio con una Media de 3.66 en los ítems de heridas, cortadas o incisiones, tubos y equipos en o cerca del bebé fueron percibidos por los padres como moderadamente estresantes.

Escobar, D. (2012) considera como extremadamente estresante a cualquiera de los procedimientos invasivos que se realizan al bebé en un 45.5% de sus resultados.

Ruíz, A. (2005) expresa algún nivel de estrés en las madres en relación a la forma de respirar del bebé, dato que concuerda con este estudio donde el 30% de los entrevistados cita a dicha característica como extremadamente estresante.

Campos González, A. (2018).tuvo una Media: 2.96 DS: 1.70 en este ítem, similar a Kegler, J. (2019) con una Media de 2.83 y Astudillo Araya, A. (2019) con una Media: 2.88 DS: 1.10. El estudio de Domínguez Martínez, V. (2020) en este aspecto, su Media fue más baja: 2.29 DS: 1.165.

Zhinin Illescas, V. (2020) el 83% refirió sentir estrés excesivo en el aspecto del color poco común de su hijo, seguido por ver que su hijo está conectado a un respirador.

Esta investigación obtiene para el nivel extremadamente estresante en tercer lugar a los “Aspectos Visuales y Sonoros del Ambiente UCIN” en un 10%, y de este aspecto se destaca en un 28.6% a los

“Ruidos repentinos de Alarmas y Monitores” con una Media de 3.3 DS: 1.4. Esta característica es muy y extremadamente estresante en un 52.4%.

Porcentajes más elevados evidencia Escobar D. (2012), un 57.7% de las referencias muy y extremadamente estresantes para: “Ruidos repentinos de alarmas y monitores”.

Los Aspectos Visuales y Sonoros para Caruso A. (2012) fueron moderadamente estresantes Media: 3 SD: 0.91: análogos a los estudios de Palma E. (2016) quien obtuvo para dicho aspecto una Media de 2.70 DS: 0.77 es decir poco a moderadamente estresante. También Campos González, A. (2018) y Astudillo Araya, A. (2019) en este ítem tuvieron similares valores de Medias de 2.83 y 2.74 respectivamente.

Aguñaga- Zamarripa M. (2016) al igual que Domínguez Martínez, V. (2020) y Kegler, J. (2019) refieren niveles de poca intensidad de estrés para los factores que intervienen en “Aspectos y Sonidos” del ambiente de internación. Diferente a Zhinin Illescas, V. (2020) en el cual un 64% sus participantes percibió estrés excesivo en cuanto al ambiente de UCIN.

CAPÍTULO 3

CONCLUSIÓN

Las madres y padres de bebés prematuros atraviesan esta experiencia con gran repercusión emocional.

El parto prematuro interrumpe la preparación psicológica de la maternidad y la paternidad y obstaculiza el desarrollo temprano del vínculo afectivo con el bebé.

Caracterizar el nivel de estrés permite abordar la problemática en la cual los padres de bebés prematuros están inmersos.

Este estudio concluye:

La edad media de los padres participantes fue de 29 años, padres jóvenes, en procesos personales de formación y aprendizajes.

De los factores que repercutieron en los niveles extremadamente estresantes se destacaron la Alteración en el Rol Parental, en casi la mitad de los padres encuestados. Es así, como el nacimiento prematuro y la separación también prematura, dado los requerimientos de UCIN del bebé, dificulta la vinculación temprana madre/padre- bebé y altera el rol materno/paternal.

Con respecto a los “Aspectos y Comportamientos del bebé y sus tratamientos” sus características se asociaron a un nivel de estrés moderado a bajo.

De los “Aspectos Visuales y Sonoros”, la presencia de tecnología en el ambiente de UCIN como monitores, aparatos, otros bebés enfermos y la presencia del personal de salud fueron consideradas con un nivel de estrés leve a moderado. De este aspecto, un puntaje más elevado, lo propició los ruidos repentinos de las alarmas como fuente de estrés. Se atribuye a que dichos sonidos son señales de gravedad del bebé.

Por todo lo anteriormente mencionado, se concluyó que el “Estrés Parental” está dado por reacciones emocionales adversas ante la alteración del desempeño de los padres en sus funciones como cuidadores primarios de sus hijos, que nacieron prematuros y fueron internados en UCIN.

El estar separados físicamente de sus hijos es la característica más relevante del “Rol Parental”, le siguen en orden de importancia las características de no poder tomarlos en brazos, ni ofrecerles los cuidados necesarios, las mismas, han generado en los padres incluidos en el estudio niveles elevados de estrés. De ello se desprende que la vinculación materno-paternal/ bebé está condicionada por el estado de salud del neonato.

Los sentimientos de impotencia que denotaba no poder proteger a sus hijos del dolor o de aquellos procedimientos dolorosos fueron percibidos por los padres con niveles de estrés elevados.

El ambiente de UCIN, ambiente tan necesario para el cuidado del neonato prematuro es también una barrera que sienten los padres al verse separados de sus hijos, sin poder otorgarles los cuidados necesarios, no pudiendo protegerlos y ayudarlos en esta etapa.

Se pudo evidenciar que el estrés total de los padres fue moderadamente estresante.

De los resultados del presente estudio, se aprecia la necesidad de fomentar una interacción temprana, incentivando el contacto físico de los padres con sus hijos como tomarlos en brazos, tocarlos, hablarles, ofrecerles el ser parte de las tareas de cuidados como alimentarlos, bañarlos, cambiarle pañales, siempre que el estado clínico del bebé sea posible, sin limitar el horario de visitas favorecería el vínculo madre-padre-bebé.

La posibilidad de desarrollar el contacto físico precoz beneficia la vinculación, la interacción y el apego, refuerza positivamente la auto-confianza de los padres y podría actuar como un factor protector de estrés.

Muchos años han pasado desde aquella primera incubadora que vino a “revolucionar” la atención de los bebés más pequeños, llamados “monstruos”, “raros”, objetos de espectáculos en aquella sociedad. La tecnología con sus avances permanentes, les dio la posibilidad de sobrevivir y madurar anatómica y fisiológicamente; pero ellos no son hijos de la ciencia, son hijos de padres, con un entorno y en un ambiente socio- cultural que los individualiza y los caracteriza. La visión humanística debe acompañar la visión tecnológica, el curar y el cuidar van de la mano, centrando la atención en los bebés prematuros y en sus familias, como un “todo” indisoluble.

Comprender el “Nivel de Estrés” que sintieron los padres, moviliza a reflexionar en las prácticas de atención neonatal, en las cuales, acciones de participación activa de la familia con estrategias de



intervención centradas en el bebé y en sus padres serían lazos propicios para el desarrollo motor, cognitivo y emocional, del bebé y ayudarían a mitigar la tensión, la ansiedad y el nerviosismo de los padres. Concientizando:

-“EL ABRAZO DE LOS PADRES: UNA PODEROSA TERAPIA”-



CONSIDERACIONES FINALES

Si bien, la percepción de los padres de tensión, ansiedad y angustia en este trabajo se la denomina semánticamente: “Estrés” dado el nombre de la “Escala de Estrés Parenteral en UCIN: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care” (PSS: NICU) de Miles (1993) adaptada al español que mide la percepción de los padres acerca de los estresores provenientes del ambiente físico y psicológicos en las UCIN. Numerosas otras Escalas de Angustia y Ansiedad miden estas percepciones con sus variaciones semánticas.

Bibliografía

Achenbach, T.M, Howell, C. T, Aoki, M.F, Rauh, V.A. (1993) Resultado de nueve años del programa de intervención de Vermont para bebés con bajo peso al nacer. *Pediatría*, 91(1):45-55.

Acosta Romo, M. F. y Cabrera, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales: Estudio de Revisión Documental. *Revista UNIMAR*, 34(1):193-199.

Acosta Romo, M. F, Cabrera Bravo, N., Basante Castro, Y., Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Rev. Univ. Salud*, 19(1):17-25.

Almario, L., Salinas, L., Romero Gómez, A., Vázquez Lira, G. (2016). *Revista Enfermedades Neurológicas*, 15(3):139-152.

Aguñaga Zamarripa, M., Reynaga Ornelas, L. y Beltrán Torres, A. (2016). Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Revista Enfermería Instituto México Seguro Social*, 24(1):27-35.

Astudillo Araya, A., Pacheco, S. y Daza Sepúlveda, J. (2019). Nivel de Estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. *Revista Ciencia y enfermería*, 25(18).

Barra C., L., Marín P., A., Coó, S. (2021). Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: Fundamentos y características principales. *Andes Pediátrica*, 92(1): 131-137.

Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A.B., Kinney, M., Lawn, J. (2013). Born Too Soon: La epidemiología global de 15 millones de nacimientos prematuros. *Reprod Salud*, 10 (1):S1.

Boullosa Frías, N. (2004) Condicionantes y caracterización del estrés en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile. Tesis de Grado, Universidad Austral de Chile.

Carter, J.D., Mulder, R.T., Bartram, A.F. y Darlow, B.A. (2005). Infants in a Neonatal Intensive Care Unit: Parental response. *Journal of Disease in childhood fetal and neonatal edition*, 90:109-113.

Campos Gonzalez, A., Amador Morán, R., Alonso Uría, R. y Ballester López, I. (2018). Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2):1-10.

Cano, E. (2013). Estrés y Ansiedad Parental en la UCIN: El papel modulador de una intervención temprana. Tesis Doctoral. Departamento en Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Murcia. España.

Carter, J.D., Mulder, R.T. y Darlow, B.A. (2007). Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Journal of Personality and Mental Health*, 1(1):40-50.

Caruso, A. (2010). Evaluación Psicológica del Estrés en Padres de bebés Prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN): La Adaptación de la Escala De Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (PSS: NICU). II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Caruso, A. (2012). El estrés de los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación y VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Ceriani Cernadas, J.M. (2019). Las causas principales de la prematuridad y los muy frecuentes trastornos que ocasionan. *Archivo Argentino de Pediatría*, 117(4):210-211.

Climent, Patricia. (2022). 50° Aniversario del Servicio de Neonatología: “Profesor Juan Vicente Climent” su historia. *Revista Ludovica Pediátrica*, 25(1):4-8.

Daus, M. (2017). Enfermería neonatal, intervención y estimulación temprana: un camino conjunto para el cuidado del crecimiento y el desarrollo. *Revista Enfermería Neonatal*, 23:21-27.

De Rivera, L. (2010). Los Síndromes de Estrés. Editorial Síntesis, Madrid, 1:1-20.

Díaz, Z., Caires, S. y Correia, S. (2014). Dificultad de los Padres con Bebés internados en Unidad de Cuidado Intensivos Neonatal. *Revista Enfermagem Referenca*, 4(3):85-93.

Díaz, Z., Caires, S. y Correia, S. (2016). Necesidades y Preocupaciones de Padres de Bebés internados en una Unidad de Neonatología. *Revista Psicología, Saúde e Doencas*, 17(2):236-252.

Docherty, S. L., Miles, M.S. y Holdich Davis, D. (2002). Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragile infants. *Journal of Advanced Neonatal Care*, 2(2):84-92.

Domínguez-Martínez, V., y Cortés-Escárcega, I. (2020). Adaptación cultural y validación de Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit en padres mexicanos. *Enfermería universitaria*, 16(4), 339-350.

Duque Gómez, S, (2018). Representaciones maternas acerca de sí misma como madre en adolescentes gestantes institucionalizadas. Universidad De Antioquía. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. El Carmen de Viboral.

Espinoza Ortiz, A., Pernas Álvarez, I., y González Maldonado, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*, 18(3): 697-717.

Fowlie, P.W. y McHaffie, H. (2004). Supporting parents in the neonatal unit. *Journal of Pub Med*, 329(7478):1336-1338.

Franck, L.S.; Cox, S.; Allen, A. y Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6):608-615.

Fernández Dillems, M. (2004). Intervención sensorio motriz en recién nacidos prematuros. *Revista Pediátrica Electrónica*, 1(1):13-20.

Gallegos Martínez, J, Reyes Hernandez, J. y Silvan Scochi, C. (2010). La Unidad Neonatal y la participación de los Padres en el cuidado del prematuro. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 24(2):98-108.

Gallegos Martínez, J; Reyes Hernandez, J. y Silvan Scochi, C. (2013). El Neonato Prematuro Hospitalizado: significado para sus padres en la Unidad Neonatal. *Revista Enfermagen*, 21(6):1360-1366.

Gomez Severo, D., Calcagno Gomez, G., De Olivera Ribeiro, D. y cols. (2022). Reacciones Psicológicas de padres de recién nacidos ingresados en la UCIN. *Revista Psicología de la Salud*, 10(1): 12-23.

Gonzalez Escobar, D., Ballesteros, C., Nury, E. y Serrano, M. (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérminos hospitalizados en UCIN. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(1):43-53.

Gonzalez Serrano, F. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: Atención y Acompañamiento al bebé y a la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente*, 49: 133- 152.

Gonzalez Serrano, F., Castro, C., Lasa, M., Hernanz, M., Tapia, X, Torres, M., Ibáñez, B. (2012). Las representaciones de apego y el estrés en las madres de niños nacidos pretérminos de muy bajo peso a los 2 años. *Anales de Pediatría* ,76(6):329-335.

Graell Amat, A., Lanza Castelli, G. (2014). Mentalización, apego y regulación emocional. *Lanza*, 10.

Grosik, C., Snyder, D., Cleary, G, Breckenridge, D. y Tidwell, B. (2013). Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. *The Permanent Journal*, 17(3):36-41.

Holdich Davis, D. y Miles, M. (2000). Mothers stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Network*, 19(3):13-21.

Hosiasson, F., Beca, J., Vaisman, S. (2021). Inicios de la especialidad y cuidados intensivos neonatales en Chile. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 32 (6):633-639.

Howson CP, Kinney MV, Lawn JE (2012). Save the Children, World Health Organization. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization.

Jimenez Parrilla, F., Los Certales, M., Los Certales, A., Barbacho Morarte, M. M., Lazarote Fernandez, D., Macia, C. y Nieto Rivera, C. (2002). Padres de Recién Nacidos Ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: Impacto emocional y familiar. *Revista Vox Pediátrica*, 11(2):27-33.

Jofré Aravena, V.E. y Henriquez Fierro, E. (2002). El nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción. *Revista Ciencia y Tecnología*, 8(1):31-36.

Josch, M. (2018). 770 Gramos. Editorial Planeta. Primera edición.

Kegler, J., Neves, E., Da Silva, A., Bigolin Jantsch, L., Bertoldo, C., Da Silva, J. (2019). Estrés en padres en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev. Anna Nery*, 23(1).

Larguía M. (1998). Las maternidades centradas en la familia. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 17: 97-19.

Larguía. A., Lomuto, C., Gonzalez, M. (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de la Salud de la Nación. Fundación Neonatológica para el recién nacido y la familia.

Ley Provincial, 1970-G. Provincia del Chaco.

Liu Oza. S, Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.*, 388(10063):3027-35.

León Martín, B., Poudereux Mozas, M., Gimenez Rodriguez, C. y Belaústegui Cueto, A. (2005). Sistema de Intervención Psicológica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Revista Mapfre Medema*, 16:130-139.

Marín Fuentes, B., Alonso Valle, A., Izquierdo Sanchez, B., Suárez García, N. (2016). Repercusión psicológica de hospitalización del neonato grave y crítico en la madre acompañante. *Universidad Médica Piñarena*, 12(1):1-12.

Martínez, C. (2008). Los bebés prematuros y sus padres. Editorial Cesarini. Primera edición

Martínez, J. L. (2008). Revista Médica Clínica Condes, 19(3):152-157.

Marlow, N., Wolfe, D., Bracewell, M.A., Samara, M. (2005). Discapacidad neurológica y del desarrollo a los seis años de edad después del nacimiento prematuro. N Engl J Med. 352: 9-19.

Matos Alviso, L.J., Reyes Hernández, K.L., López Navarrete, G.E. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal, 7 (3):179-186.

Melo, R., Souza, I. y De Paula Cardozo, C. (2014). La voz de la mujer madre de prematuro en la unidad neonatal: Un enfoque Fenomenológico. OBJN: online Brazilian Journal of Nursing, 13(2):198-206.

Menendez Maissonave, C. (2019). El papel de las unidades de cuidado intensivo neonatales en el desarrollo infantil pretérmino. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires – Argentina.

Mendoza Tascón, L., Claros Benitez, D., Mendoza Tascón, L. Guatibonza, M., Peñaranda Ospina, C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. Chil. Obstet Ginecol 81(4):330-342.

Mercado, A. (2004). Grupo de madres durante procesos críticos entorno del nacimiento. Revista Psicodébate, Psicología, Cultura y Sociedad, 3:117-126.

Meyer, E., García Coll, C., Lester, B., Boukydis, C. (1994). Family based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. Pediatrics. 93 (2):241.

Mew, A.M, Holditch Davis, D., Belyea, M., Miles, M.S., Fishel, A. (2003). Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. Neonatal Netw. 22(5):51-60.

Miles, M.S., Funk, S.G. y Kasper, M.A. (1992). The Stress response of mothers and fathers of preterm infant. Journal of Nursing and Health, 15:261-269.

Miles, M.S., Funk, S.G. y Carslon, J. (1993). Parental stressor scale: neonatal intensive care unit. *Journal of Nursing Research*, 42(3):148-152.

Ministerio de Salud Argentina. Ley N° 25.929 Derechos del paciente.

Ministerio de Salud Argentina. Ley N° 27.611/2021. Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia.

Muniagurria, G. (1998). Intervenciones Psicosociales en la Unidad de Cuidados Intensivos: Cuidando al recién nacido y a sus padres. Simposio de Seguimiento Neonatal. Congreso Perinatólogo Argentino.

Oiberman, A., Schoham, C., Galíndez, E., Di Biasi, S., Vega, E. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5 (2):77-89.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Nacimientos Prematuros.

Osorio Galeano, S., Salazar Maya, Á. (2022) El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro. *Revista Cuidarte*, 13(2): 2104.

Osuna Guerrero M. (2018). Estrategias de humanización en las unidades neonatales: revisión bibliográfica. *Biblioteca Lascasas*, 14.

Padilla, J., Menéndez Alvarez, D. e Hidalgo, M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación de riesgo en madres de familias de riesgo usuarias de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 23:25-32.

Palacios, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista De La Universidad Industrial De Santander. Salud*, 48(2), 164-176.

Palma, E., Von Wusson, F., Morales, B. I., Cifuentes, J. R. y Amado S. (2017). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3):332-339.

Pallás A. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo en las Unidades Neonatales. *An Pediatr Contin*, 12(2): 62-7.

Palacios, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista De La Universidad Industrial De Santander. Salud*, 48(2):164-17.

Parra Falcón, F.; Moncada, Z.; Oviedo Soto, S. y Marquina Volcanes M. (2009). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de Alto Riesgo Neonatal, 18(1):13-17. Persano, H. (2017). *El mundo de la salud mental en la práctica clínica*. Editorial Akadia, 13:157-177.

Proyecto de Ley. Expediente 5057-D-2018. Programa Madre Canguro. Creación en el Ámbito de Salud de la Nación.

Quiroga, A. (2018) Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una Filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Revista Enfermería Neonatal*. 27:4-10.

Ramírez, M.; Navarro, S.; Clavería, C.; Yerko, M.; Cox, A. (2018) Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos. *Rev. Chil. Pediatr*. 89(2): 182-189.

Rivera, L. (2010). Los síndromes del estrés. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*. 16 (1):77-78.

Roman, R. (2009) *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. Ed: Universidad Complutense De Madrid.

Rodríguez, D., Ceriani Cernadas, J., Abarca, P., Edwards, E., y cols. (2020). Estrés Postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(5):306-312.

Ruíz, A. (2009). De la investigación a la clínica en la atención a niños nacidos prematuros. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y V Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Ruiz, A.L., Ceriani Cernada, J. M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en las madres: Un Programa de Intervención. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 103(1):36-45.

Ruíz, A. (2019). Nacer prematuro. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 23(2): 205-218.

Salomé, S., Mansi, G., Lambiase, C. V., Barone, M., Piro, V., Pesce, M., Sarnelli, G., Raimondi, F., y Capasso, L. (2022). Impact of psychological distress and psychophysical wellbeing on Posttraumatic symptoms in parents of preterm infants after NICU discharge. *Italian journal of pediatrics*, 48(1), 13.

Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3(1): 141-157.

Santos, M., Oiberman, A. (2011) Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y VII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Shaw, R.J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B. y Koopman, C. (2006). Acute Stress disorder among parents of infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. *Journal of Psychosomatic*, 47(2):206-212.

Shield Poe, D y Pinelli, J. (1997). Variables asociadas al estrés parental en unidad de Cuidados intensivos. *Red Neonatal*, 16(1):29-37.

Sociedad Argentina de Pediatría. (2019). Observatorio de Salud Materno Infantil en Cifras.

Sociedad Argentina de Pediatría. (2012). Marco de Referencia para la Formación de Residencias Médicas.

Sousa, F. y Dos Santos Curado, M. (2021). Escala de evaluación del estrés parental en la Unidad de Neonatología: validación estadística para la población portuguesa. *Enfermería Global*, 20(64), 391-425.

UNICEF. (2010). Decálogo del Prematuro. Semana del Prematuro 2010.



Wormald, F., Tapia, J., Torres, G. et al. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizado en UCIN: Estudio Multicéntrico Red Neonatal NEOCOSUR. Archivos Argentinos de Pediatría, 113(4): 303-309.

Zhinin Illescas, V.; Tandazo Agila, B.; Analuca Cajamarca, M. (2020). Estresores Parentales en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Loja, Ecuador. Revista San Gregorio, 43 187-196.

ANEXOS

ESCALA DE ESTRES PARENTAL: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: PSS: NICU Miles, M.S. (1993).

Los profesionales que trabajan en unidades neonatales de cuidados intensivos están interesados en cómo este ambiente y esta experiencia afecta a los padres. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es la habitación donde su bebé recibe cuidados médicos. A veces llamamos a esta habitación la UCIN a modo de abreviación. Nos gustaría saber sobre su experiencia como madre/padre cuyo bebé está ahora en la UCIN.

Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé estaba en la UCIN. Nos gustaría que usted indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Si no ha tenido una de las experiencias que describimos, por favor, marque NA para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la NICU. Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/a o tenso/a.

En el cuestionario, marque el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted. Los siguientes números indican los niveles de estrés: 1= No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentirse ansioso, nervioso o tenso. 2= Un poco estresante. 3= Moderadamente estresante. 4= Muy estresante. 5= Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, marque NA “no aplicable”. Vamos a tomar esta situación como ejemplo: Las luces fuertes en la UCIN.

Si, por ejemplo, usted cree que las luces de la unidad neonatal de cuidados intensivos eran extremadamente estresantes, usted debe marcar el número 5: NA 1 2 3 4 5

Si usted cree que las luces no fueron estresantes en absoluto, debe marcar el número 1:
NA 1 2 3 4 5

Si las luces fuertes no estaban encendidas cuando usted visitó a su hijo/a, usted debe marcar NA, indicando así no aplicable: NA 1 2 3 4 5.

A continuación, hay una lista de varios ASPECTOS VISUALES Y SONOROS comunes en una UCIN. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas VISTAS Y SONIDOS para usted. Haga un círculo en el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, haga un círculo en NA para indicar: no aplicable.

1. La presencia de los monitores y los aparatos. NA 1 2 3 4 5

2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos. NA 1 2 3 4 5

3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor. NA 1 2 3 4 5
4. Los otros bebés enfermos en la habitación. NA 1 2 3 4 5
5. El gran número de personas trabajando en la unidad. NA 1 2 3 4 5

A continuación, hay una lista de situaciones que podrían describir EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBE cuando usted lo visita la UCIN y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Haga un círculo en NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Si, por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted marcando el número apropiado.

1. Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
2. Moretones, cortes, o incisiones en mi bebé. NA 1 2 3 4 5
3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo). NA 1 2 3 4 5
4. Una forma de respirar anormal o poco usual en mi bebé. NA 1 2 3 4 5
5. Ver un cambio repentino de color en mi bebé (por ejemplo, ponerse pálido o azul). NA 1 2 3 4 5
6. Ver a mi bebé dejar de respirar. NA 1 2 3 4 5
7. El pequeño tamaño de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
8. El aspecto arrugado de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
9. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé. NA 1 2 3 4 5
10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé. NA 1 2 3 4 5
11. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso.
NA 1 2 3 4 5
12. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor. NA 1 2 3 4 5
13. Mi bebé llorando por largo tiempo.
NA 1 2 3 4 5
14. Cuando mi bebé parecía asustado. NA 1 2 3 4 5
15. Cuando mi bebé parecía triste. NA 1 2 3 4 5
16. La apariencia débil de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
17. Movimientos espasmódicos o agitados de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
18. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés. NA 1 2 3 4 5

Las últimas preguntas que queremos hacerle son sobre cómo se siente usted respecto a su propia RELACION con su bebé y su PAPEL DE PADRE/MADRE. Si usted ha experimentado las siguientes

situaciones o sentimientos, indique qué tan estresado/a ha estado marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, señale con un círculo NA si no experimentó lo que describimos.

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

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Resistencia, de.....de 2019

Lo invitamos a participar de un estudio de investigación denominado: “**Caracterización del Estrés en Padres de recién nacidos prematuros internados en Unidad De Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)**”.

Este estudio nos permitirá identificar el nivel de estrés que presentan los padres de hijos prematuros que se encuentran internados en UCIN y que factores asociados al entorno de hospitalización desencadenan el mismo (factores asociados a ambiente, al aspecto y comportamiento de su bebé prematuro y factores con respecto a su rol como padres).

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino un solamente un código numérico. No es obligatorio que Ud. participe de este estudio, **UD. PUEDE NO ACEPTAR** participar del mismo. **Podrá retirarse** de la investigación en cualquier momento sin dar ninguna explicación.

¿Quiénes podrán participar de este estudio?

Participarán de este estudio aquellos padres cuyos hijos prematuros se encuentren internados en UCIN de la División de Neonatología del Hospital J.C. Perrando.

Su participación consistirá en responder según la intensidad de su percepción subjetiva el nivel de estrés que presenta en situaciones que se mencionarán a través de un cuestionario.

Al participar en esta investigación posibilitará generar en un futuro acciones y programas que den intervención a esta problemática

Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos de Medicina.

Si hay algún aspecto de este, que no comprenda o sobre el que desee solicitar más información no dude en comunicarse con la médica: Dantur, Mirna Mariana, correo electrónico: maridantur@yahoo.com.ar.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

Firma del padre..... Aclaración.....DNI:

Firma del investigador..... Aclaración..... DNI: