

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



PROYECTO DE TESINA

**ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGÍA
RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS BRINDADOS POR
ENFERMERÍA.**

Por.

Enf. Mariela Tocalli

Director:

Arnoldo Wertz

Lic. en enfermería.

Docente Asesor:

Lic. Simón Acosta

Rosario, Febrero 2019

Proyecto de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien cada día me brinda una nueva oportunidad para dar lo mejor de mí, y así glorificar su nombre.

A mis padres que con su sabiduría, responsabilidad, y respaldo incondicional, me han enseñado a seguir adelante y creer en mí en todo momento.

A mi familia completa, por la paciencia y colaboración incondicional durante todos los años de estudio.

A mi director de tesina por sus recomendaciones, consejos y aliento, tanto en los estudios como en el trabajo.

A mi docente asesor por su guía y habilidad para impartir conocimientos.

Resumen.

Cuando un bebé nace antes de tiempo requiere cuidados de enfermería especiales dentro de una unidad hospitalaria, este evento se convierte en traumático para la familia. Varios estudios demuestran que en general son las madres las que presentan elevados niveles de ansiedad, y muchas veces progresan a trastornos mentales más severos que requieren intervención clínica. Una disminución en los niveles de ansiedad puede relacionarse con la buena percepción de las madres acerca de los cuidados que los enfermeros brindan a sus hijos.

El objetivo de este proyecto será determinar que relación existe entre la percepción de los cuidados de enfermería y la ansiedad en las madres de hijos hospitalizados en neonatología, en un hospital privado de Rosario durante los meses de julio a Octubre del 2019.

Se tratará de un estudio de investigación no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal, donde se medirán las variables ansiedad y percepción de los cuidados que brinda enfermería; utilizando instrumentos validados para cada una, escala de ansiedad de Hamilton y cuestionario Cucace respectivamente. Se tomará una población aproximada de 50 madres, que reúnan los criterios de inclusión, para evaluar la relación de la variable percepción de los cuidados que brinda enfermería con el nivel de ansiedad percibido por la madre del RN hospitalizado en la UCIN.

El instrumento de recolección de datos será codificado y procesado computacionalmente, utilizando el programa estadístico SPSS para el procesamiento estadístico.

Palabras Claves:

Percepción de los cuidados de enfermería, Ansiedad, Madres con hijos hospitalizados en neonatología.

INDICE GENERAL

Resumen y palabras claves	3
Índice general	4
Introducción	
Estado Actual del conocimiento o estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	10
Marco Teórico	12
Material y métodos	
Tipo de estudio o diseño	30
Sitio o contexto de la investigación	31
Población y muestra	31
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
Personal a cargo de la recolección de datos	32
Plan de análisis	39
Plan de trabajo y cronograma	42
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	44
II. Instrumento de recolección de datos	47
III. Resultados del estudio exploratorio	64
IV. Resultados de la prueba piloto	65
Bibliografía	66

Introducción.

Gran parte del desarrollo de un ser humano tiene lugar durante los primeros años de vida, los niños que no reciban la atención *BIOPSIICOSOCIAL* necesaria, se perderán de desarrollar todo su potencial y "no hay segunda oportunidad". (Unicef, 2018)

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir más de uno cada 10 nacimientos son prematuros, la mayoría (60%) se producen en África y Asia meridional, donde se observan tasas de nacimientos antes de tiempo de más del 15% del total. Pero este problema no solo afecta a esas zonas, ya que en países como Brasil o EEUU, están los mayores números, lo que hace ver que el nacimiento prematuro sea un problema global. En Europa la incidencia de los partos prematuros es alrededor de 5 al 7% de los nacidos vivos. En los EEUU alcanzan al 12%, en España alrededor del 6,47%. En Argentina hay alrededor de 750.000 nacimientos por año y el 8% son prematuros, lo que significa 60.000 nacidos prematuros por año. El promedio a nivel mundial es del 11% sobre el total de los nacimientos, teniendo en cuenta esto podemos valorar la magnitud en cantidad de madres posibles a sufrir ansiedad durante las internaciones de sus hijos en las UCIN.

Dentro del ciclo familiar, una de las etapas más significativas, es el nacimiento de un hijo, un evento que la mayoría de personas dentro de una sociedad lo anhelan y lo experimentan. La espera por la llegada de un nuevo integrante a la familia, sin duda cambia la rutina de la pareja y de la familia, lo cual genera varios niveles de ansiedad. Sin embargo, cuando un bebé nace antes de tiempo y requiere cuidados médicos especiales dentro de una unidad hospitalaria, este evento inesperado se convierte en un evento traumático tanto para la madre como para toda la familia.

Durante el período de gestación, la embarazada presenta cambios a nivel corporal, caracterizados por el aumento de peso, modificaciones a nivel mamario, pigmentaciones a nivel dérmico, y cambios psíquicos, caracterizados por labilidad emocional. Cuando se produce un parto prematuro, independientemente de la causa, los niveles de ansiedad que puede presentar la madre por estos cambios, se intensifica. En este caso ya no es solo el nacimiento un factor estresante que cambia la dinámica familiar, también lo es la condición traumática a la que se deben enfrentar por la salud de su hijo. (Caruso, 2011)

Un neonato o recién nacido y hasta los 28 días de vida, puede necesitar asistencia hospitalaria por diferentes causas, como prematuridad, bajo peso al nacer, infecciones, asfixias, síndromes de taquipnea transitoria, dificultades respiratorias, metabulopatias, enfermedad de la membrana hialina, etc; todos estos acontecimientos se presentan de manera inesperada, resultando en angustia y ansiedades para las madres alterando el vínculo parento filial (OMS, 2018).

En este nacimiento prematuro todo lo imaginado por las madres para su hijo se ve frustrado, llevan meses esperando ese momento, el día de encuentro, del abrazo, la mirada y la primer toma de pecho; pero todo ese parto soñado, la felicidad de tener a su hijo en sus brazos con la sensación de logro aparece nublada, desdibujada cuando eso que planificaron llega demasiado pronto. Sobrevienen diversas emociones muchas veces encontradas como ilusión y desesperanza, alegría y tristeza, ya nada es previsible ni controlable desde su lado; la imagen de ese bebé que hasta ese momento anidaba seguro en el vientre, se les aparece de otro modo, conectado a artefactos desconocidos que les impide tomarlo en brazos y brinda la protección para la que estaban preparadas. Este nacimiento crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el niño como en las madres. Luego del nacimiento prematuro, el ingreso y la hospitalización del recién nacido en una UCIN genera en las madres un shock para el cual no están preparadas, elevando el riesgo de depresión, ansiedad y estrés postraumático, con repercusiones a corto y largo plazo en ejercicio del rol parental (Lasheras, 2017).

Al ingresar a un recién nacido a la UCIN, se involucra además a los padres, quienes debe ahora enfrentar una realidad desconocida y diferente a la planeada. Se han estudiado las diversas reacciones emocionales de los padres, entre ellas se menciona la existencia de problemas de autoestima en las madres de los bebés nacidos prematuros, argumentando que muchas madres experimentan sensación de fracaso. (Rossel C. K, 2002)

Cuando ocurre un parto prematuro, acompañando la sensación de fracaso, los padres experimentan varios sentimientos, que incluyen miedo ante una situación desconocida e inesperada, tristeza, enojo, ira e impotencia, y muchas veces culpabilidad por diversas situaciones que se pudieron o no realizar durante el embarazo.

Pese a los notables progresos en la neonatología moderna que sin duda han contribuido para una importante disminución de la mortalidad neonatal e infantil, la experiencia, y varios estudios corroboran que en general la reacción emocional de las madres ante dicho suceso suele ser intensa, perturbadora, lo que provoca además de estrés, ansiedad y depresión (Palacio Díaz, 2012)

Los efectos que, de alguna manera pueden obstaculizar el fortalecimiento del vínculo afectivo entre las madres y el recién nacido, incluyen ambientes altamente tecnológicos, la separación prematura por la hospitalización, los horarios de visita restringidos, los equipos de soporte vital, las alarmas de los monitores, y conversaciones del equipo de salud que interpretan como lenguaje complejo e incomprensible y los lleva a asumir la hospitalización no solo como un hecho necesario, sino también como una agresión para ellos y sus hijos.

Una actitud cálida, respetuosa y comprensiva enmarcada en una relación empática por parte de enfermería en la UCIN, llevan a disminuir la ansiedad-estrés en las madres con hijos hospitalizados, coinciden autores como Silfuentes, Arenas, Hernández y Florez (Arenales Lagos, 2005)

Lowdermilk, Perry y Bobak, afirmaron hace más de una década, que la hospitalización en las UCIN provoca en las madres reacciones diversas que en general son muy intensas y perturbadoras. Se da un impacto emocional asociado al sentimiento de pérdida y al evento súbito e intempestivo que representa la enfermedad. La hospitalización del recién nacido genera en las madres diferentes grados de ansiedad que los exponen a enfermedades psicosomáticas, cambios en el estado financiero, alteración en los hábitos de sueño, alimentación, recreación, cambios en los roles, y en algunas situaciones, en especial cuando existen otros hijos, que son expuestos a que los padres deban dejarlos solos por largos periodos de tiempo, debido a la mayor dedicación al RN (recién nacido) hospitalizado. (Lowdermilk, 1998)

Para González y Naddeo, el evento traumático por el que pasan las madres al ser separadas de su RN, merece una atención especial de parte del equipo de salud, con el propósito de permitirles verbalizar las inquietudes y estructurar planes que permitan a las madres y otros miembros de las familias participar en el cuidado del recién nacido, pero sin interferir con la complejidad inherente al cuidado intensivo en las UCIN. (Gonzalez, 2007)

El duelo anticipado que vivencian los padres tocan su subjetividad, y aun siendo así no los mueve en la búsqueda de soluciones más pertinentes para el cuidado, todo esto parece ser atravesado por la falta de conocimiento y competencias para realizarlo adecuadamente. Esto nos sigue remitiendo a un proceso de transformación de la asistencia neonatal tradicional basada en la separación del cuerpo biológico del neonato enfermo y la toma de decisiones de manera unilateral, en detrimento de los cuidados centrados en la familia, donde es de importancia el empoderamiento de enfermería como propulsora cambiante de paradigmas, cambiando la percepción sobre nuestros cuidados no solo de los padres, sino de todo el equipo de salud.

En su trabajo de investigación Lezma Andia, Yesenia Medaly sobre el Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuro sometidas a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012, tenían como objetivo determinar el nivel de ansiedad-estado que presentan las madres, llegaron a la conclusión: que el 46,7% de las madres presentan un nivel de ansiedad estado moderada, significando esto que su campo de percepción se encuentra disminuido, pero si la madre se propone puede mantener la concentración necesario sobre la salud de su recién nacido prematuro, es preciso mencionar que el rol de la enfermera es vital para la madre que se encuentra en este punto pueda ser capaz de sobrellevar toda la carga emocional a la que se enfrenta, brindándole las herramientas necesarias para que su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales sea más llevadera y con ello mejorar la relación madre – hijo y evitar que pase al siguiente nivel de ansiedad que es la severa. (Lezma Andia, 2012).

En otro trabajo de investigación de Rubiños Isela titulado: Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos, cuyo objetivo era medir los niveles de estrés y ansiedad de padres con hijos internos en UCIN y UTIP, así como evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por éstos; llegaron a la conclusión que los participantes presentan bajos niveles de estrés pero altos niveles de ansiedad, así como el empleo de estrategias adecuadas de afrontamiento. (Rubiños, 2012)

En un estudio observacional, multicéntrico internacional y transversal realizado en unidades de neonatología pertenecientes a la Red Neocosur, titulado: Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Se plantearon como objetivo determinar el estrés

inicial de padres de recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN) hospitalizados en 12 unidades de cuidados intensivos neonatales en una red neonatal sudamericana, identificar los factores asociados y comparar el nivel de estrés parental en centros públicos vs privados. Llegando a la conclusión que en los padres de RNMBPN, se encontró un estrés inicial moderado. El factor más relevante fue la alteración en su rol parental. El estrés parental fue mayor en las madres y en los centros públicos. Se requiere una mayor sensibilización, investigación e intervención en esta área. (Lic. Francisca Wormalda, 2015)

Sifuentes Contreras, A. y cols, en el estudio titulado: Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal, tenían como objetivo determinar las características de la relación terapéutica que establece entre el personal de enfermería con los padres de los neonatos internados en el Hospital Central de San Cristóbal. Táchira, Venezuela. Realizaron un estudio descriptivo, con diseño transversal, con una población de 30 padres, a quienes se les aplicó un cuestionario de 19 ítems. El análisis e interpretación de los resultados se realizó con base a estadística descriptiva; llegando a la conclusión que los datos obtenidos reflejan una debilidad en la prestación de cuidados de enfermería de esta unidad a los padres de los neonatos hospitalizados, por lo que es necesario reforzar las actitudes y comportamientos positivos del profesional de enfermería hacia los padres, de manera que se permitan el surgimiento de una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía, que les permita proporcionar un cuidado que ayude a los padres adaptarse a la unidad, y fomentar su capacidad de ser padres y madres de un recién nacido en condiciones de alto riesgo biológico.

El Personal de Enfermería que se encuentra en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales está llamado a fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los padres de los neonatos hospitalizados en esta unidad, ayudando así a reconocer sus debilidades, a través de talleres de crecimiento personal que promuevan la empatía, la comunicación y cuidado de sí, para cuidar de los otros. (Sifuentes Contreras, 2010)

Como se ha expuesto varios estudios demuestran que en general son las madres las que presentan elevados niveles de ansiedad, y muchas veces progresan a trastornos mentales más severos que requieren intervención clínica. Estas se ven influenciadas por múltiples factores tales como su red de apoyo, los aspectos culturales, la condición

socioeconómica, que modulan la forma en que la madre maneja esta situación. Son estas madres quienes deben ser identificadas tempranamente para brindarles un mayor apoyo desde el punto profesional, y por supuesto incluir a la familia, ya que en los progenitores suele observarse reacciones psíquicas similares o actitudes de alejamiento acorde al mecanismo de defensa individual, y el resto de la familia puede ser un elemento de apoyo óptimo o negativo para el tratamiento o recuperación. (Boullosa Frías, 2004)

Para dar respuesta a las necesidades que experimentan las madres, y atender las vivencias por las que pasan durante este periodo, se realiza el presente proyecto de investigación que se aplicará en el efector elegido con el propósito de conocer los niveles de ansiedad que experimentan las madres con hijos hospitalizados en esa sala, relacionado con la percepción que las mismas tienen en cuanto a los cuidados y atención de enfermería hacia sus hijos y familia en conjunto, a fin de poder mejorar a futuro la calidad de atención brindada por los enfermeros de la sala, procurando realizar un trabajo que genere cambios positivos en enfermería.

Entonces se tratará de dar respuesta al problema acerca de ¿Qué relación existe entre la percepción de los cuidados de enfermería y la ansiedad en las madres de hijos hospitalizados en neonatología, en un instituto privado de Rosario durante los meses de Julio a Octubre del 2019?

Utilizando como hipótesis el supuesto que cuanto mayor sea la percepción de los cuidados que brinda enfermería, menor serán los niveles de ansiedad de las madres con hijos hospitalizados en neonatología.

El objetivo general de este estudio será determinar que relación existe entre la percepción de los cuidados de enfermería y la ansiedad en las madres de hijos hospitalizados en neonatología, en un instituto privado de Rosario durante los meses de Julio a Octubre del 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el nivel de ansiedad de las madres, según la manera que perciben el ambiente físico y tecnológico de la UCIN.
- Determinar el nivel de ansiedad en las madres, según las limitaciones en la interacción con sus hijos hospitalizados en la UCIN.

- Describir como la asistencia segura puede influir en los niveles de ansiedad de las madres con hijos hospitalizados en la UCIN.
- Describir cómo la interacción positiva de las enfermeras interviene en el nivel de ansiedad de las madres con hijos hospitalizados en la UCIN.
- Determinar como la apariencia y comportamiento del bebé afecta sobre la ansiedad de las madres con hijos hospitalizados en la UCIN.

Marco teórico.

Para lograr comprender la percepción vamos a iniciar con la definición de la Real Academia Española, que la describe como "acción de percibir una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y que conlleva al conocimiento" (Española, 2017).

La psicología de la Gestalt integra al concepto los efectos del análisis de la percepción del sujeto, afirmando que "la percepción humana no es la suma de los datos sensoriales, sino que pasa por un proceso de reestructuración que configura a partir de esa información una forma, que se destruye cuando se intenta analizar, y esta experiencia es el problema central de la psicología". Para la psicología este concepto contiene dos elementos principales, uno relacionado con las características de los estímulos que activan nuestros sentidos, y condicionan el proceso de recuperación en la memoria a través del procesamiento y síntesis de la misma; el segundo elemento abarca características como experiencias, actitudes y personalidad, y conlleva un proceso que consiste en la predicción de acontecimientos futuros para reducir o evitar la sorpresa.

La percepción requiere de un componente objetivo, y tangible, o sea un estímulo necesario para que desencadene la respuesta, que se relacionaría con un componente subjetivo, porque en la expresión de la misma entran a formar parte de la historia personal y lo relacionado con los estímulos generadores de respuesta que posee la persona, ya sean imaginarios sociales, experiencias previas similares que lo lleven a evocar la situación actual, culturas, y componentes que son característicos de la personalidad de cada individuo.

Entonces debemos entender a la percepción como flexible, ya que puede ser modificada por diversos factores que ya han sido nombrados. La herencia, el ambiente y el aprendizaje, tienen un papel determinante en la forma en la que percibimos el todo que nos rodea, mediante esta percepción recopilamos la información, la procesamos y formamos la idea de un objeto. (Terapia Psicológica Gestalt, 2003)

Se han planteado algunas diferencias entre la percepción de la persona y el objeto: La percepción de las personas es de carácter dinámico. La percepción de las personas es generalmente más compleja, debido a los atributos que no son observables a simple vista. Los seres humanos necesitamos conocer e interpretar todo aquello que nos

rodea, incluyendo a las personas que nos rodean. La percepción en el ser humano es algo cotidiano, al querer explorar los sentimientos y las reacciones de los demás, llegamos de una u otra manera a buscar su percepción y tratar de interpretarla. (Florez Aguirre Sandra, 2008)

La interpretación y juicios que hacen las personas sobre otras, implica un proceso que contiene, en primera instancia, una impresión de las mismas, y una observación cuidadosa y permanente de sus acciones y de las expresiones verbales y no verbales, que dan origen a las acciones y actitudes de los sujetos hacia los demás. Las impresiones hechas en las relaciones interpersonales frente a los demás pueden cambiar a medida que la persona conoce más de la otra, pero en ésta dinámica la primera impresión es difícil de modificar en la medida que se resiste al cambio. (Canales, 2003)

Es preciso decir que al hablar de percepción tenemos en cuenta la respuesta de los seres humanos frente a lo que percibimos, analizamos y procesamos, esta es la cuestión que le interesa a enfermería para poder valorar la percepción de las madres que tienen sus hijos internados en las UCIN con respecto a nuestros comportamientos de cuidado.

Hay quienes afirman que el acto perceptual genera un entendimiento que podemos utilizar como base para la acción; es decir, a partir de los resultados que evidencian las madres de la percepción de los comportamientos de cuidado que tienen las enfermeras con sus hijos hospitalizados, podremos hacer aportes para la mejora de estos momentos de cuidado enfermera-recién nacido, con el propósito de enriquecer las intervenciones del equipo de enfermería y contribuir de una manera positiva a la gestión del cuidado en la UCIN. (Camargo Betancourth, 2008)

Puedo coincidir con varios autores en plantear que existen algunos aspectos claves que se deben tener en cuenta para el éxito del cuidado de enfermería neonatal, ellos son: Permitir el contacto físico del recién nacido con su madre, lo cual fortalece el vínculo afectivo y disminuye el periodo de estancia hospitalaria; la escucha merece una atención especial y énfasis en el compromiso que debe existir por promover el apego; facilitar el contacto visual y táctil entre la madre y su hijo recién nacido, más aún a aquel que está en programas canguro; establecer estrategias que permitan involucrar a los padres en los cuidados básicos, como limpieza oral, alimentación por sonda, etc.;

una actitud positiva y facilitadora por parte de enfermería; es fundamental escuchar las vivencias compartidas por las madres y relacionarlas con la vivencia actual; el apoyo y acompañamiento en las UCIN no solo va dirigido al recién nacido, sino a sus madres, quienes experimentan sentimientos de angustia y ansiedad ante la situación de su hijo; se debe ofrecerles un plan de cuidado que considere a la madre como agentes de autocuidado de sus hijos en el hogar, ya que estos deben prepararse para lo que pueden hacer en su casa. (Silfuentes Contreras, 2011) (Gonzalez, 2007) (Hernandez, 2002).

Un aspecto importante en la percepción que tendrán las madres sobre los cuidados, es la calidad en los mismos que tenga cada enfermero. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, la palabra Calidad viene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa: propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. (Española, 2017)

Al hablar de las propiedades inherentes a algo, también se puede hacer referencia a objetos, situaciones o circunstancias que le confiere capacidad de satisfacer las necesidades explícitas o implícitas de un individuo que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida del mismo. El término calidad tiene diversas definiciones que dependen de las necesidades y del contexto donde se vaya a utilizar, pero su gran objetivo es responder a las necesidades o expectativas de un cliente, usuario y paciente con equidad, efectividad, y eficacia. La calidad se ha convertido en un asunto de gran interés a escala mundial, incluso, un gran número de organizaciones y expertos en el tema, han tratado de buscar una definición global para el concepto de calidad; sin embargo, lo cierto es que no existe una definición específica que pueda considerarse como la más correcta, todas las definiciones propuestas que se han declarado en la historia, desde algún punto de vista, han sido aceptadas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad es “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención de salud óptima, teniendo en cuenta todos los conocimientos técnico - científicos del personal médico, para así lograr el máximo nivel de satisfacción del paciente” (University Research. Co., 1999)

Se podría decir que calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará. La calidad puede estar definida sólo en términos del agente. (Deming W, 1989)

Otros aportes que se hacen sobre el concepto de calidad, refirieron que la ética es de gran importancia para las dimensiones de la calidad, puesto que se deben establecer normas de calidad desde la aplicación de los conocimientos técnico-científicos, hasta al momento de tener una relación interpersonal con el paciente en el momento de brindar el cuidado de enfermería. Si bien es cierto, que la calidad es entender al paciente, o en este caso a las madres de los pacientes, que son quienes definen la calidad del servicio, y el resultado que se espera de la atención prestada es lograr un equilibrio entre los riesgos y los beneficios. (Dorrego, 2001)

También se plantea que la calidad de la atención es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente, que puede atribuirse al cuidado precedente en salud, logrando los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles al paciente.

Según éste la calidad de los servicios tiene tres dimensiones fundamentales: Componente técnico: hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión y la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos, la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de seis aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficacia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad. Componente interpersonal: se refiere a las relaciones que se presentan entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal donde debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo de modo determinante en la satisfacción del paciente. Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, incluye aspectos como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes).

“La calidad de la atención es el encuentro paciente – proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores

mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente” (Donabedian, 1990).

El cuidado se encuentra en la raíz primaria del ser humano y representa un modo de ser esencial, presente, irreductible, constituyente y base posibilitadora de la existencia humana. Cuidar es más que un acto, una actitud y un valor. El cuidado es un acto de reciprocidad interactivo e integrativo. Cuidar demanda la entrega del profesional de enfermería, hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente, donde se envuelve lo objetivo y lo subjetivo en un todo coherente (Pinto, 2001).

La historia ha dado a la profesión de enfermería el privilegio del encargo social del cuidado y la ubica hoy en día en un lugar destacado de aporte al bienestar y la seguridad humana. El cuidado de enfermería goza socialmente del espacio común de la confianza, la protección, la esperanza y la capacidad de solidaridad; siendo el cuidado un acto humanizado de enfermería fundamentado en teorías propias, conocimientos y tecnología de las ciencias biológicas, sociales y humanas que identifica, prioriza y decide una intervención eficiente y eficaz para obtener un resultado de satisfacción del individuo o colectivos que puede ser medido por indicadores. Haciendo un recorrido por las teorías de enfermería, se puede decir que desde las primeras proposiciones de Nightingale y Henderson, hasta las más actuales conceptualizaciones en sus diferentes variaciones, contiene alusiones al cuidado.

El conocimiento teórico del cuidar empezó en enfermería en la década de los 50 con Madeleine Leininger, quien defendió la concepción de que el cuidado es una necesidad humana esencial, y el cuidar es la esencia de enfermería y es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización. (Alacoque, 2001-2003)

De igual forma, se considera que el cuidado de enfermería constituye un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador, que hace referencia a los fenómenos abstractos que están relacionados con experiencias de asistencia y apoyo para con los demás que requieren mejorar su estado de salud (Marriner, 2007).

Según Ariza, el cuidado de enfermería es un conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve, interviene en una forma importante en la prevención, curación y rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad,

razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente. (Ariza, 2005)

El cuidado de enfermería debe generar en el paciente o madre del paciente un cierto grado de satisfacción que según Williams, es el grado de cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención recibida, dependiendo de las expectativas previas y la información recibida de otros usuarios. El grado de expectativa crece cuando aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, la atención de los medios de comunicación por las situaciones de salud, mayor preocupación social por la salud, mayor tecnología y nuevos tratamientos en el mercado. (Williams & Susan, 1998)

La Competencia para la prestación de servicios de salud de calidad a los pacientes va en aumento. Como resultado de ello, la necesidad de satisfacer los usuarios es evidente. La percepción de satisfacción de los pacientes es importante y proporciona una base para evaluar el desempeño del sistema de atención en salud y la forma de prestar los cuidados de enfermería. Los pacientes a menudo han manifestado que las actividades afectivas de la enfermería son más importantes para su satisfacción que las actividades de enfermería técnicas. (Larrabee, 2001)

La satisfacción del paciente ha sido considerada como un indicador de calidad de la prestación del cuidado de enfermería, es por esto que muchas investigaciones de la atención en salud están tratando de determinar qué esperan los pacientes del cuidado de la salud y lo que les gustaría que se les suministrara respecto a su cuidado.

Además muchas instituciones están desarrollando sus propias encuestas para evaluar la percepción de la calidad del cuidado. También refieren que hay diferentes opiniones sobre la capacidad de los pacientes para evaluar adecuadamente los conocimientos técnicos y competencias de los proveedores de servicios de salud. En la esfera de la atención de la salud algunos piensan que la mayoría de los pacientes no están calificados para tomar decisiones acerca de la competencia de las enfermeras y que no tienen los conocimientos necesarios para evaluar el cuidado respecto a aspectos técnicos, siendo esta una preocupación para incluir preguntas sobre aspectos técnicos de la atención en encuestas de satisfacción del paciente. Otra preocupación es que las encuestas que evalúan la satisfacción en general no incluyen dimensiones específicas del cuidado de enfermería como: sus expectativas, experiencias, necesidades y

actitudes ya que estas variables influyen en la satisfacción del paciente. Además algunos de los pacientes son reacios a informar de cualquier sentimiento negativo acerca de los cuidadores, ya que dependen de ellos. (Williams & Susan, 1998)

Los estudios publicados por Johansson, sobre la satisfacción de los pacientes muestran que, entre los factores asociados, la edad se ha relacionado con un mayor grado de satisfacción. Una posible explicación podría ser que las personas más mayores se sienten más satisfechas debido a un mayor deseo de no molestar y un mayor sentimiento de impotencia. (Johansson, 2002)

Con respecto al estado de salud, las personas que padecen depresión u otras alteraciones en su salud mental presentan puntuaciones más bajas de satisfacción. Las personas que refieren estar satisfechas con los cuidados también dicen estar satisfechas con otros aspectos de su vida; además, los pacientes que han participado en las decisiones con respecto a su proceso están mucho más satisfechos. “Los resultados más relevantes acerca de la satisfacción de los enfermos muestran que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia de los cuidados y la capacidad técnica son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido” (Pujiula-Masó, 2006)

En relación a como debe ser el cuidado de la enfermera, su trato, conocimientos y profesionalismo se puede acordar lo siguiente:

Forma de ser de la enfermera: hace referencia a los atributos generales de las enfermeras, por ejemplo, "maravillosa", "útil", "desinteresado", "dulzura", "sensibilidad" y dedicación. Atención: conocimiento general o de la anticipación y la comprobación a las necesidades del paciente, la voluntad para atender a las solicitudes y dedicación de tiempo al paciente. Disponibilidad: enfermeras disponibles para dar respuesta rápida cuando el paciente lo necesite. Seguridad: hacer que los pacientes se sientan como en casa; las enfermeras saben cuándo el paciente se siente mal; reconfortar al paciente; disipar temores; mostrar empatía. Trato individual: adaptación de la atención a los pacientes, llamar a los pacientes por su nombre. Apertura / informalidad: permite cierta libertad al paciente; las enfermeras pueden parecer amigos, brindar atención a los pacientes con humor, hacen que los pacientes se sientan como en casa, disipan temores mostrando empatía. Información: las enfermeras mantienen informados sobre la condición del paciente; mantienen informados a los familiares, utilizan un lenguaje

apropiado y claro para comunicarse, dan información con sensibilidad. Profesionalismo: la manera en que las enfermeras llevan a cabo su trabajo, algunos pacientes piensan que cuando el enfermero tiene mucho trabajo se ve desagradable, sucio y monótono. Organización / gestión: parece estar organizada de manera eficiente; proporcionan la continuidad en la atención, hay una buena comunicación entre las enfermeras a la hora del cambio de turno, trabajan en equipo. Conocimientos: conocimiento general que demuestra la enfermera, conocimiento individual de los pacientes en cuanto a su condición y tratamiento.

En cuanto hablamos de la ansiedad-estado, es definida como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad si no es patológica, en cierto nivel de presentación, es producto de estímulos estresantes, que pueden llevar a la adaptación del individuo, importante para la vida diaria o alterar su estado emocional, impidiendo el correcto desempeño del individuo en su vida cotidiana. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. En las madres con un hijo internado la ansiedad surge al enfrentarse a una situación crítica debido al estado delicado de salud de su hijo. (García, 2012)

La ansiedad se presenta como una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta en situaciones desagradables y constantes que ponen en un estado de alerta al individuo, es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos en cualquier parte anatómica del cuerpo.

El miedo, implica el presentimiento de que algo grave puede ocurrir, este es una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o para estar alerta frente a posibles amenazas, es decir que es necesario para afrontar las situaciones de la vida cotidiana.

La ansiedad normal no implica una reducción de la libertad personal, sin embargo podría convertirse en patológica si logra alterar el comportamiento del individuo y pasa

a ser una amenaza más que una defensa, es desproporcionada a las situaciones o se llega a presentar en la ausencia de peligros ostensibles, manifestándose por síntomas de aprehensión expresiva una tensión mental de intensidad tal que interfiere en las actividades cotidianas del individuo.

La ansiedad y el estrés provocan algunos signos de alarma en las madres, que el equipo de salud, en este caso enfermería debe tener en cuenta: miedo, palpitaciones, sudoración, irritación, estado de alerta, trastornos del sueño, sueños recurrentes sobre lo que están viviendo; inhibición o retraso en la bajada de leche (PRONEO, 2016).

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación des-adaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc. A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial, etc. Es entonces cuando la ansiedad se convierte en un problema de salud.

Algunas personas presentan problemas de ansiedad porque tienen tendencia a reaccionar exageradamente ante las dificultades. Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento especialmente desagradable o que viven como tal. Ocurre, con frecuencia, que la aparición de un problema importante o la acumulación de pequeños problemas es el origen del trastorno. En ocasiones, la ansiedad aparece justo cuando se ha resuelto el problema y, por tanto, cabría esperar que esa persona se encontrase mejor.

Los desórdenes de ansiedad son verdaderos, diagnosticables y tratables. Son las enfermedades mentales más comunes del mundo occidental. Podemos hablar de causas primarias y causas secundarias de la ansiedad. En la ansiedad primaria no existe un cuadro de síntomas que justifique el trastorno, la ansiedad es, entonces, una

condición en sí misma, es decir, existe una propensión mayor en algunas personas a padecer ansiedad debido a factores de tipo genético y hereditario, que está directamente relacionada con la química de los neurotransmisores del cerebro y que se puede experimentar en varias etapas de la vida. Esta ansiedad, sin embargo, afecta a un número muy reducido de personas. Por el contrario, la ansiedad secundaria la padece un gran número de personas y es causada por un trastorno psicológico o bien por una enfermedad psiquiátrica o física subyacente. (University Research. Co., 1999)

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad: Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.

Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.

De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a

la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general. El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental.

La ansiedad y el miedo se pueden manifestar de muchos modos. Una persona ansiosa o con miedo puede sentir tensión muscular, palpitaciones, manos o pies fríos, oleadas de calor o escalofríos. También puede sentir la necesidad de evitar a aquellas personas, lugares o situaciones que le causan miedo o ansiedad. Otros síntomas frecuentes de la ansiedad son la irritabilidad, las náuseas, los vértigos, los temblores, las dudas reiteradas, los mareos y las preocupaciones excesivas. Algunas personas que padecen problemas de ansiedad pueden sentir crisis de ansiedad (o ansiedad repentina y muy elevada) cuando se encuentran con determinadas personas o animales. También es posible sufrir crisis de ansiedad en situaciones como volar en avión, subir a un piso elevado o entrar en un espacio muy reducido. Otras personas tienen estas crisis de forma inesperada y sin nada que las provoque, aparentemente. En la sociedad actual son muchas las personas que padecen debido a la ansiedad o el miedo. Algunos expertos afirman que cuatro de cada diez personas pueden experimentar alguno de los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, estudios rigurosos indican que dos varones y tres mujeres de cada diez han tenido, tienen o tendrán algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Las repercusiones de padecer un trastorno de ansiedad pueden llegar a ser considerables (Moreno, 2002).

Clasificación de la Ansiedad por sus Síntomas: la ansiedad es un trastorno, que en términos generales abarca varias formas diferentes, es decir que presenta variaciones, por lo que la psiquiatría hacia el final del siglo XIX, explica que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos, síntomas episódicos. Estudios recientes reconocen una gran variedad de trastornos de ansiedad, además de haber hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de

estos es la misma que la involucrada en los trastornos depresivos y bipolares. El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa. Los trastornos de ansiedad en el DSM-IV (Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales) se dividen principalmente en: 1. Trastorno de ansiedad generalizada. 2. Trastorno de pánico (con o sin agorafobia). 3. Trastorno obsesivo-compulsivo. 4. Trastorno por estrés postraumático. 5. Trastorno por estrés agudo. 6. Trastorno de ansiedad social o fobia social. 7. Trastorno fóbico. A fines del tema que trata el proyecto, sólo se describirán algunos.

Trastorno de Ansiedad Generalizada: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más común que afecta a adultos mayores. La ansiedad puede ser un síntoma secundario al abuso de medicamentos o sustancias, y los profesionales médicos deben ser conscientes de ello. El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la "preocupación por la preocupación". Antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada los médicos deben descartar causas de ansiedad inducido por fármacos.

Trastorno por estrés postraumático: el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que se produce a partir de una experiencia traumática. El estrés post-traumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas, como una guerra, desastres naturales, violaciones, secuestros, abuso infantil, acoso o incluso un accidente grave. También puede resultar por una exposición prolongada en el tiempo a un estrés crónico, como por ejemplo los soldados que soportan batallas individuales, pero no pueden hacer frente al combate continuo. Los síntomas comunes incluyen hipervigilancia, escenas retrospectivas rememorando el acontecimiento traumático (flashbacks), conductas de evitación, ansiedad, ira y depresión. Hay una serie de tratamientos que constituyen la base del plan de atención para las personas

que sufren trastorno de estrés postraumático. Estos tratamientos incluyen varias formas de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapias grupales y el apoyo de familiares y amigos.

Trastorno de ansiedad social: el trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un intenso, crónico y persistente temor, acompañado de conductas de evitación, a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo en situaciones de interacción social. Este temor puede ser específico para situaciones sociales especiales (como hablar en público) o, generalmente, experimentarse en la mayoría (o todas) de interacciones sociales. La ansiedad social específica a menudo manifiesta síntomas físicos tales como rubor, sudoración, temblor, taquicardias y dificultad para hablar. Al igual que el resto de trastornos fóbicos, los que sufren de ansiedad social a menudo tratan de evitar la fuente de su ansiedad; y en el caso de la ansiedad social se torna particularmente problemático, y en casos graves puede llevar a la exclusión social. Trastorno de ansiedad social o fobia social TAS. Quien padece de un trastorno de ansiedad por separación presenta niveles intensos e inapropiados de ansiedad al separarse de una persona o lugar. La ansiedad de separación es algo normal en el desarrollo natural de bebés o niños, y sólo puede ser considerada como trastorno cuando este sentimiento es excesivo o inapropiado. El trastorno de ansiedad por separación afecta a aproximadamente el 7% de los adultos y el 4% de los niños, pero los casos infantiles tienden a ser más severos; en algunos casos, incluso una breve separación temporal puede desencadenar sentimientos de pánico.

Etiología de la Ansiedad: desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema serotoninérgico es importante, con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés y en la ansiedad. La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Las bases biológicas de la ansiedad, en la investigación bioquímica y farmacológica ha ido estableciendo la evidencia de que algunos trastornos de ansiedad pueden ser debidos a unos mecanismos bioquímicos particulares, con una fisiopatología determinada. Los

primeros estudios mostraron que diferentes estados de ansiedad respondían a terapias farmacológicas distintas (trastorno de pánico, a la imipramina y trastorno de ansiedad generalizada, a benzodiazepinas), lo que hizo suponer que en ambas entidades podrían estar implicados mecanismos fisiopatogénicos diferentes. (Rivera, 2012)

Saliendo de la etiopatología y volviendo dentro de las UCIN es necesario que el equipo de salud trabaje para poder acompañar y ayudar en la construcción temprana del vínculo y en los obstáculos emocionales que se presentan en la interacción entre las madres y el bebé, a fin de ayudar a un desarrollo afectivo posterior positivo, disminuyendo la carga de factores estresantes que provocan una mayor ansiedad.

Se produce una demora en el establecimiento del vínculo, en especial debido a: las propias capacidades del bebé. La inmadurez de los mecanismos neuropsicológicos hace que los padres vayan descubriendo la vivencia afectiva del bebé y cual es su capacidad para soportar las estimulaciones, sus deseos y sus necesidades internas, sin caer en la sobre-estimulación o sub-estimulación. Las distintas modalidades de la estimulación sensorial son necesarias, pero pueden resultar perturbadoras para el bebé. La disminución de la interacción de los padres con su bebé, en un principio les puede parecer que su recién nacido no percibe su presencia ni las acciones que ellos realizan. (Proneo, 2016)

Algunos de los comportamientos de las madres que demuestran un empobrecimiento en su modo de vincularse con su bebé son: disminución en su canto y gestualidad, dejan de acariciarlo, lo repliegan, lo alzan pero no lo cobijan en su cuerpo, lo ubican lejos del rostro, o no asisten diariamente a la UCIN. El riesgo es que se provoque un déficit en la función materna de cobijar a su bebé, importante para generar el apego entre ellos.

La presencia constante de la figura de apego promueve el anclaje a la entrada en la realidad. La sola presencia afectiva frente a la incubadora, sus modos y las formas sensoriales de relacionarse, van promoviendo que los padres funden una referencia en el bebé de la dimensión del espacio.

El apego es la tendencia del ser humano a establecer un lazo con el otro, a identificarse primariamente con ese otro. Promueve seguridad en un ser humano, es una necesidad tan primaria como la sexualidad y la alimentación. A tal punto que un

apego seguro permitirá luego poder separarse sanamente de las figuras primarias y desarrollar una exploración y conocimiento sobre el mundo.

Los padres se enfrentan, desde el nacimiento de su bebé, a la angustia de la muerte, y en el principio ven a un bebé que no se comporta como un recién nacido normal al que ellos esperaban, éstos son apáticos e hipo activos, entonces los padres tienden a sobre-estimularlo por la ansiedad que les genera, soslayando el fantasma de la muerte.

Debemos hacer referencia al duelo de los padres: el duelo, dolor, lástima, aflicción o sentimiento, es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

La prematuridad establece condiciones particulares de contacto con el hijo, a eso le podemos sumar la propia indefensión del ser humano y la desfavorable condición biológica del prematuro. El nacimiento en sí mismo implica separación, y la prematuridad trae consigo la premisa de estar bajo la tecnología y otras personas que lo cuidan.

La prematuridad desafía el narcisismo de los padres, la decepción por no haber podido llegar a término; la omnipotencia de los padres se ve devastada. Hay sentimientos de decepción, y junto con el duelo aparecen el desasosiego, el desamparo y el dolor. La función materna está amenazada, las madres no saben como sostener o manipular a sus bebés, como hacer para estar presentes, poder adaptarse a los ritmos y horarios de las UCIN y al mismo tiempo ser proveedores de afecto. Lidian con los ideales del hijo que deseaban y la caída de estos. (Proneo, 2016)

Podemos también hablar que la ansiedad en las madres se relaciona a la crisis emocional por la que atraviesan durante la internación de sus hijos, esta se divide en 5 etapas.

Primera Etapa: Conmoción o choque. Es la 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 apesadumbrada y 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. (Fava vizziello, 2000).

Una falta de resolución de la crisis, puede generar respuestas patológicas entre las que destacan: el continuar en la negación, atender al niño con interés excesivo (sobreprotección), estrés, ansiedad, depresión, enfermedad psicósomática y hostilidad. La población que está expuesta a los factores causantes de ansiedad en la UCIN es numerosa. Es importante mencionar que el promedio de estadía de neonatos en las salas de neonatología se aproxima a doce días, tiempo en el cual los padres cambian sus actividades cotidianas: empleo, tipo y hora de comidas, atención del hogar, relaciones con sus familias y amigos, para acudir a visitar y brindar relación y cuidado a sus hijos. (Herman V, 1996).

Según Muniagurria, explica que los profesionales de la salud que trabajan en una UCIN son testigos del nacimiento de un niño en “riesgo vital”, pero que también son testigos del nacimiento de la relación más temprana entre el niño y sus padres, en un contexto adverso. (Maniagurria, 2018)

El riesgo psíquico al que se ven expuestos los padres por el impacto emocional de la internación del hijo RN, demanda también, de cuidados intensivos emocionales, que apunten a lograr la sobrevivencia y calidad de la vinculación padres-recién nacido. Ese

“estado de máxima felicidad y plenitud” prometida, se convierte para estos padres, en un “estado de máximo estrés y preocupación” y se debe considerar también que los padres deben aprender a vincularse con el “hijo real”. Se debe escuchar a los padres, validar su sufrimiento, orientarlos y ayudarlos a fortalecer el vínculo y a superar su estrés y preocupaciones, si esto no se realiza, los cuidados técnicos y médicos brindados al RN, perderán su verdadero sentido, poniendo en riesgo el apego y la calidad de vida futura del niño y su familia. (Fava Vizziello, 1993)

Roberts y Edwards, afirmaban por su parte que el estrés fisiológico de los padres, es provocado por la visualización del niño rodeado de equipo de monitoreo, o paralizado y sujeto a un ventilador; Miles y cols; coinciden con lo anterior diciendo que pueden provocar dificultades psicosociales que han sido consideradas como crisis emocionales agudas. Otros autores señalan que la falta de espacio y privacidad, la constante actividad y el tránsito de personal, equipo de monitoreo continuo, tiempo restringido de visita y observación de otros niños en estado grave son características del ambiente de la UCIN referidos como estresantes para los padres. Por su parte, el personal de enfermería suele estar muy ocupado en procedimientos rutinarios altamente especializados, que no les permite dar atención constante a las necesidades de los padres. (Miles, 1993)

Teóricamente, la enfermera es la encargada de dar enseñanza y orientación a los padres y su familia, sin embargo en la realidad esta orientación se da en forma aislada, ocasional o únicamente al dar de alta al paciente; por tanto, la comunicación con la familia no está unificada a través de programas sino distribuida entre el equipo de salud, sin que modelos profesionales en particular sean responsables de tal cuidado. Esto puede acrecentar aún más la confusión, ansiedad e incluso los sentimientos de hostilidad en los padres complicando la relación enfermera-paciente. Todo esto pondrá a prueba la paciencia de los padres y exigirá mucha confianza en el equipo profesional, ya que también ellos van a tener que adaptarse a esta nueva situación. Primero sobreponiéndose al impacto que genera ver a su bebé entre toda la aparatosidad de la UCIN e intentando comprender la problemática de su hijo. De a poco los padres se familiarizan con las técnicas, con los protocolos que se cumplen, con el lenguaje utilizado por el equipo de salud. A medida que el niño vaya adquiriendo estabilidad fisiológica, es decir que pueda controlar su respiración, su frecuencia cardíaca, etc., los padres podrán acceder más fácilmente a él, se les permitirá el contacto piel a piel y

podrán reconstruir ese vínculo o apego que los recién nacidos necesitan para que al estar en contacto con su mamá escuchando su voz, los latidos del corazón, le hagan recordar sus vivencias prenatales. (Martínez, 1996)

Considerando y volviendo a las teorías de nuestra profesión la palabra cuidar requiere de una dinámica de actividades que abarca conocimiento, valores y habilidades porque el enfermero se basa en una relación personal y moral con el paciente donde se requiere afecto, amor, dedicación, comprensión para brindar un cuidado humanizado. Cuidado humanizado es enfocarse no sólo en la enfermedad sino en la persona que está al cuidado y permitir que los sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención a los pacientes que pertenece a la esencia de la enfermera es entrar en contacto con el paciente ayudar que recobre su independencia autonomía esto se da a través de la comprensión, la escucha activa, la comunicación y aceptación, la teoría de Watson tiene un enfoque filosófico que sostiene que el cuidado humano comprende un compromiso moral mostrando un interés en la persona de manera integral, en el cual Watson menciona que el cuidado se practica en forma interpersonal enfermera-paciente o madre del neonato constituido por acciones transpersonales para mejorar la humanidad y ayudar a las personas en todos los aspectos psicosociales.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard. Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker: Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras/os de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes. Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda

y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol. Premisa 3. "El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado". La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus 13 creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Esta teórica de enfermería señala lo que se busca en el presente proyecto, cuidados humanizados comprendiendo a estos como un compromiso moral mostrando un interés en la persona de manera integral, que abarca a todo su entorno, trabajando no sólo con el neonato, sino también con su madre y familia, a fin de buscar la mejoría del paciente y evitar ansiedades en sus madres. (Wade GH, 2006)

Material y Métodos

Tipo de estudio o diseño:

Se tratará de un estudio de investigación no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal.

Será no experimental porque se realizará sin manipular deliberadamente las variables. Se basa en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural.

Por su finalidad será descriptivo, describirá la incidencia de la variable percepción de los cuidados brindados por enfermería sobre la variable ansiedad, alcanzando cierto nivel de claridad para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento pudiendo sugerir relaciones causales, son diseñados para describir la distribución de variables.

Prospectivo, dado que se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

Transversal, ya que se estudiarán las variables simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo, donde se realizará una única medición de la variable.

Sitio o contexto de la Población:

Se aplicó una guía de convalidación de sitio en dos instituciones de salud privadas de la ciudad de Rosario que poseen salas de UCIN (ver anexo I). Tras los resultados obtenidos en el estudio exploratorio, se seleccionó uno de ellos por reunir los requisitos para medir las variables en estudio. (anexo III)

El sitio seleccionado es la sala de neonatología de un Hospital privado de Rosario, por poseer un buen flujo de pacientes prematuros, un lugar donde realizar las reuniones con las madres, que posee lo necesario para su comodidad y privacidad. Por haber obtenido los permisos y colaboración de todo el personal de salud de la sala.

Población y Muestra:

La población estará conformada por todas las madres de los niños internados en la UCIN de un Hospital privado de la ciudad de Rosario desde Julio a Octubre de 2019.

Para definir las unidades de análisis, que son cada una de las madres de niños internados en la UCIN, se usarán los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Madres mayores de 18 años, cuyos hijos tengan una permanencia de al menos siete días de internación, y que realicen al menos cuatro de las ocho visitas diarias que dispone el servicio.
- Madres de prematuros menores o iguales a 34 semanas de edad gestacional.

Criterios de Exclusión:

- Madres que no puedan ver a sus hijos los primeros 3 días de su internación.
- Madres con más de un hijo internado simultáneamente.
- Madres con experiencias previas en unidades de cuidados críticos neonatales.

El tamaño aproximado en número de población:

Para la investigación se tomarán todas las madres que reúnan los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados, aproximadamente 50 madres durante todo el período de recolección de datos podrían cumplir con los mismos, según lo citado en la entrevista del estudio exploratorio, y expresado según conocimientos de los datos del servicio de estadística del entrevistado. No se realizará muestreo, se tomará la población total.

Los resultados del presente proyecto, no serán generalizables a la población de todas las salas de neonatología, dado que la población de estudio no es representativa de otras unidades de cuidados críticos. Sólo son generalizables a la población en estudio.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos:

La técnica que se utilizará será la encuesta, utilizando como instrumento de recolección de datos un cuestionario autoadministrado.

Se eligieron en función a las variables en estudio y a la población los siguientes instrumentos:

Para la variable Percepción de cuidados que brinda enfermería, se seleccionó el cuestionario:

- Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería. CUCACE.(ver anexo II)

Este cuestionario es útil para recoger datos de pacientes o en éste caso madres de pacientes de modo individual, y consta de tres secciones: Experiencia con los cuidados de enfermería (26 ítems), satisfacción con los cuidados de enfermería (19 ítems) y datos socio-demográficos(que fueron desestimados para el proyecto) como: edad, sexo, nivel educativo, días de estancia en el servicio, y preguntas de índole general.

Posee dos dimensiones: experiencia y satisfacción. La dimensión experiencia posee 26 indicadores, la dimensión satisfacción tiene 19 indicadores.

Dimensión Experiencia con los cuidados de enfermería: Esta sección consta de 26 preguntas, 14 de ellas formuladas en sentido positivo y 12 en sentido negativo con siete opciones de respuesta (escala tipo Likert). Tiene una puntuación sobre 100, correspondiendo el máximo puntaje al mejor cuidado posible.

Dimensión Satisfacción con los cuidados de enfermería: en esta sección se pide al paciente su opinión sobre el cuidado recibido por parte del personal de Enfermería durante su estancia en el servicio. Este apartado consta de 19 preguntas con 5 opciones de respuestas (escala Likert). Tiene una puntuación de 100, siendo el máximo puntaje la completa satisfacción.

Para la variable Ansiedad, se seleccionó el cuestionario:

- Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de Ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959. Inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos "somáticos musculares" y "somáticos sensoriales", quedando en 14.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento durante la entrevista, el propio autor

indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Está dividido en dos dimensiones, ansiedad psíquica que posee 7 indicadores y, ansiedad somática con otros 7 indicadores.

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, es una evaluación clínica calificada, cuyo propósito es de analizar la severidad de la ansiedad. La escala está destinada para adultos, jóvenes, y niños, y debiera tomar aproximadamente diez a quince minutos para administrarse. La escala es un documento público. Desde que está en el dominio público, está ampliamente disponible para su administración.

Cada criterio en la escala, es un sentimiento independiente, que es relacionado a la ansiedad. La colaboración de cada uno, de aquellos criterios de calificaciones independientes, son significativas para evaluar la severidad de la ansiedad del paciente. Abajo están los criterios literales, y sus breves definiciones (como descritos arriba), como son presentados en la escala de calificación de ansiedad de Hamilton.

Las ventajas de este cuestionario autoadministrado son varias, entre las que se puede destacar la facilidad para presentar preguntas que requieren ayudas visuales, sus preguntas pueden utilizar largas categorías de respuesta, se utilizan baterías de preguntas similares, el que responde no requiere compartir sus respuestas con alguien, tiene altas tasas de cooperación, da al encuestador la oportunidad de explicar el estudio y de responder preguntas que surjan durante su resolución, no necesita de demasiado personal para la recolección de los datos, tiene un bajo costo, posee escalas fáciles de confeccionar, el encuestado no se encontrará cansado, ni desconcertado al ser de rápida respuesta.

Éstos cuestionarios también tienen desventajas como ser: se necesita de un diseño cuidadoso del cuestionario, los que responden necesitan habilidades de lectura y escritura, el entrevistador no controla la calidad de las respuestas, los entrevistados tienden a estar de acuerdo con las afirmaciones presentadas.

Prueba Piloto:

La prueba piloto se llevó a cabo en un Hospital privado de la ciudad de Rosario, se abordaron 5 madres, que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión. La misma se aplica para probar la validez y confiabilidad de los instrumentos. (Ver ANEXO IV)

Se llevo a cabo en el salón de padres de la institución, a las 5 madres en un mismo momento ya que así lo permite el lugar; en un horario intermedio a la finalización de la visita y entrada a la siguiente (de 09 a 10hs). Llevó entre 30-35 minutos que estaba dentro del tiempo esperado. Se aplicó el cuestionario autoadministrado, con la presencia de la autora del estudio para una breve introducción y aclarar posibles dudas; me sirvió para saber si los instrumentos elegidos son los adecuados o se debía modificar algunas de las preguntas a un lenguaje más comprensible. Se llegó a la conclusión que son los adecuados, no se debió modificar ninguna pregunta, sí se desestimó la sección de comentarios y datos personales del cuestionario Cucace. (ver ANEXO II)

Operacionalización de las Variables:

Variable N°1:

Ansiedad:

Variable cualitativa compleja, dependiente, ordinal.

La ansiedad se presenta como una respuesta a las situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta en situaciones que ponen en un estado de alerta al individuo, es la anticipación temerosa de peligro inminente, acompañado de una sensación intensa y displacentera o de síntomas físicos en cualquier parte del cuerpo.

Dimensiones:

1. Ansiedad Psíquica:

Indicadores:

1. Estado de ánimo ansioso (preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad)
2. Tensión (imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblores, inquietud)
3. Miedos (a la oscuridad, a lo desconocido, al tráfico, a las multitudes)

4. Insomnio (dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar)
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas) (dificultad para concentrarse, mala memoria)
6. Estado de ánimo deprimido (cambios de humor, pérdida de interés, insatisfacción, depresión, despertar prematuro)
7. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

2. Ansiedad Somática:

Indicadores:

1. Síntomas somáticos generales (dolores y molestias, rigidez o contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes)
2. Síntomas somáticos generales-sensoriales (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)
3. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole)
4. Síntomas respiratorios (opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea)
5. Síntomas Gastrointestinales (gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, ardor, digestión lenta, vómitos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento)
6. Síntomas genitourinarios (micción frecuente, micción urgente, frigidez, menorragia, impotencia)
7. Síntomas autónomos (boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección)

Variable N°2

Percepción de cuidados que brinda enfermería

Variable cualitativa compleja, independiente, ordinal.

Proceso interactivo e interjectivo, que ocurre en momentos de vulnerabilidad aguda entre las madres de los recién nacidos hospitalizados y la enfermera, que permite reflejar lo que significa para la enfermera el cuidado físico y emocional del recién nacido, e influye en cómo se sienten las madres frente a la interacción de la enfermera con su hijo durante el cuidado y en la relación enfermería-madres.

Dimensiones:

1. Experiencia

Indicadores:

1. Era fácil relacionarse con las enfermeras.
2. Las enfermeras favorecen a unos pacientes sobre otros.
3. Las enfermeras no informaban lo suficiente sobre el tratamiento.
4. Las enfermeras se despreocupaban fácilmente.
5. Las enfermeras tardaban mucho en llegar cuando se las llamaba.
6. Las enfermeras me daban información solo cuando yo la necesitaba.
7. Las enfermeras parecían no saber lo que yo estaba padeciendo.
8. Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.
9. Las enfermeras me mandan a hacer cosas antes de estar preparada.
10. A pesar de lo ocupadas que estaban las enfermeras, ellas buscaban tiempo para mí.
11. Yo veía a las enfermeras como amigas.
12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a la familia de los pacientes que se encontraban mal.
13. Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.
14. Las enfermeras permitían que la situación las desborde.
15. Las enfermeras no tenían interés en mí como persona.
16. Las enfermeras me explicaron lo que estaba pasando.
17. Las enfermeras me explicaban lo que iban a hacer antes de hacerlo.
18. Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando.
19. Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.
20. Las enfermeras solían irse y olvidar lo que les pedía.
21. Las enfermeras se aseguraban que los pacientes tuvieran intimidad cuando lo necesitaban.
22. Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.
23. Los médicos y enfermeras trabajan juntos como equipo.
24. Las enfermeras parecían no saber lo que sus compañeras estaban haciendo.
25. Las enfermeras sabían lo mejor a hacer en cada momento.
26. Había un buen ambiente en la unidad gracias a las enfermeras.

2. Experiencia:

Indicadores:

1. La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.
2. La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.
3. Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.
4. El número de enfermeras que conocían el cuidado de su bebé.
5. La rapidez con la que acudían cuando las llamaba.
6. La manera en que las enfermeras me hacían sentir como en casa.
7. La cantidad de información que las enfermeras daban acerca de la situación y tratamiento de su hijo.
8. La frecuencia con la que las enfermeras comprobaron que su hijo se encontraba bien.
9. La amabilidad de las enfermeras.
10. La manera en la que las enfermeras le explican las cosas.
11. La forma en como las enfermeras informaban a su familia.
12. El modo en cómo las enfermeras hacen su trabajo.
13. El tipo de información que las enfermeras daban acerca de la situación y tratamiento de su hijo.
14. El trato que recibió de las enfermeras como personas.
15. La forma en cómo las enfermeras escuchaban sus preocupaciones.
16. La cantidad de libertad que le fue dada en la sala.
17. La disponibilidad de las enfermeras de disponer a sus demandas.
18. El grado de intimidad que les proporcionaron las enfermeras.
19. La conciencia de las enfermeras sobre sus necesidades.

Consideraciones Éticas:

Las participantes en el estudio no se beneficiarán de manera directa, pero sí se les informará y serán conscientes de que su participación beneficiará a otras madres con hijos hospitalizados, al contribuir a mejorar la calidad del cuidado de enfermería a partir de los datos que se obtengan.

El investigador mantendrá una postura ética desde su rol, actuando receptivo a la información obtenida de parte de los participantes.

Se respetará la autonomía, que se refiere a la libertad de las personas de elegir y determinar sus propias acciones, para ello se diseñará y solicitará la firma de un consentimiento informado (ver anexo II) a las participantes, donde se dejará constancia que el participante conoce su papel en el estudio, su derecho a hacer preguntas, y de rehusarse a continuar en el mismo, en el momento que lo deseen, y expresa su voluntaria intención de participar en el estudio.

Principio de justicia, las participantes serán tratadas de manera equitativa, no se las verá ni tratará a ninguna como con menor valor, se respetará su intimidad, habrá reparto equitativo de beneficios y cargas.

Principio de beneficencia, tendremos en cuenta lo que consideran las madres como bien beneficioso para sí mismas, evitando infringir daños y no serán expuestas a daños ni físicos ni psicológicos, valorando la relación riesgo-beneficio, donde los beneficios siempre superarán los efectos indeseados, previniendo o evitando el daño intencionado, físico, psíquico, moral o social.

Personal a cargo de la recolección de datos: El personal que estará a cargo de la recolección de datos será la autora del proyecto, teniendo en cuenta que la sala donde se realizarán tiene capacidad para realizarlas de a diez madres por cada entrevista, donde se les va a dar una explicación previa de los instrumentos y permaneceré en el lugar por dudas que puedan surgir.

Se llevará a cabo en los horarios intermedios de las visitas, de 09 a 10hs y de 15 a 16hs, los días lunes, miércoles y viernes.

Se tomarán 15 minutos por cada cuestionario (Cucace y Escala de ansiedad de Hamilton), el lugar donde se realizarán las entrevistas será la sala para padres con la que cuenta la institución, para poder mantener mayor tranquilidad al momento de contestar. (ver anexo III)

La recolección de datos se llevará a cabo a través de cuestionarios autoadministrados, en el lugar elegido durante el estudio exploratorio.

Plan de análisis:

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. El proceso de tabulación se codificará en computadora, mediante la utilización del software estadístico SPSS, se establecerá un índice para medir cada variable.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable percepción de los cuidados que brinda enfermería, consta de dos dimensiones, experiencia y satisfacción, cada una se encuentra compuesta por un conjunto de indicadores, agrupados según la dimensión a evaluar, que en su totalidad suman 45 indicadores.

Para obtener el resultado global de la dimensión experiencia con los cuidados de enfermería (sección 1), se codificarán los valores originales de las respuestas de la escala tipo Likert y convertirlos de (1-7) a (0-6). De igual forma, para obtener el resultado global de la dimensión satisfacción con los cuidados de Enfermería (sección 2), es necesario recodificar los valores de las respuestas de la escala Likert y convertirlos de (1-5) a (0-4). El cálculo del resultado global de las experiencias con los cuidados de Enfermería se obtiene de las preguntas 1 a la 26 de la sección 1; y el cálculo del resultado global de satisfacción, se obtiene de las preguntas 1 a la 19 de la sección 2.

Posteriormente, se sumarán los resultados y se dividirán entre el número de respuestas validas, el rango de los valores va desde 0 a 100. El índice se realizará de acuerdo al mejor resultado posible que indica una mejor experiencia con los cuidados de Enfermería y un mayor nivel de satisfacción con los mismos. Para el análisis de los resultados del cuidado recibido por las enfermeras en la unidad y la valoración de la estancia en la misma, se presentan los resultados de las preguntas en las siete categorías de las que consta. Se tiene planeado realizar tablas de frecuencia absoluta y relativa para el análisis de las variables categóricas. Para las variables continuas se tiene planeado el uso de medidas de tendencia central (media, mediana, moda), y medidas de dispersión (rango y desviación estándar). Todas las preguntas poseen 7 opciones de respuesta de 1-7 (escala tipo Likert). Sin embargo, para el análisis, como ya se mencionó, dichas respuestas serán recodificadas de 0-6, de acuerdo a las sugerencias descritas en el manual del CUCACE. Posterior a este procedimiento, se sumarán los puntajes recodificados por cada una de las preguntas seleccionadas como válidas, y finalmente, se agruparán en tres niveles: positivo, neutro y negativo, con el fin de facilitar la interpretación de los datos.

La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería se obtiene de la pregunta 1 a la 19 de la sección 2 del cuestionario. Teniendo en cuenta la recodificación recomendada por el manual del CUCACE, los resultados se agruparán en tres niveles:

positivo, neutro y negativo. Siendo positivo (“muy y completamente satisfecho”), neutro (“bastante satisfecho”), y negativo (“nada y poco satisfecho”).

Recodificación de respuestas positivas y negativas del CUCACE

PREGUNTAS		VALOR ORIGINAL	VALOR RECODIFICADO
PREGUNTAS POSITIVAS	1, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26.	1	0
		2	1
		3	2
		4	3
		5	4
		6	5
		7	6
PREGUNTAS NEGATIVAS	2,3,4,5,6,7,8,9,14,15,20,24.	1	6
		2	5
		3	4
		4	3
		5	2
		6	1
		7	0

La variable ansiedad consta también de dos dimensiones, cada una compuesta por un conjunto de indicadores agrupados según la dimensión que se va a evaluar, en su totalidad suman 14 indicadores.

En esta, cada ítems se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems, el rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además dos puntuaciones separadas que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12,13). En forma orientativa Bech propone la siguiente puntuación:

- 0-5 no ansiedad
- 6-14 ansiedad menor
- 15 o más ansiedad mayor.

Kobak propone una puntuación mayor o igual de 14 como indicativa de ansiedad clínica manifiesta.

Para realizar la medición de las variables cualitativas, y asignarle grados o valores, se utilizará la escala ordinal, que establece orden jerárquico por valores obtenidos, las pruebas estadísticas para medir los datos serán frecuencia y porcentajes, mediana,

moda. Para representar las frecuencias se utilizarán gráficos de barras simples y gráficos de torta o circulares. Las medidas de variabilidad que son los puntos que indican cómo se distribuyen los datos en relación a la media, e indican su dispersión, para esto utilizare Desvío Estándar.

Se contará con la colaboración de un especialista en estadísticas para elaborar resultados finales.

Cronograma de actividades

	Julio 2019	Agosto 2019	Sep. 2019	Octubre. 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019
Recolección datos						
Tabulación datos						
Análisis e interpretación						
Elaboración discusión						
Elaboración conclusión						
Redacción informe final						
Difusión de resultados						

ANEXOS

ANEXO I

Guía de convalidación:

- ¿La institución privada autoriza a realizar la investigación?
- ¿Cuántos ingresos en neonatología hay por mes?
- ¿Cuántos de los pacientes que ingresan por mes son prematuros?
- ¿Saben las madres de los bebés que ingresan al servicio que es una sala de cuidados intensivos?
- ¿Son las madres preparados por algún profesional previo al ingreso de su hijo a internación?
- ¿Existe algún programa de educación para las madres en el servicio?
- ¿Reciben los padres educación para el alta de sus hijos?
- ¿Posee la institución un lugar donde pueda realizar las entrevistas?
- ¿El lugar donde realizaré las entrevistas posee mesa grande y sillas o solo sillas?
- ¿Donde se dan los informes a los padres?
- ¿Quienes dan los informes a los padres? ¿Son profesionales diferentes todos los días o es uno solo el encargado de esa tarea?
- ¿De qué manera se les da el informe a las madres?
- ¿Tienen personal que realice investigaciones en la sala?
- ¿Me permitirán realizar las entrevistas en los horarios de 09 a 10am y 14 a 15pm?
- ¿Me darán acceso a la institución durante cualquier momento del día?



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----*Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que.....**Mariela Tocalli**.....*

...

es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 01 días de noviembre del 2018.....

Santa Fe 3100

Rosario s2000ktr

Tel. 341 4804558

Fax 341 4804569

www.fmedic.unr.edu.ar



FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS- UNR
Universidad Nacional de Rosario

Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la actividad académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Arnoldo Wertz ha cumplido la función de Director/a del Proyecto de Tesina, durante el año 2018.... cuyo titulo ha sido: Ansiedad en madres con hijos hospitalizados en Neonatología, relacionada con la percepción de los cuidados brindados por enfermería.....

Emitimos el mismo, como constancia para presentar ante quien corresponda.

.....

ANEXO II

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0.** Ausente
- 1.** Intensidad ligera
- 2.** Intensidad media
- 3.** Intensidad elevada
- 4.** Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>				
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>				
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>				
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta	<input type="radio"/>				

	del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>				
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>				
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>				
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>				
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>				
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>				
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="radio"/>				
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y	<input type="radio"/>				

<p>viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.</p>					
---	--	--	--	--	--

Unidad

Hospital

Paciente

Hora

CUCACE
Cuestionario de Calidad de Cuidados de
Enfermería.
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle
Satisfaction with Nursing Scales)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
SOBRE SU OPINIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CONTENIDO DE ESTAS PREGUNTAS

Estas preguntas tratan sobre la asistencia que usted ha recibido durante su estancia en el Hospital. Se le hacen preguntas sobre los cuidados de las enfermeras y se le pide la opinión sobre el trato que le han dado. Finalmente también se le pedirán algunos datos personales.

Le agradeceríamos que responda con toda sinceridad. No piense demasiado en cada una de las preguntas. La primera impresión, tal vez sea mejor que una respuesta larga y meditada.

Si no está seguro de alguna respuesta, por favor, dé la mejor contestación que pueda o escriba sus comentarios detrás de la pregunta en la hoja en blanco destinada para ello.

Su nombre y dirección no aparecen en ninguna parte de esta encuesta. Su información no será usada en ningún sitio donde usted pueda ser identificado personalmente.

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

SECCIÓN 1 : SU EXPERIENCIA DE LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS (EJEMPLO)

El primer apartado de preguntas trata sobre su experiencia en los cuidados recibidos de las enfermeras durante su estancia en la Unidad. Las preguntas consisten en una afirmación hecha, con siete posibilidades para responder. Para contestar a las preguntas, ponga un círculo en el número que mejor describa su experiencia. En esta página le damos dos ejemplos que le indican cómo dar respuesta a las preguntas.

Ejemplo 1

Si las enfermeras están en silencio de noche, usted responderá a esta pregunta haciendo un círculo en el número 7 que significa "Completamente de acuerdo". Su respuesta tiene que aparecer de la forma siguiente:

Las enfermeras estaban en completo silencio en el turno de noche

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	⑦

Ejemplo 2

Si las enfermeras no están nunca bien uniformadas, usted tiene que responder a la pregunta haciendo un círculo en el número 1. Esto significa "Completamente en desacuerdo". Su respuesta tiene que aparecer de la forma siguiente:

Estaban bien uniformadas las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
①	2	3	4	5	6	7

Si no sabe como responder a alguna pregunta, conteste lo mejor que pueda escribiendo sus comentarios en la hoja en blanco destinada para tal fin.

SECCION 1 : SU EXPERIENCIA EN LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS

Por favor, responda sólo una vez poniendo un círculo en la respuesta que crea conveniente.

1. Era fácil relacionarse con las enfermeras.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

2. Las enfermeras favorecían a unos enfermos sobre otros.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

3. Las enfermeras no me informaban suficientemente sobre mi tratamiento.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

4. Las enfermeras se despreocupaban fácilmente.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

5. Las enfermeras tardaban mucho tiempo en llegar cuando se les llamaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

6. Las enfermeras me daban información sólo cuando yo la necesitaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

7. Las enfermeras no parecían saber lo que yo estaba padeciendo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

8. Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

9. Las enfermeras me mandan hacer cosas antes de estar preparado.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

10. A pesar de lo ocupadas que estaban las enfermeras, ellas buscaban tiempo para mí.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

11. Yo veía a las enfermeras como amigas.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

13. Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

14. Las enfermeras permitían que la situación las desbordase.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

15. Las enfermeras no tenían interés en mí como persona.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

16. Las enfermeras me explicaron lo que me estaba pasando.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

17. Las enfermeras me explicaban lo que iban hacerme antes de hacerlo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

18. Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

19. Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

20. Las enfermeras solían irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

21. Las enfermeras se aseguraban de que los pacientes tuvieran intimidad cuando la necesitaban.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

22. Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

23. Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

24. Las enfermeras no parecían saber lo que sus compañeras estaban haciendo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

25. Las enfermeras sabían lo mejor que hacer en cada momento.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

26. Había un buen ambiente en la Unidad gracias a las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

SECCIÓN 2 : SUS OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CÓMO CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS

En este apartado le pedimos sus opiniones sobre los cuidados que ha recibido de las enfermeras durante su estancia en esta Unidad.
Para cada pregunta ponga un círculo en el número que mejor se adapte a su modo de pensar.

Queremos saber su opinión sobre su estancia en esta Unidad.

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
1	La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.	1	2	3	4	5
2	La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.	1	2	3	4	5
3	Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.	1	2	3	4	5
4	El número de enfermeras que conocían sus cuidados.	1	2	3	4	5
5	La rapidez con la que acudían cuando las llamaban.	1	2	3	4	5
6	La manera en que las enfermeras le hacían sentir como en casa.	1	2	3	4	5
7	La cantidad de información que las enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
8	La frecuencia con la que las enfermeras comprobaban que se encontraba bien.	1	2	3	4	5
9	La amabilidad de las enfermeras.	1	2	3	4	5
10	La manera en que las enfermeras le explicaban las cosas.	1	2	3	4	5
11	La forma como las enfermeras informaban a su familia.	1	2	3	4	5
12	El modo de hacer su trabajo las enfermeras.	1	2	3	4	5
13	El tipo de información que las enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
14	El trato que recibió de las enfermeras como persona.	1	2	3	4	5
15	La forma como las enfermeras escuchaban sus	1	2	3	4	5

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
	preocupaciones.					
16	La cantidad de libertad que le fue dada en la planta.	1	2	3	4	5
17	La disponibilidad de las enfermeras a responder a sus demandas.	1	2	3	4	5
18	El grado de intimidad que le proporcionaron las enfermeras.	1	2	3	4	5
19	La conciencia de las enfermeras sobre sus necesidades.	1	2	3	4	5

Cuestionario CUCACE adaptado para el proyecto

SECCIÓN 1 : SU EXPERIENCIA EN LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS

Por favor, responda sólo una vez poniendo un círculo en la respuesta que crea conveniente.

1. Era fácil relacionarse con las enfermeras.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

2. Las enfermeras favorecían a unos enfermos sobre otros.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

3. Las enfermeras no me informaban suficientemente sobre mi tratamiento.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

4. Las enfermeras se despreocupaban fácilmente.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

5. Las enfermeras tardaban mucho tiempo en llegar cuando se les llamaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

6. Las enfermeras me daban información sólo cuando yo la necesitaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

7. Las enfermeras no parecían saber lo que yo estaba padeciendo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

8. Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

9. Las enfermeras me mandan hacer cosas antes de estar preparado.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

10. A pesar de lo ocupadas que estaban las enfermeras, ellas buscaban tiempo para mí.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

11. Yo veía a las enfermeras como amigas.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

13. Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

14. Las enfermeras permitían que la situación las desbordase.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

15. Las enfermeras no tenían interés en mí como persona.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

16. Las enfermeras me explicaron lo que me estaba pasando.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

17. Las enfermeras me explicaban lo que iban hacerme antes de hacerlo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

18. Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

19. Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

20. Las enfermeras solían irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

21. Las enfermeras se aseguraban de que los pacientes tuvieran intimidad cuando la necesitaban.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

22. Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

23. Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

24. Las enfermeras no parecían saber lo que sus compañeras estaban haciendo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

25. Las enfermeras sabían lo mejor que hacer en cada momento.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

26. Había un buen ambiente en la Unidad gracias a las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

SECCIÓN 2 : SUS OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CÓMO CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS

En este apartado le pedimos sus opiniones sobre los cuidados que ha recibido de las enfermeras durante su estancia en esta Unidad.
Para cada pregunta ponga un círculo en el número que mejor se adapte a su modo de pensar.

Queremos saber su opinión sobre su estancia en esta Unidad.

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
1	La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.	1	2	3	4	5
2	La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.	1	2	3	4	5
3	Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.	1	2	3	4	5
4	El número de enfermeras que conocían sus cuidados.	1	2	3	4	5
5	La rapidez con la que acudían cuando las llamaban.	1	2	3	4	5
6	La manera en que las enfermeras le hacían sentir como en casa.	1	2	3	4	5
7	La cantidad de información que las enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
8	La frecuencia con la que las enfermeras comprobaban que se encontraba bien.	1	2	3	4	5
9	La amabilidad de las enfermeras.	1	2	3	4	5
10	La manera en que las enfermeras le explicaban las cosas.	1	2	3	4	5
11	La forma como las enfermeras informaban a su familia.	1	2	3	4	5
12	El modo de hacer su trabajo las enfermeras.	1	2	3	4	5
13	El tipo de información que las enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
14	El trato que recibió de las enfermeras como persona.	1	2	3	4	5
15	La forma como las enfermeras escuchaban sus	1	2	3	4	5

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
	preocupaciones.					
16	La cantidad de libertad que le fue dada en la planta.	1	2	3	4	5
17	La disponibilidad de las enfermeras a responder a sus demandas.	1	2	3	4	5
18	El grado de intimidad que le proporcionaron las enfermeras.	1	2	3	4	5
19	La conciencia de las enfermeras sobre sus necesidades.	1	2	3	4	5

ANEXO III

Resultados del estudio exploratorio:

Tras realizar estudio exploratorio entre dos instituciones privadas de Rosario, se llegó a la conclusión que se debía desestimar uno, debido a no cumplir con las características necesarias requeridas para llevar a cabo el proyecto.

En ambos sitios se aplicó la guía de convalidación del anexo I, obteniendo mejores resultados en el sitio elegido. Se le realizó al Jefe del Departamento de enfermería, quien previamente se había reunido con jefas médicas de la UCIN y dirección médica para tener la autoridad de decidir sobre los temas encuestados. Las respuestas a las preguntas de la guía fueron las siguientes:

Resultados de la guía de convalidación:

De la guía de convalidación pude obtener como resultado que la institución privada me autorice a realizar la investigación. Me brindaron información acerca de la cantidad de ingresos mensuales (30) y el porcentaje de prematuros (40-50%); pude indagar sobre los conocimientos previos de las madres que resultaron escasos, y saber que no reciben preparación previa a la primera visita a su bebé. Que las encargadas de brindar la información previa al alta son las enfermeras. También que los padres cuentan con una sala para su descanso durante los horarios intermedios a las visitas, donde se podían realizar los cuestionarios.

ANEXO IV

Resultados de la Prueba piloto:

La prueba piloto se llevó a cabo en un Hospital privado de la ciudad de Rosario, se abordaron cinco madres, que cumplían con los criterios definidos para su elección (inclusión-exclusión). La misma se aplica para probar la validez y confiabilidad de los instrumentos.

Se realizó en el salón que la institución posee para alojar durante el día a los padres para que estén más cómodos durante el periodo de internación de sus hijos. Se realizó en el tiempo estipulado, hubo una buena aceptación del proyecto por parte de la totalidad de las madres, dos tuvieron dudas sobre preguntas de los cuestionarios, que fueron respondidas por la autora del proyecto, sin mayores dificultades.

Los cuestionarios fueron entendidos, aceptados y completados por todas las cinco madres. Los resultados de la prueba se consideraron como positivos.

Bibliografía

- Alacoque, E. (2001-2003). *Análisis de investigaciones Brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería*. Recuperado el 2018, de <http://www.CIENCIAYENFERMERIAXI>
- Arenales Lagos, S. R. (junio de 2005). *Fundación Santa Fe de Bogotá. Actualización de enfermería*. Recuperado el 2018, de <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/eEnfermeria8205-vivencias.htm>
- Ariza, C. R. (2005). *Calidad del Cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de Tercer Nivel*. Bogotá: Actualizaciones en Enfermería.
- Boullosa Frías, N. (2004). *“Condicionantes y caracterización del estrés en madres de recién nacidos prematuros Hospitalizados. Hospital Base Valdivia*. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina.
- Camargo Betancourth, I. L. (2008). *Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los ancianos mayor de 60 años que asiste a la consulta y y de los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención*. Provincia de Coclé Republica de Panamá. Bogotá D.C: Tesis de Doctorado.
- Canales, F. (abril de 2003). *Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivo.Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M* . Obtenido de Universidad mayo de San Marcos. Facultad de medicina Humana: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/franco_cr/html/sdx/franco_cr-TH.1.html
- Canizares, M. (11 de enero de 2018). *Estudio comparativo para evaluar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primariosy/o padres de niños hospitalizados durante la primera semana en la unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal, del Hospital de los Valles en el año 2014*. Recuperado el 2018, de <http://www.repositorio.puse.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/8859>
- Caruso, A. (2011). *“El afrontamiento ante la internación de un hijo prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Ciudad de Buenos Aires: III Congreso internacional de investigación y practica en psicología.
- Deming W, M. J. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos.
- Donabedian. (1990). Garantí y Calidad de la atención médica. *Instituto Nacional de Salud Publica*, Vol. 32 pág. 113-117.

- Donabedian, A. (2001). La calidad de la asistencia, ¿Cómo podría ser evaluada? *Calidad Asistencial*.
- Dorrego, S. O. (2001). Calidad de Atención en Enfermería. *Investigación y Educación en enfermería. Medellín*, 19.
- Española, R. A. (2017). *Diccionario de la lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fava vizziello, G. (2000). “Los padres en terapia intensiva neonatal” . Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Fava Vizziello, G. Z. (1993). Los hijos de las maquinas. *Nueva Visión*.
- Florez Aguirre Sandra, H. G. (2008). *Percepción de los estudiantes de enfermería de la universidad de Antioquía acerca de su rol profesional*. Obtenido de www.megatesisi.com/index.php?option=com_content&view=article&id=204%3Apercepcion-de-los-estudiantes-de-enfermeria-de-antioquia-acerca-de-su-rol-profesional-&catid=37%3Ala-salud&itemid=showall=1
- García, R. (2012). *Manual de prevención de riesgos laborales para no iniciados*. Club Universitario.
- Gonzalez, N. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida, familia, internación neonatal y salud mental. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 155.
- Herman V, M. A. (1996). *La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal*. Recuperado el 2018, de Revista Sard: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sardá/96c/107-112.pdf>
- Hernandez, H. H. (2002). Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Revista Enfermería IMSS 2002*, 125-129.
- Johansson, P. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of healthcare: a literature study. *Nordic College Scand J Caring Sc*, 337-344.
- Larrabee, L. &. (2001). Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing care quality*.
- Lasheras, G. (2017). *Trastornos psicomaticos. Psiquiatria*.
- Lezma Andia, Y. M. (2012). *Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuro sometidas a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal* . Lima Perú: Trabajo de Investigación.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, 2013. 78 h.

- Lic. Francisca Wormalda, D. J. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Argent Pediatr*, 113(4):303-309 / 303.
- Lowdermilk, P. B. (1998). Enfermería Materno Infantil. En P. B. Lowdermilk, *Enfermería Materno Infantil* (pág. 236). Barcelona: Oceano.
- Malvárez. (2011). *El reto de cuidar a un mundo globalizado*. Organización Panamericana de la Salud.
- Maniagurria. (2018). *La Unidad de Cuidados Intensivos, UCIN, "Las Neo"*. Recuperado el 2018, de www.perinat.org.ar/maniagurriahtml
- Marriner, A. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elseiver.
- Martínez, C. (1996). *Avances y redescubrimientos en la asistencia del recién nacido*. . Buenos Aires: Cesarini.
- Miles, M. F. (1993). Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research*., 158-159.
- Moreno, P. (2002). *Guía de la Ansiedad*. Desciée de Brower.
- OMS. (2018). *OMS Lactante, recién nacido*. Recuperado el 2018, de www.who.int/topics/infant_newborn/es/
- Palacio Díaz, M. I. (2012). *Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología*. Cordoba. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
- Pinto, N. (2001). *Indicadores de cuidado. Actualizaciones en enfermería*. Bogotá.
- Proneo. (2016). *PRONEO*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- *Psicología y Nutrición*. (s.f.). Recuperado el 2018, de Consejo y orientación terapéutica de los trastornos de Ansiedad y los trastornos de alimentación: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
- Pujiula-Masó, J. S.-S.-G.-M. (2006). La satisfacción de los pacientes. *Enfermería Clínica*., 19-26.
- Rivera, D. (2012). *ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD*. Recuperado el 2018, de <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1989>

- Rossel C. K, C. T. (2002). *“Afectividad en madres de niños prematuros Hospitalizados. Un Mundo desconocido”*. Santiago: Scielo, revista Chilena de pediatría. V 73.
- Rubiños, A. I. (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(1), 15, 34.
- Sifuentes Contreras, A. P. (2010). *Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal*. Recuperado el 2019, de Enfermería Global, (19) Recuperado en 17 de febrero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200014&lng=es&tlng=es.: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200014&lng=es&tlng=es.
- Silfuentes Contreras, P. F. (23 de 10 de 2011). *Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad de terapia intensiva neonatal*. Recuperado el 2018, de Enfermería Global. Revista electrónica, vol. 9: www.um.es./eglobal
- Terapia Psicológica Gestalt. (2003). *Conocimiento, Percepción del momento. Toma de conciencia*. Recuperado el Octubre de 2018, de Revista Terapia Psicológica: www.teps.cl
- Unicef. (2018). *Desarrollo de la primera Infancia*. Recuperado el octubre de 2018, de unicef.org: www.unicef.org
- University Research. Co. (1999). *La palabra cuidar requiere de un Proyecto de Salud y Nutrición Basica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima: Minsa.
- Wade GH, K. N. (2006). Nursing Students’ Perceptions of Instructor caring: A instrument base don Watson’ n Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education* , 162-168.
- Williams & Susan. (1998). Quality and care: Patients Perceptions. *Journal of Nursing care Quality*, 18-25.
-

