

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**“ENTORNO FAMILIAR DEL PACIENTE NEONATO QUE REQUIERE
HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ (HPAS),
PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2018”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

PAREDES FREIRE CONNIE LIZBETH

AUTORA

DR. GEYSON DÉLEY MUÑOZ

DIRECTOR

Quito, 2018

A mi madre, por su amor, ayuda y comprensión en este largo camino.

*A mi familia, quienes fueron fuente de perseverancia y entusiasmo cada vez que mis
fuerzas decaían.*

*A todos quienes formaron parte de mi vida en esta etapa, por siempre sacarme muchas
sonrisas.*

Agradecimientos

Primeramente agradezco a Dios por concederme el regalo más grande, la vida, y por permitirme avanzar peldaño a peldaño esta gran travesía, además, infinitas gracias a mi familia y amigos por brindarme su mano y no dejarme caer. A mi madre, Mara, por brindarme su apoyo incondicional y ser la fuente de valentía que necesitaba en los momentos donde me sentía derrotada. A mi padre, por siempre estar presente. A todo mi familia, por hacerme sentir importante, querida y segura en esta etapa, porque no solo me ofrecieron su apoyo sino me regalaron grandes momentos, enseñanzas y excelentes consejos. A mis amigos por compartir conmigo esta grandiosa experiencia, por sus sonrisas, conversar, enojos y sobre todo por regalarme momentos amenos. Me gustaría expresar un especial agradecimiento al Dr. Déley por ser el guía en este proceso, además al HPAS por abrirme sus puertas para elaborar mi trabajo de investigación.

Resumen

Introducción: En algunos casos, cuando el embarazo es deseado y planificado, la llegada de un nuevo integrante a la familia es motivo de felicidad, para toda la familia, más aún cuando el recién nacido aparenta estar saludable. Los factores biopsicosociales y culturales que caracterizan el entorno del nuevo integrante representan una variable importante en el niño. Por tanto, las primeras recomendaciones que son impartidas por médicos y enfermeras del servicio de Neonatología, son trascendentales para el inicio de su atención y cuidado. Sin embargo, a pesar de las instrucciones provistas y ejecutadas por los padres y/o familiares, pueden presentarse factores adversos con implicaciones en los neonatales. Por ello, a partir de los casos atendidos en neonatología del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS), se estableció un análisis de la influencia de los factores biopsicosociales y culturales del entorno familiar con la enfermedad del recién nacido hospitalizado. Adicionalmente, fue importante determinar la presencia de las redes de apoyo para el cuidado del niño.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 130 representantes legales de los neonatos hospitalizados en el HPAS en el período febrero a abril del 2018, mediante una encuesta física donde se identificó los factores biopsicosociales más importantes que tienen relación con la patología del recién nacido. Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados en el paquete estadístico SPSS v24, posterior, se elaboró tablas de contingencia y se determinó el grado de asociación mediante el cálculo de Chi cuadrado de Pearson entre las variables biopsicosociales del representante legal y la patología del recién nacido.

Resultados: Las principales patologías presentes en el área de Neonatología del HPAS son la prematuridad (43.1%), bajo peso al nacer (20.0%), distrés respiratorio (11.5%) e hiperbilirrubinemia (10.8%). En el presente estudio se determinó que el mayor porcentaje de estas enfermedades corresponden a hijos de madres cuyas edades oscilan entre 19 a 24 años

de edad, con un 20,8%, 8,5%, 0,8%, 4,6% respectivamente, son madres primerizas (20.0%, 10.8%, 2,3%, 3,1%), se desempeñan como amas de casa (31,5%, 12,3%, 10%, 6,2%) y sus ingresos económicos son iguales (19.2%,4,6%,3,8%,5,4%) o inferiores (14.6%, 12,3%, 5,4%, 3,8%) al salario básico, por lo que cuentan con algunos servicios básicos dentro de su vivienda (32.3%, 9.2%, 5,4%, 4,6%).

Conclusiones: La presencia de los factores sociodemográficos del entorno familiar del paciente neonato hospitalizado son importantes ya que influyen, en menor medida, en el desarrollo de alguna patología del recién nacido, por lo que es importante realizar una buena historia clínica para reconocer los factores biopsicosociales de la familia.

Palabras clave: Recién nacido prematuro, factores biopsicosociales, educación, ingresos económicos, servicios básicos, estrés.

Abstract

Introduction: In some cases, when the pregnancy is desired and planned, the arrival of a new member of the family is a reason for happiness, for the whole family, especially when the newborn appears to be healthy. The biopsychosocial and cultural factors that characterize the environment of the new member represent an important variable in the child. Therefore, the first recommendations that are given by doctors and nurses of the Neonatology service are of great importance for the beginning of their care and attention. However, in spite of the instructions provided and executed by the parents and / or relatives, adverse factors may occur with implications in the neonatal. Therefore, from the cases treated in neonatology service of the Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS), an analysis of the influence of the biopsychosocial and cultural factors of the family environment with the illness of the hospitalized newborn was established. Additionally, it was important to determine the presence of support networks for child care.

Method: A descriptive, cross-sectional study was carried out in 130 legal representatives of the neonates hospitalized in the HPAS in the period from February to April 2018, by means of a physical survey where the most important biopsychosocial factors were identified and related to the pathology of the newborn. The data obtained were coded and tabulated in the statistical package SPSS v24, posterior, contingency tables were drawn up and the degree of association was determined by calculating Pearson's Chi square between the biopsychosocial variables of the legal representative and the pathology of the newborn

Results: The main pathologies present in the neonatal service of the HPAS are prematurity (43.1%), low birth weight (20.0%), respiratory distress (11.5%) and hyperbilirubinemia

(10.8%). In the present study, it was determined that the highest percentage of these diseases correspond to children of mothers whose ages range from 15 to 24 years of age, with 20,8%, 8,5%, 0,8%, 4,6% respectively, they are new mothers (20.0%, 10.8%, 2.3%, 3.1%), they work as housewives (31.5%, 12.3%, 10%, 6.2%) and their economic income they are equal (19.2%, 4.6%, 3.8%, 5.4%) or lower (14.6%, 12.3%, 5.4%, 3.8%) to the basic salary, so they count with some basic services within their home (32.3%, 9.2%, 5.4%, 4.6%).

Conclusions: The presence of sociodemographic factors in the family environment of the neonatal hospitalized patient are important since they influence, to a lesser extent, the development of some pathology of the newborn, so it is important to make a good clinical history to recognize the biopsychosocial factors of the family.

Key words: Preterm newborn, biopsychosocial factors, education, economic income, basic services, stress.

Tabla de contenido

Resumen.....	III
Abstract	VI
Capítulo I.....	1
1. Introducción	1
Capítulo II	6
2. Marco teórico.....	6
2.1. Recién nacido prematuro.	6
2.1.1. Definición.	6
2.1.2. Clasificación.	6
2.1.3. Etiología.....	7
2.1.4. Mecanismos de adaptación en el prematuro.	8
2.1.4.1. Respiración.	8
2.1.4.2. Circulación.....	9
2.1.4.3. Equilibrio glucémico.....	10
2.1.4.4. Termoregulación.....	10
2.2. Epidemiología.....	11
2.3. Modelo biopsicosocial.	12
2.3.1. Definición.	12
2.3.2. Etiología.....	13
2.3.3. Elementos.....	13
2.3.3.1. Factor biológico.	13
2.3.3.2. Factor psicológico.....	14
2.3.3.3. Factor socioeconómico.	17

2.3.3.4. Factor cultural.	21
2.4. Neonatología.	23
2.5. Entorno familiar.	24
2.6. Riesgo.	27
2.6.1. Biológico.	27
2.6.1.1. Patología respiratoria.	28
2.6.1.2. Patología neurológica.	29
2.6.1.3. Patología inmunológica.	29
2.6.1.4. Patología gastrointestinal.	30
2.6.1.5. Patología cardiovascular.	31
2.6.1.6. Patología metabólica.	31
2.6.2. Riesgo social.	31
Capítulo III.	34
3. Metodología.	34
3.1. Justificación.	34
3.2. Problemas de investigación.	35
3.2.1. Preguntas de investigación.	35
3.3. Hipótesis.	36
3.4. Objetivos.	36
3.4.1. Objetivo general.	36
3.4.2. Objetivos específicos.	36
3.5 Tipo de estudio.	37
3.6. Operacionalización de variables del estudio.	37
3.7. Población y muestra.	41

3.7.1. Selección de los participantes.....	41
3.7.1.1. Criterios de inclusión.....	41
3.7.1.2. Criterios de exclusión.....	41
3.8. Recolección de datos.....	42
3.8.1. Limitación de estudio.....	42
3.9. Análisis de datos.....	43
3.10. Aspectos bioéticos.....	43
Capítulo IV.....	44
4. Resultados.....	44
4.1 Características sociodemográficas del entorno familiar del RN hospitalizado en el HPAS.....	44
4.2. Características relacionadas al RN hospitalizado en el HPAS.....	46
4.3. Características relacionadas con los agentes estresores percibidos por el representante legal del RN hospitalizados en el HPAS.....	47
4.4. Análisis bivarial.....	48
4.4.1. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con la patología del RN hospitalizado en el HPAS, período febrero abril del 2018.....	48
4.4.2. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con la comprensión de la información impartida por el médico sobre el estado de salud de su hijo.....	51
4.4.3. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con el nivel de estrés presente en él durante la hospitalización de su hijo.....	51

Capítulo V	55
5. Discusión	55
Capítulo 6	61
6. Conclusiones y recomendaciones	61
6.1. Conclusiones.....	61
6.2. Recomendaciones.....	62
7. Referencias bibliográficas	64
8. Tablas.....	70
9. Figuras.....	102
10. Anexos	139

Índice de abreviaturas

HPAS	Hospital Pablo Arturo Suárez
RN	Recién nacido
RL	Representante legal
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
SENESCYT	Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
PBAN	Bajo peso al nacer
PMBAN	Muy bajo peso al nacer
PEBAN	Bajo peso extremo al nacer
DE	Desviación estándar
1C	Primaria completa
1I	Primaria incompleta
2C	Secundaria completa
2I	Secundaria incompleta

Índice de tablas

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje del representante legal.....	70
Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de la edad del representante legal	70
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la etnia del representante legal	70
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje del estado civil del representante legal	71
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del nivel de escolaridad del representante legal.....	71
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la religión del representante legal	71
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de la ocupación del representante legal	72
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de los ingresos económicos de la familia.....	72
Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de los egresos económicos de la familia	72
Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de servicios básicos de la familia.....	72
Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la red de apoyo del representante legal	73
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje del tipo de familia	73
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de la enfermedad presente en el representante legal	73
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje del tipo de cultura de la familia.....	73
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje del número de hijos del representante legal.....	74
Tabla 16. Frecuencia y porcentaje del sexo del RN hospitalizado.....	74
Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la edad del RN hospitalizado.....	74
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de la patología del RN hospitalizado	75
Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de la patología del RN en relación con su sexo	75
Tabla 20. Frecuencia y porcentaje del número de días de hospitalización del RN.....	76
Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de la alimentación del RN hospitalizado	76
Tabla 22. Frecuencia y porcentaje del tipo de información recibida por el representante legal.....	76

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje del nivel de estrés percibido por el representante legal	77
Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de la percepción del cuidado de enfermería.....	77
Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de la percepción de la estancia hospitalaria del RN.....	77
Tabla 26. Relación entre la patología del RN hospitalizado y la edad del representante legal.....	78
Tabla 27. Relación entre la patología del RN hospitalizado y el estado civil del representante legal	79
Tabla 28. Relación entre la patología del RN hospitalizado y nivel de educación del representante legal	80
Tabla 29. Relación entre la patología del RN hospitalizado y la ocupación del representante legal	81
Tabla 30. Relación entre la patología del RN hospitalizado y los ingresos económicos del Representante legal	82
Tabla 31. Relación entre la patología del RN hospitalizado y los servicios básicos de la familia	83
Tabla 32. Relación entre la patología del RN hospitalizado y el tipo de cultura de la familia	84
Tabla 33. Relación entre la patología del RN hospitalizado y el número de hijos del representante legal	85
Tabla 34. Relación entre el tipo de información percibida por el representante legal y su edad.....	86
Tabla 35. Relación entre el tipo de información percibida por el representante legal y su estado civil	87

Tabla 36. Relación entre el tipo de información percibida por el representante legal y su nivel de educación.....	88
Tabla 37. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su edad	89
Tabla 38. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su estado civil	90
Tabla 39. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su nivel de educación.....	91
Tabla 40. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su ocupación	92
Tabla 41. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y los ingresos económicos de su familia	93
Tabla 42. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y el tipo de cultura	94
Tabla 43. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y el número de hijos	95
Tabla 44. Relación entre la percepción del RL sobre la hospitalización de su hijo y su edad	96
Tabla 45. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y su nivel de educación	97
Tabla 46. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y su religión.....	98
Tabla 47. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y los ingresos económicos de su familia	99

Tabla 48. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y el tipo de cultura de su familia 100

Tabla 49. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y el número de hijos 101

Índice de gráficos

<i>Figura 1.</i> Distribución del sexo de los representantes legales	102
<i>Figura 2.</i> Distribución del rango de edad de los representantes legales	102
<i>Figura 3.</i> Distribución de la etnia de los representantes legales	103
<i>Figura 4.</i> Distribución del estado civil de los representantes legales	103
<i>Figura 5.</i> Distribución del nivel de escolaridad de los representantes legales	104
<i>Figura 6.</i> Distribución de la religión de los representantes legales	104
<i>Figura 7.</i> Distribución de la ocupación de los representantes legales	105
<i>Figura 8.</i> Distribución de los ingresos económicos de la familia.....	105
<i>Figura 9.</i> Distribución de los egresos económicos de la familia	106
<i>Figura 10.</i> Distribución de los servicios básicos de la familia	106
<i>Figura 11.</i> Distribución de las redes de apoyo del representante legal	107
<i>Figura 12.</i> Distribución del tipo de familia	107
<i>Figura 13.</i> Distribución de la enfermedad presente en el representante legal	108
<i>Figura 14.</i> Distribución del tipo de cultura presente en la familia	108
<i>Figura 15.</i> Distribución del número de hijos del representante legal	109
<i>Figura 16.</i> Distribución del sexo del RN hospitalizado.....	109
<i>Figura 17.</i> Distribución del rango de edad del RN hospitalizado.....	110
<i>Figura 18.</i> Distribución de la patología presente en el RN hospitalizado	110
<i>Figura 19.</i> Distribución de la patología en relación con el sexo del RN hospitalizado....	111
<i>Figura 20.</i> Distribución de los días de hospitalización del RN	111
<i>Figura 21.</i> Distribución del tipo de alimentación ingerida por el RN	112
<i>Figura 22.</i> Distribución del tipo de información recibida por el representante legal	112

<i>Figura 23.</i> Distribución de los niveles de estrés percibidos por los representantes legales	113
<i>Figura 24.</i> Distribución de la percepción del cuidado de enfermería	113
<i>Figura 25.</i> Distribución de la percepción de los representantes legales durante la estancia hospitalaria del RN	114
<i>Figura 26.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de la edad del representante legal	115
<i>Figura 27.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función del estado civil del representante legal.....	116
<i>Figura 28.</i> Distribución de la patología del RN en función del nivel de educación del representante legal	117
<i>Figura 29.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de la ocupación del representante legal.....	118
<i>Figura 30.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de los ingresos económicos del representante legal	119
<i>Figura 31.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de los servicios básicos con que cuenta la familia.....	120
<i>Figura 32.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función del tipo de cultura de la familia.....	121
<i>Figura 33.</i> Distribución de la patología del RN hospitalizado en función del número de hijos del representante legal.....	122
<i>Figura 34.</i> Distribución del tipo de información percibida por el RL en función de la edad del representante legal.....	123

<i>Figura 35.</i> Distribución del tipo de información percibida por el RL en función del estado civil del representante legal	124
<i>Figura 36.</i> Relación entre el tipo de información percibida por el RL y el nivel de educación del representante legal	125
<i>Figura 37.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su edad.....	126
<i>Figura 38.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su estado civil.....	127
<i>Figura 39.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su nivel de educación	128
<i>Figura 40.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su ocupación.....	129
<i>Figura 41.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de los ingresos económicos de la familia.....	130
<i>Figura 42.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función del tipo de cultura de la familia.....	131
<i>Figura 43.</i> Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función del número de hijos.....	132
<i>Figura 44.</i> Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de su edad.....	133
<i>Figura 45.</i> Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de su nivel de educación	134
<i>Figura 46.</i> Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de su religión.....	135

*Figura 47.*Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de los ingresos económicos de la familia 136

*Figura 48.*Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función del tipo de cultura de la familia..... 137

*Figura 49.*Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función del número de hijos 138

Índice de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	139
Anexo 2. Encuesta dirigida al representante legal del neonato.....	144

Capítulo I

1. Introducción

En algunos casos, cuando el embarazo es deseado y planificado, la llegada de un RN al hogar es motivo de regocijo, no solo para los padres sino también para la familia a la cual va a integrar, dicho sentimiento nace desde el primer momento que se conoce de la existencia del embrión y se ve reflejado en el interés que los futuros padres atribuyen a los cuidados del embarazo con la finalidad de dar a luz a un RN saludable; emociones y comportamientos que se tornan diferentes en un embarazo no deseado, el cual se produce sin la planificación previa y sobretodo en un momento inesperado de la pareja, independientemente su estado civil, por lo que, los sentimientos que surgirán en los futuros padres es de tristeza y preocupación, alterando así el ciclo vital de ellos e impidiendo brindarle un buen desarrollo y crecimiento al niño que viene en camino (Langer, 2002).

Durante el embarazo, en ocasiones se presenta alteraciones en la madre que afecten al feto por lo que al finalizar el mismo se producen resultados neonatales adversos como producto con peso bajo al nacer o alguna anomalía en el RN, por lo que la expectativa de tener a un hijo vigoroso no se cumplen e inevitablemente el niño tiene que ser internado en el servicio de Neonatología. Desde ese momento, los padres experimentan ansiedad y estrés por la falta de conocimiento y control de la situación que están atravesando, estos sentimientos negativos se ven influenciados por el nivel de educación de los padres ya que al no entender la información sobre el estado de salud de su hijo no logren tomar

decisiones correctas para su pronta recuperación, esto debido a que los médicos utilizan un vocabulario especializado e incomprensible, dicha aseveración está relacionada con los resultados del estudio de Ignell Modé, Mard, Nyqvist, & Blomqvist (2014) donde concluyen que las expresiones, el vocabulario y el comportamiento del médico durante el momento de impartir la información influyen sobre la calidad de misma, ya que es importante para los padres recibir la información clara y en términos sencillos sobre el diagnóstico y el tratamiento que se llevará a cabo en su hijo. Con la finalidad de que los padres cuenten con el apoyo de su familia durante la hospitalización del RN, la Academia Americana de Pediatría ha creado la Atención Centrada en la Familia y el Paciente la cual trata de entender al paciente y a su familia en su contexto psicosocial e involucrarlos para la comprensión del problema, tomar decisiones oportunas y con ello crear un ambiente de confianza e interés donde no sólo los padres y su familia participen, sino también el personal de salud y un equipo multidisciplinario como es psicólogo, trabajador social, soporte espiritual, entre otros, para dar a conocer las experiencias que se viven en la estadía de su hijo en el servicio y responder las inquietudes que los participantes presentan, obteniendo así disminución de los niveles de estrés y pronta mejoría. Según reporta un estudio de Balbino, Balieiro, & Mandetta (2016), la percepción de los padres sobre este sistema de atención centrada en la familia y el paciente es fundamental ya que apoyan a cada participante inculcando valores como el respeto, la colaboración y el apoyo, además donde el personal de salud se ve más incentivado a involucrar a los padres en los procedimientos y la inclusión en el cuidado de sus hijos.

A pesar de que la familia forma parte del acompañamiento o proporciona apoyo económico, éste no es primordial, no así la presencia materna, que es incondicional y

frecuente. La lactancia es exclusiva de la madre, y es quien aprende las enseñanzas de las enfermeras sobre el cuidado del RN; mientras que la imagen paterna es inusual, debido a la restricción en su ingreso o por sus obligaciones laborales y domésticas que debe cumplir en ausencia de la madre, patrón que se relaciona con los resultados del estudio de Cañas-Lopera & Rodríguez-Holguín (2014), el cual concluye que el padre es quien debe alternar, y en algunas ocasiones modificar sus actividades laborales, domésticas, culturales, entre otras, durante la estancia hospitalaria de su neonato pretérmino extremo, además es ahí donde los padres consolidan sus creencias religiosas, aprenden a valorar las tareas del hogar de la madre y sobre todo aprecian el valor de la vida de su hijo e incluso la suya. A pesar de que su presencia se puede tornar constante en la sala de Neonatología, ésta no tiene una percepción similar que la de la madre, ya que la naturaleza y la experiencia han demostrado que la protección y el cuidado es innato en las madres, así lo testifica el estudio de Gallegos-Martínez, Reyes-Hernández, Gracinda Silvan Scochi, & Cgs (2013) mencionando que en el único papel que el padre puede desempeñarse es como visitar ocasional y es quién, en ocasiones recibe la información del estado de salud de su hijo por parte del personal de médico.

Una vez que se ha establecido el alta del niño, los padres reciben consejería y enseñanzas de las enfermeras, personal indispensable para lograr una pronta recuperación del RN, indicando cuidados sobre seguridad y protección, alimentación y sobre todo promoviendo un mejor vínculo entre los padres y su hijo, como indica Molina (2016) el crecimiento y la consolidación de este vínculo es progresivo, ya que surge desde la participación de los padres en el cuidado y atención del niño durante la hospitalización y cada vez merece de más preparación e interés. Junto con los padres, el entorno familiar y

sus buenas relaciones son el pilar fundamental para el desarrollo biopsicosocial y crecimiento subsiguiente del niño, es así que es importante destacar el rol que realiza la abuela, como madre de una generación anterior, a partir de las experiencias pasadas fortalece los lazos de amor y cooperación de la familia, debido a que en la mayoría de situaciones la madre o el padre se ven limitados a cumplir a tiempo completo con esta atención por verse exigidos a cumplir con sus obligaciones laborales como afirma Molina (2016) ilustrando que el apoyo cercano de la familia permite que el RN tenga mayores elementos de apoyo como el cariño, el apego, la continuidad y la estimulación, que le favorecen en su salud mental y emocional.

Es importante identificar cuáles podrían ser los factores benéficos para crear y fortalecer el entorno biopsicosocial y cultural del niño. Uno de los factores para fomentar este lazo de amor es la lactancia materna que provee la madre desde el primer contacto con su niño, por lo que se le enseña a la madre lo fundamental que es suministrarle a su hijo este alimento natural, a pesar de las concepciones, con carencia científica, que presentan las madres y que influyen directamente en el proceso de amamantamiento, Acharya & Khanal (2015) en Nepal, han demostrado que el inicio temprano de la lactancia materna se ve influenciado por el nivel de educación de la madre, debido a que en su estudio verificaron que el inicio temprano del amamantamiento es más frecuente en madres quienes cursaron la educación primaria (OR: 1.24, IC 95%: 1.09, 1.42) y secundaria (OR: 1,63 IC 95%: 1,42, 1,88), en comparación con aquellas madres sin ningún nivel de escolaridad; sin dejar de lado otros cuidados rutinarios como el baño diario, cuidado del cordón umbilical, vestimenta y otras prácticas benéficas de cuidado del niño que hacen de esta rutina, una relación más fuerte. Haciendo referencia a dichos

condicionantes, Owor, Matovu, Murokora, Wanyenze, & Waiswa (2016) en su estudio realizado en Uganda, concluyo que solo el 12% de las madres cumplían con las prácticas benéficas mientras que las que no realizaban dichos cuidados, como ejemplo, el aseo diario del cordón umbilical y la colocación de inmunizaciones al RN, era debido a que estaban arraigadas a prácticas culturales y rituales para su hijo, además el investigador mencionó que las madres con nivel socioeconómico medio tenían mayor acogida de dichas prácticas que las de menor nivel, dado que la accesibilidad a atención médica era mayor en comparación con las madres con escasos recursos económicos.

Por toda la problemática existente en torno al RN y a la madre debido a las altas tasas de mortalidad y desnutrición de ambos, es importante conocer las condiciones sociales y culturales en que viven, por lo que la OMS formuló los ODS los cuales intentan mitigar la pobreza y acceder a los niveles de educación, como menciona Alosaimi, Luoto, Wahed, Serouri y Fi (2016) en su estudio: es indispensable y obligatorio crear estrategias para abastecer con educación y servicios básicos a la población mundial ya que con ello se podrá disminuir las altas tasas morbi-mortalidad materna e infantil que preocupa cada vez a las organizaciones encargadas de la salud mundial, mientras Cantarutti, Franchi, Monzio Compagnoni, Merlino y Corrao (2017) en su investigación menciona que la educación de la madre es fundamental para la mantener el bienestar en cada miembro de su familia.

Capítulo II

2. Marco teórico

2.1. Recién nacido prematuro.

2.1.1. Definición.

Un embarazo que culmine después de las 37 semanas, se le denomina a término debido a que concluye con la expulsión del feto en óptimas condiciones biológicas para adaptarse a la vida extrauterina, caso contrario, si el nacimiento se produce antes de las 37 semanas de gestación, se obtendrá un RN prematuro (S. R. Rodríguez, Ribera, & Garcia, 2008).

2.1.2. Clasificación.

Según la OMS, en base a la edad gestación del RN existen 4 subcategorías:

- Prematuro general (antes de las 37 semanas)
- Prematuros tardíos (32 a 37 semanas)
- Muy prematuros (28 a 32 semanas)
- Extremadamente prematuro (menos de 28 semanas)

Debido a que el dato de la edad gestacional no es preciso, existen diferentes nomenclaturas para clasificar al neonato prematuro, uno de ellas es de acuerdo a la cantidad de gramos (peso del RN) en el momento del nacimiento:

- PBAN (menos de 2.500 gramos)
- PMBAN (entre 1.000gramos a 1.500 gramos)
- PEBAN (menos de 1.000 gramos)

Al combinar, el dato numérico de la edad gestacional junto con el peso al nacer, se obtendrá la relación proporcional del peso para la edad gestacional, la cual está en una población de referencia según su sexo, es por ello que el RN será prematuro, si en la gráfica se lo dibuja por debajo del percentil 3 (dos o más DE) (Eds CP Howson, MV Kinney, 2012).

2.1.3. Etiología.

El nacimiento prematuro se debe a múltiples causas, ya sean estas de origen biológico, epidemiológico e incluso por factores socioeconómicos de la madre y su entorno. Cabe destacar, que los determinantes biológicos corresponden al mayor porcentaje, estos representados por las patologías maternas más comunes, como por ejemplo diabetes mellitus, hipertensión arterial y con un 50% la ruptura prematura de membranas, siendo esta última la más significativa no solo en su incidencia sino también en su relación con una infección materna preexistente, la cual puede o no desarrollar sintomatología, dicha aseveración confirma la Sociedad Española de Pediatría donde reporta que el 60% de los resultados de los cultivos obtenidos en base a las membranas fetales de los RN prematuros son positivos para infección (S. R. Rodríguez et al., 2008).

Por otro lado, existen factores de riesgo que van a desencadenar en parto prematuro, como lo son:

- Antecedentes de parto prematuro espontáneo.
- Embarazo múltiple.
- Estrés.
- Bajos recursos económicos.
- Desnutrición.
- Madre afro descendiente.
- Consumo de tabaco durante el embarazo.
- Edades extremas (menos de 15 y mayor de 35).

2.1.4. Mecanismos de adaptación en el prematuro.

Al ser un RN prematuro, la funcionalidad de sus órganos y sistemas es incompleta, por lo que necesita de cuidados y una atención específica para ayudarlo en el proceso de desarrollo de cuatro fenómenos importantes, con el objetivo de que en un lapso de tiempo determinado, el RN presentará una mejor autonomía funcional y con ello una pronta recuperación.

2.1.4.1. Respiración.

Durante la vida intrauterina, el feto se prepara para coordinar apropiadamente los ciclos respiratorios que se realizarán después del nacimiento, ya que a partir de la 12 a 15 semanas de gestación es evidente un dinamismo respiratorio intermitente a través de la ecografía.

Por un lado, los alveolos pulmonares están siendo ocupados por líquido alveolar, el cual después del nacimiento, será reemplazado por aire para dar inicio a los ciclos respiratorios. A medida de que surge la transición de la vida intra uterina a extra uterina, solo el 30 ml de líquido traqueal será expulsado en el momento del trabajo de parto debido a la compresión torácica fetal durante el paso por canal vaginal (presión de 60 – 100 cm H₂O), mientras que el líquido restante será reabsorbido a la circulación venosa y linfática pulmonar a través de la implantación de un gradiente osmótico desde el alveolo hacia el intersticio pulmonar junto con la presencia de proteínas plasmáticas que también ayudarán en dicho proceso (Aguaron, 2011).

Es en el momento del nacimiento donde se instaura espontáneamente la función pulmonar mediante varios procesos fisiológicos, uno de ellos da como resultado la disminución de las resistencias vasculares pulmonares, junto con la presión ejercida de los movimientos respiratorios y el llanto inmediato del RN, ocasionan la expansión alveolar pulmonar.

Presiones dadas por el llanto sobre el pulmón entre 40 - + 80 cm de H₂O, pueden incluso originar un neumotórax idiopático debido a un colapso alveolar masivo (Aguaron, 2011).

Específicamente en los RN prematuros, al tener un nivel bajo de proteínas plasmáticas que ayuden en el proceso de reabsorción de líquido alveolar hacia el intersticio pulmonar, el proceso de adaptación respiratorio será mucho más lento.

2.1.4.2. Circulación.

Mientras transcurre el crecimiento y desarrollo del feto en el útero materno, en él se forman nuevas estructuras que serán transitorias y necesarias para realizar el intercambio gaseoso, y tras el nacimiento del mismo, dichas estructuras de forma paulatina se irán cerrando. De forma excepcional, como lo es con el foramen oval puede mantenerse abierto en un 25% de los adultos.

Los fenómenos circulatorios ocurren de forma simultánea con el sistema respiratorio, ya que al disminuir las resistencias vasculares pulmonares se produce el incremento de las resistencias vasculares sistémicas y con ello el aumento de la oxigenación de la sangre arterial, dando como resultado una óptima saturación sanguínea ofreciendo una coloración rosada al RN, el cierre progresivo del ductus arterioso y del ductus venoso de Arancio (Delabaere & Gallot, 2016).

Por otro lado, la baja del flujo sanguíneo por el ductus arterioso ocasiona que éste se convierta en una zona isquémica ocasionando su cierre y junto con la proliferación y engrosamiento del endotelio y regresión de vasa vasorum originan la separación de la circulación pulmonar y circulación sistémica. De igual forma, los forámenes ovales se cierran debido a un cambio de presiones, ya que en la aurícula derecha esta decae mientras aumenta

la presión en la aurícula izquierda provocando que la válvula de Vieussens golpee hacia el foramen oval y origine su cierre.

2.1.4.3. Equilibrio glucémico.

Durante la vida intrauterina, la madre es la responsable de ceder glucosa al feto mediante la placenta, ya que en él todavía no se produce ningún proceso biológico que genere dicho componente energético.

A partir de la 20 semana de gestación, el páncreas fetal libera insulina y es en la semana 27 donde ya se produce el almacenamiento de glucógeno hepático, de esta forma y a través de la liberación de glucagón, insulina y catecolaminas, el RN está preparado para la producción de 4-6 mg/kg/min de glucosa, la cual se obtendrá a partir de la liberación de ácidos grasos, gluconeogénesis y glucogenólisis (Aguaron, 2011).

Es importante indicar que en el RN prematuro, los procesos de liberación y conversión de glucógeno en glucosa se llevarán a cabo de forma progresiva por lo que las reservas de glucógeno hepático pueden permanecer por más tiempo.

2.1.4.4. Termoregulación.

Para mantener una adecuada termoregulación es necesario conservar un equilibrio entre dos elementos, por un lado se encuentra la pérdida de calor, la cual se elimina a través de las vías respiratorias y por la piel, mientras que por otro lado está la producción de la misma, que se da mediante la oxidación de la grasa parda presente exclusivamente en los niños, dichos procesos están siendo regulados por el centro termorregulador ubicado en el hipotálamo.

Después del nacimiento, es indispensable mantener al RN dentro de una temperatura adecuada, con la finalidad de evitar la disminución paulatina de la misma, la cual se puede

dar por diferentes mecanismo como lo son conducción, convección, radiación y evaporación, así se impedirá el enfriamiento del RN y la posible muerte. En lo que se refiere a evaporación, el neonato pierde 580 calorías por un ml de agua.

En el caso de los RN prematuros, la piel es una barrera inmadura, por lo que la capacidad de sudoración es insuficiente, ocasionando mayores pérdidas insensibles de agua por evaporación y dando como resultado un trauma térmico por lo que en ellos es vital envolverlo en un ambiente húmedo para evitar semejante pérdida.

2.2. Epidemiología.

A nivel mundial, uno de los mayores problemas en salud es el nacimiento de niños prematuros, acontecimiento que no solo está influenciado por factores maternos sino por la falta de atención de calidad en los servicios de salud, problemática que genera 15 millones de RN prematuros al año, es decir uno de cada diez niños según datos de la OMS, por lo que corresponde a la principal causa de mortalidad infantil (Eds CP Howson, MV Kinney, 2012).

Como comunica el informe Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil 2017, existe un incremento en cuanto se refiere al fallecimiento de niños menores de cinco años, donde reporta que para el año 2000 el número de fallecidos corresponde a un 41%, mientras que en el 2016 se dio en un 46%, dicho desagradable desenlace se producen en un 50% durante las primeras 28 horas de vida mientras que un 75% se da en la primera semana.

Además en el 2012, se estableció que el 80% de las muertes de RN a nivel mundial están dadas por 3 causas: ubicando a las infecciones neonatales como septicemia y meningitis en un 7%, seguido con un 11% a las causas relacionadas con el momento del parto como lo es la asfixia perinatal y finalmente las muertes producidas por complicaciones propias de la

prematuridad corresponden a un 16%, siendo esta última la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años (Hug, L., Sharrow, D., & You, 2017).

En lo que corresponde a nuestro país, el INEC presentó el Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones de la República del Ecuador en el año 2014, en donde reporta un total de 2,821 fallecimientos en niños menores de un año, siendo la principal causa la enfermedad de Dificultad Respiratoria del RN con un 14,68%, esta provoca el deceso de 414 niños, distribuidos en 246 niños y 168 niñas, segunda causa son los decesos por trastornos relaciones con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer con un 6,49%, las neumonías causadas por agentes desconocidos corresponden al 6,24%, la sepsis bacteriana del RN con un 5,64% y las malformaciones congénitas corresponde a un 2,84% (Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo, 2014).

Por último, según la OPS, Ecuador es uno de los países a nivel mundial en donde se ha logrado mitigar la tasa de nacimientos prematuros entre el año 1990 al año 2010, través de estrategias implementadas en la atención de los RN y sus madres (Organización Mundial de la Salud, 2012).

2.3. Modelo biopsicosocial.

2.3.1. Definición.

Consiste en un enfoque integral, el cual involucra y prioriza los agentes psicológicos y socioeconómicos de la persona y su entorno como pilares fundamentales causantes de la enfermedad, sin dejar de lado el impacto que los determinantes biológicos ejercen sobre de la misma.

2.3.2. Etiología.

El término fue creado en el año de 1977 por George Engel¹ tras la modificación de la concepción del modelo biomédico. Este último, mencionaba que la enfermedad se produce exclusivamente por alguna alteración bioquímica de un sistema dentro del organismo, por lo que Engel al estar en desacuerdo con aquella explicación propuso que la enfermedad, no solo se debe al desequilibrio celular y molecular, sino que interfiere en ella, las relaciones interpersonales, ambientales y sobre todo socioeconómicas de la persona y su entorno, otorgándole a estos últimos elementos mayor interés, ya sean estos positivos o negativos sobre la salud o la enfermedad de la persona (Borrell i Carrió, 2002).

Además, Engel menciona que el médico a más de ser el experto que diagnostica, trata y prevé el padecimiento presente en el paciente, es la persona que interactúa en todas las fases del proceso de recuperación del individuo, educando y promoviendo hábitos saludables dentro de su persona, familia y ambiente (Fava & Sonino, 2017).

2.3.3. Elementos.

2.3.3.1. Factor biológico.

Dentro del modelo biopsicosocial, el origen de la enfermedad es multifactorial, por lo que no deja de lado a los factores biológicos, quienes a través de los precursores ya sean estos agentes endógenos o exógenos producen alteraciones a nivel celular, tisular, metabólico y funcional de un órgano el cual corresponde a un sistema en específico, es por eso que las enfermedades se clasifican de acuerdo a su localización, historia natural, etiología, entre otros.

¹ psiquiatra norteamericano

A su vez, la enfermedad surge como un proceso patológico de origen y desarrollo natural y en algunos casos desconocido, que ocurre a través de varios procesos fisiopatológicos en donde intervienen una serie de mecanismos bioquímicos, células, sustancias endógenas, entre otros componentes que pueden o no ser modificables a través de manipulación humana, la cual sería una estrategia para prevenirla y sobre todo para que el proceso del padecimiento sea mucho más lento y menos agresivo.

Además, en la evolución de la enfermedad, existen factores modificables, tales como la actividad física, la dieta, entre otros, que ayudan en la prevención de la aparición de la misma, mientras que los factores que hasta ahora no se ha logrado modificar y que sin duda tienen un gran impacto sobre la enfermedad, es el material genético que se hereda de los progenitores, el cual puede dar origen a varias enfermedades congénitas, incluso, la edad corresponde a otro factor que influye en la aparición o no de la misma ya que en determinadas etapas de la vida y de acuerdo al estado general de salud de las personas, estas son más vulnerables y más propicias a desarrollar una patología, por último se encuentra el factor sexo, al igual que la edad, es un determinante esencial ya que los padecimientos inciden con mayor frecuencia entre hombre o mujeres.

A pesar de que estos factores no se los puede manipular, se conoce varios procedimientos sencillos prevenibles como el lavado de las manos, el cual es un proceso sencillo y práctico, que puede contribuir a frenar la aparición de la enfermedad.

2.3.3.2. Factor psicológico.

Tradicionalmente se tenía una idea errónea sobre el origen de la enfermedad, debido a que se aferraban a la idea que solo existen causas biológicas, pero ahora con el desarrollo de la psicología aplicada a la salud, se ha implementado diferentes teorías que argumentan la

relación y el dominio de las emociones, el comportamiento y la personalidad del individuo sobre el estado general de salud.

Una de las teorías que ha tenido un impacto importante sobre la enfermedad es la teoría cognoscitiva, la cual defiende que los conocimientos y creencias que la persona posee influyen de forma negativa o positiva en la situación que está atravesando, y esto en parte, depende de la educación impartida en ella y en su familia. Es por eso que, los conocimientos fiables y certeros de la patología presente, en este caso, permiten el desarrollo de sentimientos y conductas positivas ayudándole a la persona a aceptar de mejor manera su enfermedad, generar resultados óptimos y promoviendo un compromiso en ella para que ocurra la recuperación esperada y anhelada. Por otro lado, las creencias negativas, como por ejemplo que la enfermedad es incurable a pesar de los tratamientos, es contagiosa o simplemente por opiniones erróneas que la gente posee sobre una determinada enfermedad, atraerán a sentimientos y comportamientos negativos, por lo que la negación a la enfermedad producirá una mala adaptación al tratamiento e incluso la omisión absoluta de la patología dando como resultado al poco tiempo un empeoramiento y peor aún, la muerte del paciente (L. Rodríguez et al., 2005).

En cuanto se refiera a la personalidad del individuo, se estable que existe un constructo que es característica de este, el cual se denomina optimismo, mediante este se genera expectativas, acciones y pensamientos buenas y positivas frente al acontecimiento y sobre todo trayendo consigo mejores resultados a nivel de la salud y de la enfermedad, no solo de la persona sino de su entorno familiar. Aunque no se ha descrito como constructo de la personalidad, por el contrario la actitud pesimista que genera resultados negativos en la persona, determinando que ella sea incapaz de tener el control de la situación y esto conlleva a un deterioro de sí misma.

Dejando de lado al comportamiento o emociones expresadas por la persona, sea cual sea la situación que atraviese el individuo, éste genera estrés, el cual se lo puede identificar ya sea como un estímulo, una respuesta o como un medio estresor, esto depende de las características propias del individuo y del ambiente en donde se desenvuelva, y con ello permitirá a la persona analizar la situación y buscar los recursos que tenga en ese momento para saber afrontarlo. Para combatir al estrés que ocasiona la enfermedad, la estancia hospitalaria propia o de un familiar o incluso la crisis existencial que atraviesa una persona, ella ejecuta acciones y comportamientos de forma consciente, ya sea a través de la búsqueda de redes de apoyo para mitigar la tensión o compartir con otros sus experiencias vividas, o a través de mantener el autocontrol sobre situación, o del análisis sobre las enseñanzas que dicho acontecimiento proporciona, o incluso y en el peor de los casos el distanciamiento del problema.

En algunos casos, la persona se maneja dentro de un circuito de acciones y reacciones, el cual le ayudará a salir del problema o ver de mejor manera la enfermedad, este empieza con un actitud adecuada de poder resolver los problemas ya que tienen propósitos y metas trazadas que sirven de motivación para poder sobrellevar la patología y si además, la persona siente que su familia o cualquier entidad le proporciona una red de apoyo, ella continua en este ciclo positivo que ayuda para su pronta mejoría y la de su familia, ocasionando una reactivación emocional que al final le permita sentirse mejor y saber que todo estará bien.

Por ejemplificar todo lo dicho, durante la hospitalización del paciente neonato, todos los miembros de la familia del niño expresan un nivel de ansiedad o estrés que no solo depende de su estado emocional y conductual sino también de su nivel de educación, estas reacciones y emociones se generan debido a que se ve restringido el vínculo afectivo-emocional de la familia y el nuevo integrante, desencadenando consigo inestabilidad emocional en los padres

y en su entorno, por lo que el apoyo multidisciplinario de profesionales que ayuden en el apoyo emocional es importante para poder soportar de mejor manera la estancia hospitalaria de su hijo (Torres-Ospina, Nicolás, Augusto, & Enrique, 2016).

2.3.3.3. Factor socioeconómico.

Con el trascurso de los años, los investigadores han realizado estudios que buscan más allá de las causas biológicas de la enfermedad, en donde han encontrado una gran afinidad entre las condiciones socioeconómicas de la persona y su familia con el estado de salud – enfermedad de cada miembro, tomando esto a consideración, en el año 2005 se crea la delegación sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Tamayo, Besoain, & Rebolledo, 2016), los cuales se refieren a las condiciones y servicios de salud con que vive y cuenta una persona, respectivamente, estas condiciones están dadas por su poder económico, social y cultural, donde dichos componentes forman parte de las desigualdades sociales y como precursores de las enfermedades.

Afirmando esta idea, se realizó un estudio en Yemen donde se investigó la relación que existe entre los niveles socioeconómicos y la salud materno infantil-neonatal, concluyendo que la combinación del nivel socioeconómico y el nivel escolar alto de la madre del niño mitiga las tasas de mortalidad infantil y neonatal (Alosaimi et al., 2016).

Además, la delegación formula clasificar a los determinantes sociales en dos subdivisiones, por un lado propone los determinantes estructurales, los cuales encierran a la posición socioeconómica, el género y la etnia, donde la primera depende exclusivamente de la educación, la ocupación y el ingreso de la persona, mientras que por el otro, están los determinantes intermediarios que son aquellos factores biopsicosociales que tienen un peso

sobre la salud – enfermedad de la persona (Acero A, Caro R, Henao K, Ruiz E, & Sanchez V, 2013).

Es así, que dentro de los determinantes estructurales, se encuentra las inequidades sociales, de donde provienen varias teorías que dan soporte a la relación enfermedad y condición social, por un lado las emociones se centran en una teoría, la teoría psico-social, explicando como la autopercepción del nivel socio económico puede influenciar de manera negativa en el estado de salud y desarrollar una enfermedad, ya que a través de esta idea de desigualdades, la persona trata de compararse con gente que poseen más bienes, poderes y mejor estado anímico, desarrollando sentimientos de autodestrucción y aislamiento con la sociedad, por lo que en estas personas las tasas de mortalidad son mayores. Por otro, el poder económico está al mando, en la teoría de la producción de la enfermedad, donde menciona que las personas con escasos recursos económicos no pueden satisfacer sus necesidades básicas y peor aún cubrir gastos relacionados a su salud, por lo que la enfermedad avanza rápidamente. Y por último, la más importante, es la perspectiva ecosocial, la cual trata de conectar 3 aspectos trascendentales de la vida del individuo como lo son, el estado general de salud, el ambiente que lo rodea y las condiciones biopsicosociales en que vive, dando como resultado un tipo específico de estilo de vida, el cual refleja las circunstancias y las necesidades que vive y presenta (Javeriana, Castaño, & Stella, 2009).

Es por ello que el nivel económico coloca a la persona y a su familia en una posición jerárquica dentro de la sociedad, otorgando a ella una estabilidad emocional y estructural dentro de su entorno. Sin lugar a duda, la cantidad de dinero que se convierte en ingresos para la familia depende en la mayoría de casos de la ocupación de la persona y esta última está determinada por el nivel de educación de la misma. Pero existen casos, donde las personas

por no estar desempleadas, realizan labores no acordes a su nivel escolar, por lo que su ingreso no corresponde y no logra satisfacer sus demandas y necesidades.

Como se mencionó anteriormente, la adquisición económica de una familia es importante para poder sustentar sus necesidades, y peor aún si en ella existe la presencia de personas vulnerables como un RN prematuro. En base a este criterio, en Italia se realizó un estudio donde concluye que el bajo nivel escolar de la madre desarrolla mayores complicaciones en su hijo, como indican los resultados de un total de 383.103 mujeres, el 121.910 de ellas pertenecen a una clase social baja y en ellas resulta un 5.8% de recién nacidos prematuros, 5.6% neonatos con bajo peso al nacer, 8.7% pequeños para la edad gestacional, 4,9% con anomalías congénitas, entre otros resultados comparado con aquellas mujeres que cuenta con recursos económicos para la asistencia en los controles prenatales donde se desarrollan las mismas complicaciones pero en menor porcentaje (Cantarutti et al., 2017).

Por otra parte, el estilo de vida que lleva una persona condiciona su salud y además demuestra la influencia social sobre lo personal ya que depende de su estatus socioeconómico para adoptar normas y costumbres positivas y saludables para mantener un buen estado de salud y evitar de la enfermedad. Es por eso que el cambio de las condiciones sociales de una persona no solo cambia su estilo de vida sino también su calidad y mejora su vinculación con áreas de salud que proporcionen atención de calidad.

Para ayudar en el cambio del estilo de vida de la persona, es indispensable identificar los factores de riesgo que influyen de forma negativa en la aparición de la enfermedad, es decir se debe reconocer la mala alimentación, el sedentarismo, el consumo de drogas o alcohol, el no lavado de manos, no poseer hábitos de buena higiene, desempleo, estrés y la contaminación del agua, aire, suelo proporcionan agentes dañinos para la salud.

Por otro lado, otro determinante estructural de salud es el nivel de educación que posee la persona y su familia, ya que el individuo con un alto nivel escolar, pone en práctica sus conocimientos sobre buenos hábitos saludables con lo que evita contraer enfermedades que pueden ser fácilmente prevenibles no solo en él sino en los miembros de su familia. Además, mantener un nivel alto de escolaridad y social, le permite a la persona asistir a programas o instituciones donde pueda compartir y adquirir nuevas estrategias para cambiar o incluso mejorar su calidad de vida con la finalidad de proteger su salud y la de los suyos.

En la misma línea, un nivel escolar bajo en los padres y la familia de un RN prematuro repercute en el desarrollo psicomotor, cognitivo, de lenguaje del niño por lo que estos se vean estancados y esto trae consigo que el niño no se desenvuelva de la misma manera que los niños de su edad.

En el Ecuador, la ONU investigó el alcance de la mujer en el ámbito educativo en las últimas dos décadas (año 1995 al año 2015), donde evidenció que el 98% de la población femenina en edad escolar accede a la educación básica, a medida de que el género femenino progresa, ellas van optando por otras carreras universitarias, como por ejemplo Economía, Ciencias Políticas, Arquitectura y Derecho, dejando de lado a carreras como Trabajo Social, Educación, Comunicación y Enfermería, las cuales en años pasados eran representadas por ellas, a pesar del alcance universitario femenino, el informe menciona que el 50% de la población en edad de trabajar se encuentra inactiva, demostrando así que el desempleo de ellas duplica al de los hombres (Alisón Vásquez, 2016).

Basándose en todos estos argumentos sobre el estado socioeconómico y las desigualdades sociales que existen a nivel mundial, la ONU ha creado los ODS los cuales se pretenden lograr hasta el año 2030, mediante la implementación de estrategias para garantizar una mejor calidad de vida de toda la población mundial y más que nada de las personas de escasos

recursos económicos, debido a que son ellas quienes enfrentan mayores problemas de salud como es la desnutrición, altas tasas de mortalidad, entre otras, esto se debe a que no cuentan con los recursos necesarios para poder acceder a una atención de salud de calidad y a cubrir sus necesidades diarias (ONU / Cepal, 2016).

En definitiva, adquirir e implementar buenas prácticas de salud depende de las características propias de la persona y del entorno en donde se desenvuelve, debido a que el nivel de escolaridad, etnia, ocupación y edad de los miembros de la familia, son determinantes que ejercen un gran impacto en la prevención o el desarrollo de una enfermedad, es por eso que se debe trabajar en base a estos aspectos para implementar buenas prácticas saludables que modifiquen estilos de vida de la población a pesar de la jerarquía social y sin dejar de lado los factores genéticos que están presentes dentro de una generación que predisponen a desarrollar una patología.

2.3.3.4. Factor cultural.

A través del tiempo, las creencias, las costumbres, las tradiciones y los principios han dado un giro significativo, esto se debe al patrón sociocultural que las generaciones y sus determinantes sociales han ido transmitiendo. A pesar de ello, una concepción que todavía está impuesta pero cada día ha ido evolucionando, es la imagen de la mujer como protagonista principal en el cuidado de los miembros de la familia y más que nada de los niños del hogar, debido a que la naturaleza y la experiencia han demostrado que la protección y el cuidado es innato de ellas. Además, en el marco de salud, la figura materna es quien se apodera de realizar un seguimiento a su familia ya que es la encargada de la planificación familiar, vacunación, desarrollo y crecimiento de sus hijos, de la alimentación y la actividad física de cada miembro de su familia. Mientras que el sexo masculino, se ha representado como fuente

de trabajo y por ende es quien asume los gastos económicos de la familia y deja de lado la crianza y cuidado de los niños.

Para ilustrar esa idea, exclusivamente, en el área de Neonatología la imagen paterna se observa en horarios determinados y proporcionando apoyo a la madre, quien está al cuidado absoluto del niño hospitalizado. Además, las emociones expresadas en el padre durante este acontecimiento son negativas, reflejan que él no siente la suficiente confianza y seguridad para cuidar de su hijo, por lo que cataloga su presencia como un agente observante y de poca ayuda en el proceso de recuperación del niño (Gallegos-Martínez et al., 2013). Es por eso y de vital importancia que el padre junto con la madre ingresen al servicio de neonatología para que puede adquirir y aprender conocimientos sobre los cuidados para mantener siempre en buenas condiciones a un familiar y más a un RN ya sea durante la hospitalización o en casa, para así evitar propagar alguna enfermedad en cualquier miembro de la familia.

Por otro lado, es importante tener en cuenta las diferentes culturas y creencias que practican cada persona y su familia, ya que estas pueden intervenir de forma negativa o positiva sobre la salud o la enfermedad de cualquier miembro, es por eso que el sistema de salud ha tratado de involucrar a ciertas prácticas y procedimientos para que la población independientemente de su etnia, género, cultura tengan una accesibilidad absoluta a los centros de salud con la finalidad de disminuir el número de muertes a nivel infantil y materno. En un estudio realizado en los subdistritos de salud de Luuka y Buyende en Uganda, se reporta que solo el 12% de las madres tenían cuidados adecuados con sus hijos, esto se debía a que por un lado, los centros de salud no transmitían de forma correcta los métodos indispensables para el cuidado del niño como lo son el limpieza del cordón umbilical, lactancia materna exclusiva, método canguro, entre otros, y la segunda razón y la

más fuerte, fue porque las tradiciones de la familia sobre el cuidado de la madre y su hijo todavía estaban bien asentadas e imposibilitan un mejor manejo en el RN (Owor et al., 2016).

2.4. Neonatología.

El RN que presenta mala adaptación con la vida extrauterina en el momento del nacimiento o presenta alguna enfermedad que le impide mantener su autonomía funcional, debe ser llevado inmediatamente a un lugar donde a través de la asistencia médica y equipos especializados le ayuden a mejorar su condición y recuperarse pronto. Dentro de este lugar, existen diferentes habitaciones donde colocan a los niños dependiendo del estado de salud en que se encuentra, cada niño está ubicado en una incubadora, la cual proporciona la temperatura adecuada, y sobre él se hallan conectados diferentes dispositivos y equipos necesarios para su constante monitorización.

A pesar de que este inesperado acontecimiento, en la mayoría de casos, genere resultados favorables para el niño, para los padres se convierte en una realidad estresante y angustiante debido a varias razones, uno de ellas es que los padres no se esperaban dicho acontecimiento, otra puede ser por la falta de experiencia sobre la hospitalización de su hijo, también puede darse por las condiciones biopsicosociales de los padres como por ejemplo el nivel de escolaridad bajo de los padres que imposibilita la comprensión de la información sobre el estado de salud del niño, trayendo consigo resultados negativos sobre la recuperación, pero este problema no solo se debe a los padres sino también al vocabulario especializado que utilizan los médicos que obstaculizan la toma de decisiones de los padres sobre su hijo.

Además, la estadía del niño en el servicio de neonatología, limita a los padres que cumplan sus funciones y más que nada, el vínculo afectivo entre el niño y sus padres se ve limitado debido al acceso restringido que se ejecuta en dicho servicio. Para ejemplificar esto, se

realizó un estudio en 16 países de América Latina, el cual concluyó que desde el punto de vista de los padres solo el 36% de ellos contaban con acceso ilimitado en los horarios establecidos especialmente en el área de Cuidados Intensivos Neonatales, al contrario de los hermanos y abuelos quienes tenían una gran limitación a las visitas, pero desde el punto de vista de las enfermeras, el 76% de ellas mencionaron que solamente las madres deben tener acceso ilimitado debido al apoyo que les brindan frente al cuidado y la atención en los niños (Montes Bueno, Quiroga, Rodríguez, & Sola, 2016).

2.5. Entorno familiar.

De generación en generación, se ha difundido que la familia es la piedra angular de la sociedad, esto se debe a que los lazos que los unen ayudan a los integrantes a cooperarse entre sí y afrontar o sobrellevar la situación en la que se encuentren y para poder salir adelante. Es por eso que el concepto de familia no se debe delimitar al término consanguinidad, sino se debe englobar a aquellas personas con quienes tienen una afinidad y meta en común, ya sea estas de la misma religión, barrio u otra institución a la que pertenezca, debido a que ellas no solo le pueden ofrecer el apoyo económico, sino el apoyo emocional y la empatía que el otro le puede brindar para sentirse y cambiar su perspectiva de la situación que atraviesa.

Específicamente en el servicio de Neonatología, donde surge la imagen de una madre desesperada, triste y estresada por la situación que está viviendo y al no saber que puede realizar para que su hijo hospitalizado tenga la recuperación esperada por ellos, el apoyo familiar con el que cuentan en ese momento es el único refugio en donde pueden albergarse, debido a que la unión de los miembros despliegan una fuerza de sostén sin igual, no solo para la madre que está a cargo del cuidado constante del niño sino entre ellos mismo, transmitiendo

así sentimientos de esperanza, amor y confianza, que incluso pueden ser percibidos por el niño, los cuales serán el motor imprescindible que trae consigo diferentes resultados como lo son la pronta recuperación del paciente hospitalizado, mitigar los efectos negativos provocados en los padres y sobre todo afianzar los lazos de alianza y amor en la familia.

Tomando en cuenta lo indispensable que es el soporte familiar en la hospitalización del recién nacido, y tras las incertidumbres que los padres y familiares presentaban al no estar involucrados en la toma de decisiones sobre los procedimientos y tratamientos de que se practican en sus hijos, en 1993, la Academia Americana de Pediatría tras esta problemática crea el concepto de Atención Centrada en la Familia y el Paciente (Harrison, 1993), en donde los autores tratan de desarrollar un enfoque integral en la atención del RN hospitalizado a través de principios:

- La relación médico y padres del RN hospitalizado, que se establece desde el primer momento de la hospitalización, debe estar basada en valores como el respeto y la calidad humana, con la finalidad de crear lazos de confianza y empatía entre las dos partes, para así brindar y comprender la información que se le imparte con la única finalidad de mejorar la calidad de salud del niño, tomando en cuenta que esta debe ser clara, fiable e imparcial.
- Los padres están en el libre derecho de aceptar o rechazar el consentimiento informado previa información del médico encargado del niño, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de los procedimientos o tratamientos que se llevarán a cabo, incluso una vez aceptados las condiciones ellos serán capaces de desistir en cualquier momento del proceso.
- Además, el personal de salud debe poner a disposición de los padres y sus familiares otros recursos como lo son grupos de apoyo donde existan padres con

las mismas experiencias de su hijo y un grupo de médicos que puedan ayudar a ver desde otra perspectiva la enfermedad, esto en caso de que ellos se encuentren con dudas o es de difícil comprensión la información.

- A los padres y familia se les propone varias alternativas de tratamiento y diálogos con el Comité de Bioética, para que ellos las discutan y sugieran cual es el mejor decisión en cuanto a la salud de su hijo.
- Los RN al ser personas que no expresan sus dolencias o molestias a través de palabras sino de gestos faciales, los médicos tratan de interpretar estas señales y juntos con los padres tratan de ayudarlos de alguna manera a controlar el dolor, es por eso importante la buena comunicación que deben tener los involucrados con el niño.

Además de estos principios y con el objetivo de obtener la recuperación del RN y su pronto egreso de la sala de Neonatología, los médicos y las enfermeras adaptan cambios de actitud, comportamiento y empatía con el paciente, los padres y sobre todo con el entorno familiar del RN hospitalizado basándose en que la mala adaptación con la vida extrauterina o enfermedad no solo está dada por procesos biológicos sino por factores biopsicosociales del entorno. Por lo que estos cambios en todo el círculo que rodea al niño produce:

- Mayor interacción de la familia con el niño durante su estancia hospitalaria.
- Fomenta a los padres valores como amor y confianza para cuidar a un niño vulnerable.
- Mitiga los niveles de estrés que se apoderan de los padres.
- Mejora las relaciones entre la familia y el personal médico.
- Incrementar el sentimiento de esperanza frente a las condiciones del niño.

Es por ello que en Sao Paulo, Brasil se realizó un estudio para demostrar los resultados obtenidos a través de la implementación de la estrategia Atención Centrada en la Familia y el Paciente, donde se obtuvo que el 30% del personal de salud, ve como positivo el cumplimiento de este nuevo programa debido a que este involucra al entorno familiar en el cuidado del niño, en la toma de decisiones y los ve como fuente de sostén en la comprensión de la información recibida sobre el paciente hospitalizado, a pesar de que las enfermeras en especial mencionan que el programa todavía no está aplicado del todo en la Unidad Neonatal por la falta de charlas sobre el programa y la limitación en cuanto a la infraestructura, ellas concluyen que es una buena iniciativa que acarrea resultados positivos (Balbino et al., 2016).

2.6. Riesgo.

2.6.1. Biológico.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el RN prematuro al ser un individuo biológicamente inmaduro, no logra mantener una buena adaptación con el medio exterior por lo que puede desencadenar una enfermedad en el momento del nacimiento o la enfermedad ya se presentó durante la vida intrauterina como por ejemplo una enfermedad congénita, por lo que se convierte en un agente vulnerable e idóneo para contraer fácilmente infecciones de cualquier tipo, generando reacciones y alta especulación en cuanto a su morbi-mortalidad durante su estadía y su egreso hospitalario, no solo en el personal médico y de enfermería sino también en su familia. Por tal razón, es indispensable establecer cuidados minuciosos en él y dotar de la alimentación materna exclusiva, no solo para reforzar su condición biológica en este momento sino para lograr cimientos saludables y adecuados para su posterior crecimiento y desarrollo.

En lo que se refiere a morbi-mortalidad del RN, este tema se ha asociado a los cuidados y atención en el paciente hospitalizado debido a que el personal que labora en el servicio de neonatología y la familia que visita al niño pone en práctica protocolos elaborados sobre lavado de manos, uso de indumentaria previo al ingreso al servicio, entre otros, los cuales tienen como objetivos: evitar la propagación de microorganismos causantes de enfermedades, impedir la diseminación de la patología y ayudar en la pronta recuperación del paciente neonato, a pesar de que existen estas medidas efectuadas, el número de RN fallecidos en los últimos años es preocupante y más aún cuando ya se tiene determinado las principales enfermedades que acechan a cada sistema de organismo.

Entre los sistemas más afectados en el neonato prematuro son:

2.6.1.1. Patología respiratoria.

Uno de las complicaciones de la prematuridad es la afectación al sistema respiratorio, esto debido al escaso desarrollo pulmonar principalmente por la insuficiente cantidad de surfactante que se produce, al engrosamiento de la membrana alveolo capilar que imposibilita el correcto y adecuado intercambio gaseoso y, junto con la inmadurez del sistema nervioso central que no ejecuta adecuadamente su función sobre la musculatura torácica, se produzca un sinnúmero de enfermedades, como:

- Distrés respiratorio
- Enfermedad de la membrana hialina
- Displasia broncopulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Neumonías de cualquier tipo

Estas patologías representan las altas tasas de morbi-mortalidad en los neonatos y niños menores de un año, por lo que es necesario determinar la edad gestacional de la madre para prevenir dichas patologías a través de la aplicación de corticoides prenatales o sino a través de soporte de oxígeno posnatal durante la hospitalización.

2.6.1.2. Patología neurológica.

El sistema nervioso sufre un desarrollo gradual a medida que se produce la maduración fetal, específicamente en el RN prematuro presenta afectaciones en la sustancia blanca dado por una escasa mielinización, la sustancia gris sufre un crecimiento exponencial y además en la matriz germinal se da irregularidades vasculares.

Como resultado de los cambios vasculares y tensionales, se produce una hemorragia intraventricular (HIV) la cual es más frecuente en niños con un peso más bajo que el adecuado. Otro cambio que se da en los niños prematuros, se refiere a la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, la cual permite el paso de sustancias tóxicas como la bilirrubina produciendo Kernicterus en los neonatos. Hay que tomar en cuenta que las patologías del sistema nervioso no producen signos de focalidad neuronal (S. R. Rodríguez et al., 2008).

2.6.1.3. Patología inmunológica.

La inmadurez del sistema inmune en el niño prematuro obstaculiza la limitación de un proceso infeccioso, hace que este único foco se disemine y se convierta en una septicemia, esto resulta de dos respuestas inmunes diferentes, por un lado está la respuesta inespecífica, la cual es casi nula ya que la barrera cutánea, mucosa e intestinal no cuentan con una función completa de los neutrófilos y macrófagos, siendo la fagocitosis ineficaz y la respuesta inflamatoria inadecuada, y por otro lado, respuesta inmune específica aún no presente debido

a que la cantidad de inmunoglobinas A y M propias del RN es escasa y la inmunoglobulina G materna es insuficiente como para reaccionar inmediatamente a la infección dada.

Es por ello que, hay que tener mucho cuidado en los neonatos prematuros hospitalizados ya que en ellos se realiza múltiples procedimientos invasivos necesarios para su recuperación y a pesar de las normas de asepsia y antisepsia que se tiene, el ambiente hospitalario cuenta con múltiples microorganismos que incrementa las posibilidades de desarrollar infecciones en los niños.

2.6.1.4. Patología gastrointestinal.

Una vez más es el sistema nervioso el que toma control sobre otro aparato, en este caso el digestivo, pero al estar este en un periodo de inmadurez biológica no logra coordinar las funciones de deglución ni motilidad en el sistema gastrointestinal, es por ello que la capacidad gástrica es pequeña y la tolerancia a ciertos alimentos no es del todo reconocida, junto con la poca motilidad que presenta el intestino hace que el proceso de absorción se torne lento y la defecación se retrase causando en el RN malestar e irritabilidad.

Combinando aspectos propios de la prematuridad, los factores de inmadurez del sistema nervioso, inmunológico, vascular, entre otros hace que la principal enfermedad producida en este sistema sea la Enterocolitis Necrotizante, la cual debe ser diagnosticada y tratada de forma inmediata.

Es importante manejar con cuidado la alimentación del neonato y sobre todo exigir a la madre la alimentación exclusiva con su leche ya que es el principal alimento que el niño debe ingerir hasta que su sistema digestivo este apto para tolerar cualquier tipo de sustancia cosmestible.

2.6.1.5. Patología cardiovascular.

Debido a que no hay un adecuado control sobre el tono vascular dado por alguna alteración del sistema nervioso autónomo, en el niño prematuro existe un descenso brusca de la presión arterial por lo que es indispensable y de forma meticulosa, el personal médico debe utilizar fármacos vasoactivos como adrenalina o soluciones expansores de volumen para salvar la vida del pequeño.

Como ya se menciona anteriormente sobre el conducto arterioso, este puede persistir en los prematuros debido a una mala saturación de la sangre arterial o disminución previa de las resistencias vasculares pulmonares hacen que se cree un shut izquierdo derecho.

2.6.1.6. Patología metabólica.

En el RN prematuro es difícil que existe un control exacto en los niveles de glucosa, por un lado el niño posiblemente entré en un estado de hipoglicemia por el carencia de hidratos de carbono o la insuficiente reserva de glucógeno hepático, mientras que por otro, se puede presentar episodios de hiperglicemia debido a la inexactitud de control en la producción de insulina, por lo que es de vital la vigilancia constante al recién nacido prematuro.

2.6.2. Riesgo social.

A pesar de que las causas biológicas son las que mayor influencia representan en el deceso de los neonatos, no se debe dejar de lado el servicio que ofrece el sistema de salud de cada país, el cual viene dado por la dotación de recursos económicos y talento humano empleados en este, es por eso que la falta de atención de calidad y la atención oportuna de los niños menores de cinco años y mucho más de los RN y sus madres es un inconveniente para

disminuir el aumento progresivo de las tasas de mortalidad materna e infantil que se ha dado en los últimos tiempos.

En otras palabras, el mayor porcentaje de neonatos fallecidos se origina en países que presentan bajos y medianos recursos económicos, así también la falta de igualdad en el acceso y cobertura a los servicios de salud y servicios básicos aporta en gran medida en este suceso. Para ilustrar esto, en África subsahariana donde el acceso a una red de salud o a los servicios básicos están limitados, se genera que por cada 36 niños se muere uno dentro de los primeros 28 días de vida, en comparación con países donde ofrecen una atención de salud de calidad y cuenta con altos ingresos económicos, fallece un RN de un total de 333 (Hug, L., Sharrow, D., & You, 2017).

En la misma línea, los determinantes sociales como lo es el poder económico que provoca la existencia de desigualdades y marginación, el nivel de educación de la madre y padre del niño, la actividad a la que se dedican y las redes de apoyo generan resultados negativos en el acceso a los servicios de salud de la familia aportando en el aumento de la mortalidad neonatal y materna.

Por lo que respecta a los ingresos económicos de la familia, según datos basados en los ODS, casi la mitad de la gente que habita en el mundo logra sobrevivir con dos dólares americanos al día, mientras que uno de cada cinco personas lo logra con 1,25 dólares americanos diarios, situación que se torna preocupante al momento de construir una familia y mucha más alarmante es cuando se avecina la llegada de un nuevo niño al hogar ya que el nacimiento implica la adquisición de productos necesarios para el cuidado, pañales, pago del transporte a la visita con su pediatra, vestimenta del niño, alimentación de ella, instrumentos que ayuden a la estimulación de su hijo. (ONU / Cepal, 2016).

Del mismo modo, esta cantidad de dinero limita a la familia a obtener productos alimenticios, de limpieza, de cobijo, entre otros, dando como resultado problemas de salud como la desnutrición en los miembros de la familia y sobre todo limitando a los servicios de salud por la falta de ingresos económicos para su atención, creando así un círculo vicioso de pobreza. En el caso de una familia con escasos recursos económicos, la llegada de un nuevo integrante, los padres se enfrentan a un gran desafío ya que la mayor preocupación será la crianza del niño debido a que implica la compra de pañales, vestimenta, alimentos para la madre, objetos para el abrigo del niño, útiles de aseo, entre otros que a medida que va creciendo el niño, los gastos van ir incrementando debido a que su desarrollo y crecimiento va a estar influenciada de la estimulación, alimentación y cuidado que se le ofrezca.

Es por ello que la implementación de estrategias en cuanto a mejorar la atención en los servicios de salud es esencial debido a que una atención digna y con calidad es el pilar fundamental en el acceso voluntario de la población y más aún cuando se trata de una mujer embarazada y de un niño que está comenzando a vivir. También se debe plantear que exista una cobertura universal para la población, proporcionar medicamentos gratuitos y sobre todo implementar el acceso a los servicios básicos los cuales son los generadores de enfermedades.

Capítulo III

3. Metodología

3.1. Justificación.

Se debe considerar que la hospitalización del RN para los padres se convierte en un acontecimiento difícil, ansioso y estresante por la falta de conocimiento y control sobre la misma, sobre todo por la incomprensión del léxico médico; y si dicha situación no se controla imposibilitará a los padres a tomar decisiones correctas de los procedimientos que se ejecutan sobre su hijo para su pronta adaptación.

En función de la Atención Centrada en el Paciente y la Familia, creada por la Academia Americana de Pediatría es importante involucrar al niño en su entorno familiar debido a que la existencia de redes de apoyo ofrece acompañamiento, solidaridad y ayuda económica, de esta manera se busca disminuir los sentimientos negativos producidos en el servicio durante la hospitalización del RN.

Adicionalmente, también es importante reconocer que existen factores biopsicosociales presentes en los padres que intervienen en el desarrollo de la patología del RN, les impide mantener el control de la situación y el cuidado benéfico del niño; por tanto se intenta ofrecer una atención integral del entorno familiar para que a través de su apoyo se dé la pronta recuperación, egreso de Neonatología y garantizar las condiciones óptimas para el desarrollo y crecimiento del niño.

Con los resultados se demostró cuáles fueron los factores biopsicosociales que tienen mayor influencia sobre la patología del neonato, además, se conoció si los cuidados del RN se ven influenciados por determinantes socioeconómicas y si ellos cuenta con redes de apoyo; con ello se analizó la necesidad de crear un programa de atención en cuidados del paciente y

la familia, que permita incluir a todos los miembros del entorno del niño para mejorar su desarrollo y el de la madre para alcanzar los ODS.

3.2. Problemas de investigación.

Existen múltiples factores biopsicosociales y culturales dentro del servicio de neonatología, debido a que cada RN, sus padres y su entorno familiar es un mundo diferente, los cuales influyen en la patología, hospitalización y el cuidado posterior del mismo.

Es por eso, que las condiciones de vida del entorno familiar del RN, genera patrones de comportamientos y emociones diferentes, predisponiendo en el desarrollo de alguna patología en el RN, impidiendo la comprensión de la información dada por el personal médico, por la falta de conocimientos sobre los cuidados del niño y en menor grado el vínculo con su hijo.

En el ámbito epidemiológico, la falta de educación materna es una de las principales causas de hospitalización del RN, ella sola representa el 48% (Owor et al., 2016). Además, ser solteras, desempleadas y sin redes de apoyo constituye condicionantes para desarrollar resultados neonatales adversos que involucren hospitalización del mismo.

3.2.1. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son los factores biopsicosociales del entorno familiar y en especial de la madre que producen resultados neonatales adversos generando inevitablemente el ingreso a Neonatología?
- ¿Cómo perciben los padres la hospitalización de su hijo?
- ¿Cuáles son los factores que están asociados con la comprensión de la situación actual del RN?
- ¿Siente qué el personal médico y de enfermería ayuda en la recuperación de su hijo?

- ¿Existen redes de apoyo para el posterior cuidado, desarrollo y crecimiento de su hijo?

3.3. Hipótesis.

La hospitalización del paciente neonato está influenciada por factores sociales, psicológicos y culturales de la familia que intervienen en el entorno, la salud y cuidado del RN.

3.4. Objetivos.

3.4.1. Objetivo general.

- Determinar los factores biopsicosociales y culturales del entorno familiar del paciente neonato hospitalizado en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

3.4.2. Objetivos específicos.

- Desarrollar encuestas para identificar los factores biopsicosociales y culturales del entorno familiar del paciente neonato hospitalizado.
- Determinar la correlación de las causas y efectos de los factores de riesgo presentes en los pacientes neonatos hospitalizados.
- Determinar si la presencia de redes de apoyo interfiere en la atención centrada del paciente neonato y la familia para desarrollo del entorno benéfico del niño.
- Sugerir la protocolización sobre la asistencia de redes de apoyo durante la hospitalización de paciente neonato.

3.5 Tipo de estudio.

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, transversal, el cual contó con la colaboración de los padres de familia de los RN hospitalizados en el HPAS.

3.6. Operacionalización de variables del estudio.

Variable	Concepto	Tipo	Categoría	Indicador
Familia y entorno familiar				
Representante legal	Padre o madre del recién nacido.	Cualitativa nominal	Madre Padre	Porcentaje
Edad cronológica	Tiempo en años que ha vivido una persona.	Cuantitativo continua	años	Media, mediana, moda
Etnia	Comunidad humana que comparte una afinidad cultural	Cualitativa nominal	Indígena Mestiza Montubia Afro descendiente Blanca Otro	Porcentaje
Estado civil	Corresponde a la relación legal que presenta una persona si presenta o no pareja.	Cualitativa nominal	Soltera/o Casada/o Unión libre Divorciado/a Viuda/o	Porcentaje
Instrucción	Nivel de estudios cursados por la persona.	Cualitativa ordinal	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior Técnico/a	Porcentaje
			Otro	

Religión	Conjunto de creencias de una persona sobre un ser supremo.	Cualitativa nominal	Católica Testigo de Jehová Mormón Evangélica Adventista Ateo Otro	Porcentaje
Ocupación	Realizar alguna actividad con la finalidad de ganar una remuneración.	Cualitativa Nominal	Ama de casa Estudiante Profesional Independiente Otro	Porcentaje
Ingresos económicos	Remuneración de la persona encuestada como la de su cónyuge, y en el caso de las personas que continúan estudiando, la de sus progenitores, de acuerdo al salario básico de Ecuador.	Cuantitativo discontinua	Menos del salario básico Salario básico Mayor que el salario básico	Porcentaje
Egresos económicos	Cantidad de dinero que gasta la familia en un mes, de acuerdo al salario básico de Ecuador.	Cuantitativo discontinua	Menor a la cantidad del salario básico Igual a la cantidad del Salario básico Mayor que el salario básico	Porcentaje
Servicios básicos	Obras de infraestructuras necesarias para una vida saludable.	Cualitativa nominal	Todos (agua, luz, teléfono, internet, alcantarillado) Algunos (agua, luz, teléfono) Ninguno	Porcentaje
Red de apoyo	Personas o instituciones que brindan apoyo emocional, afectivo y	Cualitativa nominal	Familiares Amigos Vecinos Instituciones	Porcentaje

	económico.		(laborales, religiosas, recreativas)	
Número de hijos	Cantidad de hijos vivos que presenta la madre del neonato.	Cuantitativa discontinua	Número	Media Mediana Moda
Tipo de familia	Composición de la familia	Cualitativa nominal	Nuclear (padre, madre e hijos/as) Extensa (padre, madre, hijos/as, abuelos/as, tíos/as, primos/as) Monoparental (solo la madre con sus hijos/as) Reconstruida (padre y madre de compromisos anteriores con hijos/as de cada uno)	Porcentaje
Cultura de la familia	Conjunto de conocimientos que permite cuidar de mejor manera al recién nacido.	Cualitativa nominal	Tradicional (costumbres arraigadas y se deben siempre mantenerse) Abierta (costumbres que se aceptan o que cambian) No tradicional (no hay patrón de costumbres)	Porcentaje
Recién nacido				
Edad	Cantidad de días o meses cumplidos del neonato.	Cuantitativa discontinua	Días	Media, mediana, moda
Sexo	Identidad sexual.	Cualitativa	Masculino	Porcentaje

		nominal	Femenino Indeterminado	
Condición de salud	Alteración leve o grave del funcionamiento normal del recién nacido.	Cualitativa nominal	Enfermedad	Porcentaje
Días de hospitalización	Período de tiempo que neonato permanece en el servicio de Neonatología.	Cuantitativa discontinua	Número	Media Mediana Moda
Alimentación	Cualquier sustancia normalmente ingerida por los seres vivos con fines nutricionales.	Cualitativa nominal	Lactancia materna Sucedáneos de leche materna Combinada	Porcentaje
Factores estresores				
Información del personal médico	Datos que permita conocer el estado del neonato hospitalizado.	Cualitativa nominal	Precisa y clara Comprensible Confusa Incomprensible	Porcentaje
Estrés, ansiedad	Sentimientos negativos experimentados por los padres debido a la hospitalización de su hijo.	Cualitativo ordinal	No presente Leve Moderado Severo	Porcentaje
Cuidados de enfermería	Interés y atención que se presta sobre el neonato para su mejorar su bienestar.	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo	Porcentaje
Percepción de los padres	Sensación interior que presenta el padre o la madre frente a los cuidados sobre el recién nacido.	Cualitativa ordinal	Bueno Malo Regular	Porcentaje

3.7. Población y muestra.

La población en estudio fueron los padres de familia de 130 neonatos hospitalizados en el HPAS, en el período febrero a abril del 2018. La cifra se calculó en base al dato estadístico a través del programa EpiInfo™ 7, de una población de 200 neonatos que son hospitalizados cada mes en el servicio de Neonatología de dicho hospital.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	88	88
90%	113	113
95%	130	130
97%	139	139
99%	152	152
99.5%	168	168
99.99%	176	176

Se trabajó con un 95% de nivel de confianza mientras que el 5% corresponde al margen de error.

3.7.1. Selección de los participantes.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde la población objetivo de este estudio son los representantes legales de los neonatos hospitalizados en el HPAS, a quienes se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:

3.7.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el Hospital Pablo Arturo Suárez.
- Tiempo de hospitalización menor a 28 días.
- Presencia de al menos 1 representante legal.
- Representante legal autorice su participación.

3.7.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con más de 29 días de hospitalización.
- Pacientes sin representante legal.
- Pacientes no hospitalizados.
- Representante legal que no autorice su participación.

3.8. Recolección de datos.

Con la autorización previa del HPAS, se acudió al servicio de neonatología para obtener la información requerida, anterior a ello se entregó el consentimiento informado (Anexo 1), con lo que el representante legal del RN autorizaba o no ser partícipe de la investigación. Dicha información se obtuvo mediante una encuesta física (Anexo 2), la cual estuvo basado en tres partes: la primera parte radica en los determinantes biopsicosociales, afectivos, culturales de la madre y/o padre y familia, la segunda consiste en precisar características del neonato hospitalizado y la tercera en determinar factores que influyen en un ambiente estresante para los padres con respecto a la estadía de su hijo hospitalizado; la duración para llenar la misma fue de 10 minutos aproximadamente. Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados en el paquete estadístico SPSS v24 para su posterior análisis.

3.8.1. Limitación de estudio.

- Debido a que el trabajo de investigación estuvo basado en encuestas dirigidas a los padres de familia, los datos dependen en absoluto de la calidad de la información brindada por cada participante, por lo que se debe confiar fielmente en ellos.
- Por motivos personales, algunas madres de familia se negaron a contestar la encuesta.

- Los resultados y conclusiones del estudio provienen exclusivamente del HPAS, para la comparación con otras instituciones, éstas deben presentar características similares a las del hospital base.

3.9. Análisis de datos.

El análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico SPSS v24. Por un lado, el análisis descriptivo se elaboró a través de tablas de frecuencias y porcentaje, tablas de contingencia y gráficos de distribución. Para variables cuantitativas como por ejemplo la edad o el número de hijos, se utilizó medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, mientras que para variables categóricas como lo son ocupación, nivel de educación, entre otros, se utilizó el porcentaje. Además, se trabajó con la prueba de Chi² de Pearson para ver si existe grado de asociación entre las variables.

3.10. Aspectos bioéticos.

Al ser una investigación que involucre seres humanos se tomó en cuenta los principios y normas basados en los derechos humanos donde cada participante es libre de aceptar o rechazar la invitación a participar en esta investigación, mediante la utilización del consentimiento informado donde se dio a conocer los puntos más relevantes sobre el estudio (Anexo 1).

Además, debido a que el estudio se enfoca en la esfera biopsicosocial y económica de la familia del neonato y no en su estado de su salud o enfermedad, el estudio no tendrá riesgos importantes.

Para mantener la confidencialidad y el anonimato de cada participante se fijó un código numérico.

Capítulo IV

4. Resultados

4.1 Características sociodemográficas del entorno familiar del RN hospitalizado en el HPAS.

Para el estudio se contó con la participación de 130 RL de los RN hospitalizados en el HPAS, en el período de febrero a abril del 2018, de los cuales el 100% son madres de familia (Figura 1, Tabla 1). El rango de edad de las madres fluctúa entre los 15 a 40 años de edad, con una media de 24,8 años, mediana de 24 años y una moda de 20 años de edad. Debido a la variación de las edades, se agruparon en cuatro rangos de edad, los cual están basados en la clasificación de la OMS, donde el grupo de 15 a 18 años representa el 7,7%, el grupo de 19 a 24 años el 40,8 %, seguido por el grupo de 25 a 34 años con un 41,5 % y finalmente se encuentra el grupo de las madres entre 35 a 40 años de edad, con un 10 % (Figura 2, Tabla 2).

En Ecuador, existen diferentes etnias, el 87,7% de las madres encuestadas se autoidentificaron como mestizas, el 6,9% como afro descendientes y solo el 5,4% como indígenas (Figura 3, Tabla 3).

En relación al estado civil, el 38,5% de las madres afirmó estar casada, el 30,8% mantiene la unión de hecho, el 28,5% son solteras, y únicamente el 2,3% confirmó estar divorciada (Figura 4, Tabla 4).

Sobre el nivel de escolaridad de la población encuestada, el 50,8% culminó la secundaria, el 10% terminó la primaria, el 13% presenta una carrera universitaria y el 0,8% mencionó ser técnico (Figura 5, Tabla 5).

La religión más frecuente a la que pertenecen fue la católica con un 59,2%, seguido por la religión evangélica con un 16,9%, una minoría corresponde a ser testigos de Jehová con el 8,5%, mientras que el porcentaje de las mujeres que mencionaron otro, corresponde a la religión cristiana con 13,8% y solo el 1,5% mencionaron ser adventistas (Figura 6, Tabla 6).

Dentro de la variable ocupación, se agruparon en cuatro categorías, la mayoría corresponden a madres amas de casa con un 68,5%, seguido con un 15,4% que desempeña un trabajo independiente, el 11,5% continua estudiando y sólo el 4,6% se desarrolla como profesional (Figura 7, Tabla 7).

Para determinar la cantidad de ingresos económicos de la población estudiada, se tomó en cuenta tanto la remuneración de la persona encuestada como la de su cónyuge, y en el caso de las personas que continúan estudiando, la de sus progenitores. A partir de esta premisa se constató que el 33,8% percibe como ingreso la cantidad correspondiente al salario básico fijado por el Ministerio de Trabajo del Ecuador (\$386 USD, Acuerdo Ministerial 0195, 27 de diciembre del 2017), el 50% recibe menos del salario básico y solo el 16,2% recibe más que este monto fijado (Figura 8, Tabla 8) (Ecuador, 2017).

Así mismo, los egresos económicos representan los gastos de toda la familia, por lo que el 48,5% mencionaron gastar la misma cantidad del salario básico, el 38,5% menos que este monto y el 13,1% mayor a este (Figura 9, Tabla 9).

En cuanto a los servicios básicos, el 61,5% que representa la mayoría de la población encuestada, reportó contar con algunos de ellos, mientras que el 38,5% declaró poseer todos los servicios (Figura 10, Tabla 10).

Otra variable tomada en cuenta fue la red de apoyo dentro de la hospitalización del RN, donde de manera unánime, el 100% de la población mencionaron que la única red son sus familiares (Figura 11, Tabla 11).

De acuerdo al tipo de familia, el 61,5% de las familias se catalogan de tipo nuclear, el 28,5% se considera una familia extensa, el 6,9% como una familia monoparental y solo el 3,1% es una familia reconstruida (Figura 12, Tabla 12).

En lo referente a la presencia de alguna enfermedad en el representante legal, el 91,5% de las madres no presenta ninguna patología, mientras que el 6,2% está diagnosticada con epilepsia, el 1,5% mencionan presentar alguna enfermedad del corazón que no se detalla y el 0,8% presenta migraña (Figura 13, Tabla 13).

Dado que las familias transfieren y mantienen costumbres, se consultó si los representantes legales identifican algunas de ellas, para lo cual el 52,3% indicó que su familia es una familia tradicional, el 31,5% están abiertas a adoptar nuevas costumbres y el 16,2% no considera mantener ninguna (Figura 14, Tabla 14).

Dentro de la población, el número de hijos oscila entre 1 a 6, con una media de 2 hijos, mediana de 2 y una moda de 1 hijo, el 43,85% corresponde a madres primerizas, el 26,2% poseen 2 hijos, el 20,8% posee 3 hijos, el 3,8% posee 4 hijos, el 3,1% posee 5 hijos y el 2,3% posee 6 hijos (Figura 15, Tabla 15).

4.2. Características relacionadas al RN hospitalizado en el HPAS.

En cuanto se refiere al sexo de los RN hospitalizados en el HPAS, se evidenció que el 51,5% de la población es femenina (mujeres) mientras que el 48,5% es masculino (varones) (Figura 16, Tabla 16). El rango de edad oscila entre un día hasta los 28 días de edad, con una media de 11,8 días, mediana de 10 días y una moda de 12, por lo que se concentraron en 6 categorías, de ellos el 22,3% de los neonatos ha permanecido hospitalizado entre 1 a 5 días, el 23,8% entre 6 a 10 días, el 21,5% entre 11 a 15 días, el 11,5% entre 16 a 20 días, el 11,5% entre 21 a 25 días y una minoría con el 9,2% permaneció entre 26 a 28 días (Figura 17, Tabla 17).

Entre las enfermedades o complicaciones que presentaron los RN estudiados, predomina el nacimiento prematuro con un 43,1%, con una mínima diferencia de acuerdo al sexo, por el contrario el 20% de los RN presentó bajo peso al nacer, el 11,5% distrés respiratorio, el 10,8% hiperbilirrubinemia, el 6,9% neumonía, el 6,2% síndrome de Down y el 1,5% presentó infección (Figura 18, Tabla 18) (Figura 19, Tabla 19).

Durante la hospitalización, el promedio de días es de 11,3 días, mediana de 10 días y moda de 1 día de estancia hospitalaria antes de su egreso domiciliario, al igual que el número de días de vida, los días de hospitalización se agruparon, concluyendo que el 22,3% de neonatos permaneció sus primeros 5 días de vida, el 26,2% permaneció entre 6 a 10 días, el 21,5% permaneció entre 11 a 15 días, el 10,8% permaneció entre 16 a 20 días, el 11,5% permaneció entre 21 a 25 días y un 7,7% permaneció entre los 26 a 28 días (Figura 20, Tabla 20).

La mayoría de los niños hospitalizados se alimenta a través del seno materno con un 84,62% y sólo el 15,4% combina la leche materna y productos sucedáneos de la misma (Figura 21, Tabla 21).

4.3. Características relacionadas con los agentes estresores percibidos por el representante legal del RN hospitalizados en el HPAS.

Para investigar dichos parámetros no se utilizó alguna escala, por lo que se valoró de manera subjetiva la percepción que cada participante otorgó a cada pregunta realizada.

El primer parámetro fue el tipo de información que recibía el RL por parte del personal médico, donde el 49,2% indicó que la información fue clara y precisa, por el contrario, el 3,8% reveló que la información fue confusa y el 46,9% dijo que fue comprensible (Figura 22, Tabla 22).

El segundo parámetro se refirió al nivel de estrés manifestado durante la estancia hospitalaria, los resultados concluyeron que el 50,8% presentó niveles moderados de estrés,

el 39,2% niveles leves, el 6,9% de las madres no presentó estrés ni ansiedad en este período y solo el 3,1% presento niveles severos de estrés (Figura 23, Tabla 23).

El tercer parámetro corresponde a la percepción de los cuidados de enfermería sobre el RN, la mayoría de las madres con un 78,5% indicaron que fueron buenos mientras que el 21,5% mencionó que fueron regulares y ninguna de las madres mencionó que fueron malos los cuidados (Figura 24, Tabla 24).

El cuarto parámetro refleja de forma subjetiva su permanencia en el hospital, de esta manera se revela que el 78,5% califica como buena y solo el 21,5% considera como regular (Figura 25, Tabla 25).

4.4. Análisis bivarial.

4.4.1. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con la patología del RN hospitalizado en el HPAS, período febrero abril del 2018.

El grupo etario de los RL conformado por aquellas madres adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 15 a 18 años, presentaron 3,1% de RN prematuros y 1,5% de RN con bajo peso al nacer, mientras que el grupo de madres entre 19 a 24 años de edad, presentaron un mayor porcentaje de hijos prematuros con un 20,8%, en comparación con las madres de 25 a 34 años, quienes representaron el 16,2%, además en las madres adultas jóvenes, la frecuencia de RN con bajo peso al nacer corresponde al 8,5%, distrés respiratorio al 0,8% e hiperbilirrubinemia al 4,6%, en comparación con las madres de 25 a 34 años en quienes fue de 6,9%, 4,6%, 6,2%, respectivamente, de los parámetros descritos, por lo que, se concluyó que existe si una asociación estadísticamente significativa entre la combinación de las variables, valor de $p= 0,003$ (Figura 26, Tabla 26).

Por otro lado, se determinó que en los RL casados existe mayor número de hijos prematuros (23,8%) y RN con bajo peso al nacer presentan 4,6%, por el contrario, en las madres solteras estos parámetros corresponden al 11,5% y 3,1%, respectivamente, y además en este último grupo, los RN presentan más enfermedades como neumonía (5,4%) e infección (1,5%), por lo que, se concluyó que si existe una asociación estadísticamente significativa entre la combinación de las variables, valor de $p=0,000$ (Figura 27, Tabla 27).

En lo que corresponde al nivel de educación de los RL, se evidenció que en las madres quienes culminaron la secundaria, el 20% de los RN son prematuros, el 8,5% de RN presentan bajo peso al nacer y 3,8% presenta distrés respiratorio, mientras que en las madres que no culminaron la secundaria, se registra un 10%, 5,4% y 3,8%, respectivamente, en comparación con las madres que son profesionales y donde el porcentaje de cada parámetro descrito corresponde al 3,8%, 2,3% y 2,3%, respectivamente; sin embargo, se estableció una asociación significativa, valor de $p=0,176$ (Tabla 28, Figura 28).

Del análisis realizado, se registra que el nacimiento de RN prematuros en función de la variable ocupación del RL: las amas de casa presentan mayor prevalencia de RN prematuros, con el 31,5%, seguido del 12,3% de RN con bajo peso al nacer y el 10% con distrés respiratorio, en comparación con las madres profesionales quienes presentan un 2,3%, 2,3% y 0%, respectivamente de los parámetros descritos, por lo que, se determinó que entre estas dos variables sí existe una asociación estadísticamente significativa, valor de $p=0,001$ (Tabla 29, Figura 29).

Se evidenció que las familias que poseen un ingreso económico igual al salario básico (386 USD, año 2018) presentan mayor número de hijos prematuros, lo que corresponde al 19,2% del total de RN, seguido por el 14,6% de RN prematuros de madres con bajo ingresos económicos, además en este último grupo se identificó que las enfermedades como bajo peso

al nacer (12,3%), distrés respiratorio (5,4%), neumonía (6,2%) e hiperbilirrubinemia (3,8%) se presentan con mayor frecuencia; mientras que el 9,2% de RN prematuros pertenecen a aquellas familias con ingresos mayores al salario básico; por lo que, se concluyó que sí existe una asociación estadísticamente significativa, valor de $p=0,016$ (Tabla 30, Figura 30).

Por otro lado, las familias que confirmaron contar con algunos de los servicios básicos (agua, luz y teléfono) presentan un 32,3% de RN prematuros, 9,2% de RN con bajo peso al nacer y 5,4% con distrés respiratorio, mientras que las familias que cuentan con todos los servicios, registran el porcentaje de 10,8%, 10,8% y 6,2%, respectivamente, por lo que, se concluyó que sí existe una asociación estadísticamente significativa, valor de $p=0,011$ (Tabla 31, Figura 31).

Con relación a las costumbres que mantiene la familia del RN, se identificó que las familias que mantienen costumbres bien arraigadas presentan un 19,2% de RN prematuros, 11,5% con bajo peso al nacer y 8,5% presentan distrés respiratorio, en comparación con familias que manifiestan una ideología abierta hacia nuevas costumbres, donde se registra el 16,9%, 6,9% y 1,5%, respectivamente, de los parámetros descritos, por lo que, se concluyó que sí existe una asociación estadísticamente significativa, valor de $p=0,028$ (Tabla 32, Figura 32)

Al analizar la relación entre las variables número de hijos de la familia y la patología del RN, se identificó con mayor frecuencia RN prematuros en madres primerizas, esto es el 20% de los RN, hijos con bajo peso al nacer con un 10,8% y el 2,3% de RN con distrés respiratorio en relación con las madres que poseen más de tres hijos, por lo que, se concluyó que sí existe una asociación estadísticamente significativa, valor de $p=0,000$ (Tabla 33, Figura 33).

4.4.2. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con la comprensión de la información impartida por el médico sobre el estado de salud de su hijo.

El grupo etario de los RL que oscila entre los 19 a 24 años mencionaron que la información sobre el estado de salud de su hijo le pareció comprensible (22,3%), mientras que el 16,9% del mismo grupo refirió que la información fue precisa y clara, en comparación con los grupos restantes, quienes también indicaron resultados similares y poco población indicó que la información fue confusa; sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,515$ (Tabla 34, Figura 34).

En cuanto al estado civil de los RL, observamos que el 21,5% de RL casados, el 10,8% de RL solteros y el 14,6% de RL con unión libre comprendieron la información, mientras que el 15,4% de la población de estado civil soltera y el 16,2% de la de unión libre indicaron que la información fue precisa y clara, pero no se evidenció una asociación significativa entre las variables, valor de $p=0,171$ (Tabla 35, Figura 35).

Al analizar las variables de nivel de educación con la percepción de cómo fue transmitida la información sobre el estado de salud de su hijo, se registró que el 26,2% de las mujeres que cursaron la secundaria dijo que fue clara y precisa mientras el 20,8% del mismo grupo comprendió la misma, solo el 8,5% de las mujeres profesionales confirmaron que la información fue clara y precisa y 4,6% comprendió, sin embargo, no se evidenció una asociación significativa entre las variables, valor de $p=0,109$ (Tabla 36, Figura 36).

4.4.3. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con el nivel de estrés presente en él durante la hospitalización de su hijo.

En lo que se refiere al grupo etario, se registra que el 4,6% de las madres entre 15 a 18 años presentaron nivel leve de estrés mientras que sólo el 1,5% del mismo grupo presentó un nivel moderado de estrés, por otro lado, un 20,0% de las madres entre 19 a 24 años de edad con el nivel de estrés leve, seguido de un 17,7% con nivel moderado, mientras que en las madres de 25 a 34 años se registró el 12,3% y 26,2%, respectivamente, de los parámetros descritos, por lo que, se evidencia que si existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,000$ (Figura 37, Tabla 37).

De igual manera, en el grupo de RL casados el nivel de estrés moderado está presente en el 20% y el estrés leve en el 18,5%, en comparación con las madres solteras en las que se registró el 16,2% y 10,8%, respectivamente, de los parámetros descritos, mientras que el 13,8% de los RL con unión libre manifiestan niveles moderados de estrés y el 9,2% niveles leves, por lo que, se evidencia que si existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,019$ (Figura 38, Tabla 38).

Al analizar las variables nivel de educación y nivel de estrés, se concluye que las madres que culminaron sus estudios secundarios manifiestan un nivel de estrés moderado, esto es el 27,7% de la población y aquellas con nivel leve de estrés representan el 20%, en comparación con aquellas madres que son profesionales que registran un 7,7% y 3,8% en los parámetros descritos, por lo que, se evidencia que si existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,047$ (Figura 39, Tabla 39).

De igual forma, al indagar si existe relación entre las variables ocupación de los RL y el nivel de estrés manifestado, se identificó que las madres que se dedican al quehacer doméstico presentan niveles de estrés moderados, lo cual corresponde al 36,2% de la población estudiada y el 26,9% niveles leves de estrés; sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre las variables, valor de $p=0,734$ (Figura 40, Tabla 40).

Por otro lado, el nivel moderado de estrés se registra en el 26,2% de los RL que presentan ingresos económicos menores al salario básico establecido (386 USD, año 2018), en comparación con quienes perciben mayores ingresos económicos (4,6%), por lo que, se evidencia que si existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,017$ (Figura 41, Tabla 41).

Del análisis de aquellos RL que se consideran como familia tradicional, se observó que presentan niveles moderados de estrés, esto es el 30,8%, seguido de un 15,4% con nivel leve de estrés, en comparación con las familias con ideología abierta en donde corresponde al 14,6% y 13,1% respectivamente, por lo que, se evidencia que si existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,021$ (Figura 42, Tabla 42).

Finalmente, se comparó el nivel de estrés que presentan las madres primerizas con quienes tienen más de dos hijos, donde se identificó que el primer grupo presenta niveles de estrés moderados con un 19,2% y niveles leves de estrés con el 20% con respecto a la población estudiada, por lo que, se evidencia que si existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, valor de $p=0,000$ (Figura 43, Tabla 43).

4.4.4. Relación entre los factores biopsicosociales y culturales del representante legal y su entorno familiar con su percepción frente a la estancia hospitalaria de su hijo.

El 78,5% de la población encuestada reflejó su percepción dentro del hospital como buena, los grupos etarios que indicaron esta opción corresponden a las madres de 19 a 24 años (30,0%), el grupo de 25 a 34 años (33,1%), el grupo de 35 a 40 años (10%) y el grupo de 15 a 18 años (5,4%). A pesar de ello, algunas madres señalaron su percepción como regular siendo el 10,8%, 8,5%, 0% y 2,3% respectivamente, de los parámetros descritos, sin embargo, no se evidenció una asociación significativa entre las variables, valor de $p=0,188$ (Figura 44, Tabla 44).

En cuanto al nivel de educación del RL, se registró que el 39,2% de las madres con estudios secundarios completos tienen una mejor percepción, que aquellas madres que cursaron solamente la educación primaria (10.0%), a pesar de eso no se evidenció una diferencia significativa entre las dos variables, valor de $p=0,174$ (Figura 45, Tabla 45).

Con relación a la variable a la religión que pertenece el RL y su percepción de la estancia dentro del hospital, se identificó que las madres que profesan la religión católica (48,5%) tienen una buena percepción sobre la hospitalización del RN, al igual que el 14,6% de las madres que pertenecen a la religión evangélica y el 2,3% de los RL testigos de Jehová, sin embargo, si se evidenció una asociación significativa entre las variables, valor de $p=0.001$ (Figura 46, Tabla 46).

Las madres que reportan ingresos económicos menores al salario básico (386 USD, año 2018) perciben de mejor manera la estadía de su hijo en el hospital (36,9%) frente al 14,6% de las madres con mayores ingresos económicos; sin embargo, no se constató una diferencia significativa entre las variables, valor de $p=0,267$ (Figura 47, Tabla 47).

De igual forma, dentro de la población estudiada, las familias que manifiestan ser de tipo tradicional tienen una buena percepción de su hijo hospitalizado, esto es el 40,8%, seguida del 25,4% de las familias que están abiertas a nuevas costumbres y creencias, sin embargo, no se constató una diferencia significativa entre las variables, valor de $p=0,916$ (Figura 48, Tabla 48).

Finalmente, se concluye que las madres primerizas, quienes representan el 33,1% de la población y las madres que poseen más de dos hijos, quienes representan el 22,3% perciben de mejor manera la estancia de su hijo en el hospital, sin embargo, no se constató una diferencia significativa entre las variables, valor de $p=0,239$ (Figura 49, Tabla 49).

Capítulo V

5. Discusión

El HPAS se caracteriza por atender diariamente a miles de pacientes, entre ellas mujeres embarazadas y RN, quienes provienen de los alrededores, de centros de salud de menor complejidad e incluso de otras ciudades. Al ser un hospital de segundo nivel cuenta con el servicio de neonatología, el cual alberga a decenas de niños con diferentes enfermedades, una de ellas y la que predomina es la prematuridad, condición que a nivel mundial ha ido en ascenso en los últimos años, sobre todo en países con limitados recursos económicos, por lo que la OMS ha creado estrategias para mitigar dicha problemática debido a que cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros (Eds CP Howson, MV Kinney, 2012).

Dentro de las causas de parto prematuro, la literatura, como por ejemplo la Asociación Española de Pediatría, menciona factores y patologías maternas que se relacionan con esta, y muy poco se investiga sobre los factores biopsicosociales de la madre y su entorno familiar que también ejercen cierto impacto, no sólo en el momento del nacimiento sino también en el cuidado y posterior desarrollo y crecimiento del RN. Por lo que el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores biopsicosociales y culturales del entorno familiar del paciente neonato hospitalizado en el HPAS en el período febrero a abril del 2018, donde se confirmó que la mayoría de agentes sociodemográficos estudiados tienen relación con la patología del RN y que además, el ambiente o entorno también influye en el cuidado posterior a su egreso hospitalario.

En el presente estudio, se identificó una prevalencia general de RN prematuros, esto es el 43,1%, el 20% de RN con bajo peso al nacer, que dentro de la población encuestada corresponden a hijos cuyas madres tienen entre 19 a 24 años de edad y 25 a 34 años (20,8%,

16,2%), lo que refleja la mayor incidencia de ellos en madres adultas tanto jóvenes como maduras. En un estudio realizado en Ecuador se registraron resultados similares, el cual está basado en datos estadísticos del área de neonatología del HPAS entre el año 1998 y 1999, donde se concluyó que las madres que representan similar grupo etario son más propensas a tener RN prematuros (Castillo & Alarcón, 2001).

Con respecto al nivel de educación del representante legal, se evidenció que el 20% de neonatos prematuros corresponden a mujeres que culminaron los estudios secundarios, seguido del 10% de RN prematuros que corresponde a las madres que interrumpieron y abandonaron este nivel de estudio, en comparación con aquellas madres que presentaban estudios superiores, en quienes fue de 3,8%, esto refleja que el nivel de escolaridad de la madre es una variable condicionante para prestar atención de salud de la familia, este dato concuerda con la información tomada de la Encuesta demográfica y de salud del año 2013 realizada en Nigeria, en la cual se confirmó la relación existente entre las variables, bajo nivel de educación de la madre y bajo peso que registra el RN prematuro con un 14,9% y con un valor de $p=0.002$, demostrando así que la escolaridad influye en las condiciones de salud del RN, debido a que contar con una educación básica impide a los padres a desenvolverse en un mejor empleo, adquirir conocimientos sobre el cuidado y atención del RN y con ello percibir ingresos económicos estables para asistir a controles médicos, y más que nada, para satisfacer las necesidades de la familia (Dahlu, Azahar, Oche, & Aziz, 2016).

Haciendo referencia a lo mencionado anteriormente entre el nivel de educación de la madre con la patología del RN, se determinó que a partir de éste se desarrolla un ciclo que conlleva a un déficit de recursos económicos para garantizar el bienestar social y de salud de cada miembro de la familia, es por ello que dentro de los determinantes sociales que estudia

la OMS, se encuentra la ocupación, el nivel socioeconómico y su relación con la capacidad de adquirir servicios básicos, como factores elementales para promover con una buena salud.

Del análisis de tres factores que se correlación, se evidenció que en la población estudiada, la mayor prevalencia de niños prematuros corresponden a madres quienes son amas de casa (31,5%), sus ingresos económicos son bajos (14,6%) y poseen algunos servicios básicos (32,3%) indicando que existe una asociación estadísticamente significativa entre la combinación de estas variables. Estos resultados son similares a los obtenidos en una investigación elaborada por Agudelo y colaboradores, en el año 2017, en la Clínica Universidad de La Sabana, donde se trabajó con 301 RN registrándose una asociación significativa entre las variables bajo peso al nacer con la limitación de recursos económicos ($p=0.000$) y el bajo nivel de escolaridad de la madre ($p=0,013$) (Agudelo, S. I., Maldonado, M., Plazas, M., Gutiérrez, I., Gómez, Á., Díaz, 2017).

En cuanto a la relación entre el grupo étnico y la religión que profesa el RL con la patología del RN, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa debido a que la mayoría de la población participante es católica (59,2%) y de etnia mestiza (87,7%), pero se la podría tomar como factores asociados a la enfermedad ya que de una u otra manera las prácticas religiosas influenciarían en la salud del recién nacido.

En este estudio, las madres primogénitas con un 43,8%, representan el mayor porcentaje de la población encuestada, donde se demostró que son ellas quienes tienen más hijos prematuros con el 20%, RN con bajo peso al nacer con un 10,8%, niños con hiperbilirrubinemia con un 3,1% y presencia de neumonía con un 6,2%, reflejando que este grupo al no tener experiencia en el cuidado durante el embarazo y tras el nacimiento de su hijo, pueden incidir en que sus niños se muestren más vulnerables e idóneos para contraer

enfermedades, que al no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo podrían ocasionar el deceso de estos neonatos y así aumentar las tasas de mortalidad infantil en el Ecuador.

En definitiva, los factores presentes en el representante legal tales como su edad, su estado civil, su ocupación, sus ingresos económicos, contar con algunos servicios básicos y el número de hijos de su familia, que demostraron presentar una asociación estadísticamente significativa sobre la patología del neonato y predispone a su hospitalización, son los mismos agentes que influyen de forma directa en el cuidado y atención del niño, debido a que las condiciones y los limitados recursos con que cuentan los padres obstaculiza el adecuado desarrollo y crecimiento del niño, es por eso que, la familia y su entorno son los únicos responsables que pueden modificar su estilo y calidad de vida, para así lograr cimientos saludables y adecuados para el crecimiento del niño; caso contrario, si los padres no toman las debidas precauciones, a pesar de los consejos y llamadas de atención con respecto a estos factores, ellos serán los responsables de convertir a cada integrante de su familia en agentes vulnerables y susceptibles de enfermedades.

Por otro lado, el hecho de que el RN presente alguna alteración funcional u orgánica y sea motivo de hospitalización; para la madre, quien es la encargada absoluta del cuidado y atención del niño, se convierte en un suceso estresante y generador de ansiedad, el cual depende de las condiciones biopsicosociales y culturales de la persona, debido a este argumento, en el presente estudio se determinó la correlación entre estas dos variables, donde se evidencia que el 26,2% de las madres quienes con cuentan con limitados recursos económicos reportan un nivel moderado de estrés, resultado que es similar a la investigación realizada en Cartagena en el año 2011 por López y colaboradores, quienes al estudiar una muestra de 277 padres de familia de RN pre término, en donde los criterios de inclusión para la elección de los participantes fueron ser voluntarios, que no presenten ningún tipo de

discapacidad mental y que sepan leer, en el estudio concluyeron que el recibir un salario menor al establecido en su país produce tres veces más riesgo de afrontar de forma negativa la experiencia vivida y generar mayores niveles de estrés (López Sáleme et al., 2011).

Además de los ingresos económicos, existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de educación de la madre y la manifestación de niveles de estrés, reflejando que las madres que han concluido los estudios secundarios presentan mayores niveles de estrés moderado correspondiente a un 27,7% frente a las madres que confirman estudios superiores con un 7,7%, esto se debe a que la población con escolaridad secundaria representa un mayor porcentaje en comparación con la población de estudios superiores, resultados que son diferentes a los obtenidos en un estudio realizado por Ramírez y colaboradores en el año 2017, donde hubieron 217 padres de familia de neonatos hospitalizados a quienes se les realizó una encuesta sobre sus condiciones sociodemográficas, y de las que se concluyó que los padres quienes tienen estudios universitarios y posgrados son quienes presentan mayor nivel de estrés (valor de $p=0,001$) ya que ellos al tener un mayor nivel de educación y por ende un mejor status social, poseen accesibilidad a información que se encuentra en sitios web, libros, revistas o demás fuentes en las que se profundizan o en algunos casos se distorsiona la información y esto tiende a generar mayor estrés (Ramírez, Navarro, Clavería, Molina, & Cox, 2018).

Otro factor asociado al nivel de estrés, es el estado civil, en donde se observó que en las madres casadas se produce un nivel moderado de estrés el mismo que corresponde al 20% de la población, el mismo nivel se presentan con un 16,2% en las mujeres solteras y con un 13,8% en los RL con unión de hecho, dichos resultados estarían ligados y compensados por la falta de experiencia sobre la hospitalización de su hijo, por las redes de apoyo que cada madre presenta, independientemente quien ofrece ese soporte, genera en la persona

sentimientos de esperanzas y optimismo frente a la situación de estrés, además permite que la hospitalización del RN sea un proceso de aprendizaje, adaptación y superación para los padres, todo ello logra afianzar los lazos de amor y confianza en el entorno familiar del paciente neonato hospitalizado. Cabe mencionar que en el presente estudio, el 100% de la población estudiada contó con el apoyo familiar. El mismo estudio realizado por López, año 2011, evidenció que el ser madre soltera sería un factor de riesgo para desarrollar estrés e inestabilidad emocional en el entorno familiar (López Sáleme et al., 2011).

A pesar de que la familia proporciona el soporte fundamental dentro de la hospitalización del RN, los miembros de esta al conocer que su acceso es limitado generan angustia y provocan en el ambiente estrés, los cuales alteran el entorno del neonato hospitalizado, por lo que el personal de salud es el responsable de crear vínculos de confianza entre las dos partes, y de esta manera los padres se involucren en el proceso de recuperación de su hijo, además de ser quienes comprendan la situación que atraviesan los padres, ofrezcan una atención de calidad y sobretodo permitan la participación del padre en el cuidado y atención del neonato, que no sólo es responsabilidad de la madre (Fernanda Acosta & Cabrera Bravo, 2016).

Es por eso que en todos los servicios de neonatología se debería dar a conocer y poner en práctica la Atención Centrada en el Paciente y la Familia, la cual trata de involucrar a todo el entorno familiar del paciente neonato hospitalizado, con la finalidad de ser más llevadero el proceso de recuperación del RN, sobre todo si se trata de trabajar con los padres de familia, quienes son los que se ven afectados por los procedimientos, tratamientos o diagnósticos dados y realizados sobre el paciente. Esto se logrará mediante la formación de un equipo que conste de varios profesionales de salud que ayuden a sobrellevar este proceso. Con base en este argumento, se realizó un meta análisis, basado en 9 ensayos clínicos, elaborado por Villamizar, año 2016, mostrando que el apoyo psicosocial, terapéutico y las enseñanzas

impartidas a los padres durante la hospitalización del RN, ayudan a controlar y a disminuir los niveles de estrés, a consolidar la relación médico – paciente y con ello la comprensión de la información es mejor y la toma de decisiones sobre procedimientos y tratamientos sobre el neonato se hacen más fáciles de elegir y aceptar (Villamizar-Carvajal, Vargas-Porras, & Gómez-ortega, 2016).

En cuanto se refiere a la percepción de las madres de familia sobre el tipo de información impartida por el personal médico sobre el estado de salud del RN, se evidenció que independientemente de la edad, estado civil, ingresos económicos y nivel de educación de la RL, la mayoría de la población estudiada confirmó que la información fue clara y concisa, por lo que en el presente estudio la combinación de las variables tipo de información y datos sociodemográficos no tuvo una asociación estadísticamente significativa, esto se refleja que el personal médico del HPAS está utilizando un vocabulario acorde a la población que se enfrenta y sintiéndose identificado con los padres de los neonatos. Además, las madres, en general, perciben como algo bueno el cuidado que ofrece el personal de enfermería y su presencia en el área, debido a que la buena comunicación entre las dos partes permiten el desarrollo y crecimiento mutuo ya que cada madre y/o enfermera es una persona diferente y las dos ofrecen y adquieren nuevos conocimientos sobre el cuidado y atención del recién nacido, y con ello cada día el proceso de recuperación del niño será favorable.

Capítulo 6

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones.

- De acuerdo a los factores biopsicosociales y culturales analizados como factores influyentes en el desarrollo de alguna patología en el RN, se evidenció que las madres primerizas, adultas jóvenes cuyas edades oscilan entre 19 a 24 años, con ingresos económicos limitados debido a que se desempeñan como amas de casa y poseen algunos servicios básicos, presentan mayor incidencia de tener hijos con alguna patología, como RN prematuros, RN bajo peso al nacer, con neumonía, Síndrome de Down, con hiperbilirrubinemia, infección y con distrés respiratorio.
- El 100% de la población encuestada, cuenta con el apoyo de la familia, la misma que ayuda y ayudará posteriormente en el cuidado del paciente neonato hospitalizado. Los miembros de la familia son el soporte principal para el proceso de superación de esta situación estresante.
- En cuanto a la comprensión de la información por parte de la representante legal, en este estudio, no se evidenció que exista algún factor socio demográfico asociado o que limite la comprensión, esto debido a que la mayor parte de la población estudiada registra niveles de educación primaria y secundaria completa, son madres de diferentes edades y con diversos estados civiles, además que no sólo depende del nivel de estudios de la madre.
- El nivel moderado de estrés que fue el nivel que mayor prevalencia se evidenció, se encontró en las madres que tienen entre 25 a 34 años de edad, cuyo estado civil es casada, grado de instrucción secundaria completa y contaban con escasos recursos

económicos, en todas las variables se presentó una asociación estadísticamente significativa.

- Debido a que la mayoría de la población se autoidentifica como mestiza, profesa la religión católica, conforma una familia nuclear y manifiesta tradiciones y/o costumbres bien arraigadas, no se determinaron como factores asociados a la patología del RN.

6.2. Recomendaciones.

- Incentivar al personal médico a la elaboración de una anamnesis completa, la cual investigue los factores biopsicosociales y culturales del entorno familiar del paciente neonato para comprender el desarrollo de la patología presente en él.
- Estimular al personal médico a que se integre con el entorno familiar del paciente neonato y no sólo sea un portador de información, sino que sea facilitador para el familiar, quien procure establecer una buena relación médico-familiar del paciente y, donde las dos partes descubran los factores negativos asociados a la recuperación del RN.
- Implementar en el servicio de neonatología, la Atención Centrada en el Paciente y la Familia con el lema “Mi familia, es mi apoyo”, demostrándose que las redes de apoyo benefician a los padres para disminuir el nivel de estrés y de esta manera acoger a los padres y ser partícipes en los procedimientos y/o tratamientos realizados en el recién nacido.
- En el caso de que el personal médico o de enfermería identifique factores de riesgo que perturben el desarrollo y recuperación del RN, referir al RL al servicio de trabajo

social donde le brindarán la asesoría para la dotación de recursos necesarios para promover el bienestar del niño durante y después del egreso hospitalario.

- Crear grupos de apoyo entre las madres y un psicólogo para que ellas a través de las experiencias vividas compartan a los nuevos integrantes a sobrellevar de mejor manera la hospitalización de su hijo.
- Sensibilizar a las madres al buen cuidado y buena atención de su hijo, ya que al ser un neonato que permaneció hospitalizado es un ser que es vulnerable a contraer infecciones o condiciones que perjudiquen su salud.
- Se sugiere realizar nuevos estudios en otros centros de salud, donde las características sociodemográficas de la población sean diferentes a la del presente estudio para comparar y corroborar las asociaciones entre las variables encontradas.
- Se recomienda realizar estudios donde el protagonista sea el padre del neonato hospitalizado para determinar los factores biopsicosociales más influyentes dentro de la hospitalización y recuperación, además de conocer su rol durante el proceso de hospitalización y egreso hospitalario.

7. Referencias bibliográficas

- Alisón Vásconez. (2016). Mujeres Ecuatorianas Dos Décadas de cambio 1995-2015. *Organización de Las Naciones Unidas*, pp. 1 – 40.
- Acero A, M., Caro R, I. M., Henao K, L., Ruiz E, L. F., & Sanchez V, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud : postura oficial y perspectivas críticas Social Determinants of Health : official stance and critical views. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl 1), S103 – S110.
- Acharya, P., & Khanal, V. (2015). The effect of mother’s educational status on early initiation of breastfeeding: Further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys Global health. *BMC Public Health*, 45(2), 202–207. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2405-y>
- Aguaron, G. (2011). Mecanismos de adaptación del feto a la vida extrauterina en el nacimiento. exploración y reanimación del recién nacido., 1–16.
- Agudelo, S. I., Maldonado, M., Plazas, M., Gutiérrez, I., Gómez, Á., Díaz, D. (2017). Relación entre factores sociodemográficas y el bajo peso al nacer en una clínica universitaria en Cundinamarca, Colombia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 33(2), 86–97.
- Alosaimi, A. N., Luoto, @bullet Riitta, Wahed, A., Serouri, A., & Fi, A. A. (2016). Measures of Maternal Socioeconomic Status in Yemen and Association with Maternal and Child Health Outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 20(2), 386–397. <http://doi.org/10.1007/s10995-015-1837-4>

- Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2016). Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73355-1](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73355-1)
- Cantarutti, A., Franchi, M., Monzio Compagnoni, M., Merlino, L., & Corrao, G. (2017). Mother's education and the risk of several neonatal outcomes: An evidence from an Italian population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 221. <http://doi.org/10.1186/s12884-017-1418-1>
- Cañas-Lopera, E. M., & Rodríguez-Holguín, Y. A. (n.d.). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo. <http://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.6>
- Castillo, D. T., & Alarcón, M. R. (2001). Estudio de los factores biopsicosociales como causantes de prematuridad en el Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito-Ecuador. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 26(1), 18–25. Retrieved from http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/409
- Dahlui, M., Azahar, N., Oche, O. M., & Aziz, N. A. (2016). Risk factors for low birth weight in Nigeria: Evidence from the 2013 Nigeria Demographic and Health Survey. *Global Health Action*, 9(1). <http://doi.org/10.3402/gha.v9.28822>
- Delabaere, a., & Gallot, D. (2016). Fisiología fetal. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 52(1), 1–9. [http://doi.org/10.1016/S1283-081X\(15\)76285-5](http://doi.org/10.1016/S1283-081X(15)76285-5)
- Ecuador, M. de T. del. (2017). *Acuerdo Ministerial 048*.
- Eds CP Howson, MV Kinney, J. L. W. H. O. G. (2012). Born too soon. *Born Too Soon, The Global Action Report on Preterm Birth*. Eds CP Howson, MV Kinney, JE

Lawn. World Health Organization. Geneva, 13(5), 1–126.

http://doi.org/http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf

- Fava, G. a., & Sonino, N. (2017). From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 257–259. <http://doi.org/10.1159/000478808>
- Fernanda Acosta, M., & Cabrera Bravo, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal : un estudio de revisión documental. *Rev. UNIMAR.*, 34(1), 193–199. <http://doi.org/2216-0116>
- Gallegos-Martínez, J., Reyes-Hernández, J., Gracinda Silvan Scochi, C., & Cgs, S. (2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Artículo Original Rev*, 21(6), 1360–1366. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.2970.2375>
- Harrison, H. (1993). The Principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 92(5), 643–650.
- Hug, L., Sharrow, D., & You, D. (2017). *Levels & Trends in Child Mortality 2017*.
- Ignell Modé, R., Mard, E., Nyqvist, K. H., & Blomqvist, Y. T. (2014). Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5(3), 131–136. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.05.001>
- Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo, I. (2014). Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2014. *Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos Y Defunciones 2014*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Javeriana, Castaño, Á., & Stella, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 8, 69–79.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe EL EMBARAZO NO DESEADO: CONCEPTOS Y SITUACIÓN REGIONAL. *Rev Panam Salud publica/Pan Am J Public Health*, 11(3), 192-205. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892002000300013>
- López Sáleme, R., Díaz Montes, C. E., Moreno Jiménez, K., Vargas López, K., Villamizar Espinosa, G., López Salas, S., & Sierra Rojas, R. (2011). Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena - Colombia. *Duazary*, 8(2), 150–158. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3903139.pdf> <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3903139>
- Molina, M. del P. U. (2016). *Conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa al recién nacido prematuro y/o de bajo peso*. Editorial Unimar. Retrieved from <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1022>
- Montes Bueno, M. T., Quiroga, A., Rodríguez, S., & Sola, A. (2016). Family access to Neonatal Intensive Care Units in Latin America: A reality to improve. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 85(2), 95–101. <http://doi.org/10.1016/j.anpede.2015.07.039>
- ONU / Cepal. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (2016). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Resumen Ejecutivo*. Retrieved from http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf?ua=1
- Owor, M. O., Matovu, J. K. B., Murokora, D., Wanyenze, R. K., & Waiswa, P. (2016). Factors associated with adoption of beneficial newborn care practices in rural Eastern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 83. <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0874-3>
- Ramírez, M., Navarro, S., Clavería, C., Molina, Y., & Cox, A. (2018). Versión in press ID 331 Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, *89*(2).
- Rodríguez, L., Frías, L., Psicol, A. F., Papel, S. U., La, E. N., & Revisi, U. N. a. (2005). Psicología y Salud. *Psicología Y Salud*, *15*(2), 169–185.
- Rodríguez, S. R., Ribera, C. G. De, & Garcia, M. P. A. (2008). El recién nacido prematuro. In Asociación Española de Pediatría (Ed.), *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. (pp. 68 – 77). <http://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.022>
- Tamayo, M., Besoa??n, ??Lvaro, & Rebolledo, J. (2016). Social determinants of health and disability: Updating the model for determination. *Gaceta Sanitaria*, *32*(1), 96–100. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Torres-Ospina, P., Nicolás, J., Augusto, C., & Enrique, C. (2016). Revista Gerencia y Políticas de Salud. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, *15*(31), 190–201. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.acpf>

- Villamizar-Carvajal, B., Vargas-Porras, C., & Gómez-ortega, O. R. (2016). Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. *Aquichan*, 16(3), 276–295. <http://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.2>
- Van den Berg, J., Bäck, F., Hed, Z., & Edvardsson, D. (2017). Transition to a New Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(1), 75–85. <http://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000232>

8. Tablas

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje del representante legal

Representante legal	Frecuencia	Porcentaje
Madre	130	100,0
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de la edad del representante legal

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-18 años	10	7,7
19-24 años	53	40,5
25-34 años	54	41,5
35-40 años	13	10,0
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la etnia del representante legal

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Afro descendiente	9	6,9
Indígena	7	5,4
Mestiza	114	87,7
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje del estado civil del representante legal

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	50	38,5
Divorciada	3	2,3
Soltera	37	28,5
Unión libre	40	30,8
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del nivel de escolaridad del representante legal

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	13	10,0
Primaria incompleta	7	5,4
Secundaria completa	66	50,8
Secundaria incompleta	26	20,0
Superior	17	13,1
Técnico	1	,8
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la religión del representante legal

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Adventista	2	1,5
Católica	77	59,2
Evangélica	22	16,9
Otro (Cristiana)	18	13,8
Testigo de Jehová	11	8,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de la ocupación del representante legal

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	89	68,5
Estudiante	15	11,5
Independiente	20	15,4
Profesional	6	4,6
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de los ingresos económicos de la familia

Ingresos económicos	Frecuencia	Porcentaje
Mayor que el salario básico	21	16,2
Menos del salario básico	65	50,0
Salario básico	44	33,8
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de los egresos económicos de la familia

Egresos económicos	Frecuencia	Porcentaje
Igual a la cantidad del salario básico	63	48,5
Mayor que el salario básico	17	13,1
Menor a la cantidad del salario básico	50	38,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de servicios básicos de la familia

Servicios básicos	Frecuencia	Porcentaje
Algunos (agua, luz, teléfono)	80	61,5
Todos (agua, luz, teléfono, internet, alcantarillado)	50	38,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la red de apoyo del representante legal

Red de apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje del tipo de familia

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Extensa	37	28,5
Monoparental	9	6,9
Nuclear	80	61,5
Reconstruida	4	3,1
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de la enfermedad presente en el representante legal

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad del corazón	2	1,5
Epilepsia	8	6,2
Migraña	1	,8
Ninguna	119	91,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje del tipo de cultura de la familia

Tipo de cultura	Frecuencia	Porcentaje
Abierta	41	31,5
No tradicional	21	16,2
Tradicional	68	52,3
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje del número de hijos del representante legal

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	57	43,8
2	34	26,2
3	27	20,8
4	5	3,8
5	4	3,1
6	3	2,3
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje del sexo del RN hospitalizado

Sexo del RN	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	67	51,5
Masculino	63	48,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la edad del RN hospitalizado

Edad del RN	Frecuencia	Porcentaje
1-5 días	29	22,3
6-10 días	31	23,8
11-15 días	28	21,5
16-20 días	15	11,5
21-25 días	15	11,5
26-28 días	12	9,2
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de la patología del RN hospitalizado

Enfermedad del RN	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso al nacer	26	20,0
Distrés respiratorio	15	11,5
Hiperbilirrubinemia	14	10,8
Infección	2	1,5
Neumonía	9	6,9
Prematuro	56	43,1
Síndrome de Down	8	6,2
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de la patología del RN en relación con su sexo

Enfermedad del RN		Sexo del RN		Total
		Femenino	Masculino	
Bajo peso al nacer	Recuento	14	12	26
	% del total	10,8%	9,2%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	11	4	15
	% del total	8,5%	3,1%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	8	6	14
	% del total	6,2%	4,6%	10,8%
Infección	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	1,5%	1,5%
Neumonía	Recuento	4	5	9
	% del total	3,1%	3,8%	6,9%
Prematuro	Recuento	27	29	56
	% del total	20,8%	22,3%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	3	5	8
	% del total	2,3%	3,8%	6,2%
Total	Recuento	67	63	130
	% del total	51,5%	48,5%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje del número de días de hospitalización del RN

Días de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1-5 días	29	22,3
6-10 días	34	26,2
11-15 días	28	21,5
16-20 días	14	10,8
21-25 días	15	11,5
26-28 días	10	7,7
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de la alimentación del RN hospitalizado

Alimentación del RN	Frecuencia	Porcentaje
Combinada	20	15,4
Leche materna	110	84,6
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje del tipo de información recibida por el representante legal

Tipo de información	Frecuencia	Porcentaje
Comprensible	61	46,9
Confusa	5	3,8
Precisa y clara	64	49,2
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje del nivel de estrés percibido por el representante legal

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje
Leve	51	39,2
Moderado	66	50,8
No presenta	9	6,9
Severo	4	3,1
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de la percepción del cuidado de enfermería

Cuidados de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Buenos	102	78,5
Regulares	28	21,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de la percepción de la estancia hospitalaria del RN

Percepción del Representante legal	Frecuencia	Porcentaje
Buena	102	78,5
Regular	28	21,5
Total	130	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Tabla 26. Relación entre la patología del RN hospitalizado y la edad del representante legal

Enfermedad del RN		Edad del RL				Total
		15-18 a	19-24 a	25-34 a	35-40 a	
Bajo peso al nacer	Recuento	2	11	9	4	26
	% del total	1,5%	8,5%	6,9%	3,1%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	3	1	6	5	15
	% del total	3,1%	0,8%	4,6%	3,8%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	0	6	8	0	14
	% del total	0,0%	4,6%	6,2%	0,0%	10,8%
Infección	Recuento	0	2	0	0	2
	% del total	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	1	6	2	0	9
	% del total	0,8%	4,6%	1,5%	0,0%	6,9%
Prematuro	Recuento	4	27	21	4	56
	% del total	3,1%	20,8%	16,2%	3,1%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	0	0	8	0	8
	% del total	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	6,2%
Total	Recuento	10	53	54	13	130
	% del total	7,7%	40,8%	41,5%	10,0%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,740 ^a	18	,003
Razón de verosimilitud	43,637	18	,001
N de casos válidos	130		

a. 12 casillas (57,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Tabla 27. Relación entre la patología del RN hospitalizado y el estado civil del representante legal

Enfermedad del RL		Estado civil del RL				Total
		Casado	Divorciada	Soltera	Unión libre	
Bajo peso al nacer	Recuento	6	0	4	16	26
	% del total	4,6%	0,0%	3,1%	12,3%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	8	0	1	6	15
	% del total	6,2%	0,0%	0,8%	4,6%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	4	0	5	5	14
	% del total	3,1%	0,0%	3,8%	3,8%	10,8%
Infección	Recuento	0	0	2	0	2
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	1	0	7	1	9
	% del total	0,8%	0,0%	5,4%	0,8%	6,9%
Prematuro	Recuento	31	2	15	8	56
	% del total	23,8%	1,5%	11,5%	6,2%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	0	1	3	4	8
	% del total	0,0%	0,8%	2,3%	3,1%	6,2%
Total	Recuento	50	3	37	40	130
	% del total	38,5%	2,3%	28,5%	30,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significac ión asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	50,15	18	,000
Pearson	9 ^a			
Razón	de	51,71	18	,000
verosimilitud	3			
N de casos válidos		130		

a. 20 casillas (71,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Tabla 28. Relación entre la patología del RN hospitalizado y nivel de educación del representante legal

Enfermedad del RL		Nivel de educación del RL						Total
		1 C	1I	2C	2I	Superior	Técnico	
Bajo peso al nacer	Recuento	2	2	11	7	3	1	26
	% del total	1,5%	1,5%	8,5%	5,4%	2,3%	0,8%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	0	2	5	5	3	0	15
	% del total	0,0%	1,5%	3,8%	3,8%	2,3%	0,0%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	0	1	10	0	3	0	14
	% del total	0,0%	0,8%	7,7%	0,0%	2,3%	0,0%	10,8%
Infección	Recuento	0	0	1	1	0	0	2
	% del total	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	1	0	5	0	3	0	9
	% del total	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	2,3%	0,0%	6,9%
Prematuro	Recuento	10	2	26	13	5	0	56
	% del total	7,0%	1,5%	20,0%	10,0%	3,8%	0,0%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	0	0	8	0	0	0	8
	% del total	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%
Total	Recuento	13	7	66	26	17	1	130
	% del total	10%	5,4%	50,8%	20,0%	13,1%	0,8%	100%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	37,037 ^a	30	,176
Razón de verosimilitud	de	45,169	30	,037
N de casos válidos		130		

a. 34 casillas (81,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,02.

Tabla 29. Relación entre la patología del RN hospitalizado y la ocupación del representante legal

Enfermedad del RL		Ocupación del RL				Total
		Ama de casa	Estudiant	Independ	Profesional	
Bajo peso al nacer	Recuento	16	1	6	3	26
	% del total	12,3 %	0,8%	4,6%	2,3%	20,0 %
Distrés respiratorio	Recuento	13	1	1	0	15
	% del total	10,0%	0,8%	0,8%	0,0%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	8	1	5	0	14
	% del total	6,2%	0,8%	3,8%	0,0%	10,8%
Infección	Recuento	0	2	0	0	2
	% del total	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	3	2	4	0	9
	% del total	2,3%	1,5%	3,1%	0,0%	6,9%
Prematuro	Recuento	41	8	4	3	56
	% del total	31,5%	6,2%	3,1%	2,3%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	8	0	0	0	8
	% del total	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%
Total	Recuento	89	15	20	6	130
	% del total	68,5%	11,5%	15,4%	4,6%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,564 ^a	18	,001
Razón de verosimilitud	37,855	18	,004

N de casos válidos 130

a. 20 casillas (71,4%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,09.

Tabla 30. Relación entre la patología del RN hospitalizado y los ingresos económicos del Representante legal

Enfermedad del RN		Ingresos económicos			
		Mayor	Menor	Salario básico	Total
Bajo peso al nacer	Recuento	4	16	6	26
	% del total	3,1%	12,3%	4,6%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	3	7	5	15
	% del total	2,3%	5,4%	3,8%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	2	5	7	14
	% del total	1,5%	3,8%	5,4%	10,8%
Infección	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	0	8	1	9
	% del total	0,0%	6,2%	0,8%	6,9%
Prematuro	Recuento	12	19	25	56
	% del total	9,2%	14,6%	19,2%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	0	8	0	8
	% del total	0,0%	6,2%	0,0%	6,2%
Total	Recuento	21	65	44	130
	% del total	16,2%	50,0%	33,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	24,78	12	,016
Razón de verosimilitud	de	30,15	12	,003
N de casos válidos		130		

a. 13 casillas (61,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

Tabla 31. Relación entre la patología del RN hospitalizado y los servicios básicos de la familia

Enfermedad del RN		Sexo del RN		Total
		Algunos	Todos	
Bajo peso al nacer	Recuento	12	14	26
	% del total	9,2%	10,8%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	7	8	15
	% del total	5,4%	6,2%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	6	8	14
	% del total	4,6%	6,2%	10,8%
Infección	Recuento	1	1	2
	% del total	0,8%	0,8%	1,5%
Neumonía	Recuento	4	5	9
	% del total	3,1%	3,8%	6,9%
Prematuro	Recuento	42	14	56
	% del total	32,3%	10,8%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	8	0	8
	% del total	6,2%	0,0%	6,2%
Total	Recuento	80	50	130
	% del total	61,5%	38,5%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	16,577 ^a	6	,011
Pearson				
Razón	de	19,374	6	,004
verosimilitud				
N de casos válidos		130		

a. 5 casillas (35,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,77.

Tabla 32. Relación entre la patología del RN hospitalizado y el tipo de cultura de la familia

Enfermedad del RN		Tipo de cultura			Total
		Abierta	No tradi	Tradicional	
Bajo peso al nacer	Recuento	9	2	15	26
	% del total	6,9%	1,5%	11,5%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	2	2	11	15
	% del total	1,5%	1,5%	8,5%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	4	4	6	14
	% del total	3,1%	3,1%	4,6%	10,8%
Infección	Recuento	2	0	0	2
	% del total	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	2	0	7	9
	% del total	1,5%	0,0%	5,4%	6,9%
Prematuro	Recuento	22	9	25	56
	% del total	16,9%	6,9%	19,2%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	0	4	4	8
	% del total	0,0%	3,1%	3,1%	6,2%
Total	Recuento	41	21	68	130
	% del total	31,5%	16,2%	52,3%	100%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significac ión asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	22,96	12	,028
Pearson	6 ^a			
Razón	de	25,34	12	,013
verosimilitud	7			
N de casos válidos		130		

a. 14 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

Tabla 33. Relación entre la patología del RN hospitalizado y el número de hijos del representante legal

Enfermedad del RL		Número de hijos						Total
		1	2	3	4	5	6	
Bajo peso al nacer	Recuento	14	7	2	0	3	0	26
	% del total	10,8%	5,4%	1,5%	0%	2,3%	0%	20,0%
Distrés respiratorio	Recuento	3	6	3	2	1	0	15
	% del total	2,3%	4,6%	2,3%	1,5%	0,8%	0,0%	11,5%
Hiperbilirrubinemia	Recuento	4	7	3	0	0	0	14
	% del total	3,1%	5,4%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	10,8%
Infección	Recuento	2	0	0	0	0	0	2
	% del total	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
Neumonía	Recuento	8	0	1	0	0	0	9
	% del total	6,2%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%
Prematuro	Recuento	26	14	10	3	0	3	56
	% del total	20,0%	10,8%	7,7%	2,3%	0,0%	2,3%	43,1%
Síndrome de Down	Recuento	0	0	8	0	0	0	8
	% del total	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%
Total	Recuento	57	34	27	5	4	3	130
	% del total	43,8%	26,2%	20,8%	3,8%	3,1%	2,3%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,495 ^a	30	,000
Razón de verosimilitud	66,865	30	,000
N de casos válidos	130		

a. 34 casillas (81,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Tabla 34. Relación entre el tipo de información percibida por el representante legal y su edad

Tipo de información		Edad del RL				Total
		15-18 a	19-24 a	25-34 a	35-40 a	
Comprensible	Recuento	5	29	23	4	61
	% del total	3,8%	22,3%	17,7%	3,1%	46,9%
Confusa	Recuento	1	2	2	0	5
	% del total	0,8%	1,5%	1,5%	0,0%	3,8%
Precisa y clara	Recuento	4	22	29	9	64
	% del total	3,1%	16,9%	22,3%	6,9%	49,2%
Total	Recuento	10	53	54	13	130
	% del total	7,7%	40,8%	41,5%	10,0%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significación n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	5,224 ^a	6	,515
Pearson				
Razón	de	5,415	6	,492
verosimilitud				
N de casos válidos		130		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,38.

Tabla 35. Relación entre el tipo de información percibida por el representante legal y su estado civil

Tipo información		Estado civil del RL				Total
		Casado	Divorciada	Soltera	Unión libre	
Comprensible	Recuento	28	0	14	19	61
	% del total	21,5%	0,0%	10,8%	14,6%	46,9%
Confusa	Recuento	2	0	3	0	5
	% del total	1,5%	0,0%	2,3%	0,0%	3,8%
Clara y precisa	Recuento	20	3	20	21	64
	% del total	15,4%	2,3%	15,4%	16,2%	49,2%
Total	Recuento	50	3	37	40	130
	% del total	38,5%	2,3%	28,5%	30,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significac ión asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	9,041	6	,171
Pearson	a			
Razón	de	11,35	6	,078
verosimilitud	9			
N de casos válidos		130		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

Tabla 36. Relación entre el tipo de información percibida por el representante legal y su nivel de educación

Tipo información		Nivel de educación del RL						Total
		1C	1I	2C	2I	Superior	Técnico	
Comprensible	Recuento	7	7	27	13	6	1	61
	% del total	5,4%	5,4%	20,8%	10,0%	4,6%	0,8%	46,9%
Confusa	Recuento	0	0	5	0	0	0	5
	% del total	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
Clara y precisa	Recuento	6	0	34	13	11	0	64
	% del total	4,6%	0,0%	26,2%	10,0%	8,5%	0,0%	49,2%
Total	Recuento	13	7	66	26	17	1	130
	% del total	10%	5,4%	50,8%	20,0%	13,1%	0,8%	10%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,699 ^a	10	,109
Razón de verosimilitud	20,366	10	,026
N de casos válidos	130		

a. 10 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Tabla 37. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su edad

Nivel de estrés		Edad del RL				Total
		15-18 a	19-24 a	25-34 a	35-40 a	
Leve	Recuento	6	26	16	3	51
	% del total	4,6%	20,0%	12,3%	2,3%	39,2%
Moderado	Recuento	2	23	34	7	66
	% del total	1,5%	17,7%	26,2%	5,4%	50,8%
No presenta	Recuento	2	4	3	0	9
	% del total	1,5%	3,1%	2,3%	0,0%	6,9%
Severo	Recuento	0	0	1	3	4
	% del total	0,0%	0,0%	0,8%	2,3%	3,1%
Total	Recuento	10	53	54	13	130
	% del total	7,7%	40,8%	41,5%	10,0%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,223 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	23,760	9	,005
N de casos válidos	130		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,31.

Tabla 38. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su estado civil

Nivel de estrés		Estado civil del RL				Total
		Casado	Divorciada	Soltera	Unión libre	
Leve	Recuento	24	2	13	12	51
	% del total	18,5%	1,5%	10,0%	9,2%	39,2%
Moderado	Recuento	26	1	21	18	66
	% del total	20%	0,8%	16,2%	13,8%	50,8%
No presenta	Recuento	0	0	3	6	9
	% del total	0%	0,0%	2,3%	4,6%	6,9%
Severo	Recuento	0	0	0	4	4
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	3,1%
Total	Recuento	50	3	37	40	130
	% del total	38,5%	2,3%	28,5%	30,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	19,8	9	,019
Pearson		14 ^a		
Razón	de	22,8	9	,006
verosimilitud		99		
N de casos válidos		130		

a. 10 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

Tabla 39. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su nivel de educación

Nivel de estrés		Nivel de educación del RL						Total
		1C	1I	2C	2I	Superior	Técnico	
Leve	Recuento	4	4	26	11	5	1	51
	% del total	3,1%	3,1%	20,0%	8,5%	3,8%	0,8%	39,2%
Moderado	Recuento	5	3	36	12	10	0	66
	% del total	3,8%	2,3%	27,7%	9,2%	7,7%	0,0%	50,8%
No presenta	Recuento	1	0	3	3	2	0	9
	% del total	0,8%	0,0%	2,3%	2,3%	1,5%	0,0%	6,9%
Severo	Recuento	3	0	1	0	0	0	4
	% del total	2,3%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
Total	Recuento	13	7	66	26	17	1	130
	% del total	10,0%	5,4%	50,8%	20,0%	13,1%	0,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,198 ^a	15	,047
Razón de verosimilitud	17,508	15	,289
N de casos válidos	130		

a. 16 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Tabla 40. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y su ocupación

Nivel de estrés	Ocupación del RL					Total
	Ama de casa	Estudiant	Independ	Profesional		
Leve	Recuento	35	7	7	2	51
	% del total	26,9%	5,4%	5,4%	1,5%	39,2%
Moderado	Recuento	47	6	9	4	66
	% del total	36,2%	4,6%	6,9%	3,1%	50,8%
No presenta	Recuento	4	2	3	0	9
	% del total	3,1%	1,5%	2,3%	0,0%	6,9%
Severo	Recuento	3	0	1	0	4
	% del total	2,3%	0%	0,8%	0,0%	3,1%
Total	Recuento	89	15	20	6	130
	% del total	68,5%	11,5%	15,4%	4,6%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,062 ^a	9	,734
Razón de verosimilitud	6,523	9	,687
N de casos válidos	130		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Tabla 41. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y los ingresos económicos de su familia

Nivel de estrés		Ingresos económicos			
		Mayor	Menor	Salario básico	Total
Leve	Recuento	14	20	17	51
	% del total	10,8%	15,4%	13,1%	39,2%
Moderado	Recuento	6	34	26	66
	% del total	4,6%	26,2%	20%	50,8%
No presenta	Recuento	0	8	1	9
	% del total	0%	6,2%	0,8%	6,9%
Severo	Recuento	1	3	0	4
	% del total	0,8%	2,3%	0,0%	3,1%
Total	Recuento	21	65	44	130
	% del total	16,2%	50,0%	33,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	15,486 ^a	6	,017
Razón de verosimilitud	de	17,918	6	,006
N de casos válidos		130		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,65.

Tabla 42. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y el tipo de cultura

Nivel de estrés		Tipo de cultura			Total
		Abierta	No tradi	tradicion	
Leve	Recuento	17	14	20	51
	% del total	13,1%	10,8%	15,4%	39,2%
Moderado	Recuento	19	7	40	66
	% del total	14,6%	5,4%	30,8%	50,8%
No presenta	Recuento	5	0	4	9
	% del total	3,8%	0%	3,1%	6,9%
Severo	Recuento	0	0	4	4
	% del total	0%	0%	3,1%	3,1%
Total	Recuento	41	21	68	130
	% del total	31,5%	16,2%	52,3%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	14,891 ^a	6	,021
Pearson				
Razón	de	17,171	6	,009
verosimilitud				
N de casos válidos		130		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,65.

Tabla 43. Relación entre el nivel de estrés percibido por el representante legal y el número de hijos

Nivel de estrés		Número de hijos						Total
		1	2	3	4	5	6	
Leve	Recuento	26	18	6	0	1	0	51
	% del total	20,0%	13,8%	4,6%	0,0%	0,8%	0,0%	39,2%
Moderado	Recuento	25	14	21	5	1	0	66
	% del total	19,2%	10,8%	16,2%	3,8%	0,8%	0,0%	50,8%
No presenta	Recuento	6	1	0	0	2	0	9
	% del total	4,6%	0,8%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	6,9%
Severo	Recuento	0	1	0	0	0	3	4
	% del total	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	3,1%
Total	Recuento	57	34	27	5	4	3	130
	% del total	43,8%	26,2%	20,8%	3,8%	3,1%	2,3%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson ^a	126,470	15	,000
Razón de verosimilitud	53,029	15	,000
N de casos válidos	130		

a. 18 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

Tabla 44. Relación entre la percepción del RL sobre la hospitalización de su hijo y su edad

Perspectiva RL		Edad del RL				Total
		15-18 a	19-24 a	25-34 a	35-40a	
Buena	Recuento	7	39	43	13	102
	% del total	5,4%	30,0%	33,1%	10,0%	78,5%
Regular	Recuento	3	14	11	0	28
	% del total	2,3%	10,8%	8,5%	0,0%	21,5%
Total	Recuento	10	53	54	13	130
	% del total	7,7%	40,8%	41,5%	10,0%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	4,782 ^a	3	,188
Pearson				
Razón	de	7,451	3	,059
verosimilitud				
N de casos válidos		130		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,15.

Tabla 45. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y su nivel de educación

Perspectiva RL		Nivel de educación del RL						Total
		1C	1I	2C	2I	Superior	Técnico	
Buena	Recuento	13	5	51	17	15	1	102
	% del total	10,0%	3,8%	39,2%	13,1%	11,5%	0,8%	78,5%
Regular	Recuento	0	2	15	9	2	0	28
	% del total	0,0%	1,5%	11,5%	6,9%	1,5%	0,0%	21,5%
Total	Recuento	13	7	66	26	17	1	130
	% del total	10,0%	5,4%	50,8%	20,0%	13,1%	0,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,695 ^a	5	,174
Razón de verosimilitud	10,482	5	,063
N de casos válidos	130		

a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,22.

Tabla 46. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y su religión

Perspectiva RL		Religión del RL					Total
		Adven	Católico	Evang	Otro	Testigo	
Buena	Recuento	2	63	19	15	3	102
	% del total	1,5%	48,5%	14,6%	11,5%	2,3%	78,5%
Regular	Recuento	0	14	3	3	8	28
	% del total	0,0%	10,8%	2,3%	2,3%	6,2%	21,5%
Total	Recuento	2	77	22	18	11	130
	% del total	1,5%	59,2%	16,9%	13,8%	8,5%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,184 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	15,807	4	,003
N de casos válidos	130		

a. 5 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,43.

Tabla 47. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y los ingresos económicos de su familia

Perspectiva RL		Ingresos económicos			
		Mayor	Menor	Salario básico	Total
Buena	Recuento	19	48	35	102
	% del total	14,6%	36,9%	26,9%	78,5%
Regular	Recuento	2	17	9	28
	% del total	1,5%	13,1%	6,9%	21,5%
Total	Recuento	21	65	44	130
	% del total	16,2%	50,0%	33,8%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	2,644 ^a	2	,267
Razón de verosimilitud	de	2,962	2	,227
N de casos válidos		130		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,52.

Tabla 48. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y el tipo de cultura de su familia

Perspectiva RL		Tipo de cultura			Total
		Abierta	No tradic	Tradicional	
Buena	Recuento	33	16	53	102
	% del total	25,4%	12,3%	40,8%	78,5%
Regular	Recuento	8	5	15	28
	% del total	6,2%	3,8%	11,5%	21,5%
Total	Recuento	41	21	68	130
	% del total	31,5%	16,2%	52,3%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	Df	Significac ión asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	de	,175 ^a	2	,916
Pearson				
Razón	de	,175	2	,916
verosimilitud				
N de casos válidos		130		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,52.

Tabla 49. Relación entre la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo y el número de hijos

Perspectiva RL		Número de hijos						Total
		1	2	3	4	5	6	
Buena	Recuento	43	29	18	5	4	3	102
	% del total	33,1%	22,3%	13,8%	3,8%	3,1%	2,3%	78,5%
Regular	Recuento	14	5	9	0	0	0	28
	% del total	10,8%	3,8%	6,9%	0,0%	0,0%	0,0%	21,5%
Total	Recuento	57	34	27	5	4	3	130
	% del total	43,8%	26,2%	20,8%	3,8%	3,1%	2,3%	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	a	6,764	5	,239
Razón de verosimilitud		9,143	5	,103
N de casos válidos		130		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,65.

9. Figuras

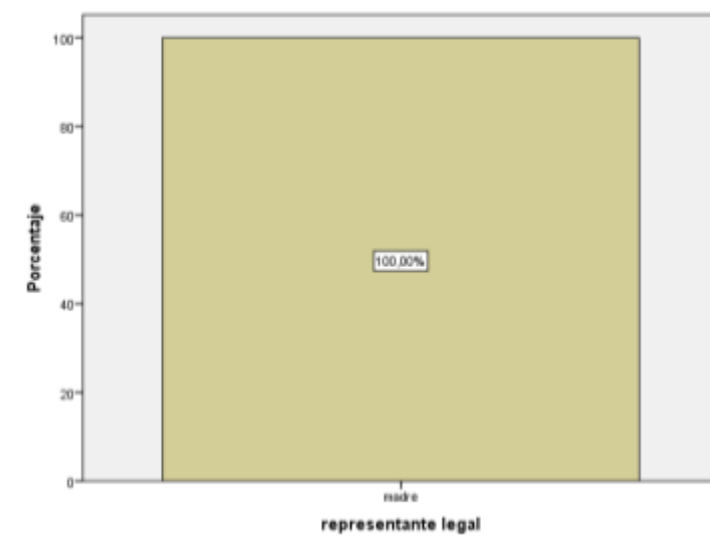


Figura 1. Distribución del sexo de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS.

Elaborado por: C. Paredes, 2018

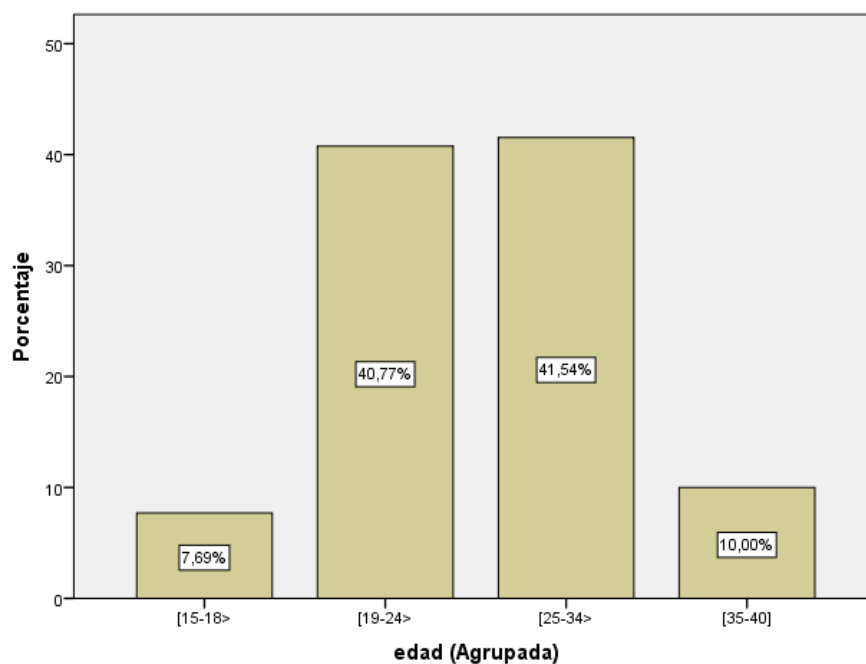


Figura 2. Distribución del rango de edad de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS.

Elaborado por: C. Paredes, 2018

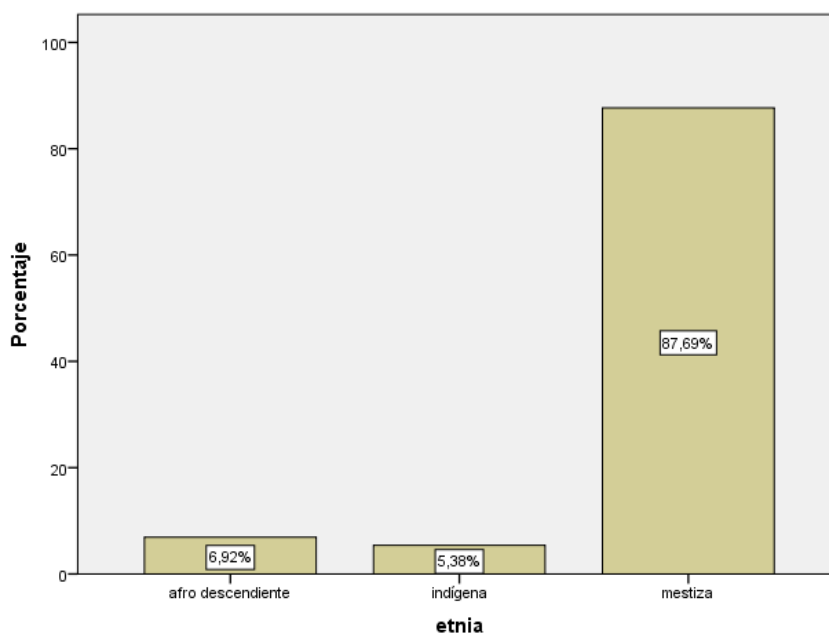


Figura 3. Distribución de la etnia de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

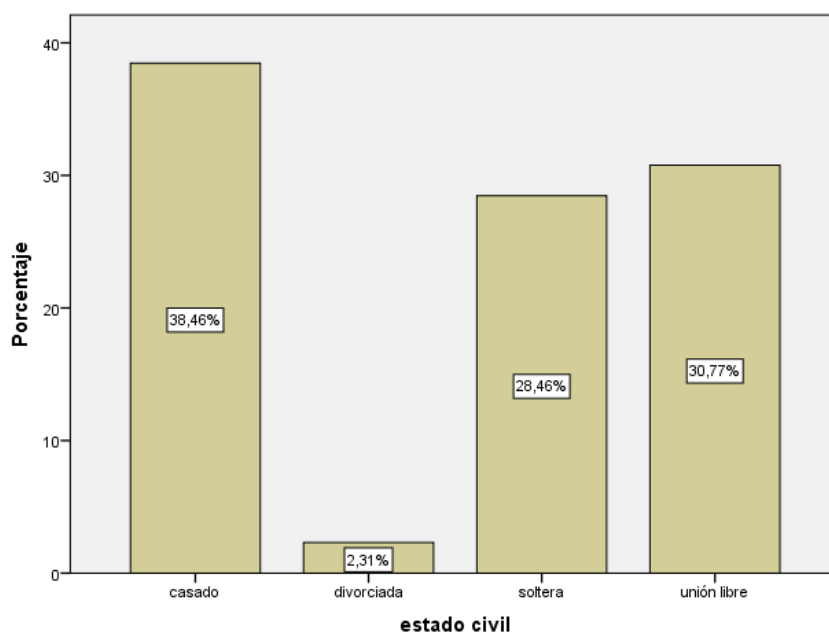


Figura 4. Distribución del estado civil de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

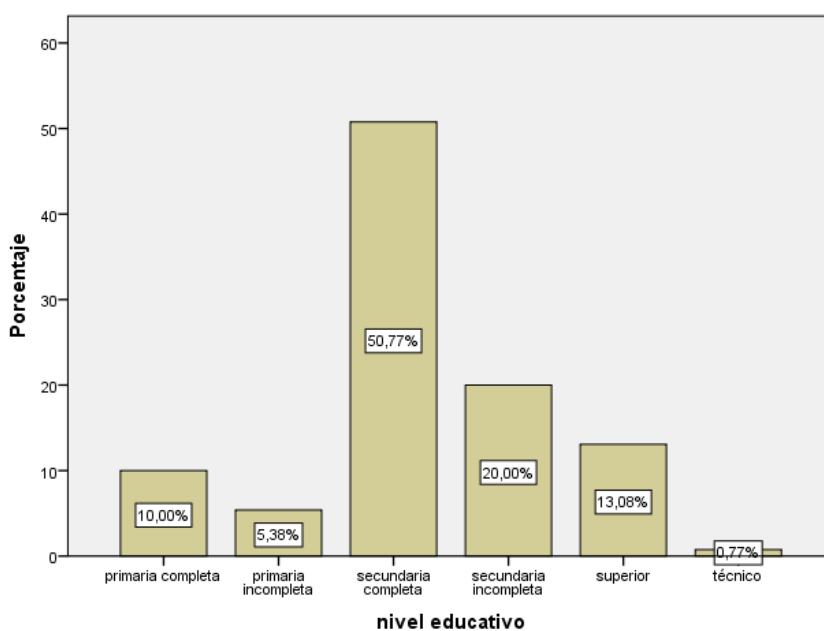


Figura 5. Distribución del nivel de escolaridad de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

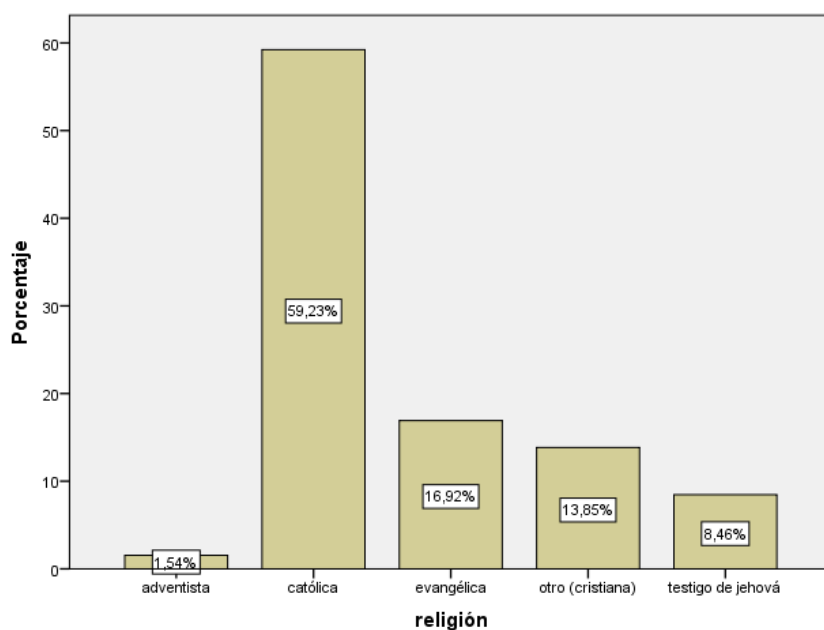


Figura 6. Distribución de la religión de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

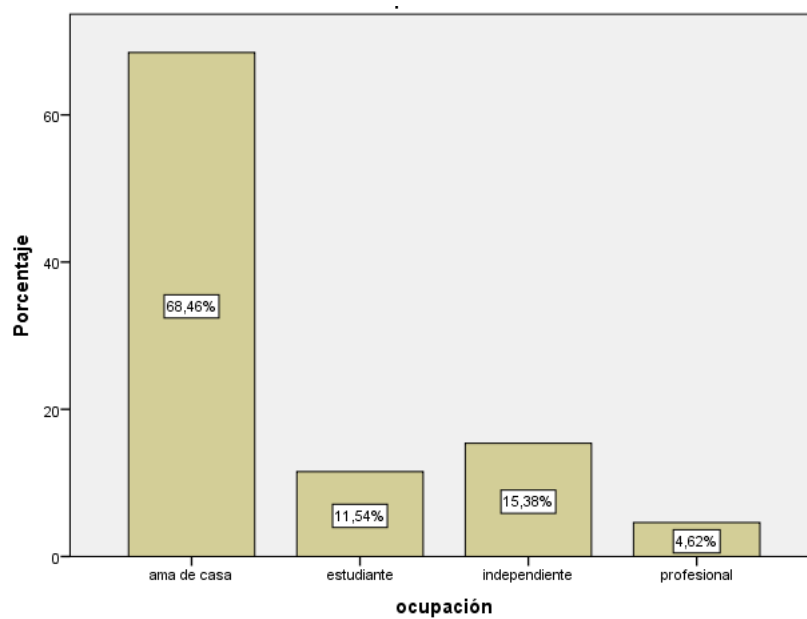


Figura 7. Distribución de la ocupación de los representantes legales

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

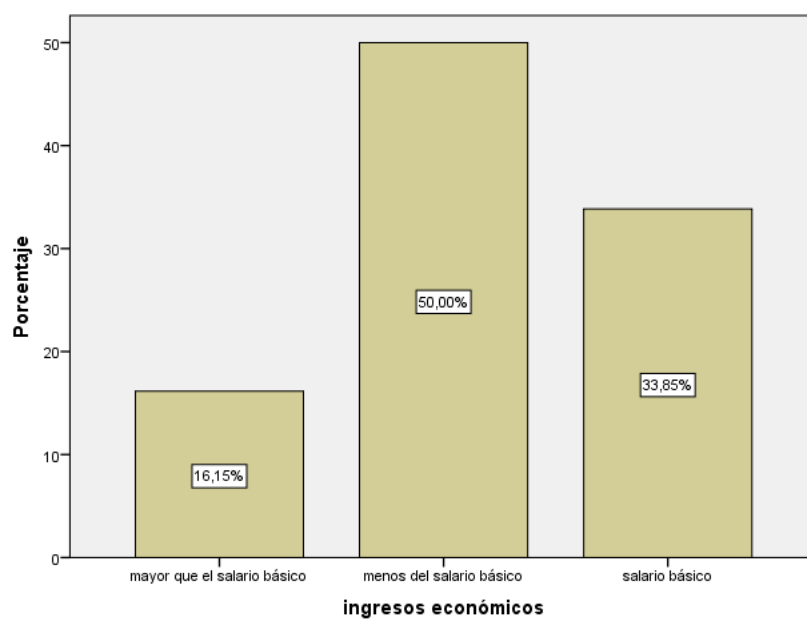


Figura 8. Distribución de los ingresos económicos de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

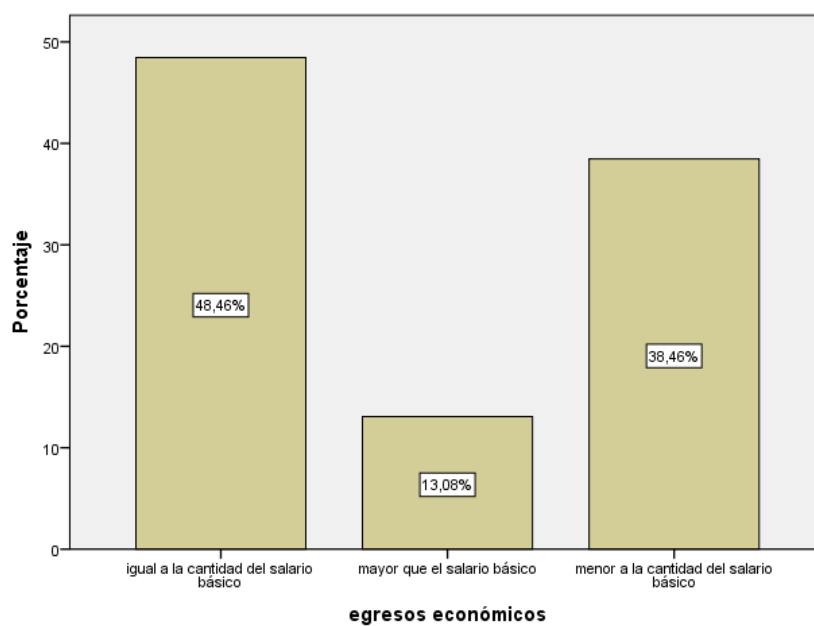


Figura 9. Distribución de los egresos económicos de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

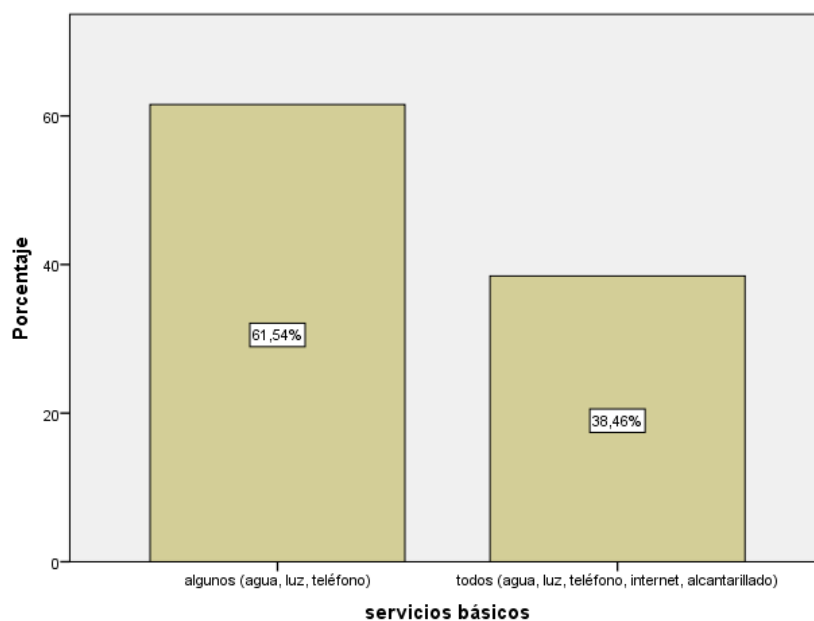


Figura 10. Distribución de los servicios básicos de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

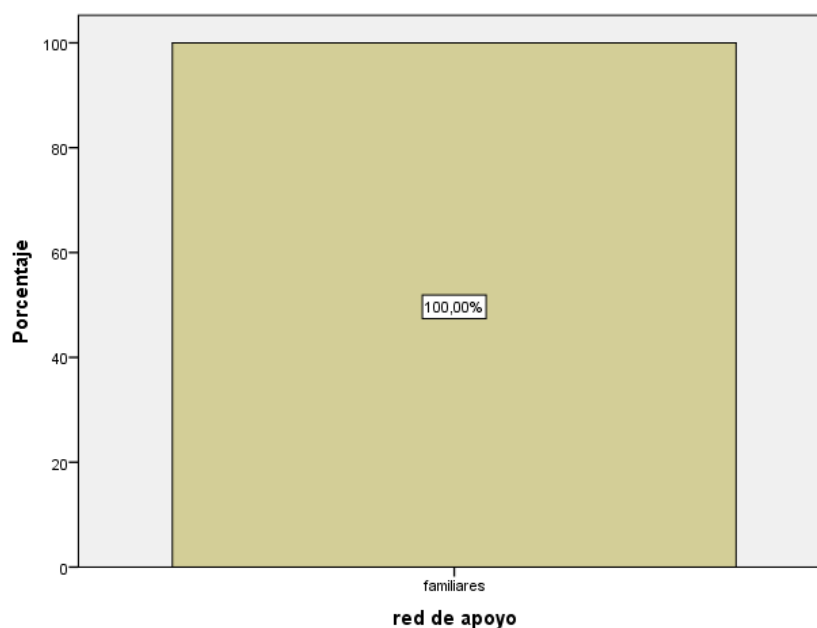


Figura 11. Distribución de las redes de apoyo del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

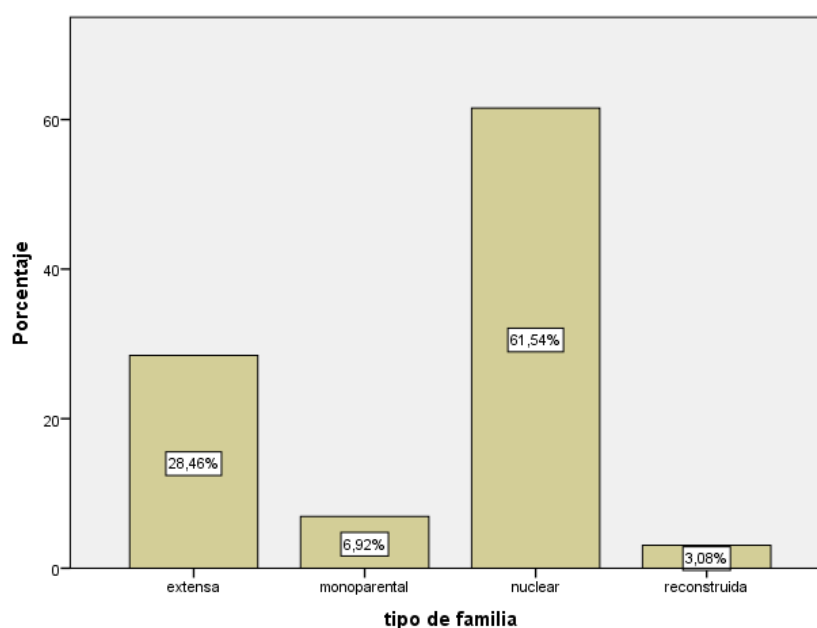


Figura 12. Distribución del tipo de familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

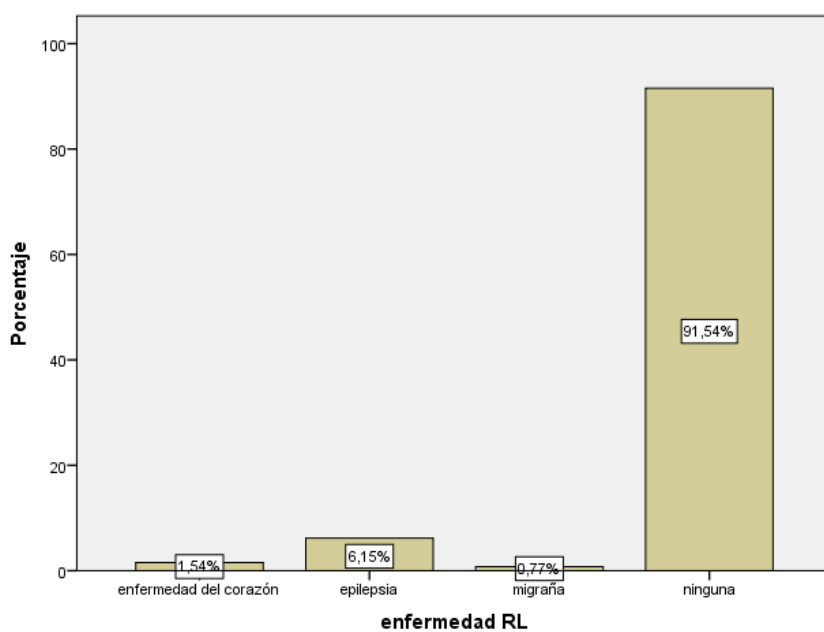


Figura 13. Distribución de la enfermedad presente en el representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

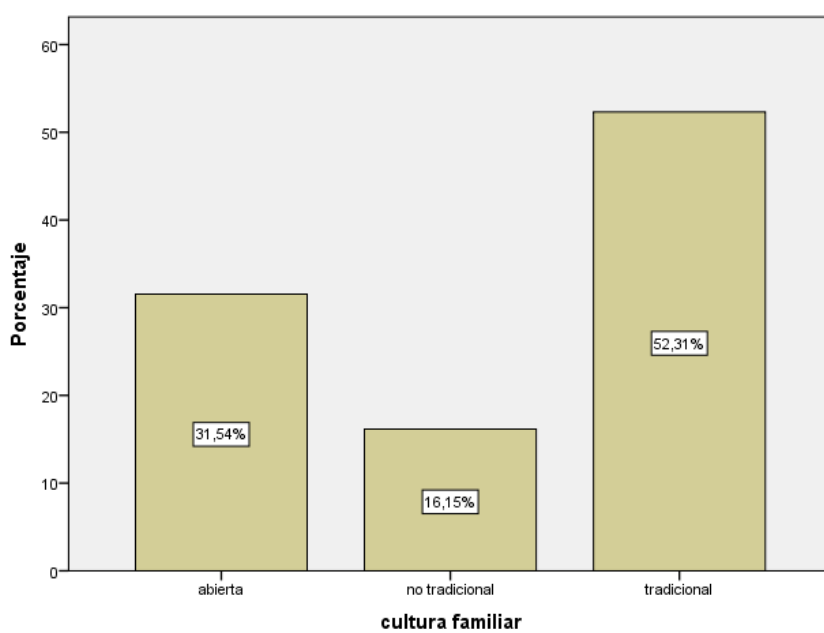


Figura 14. Distribución del tipo de cultura presente en la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

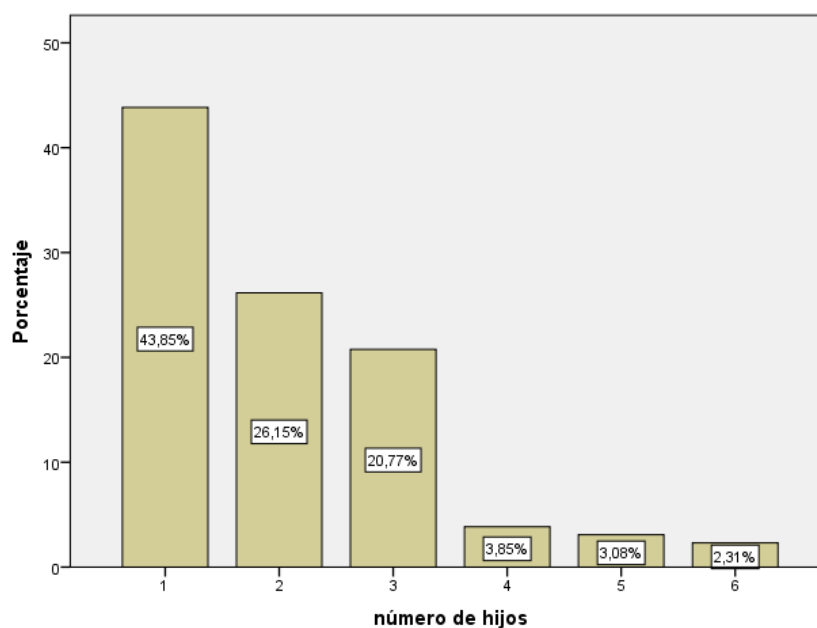


Figura 15. Distribución del número de hijos del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

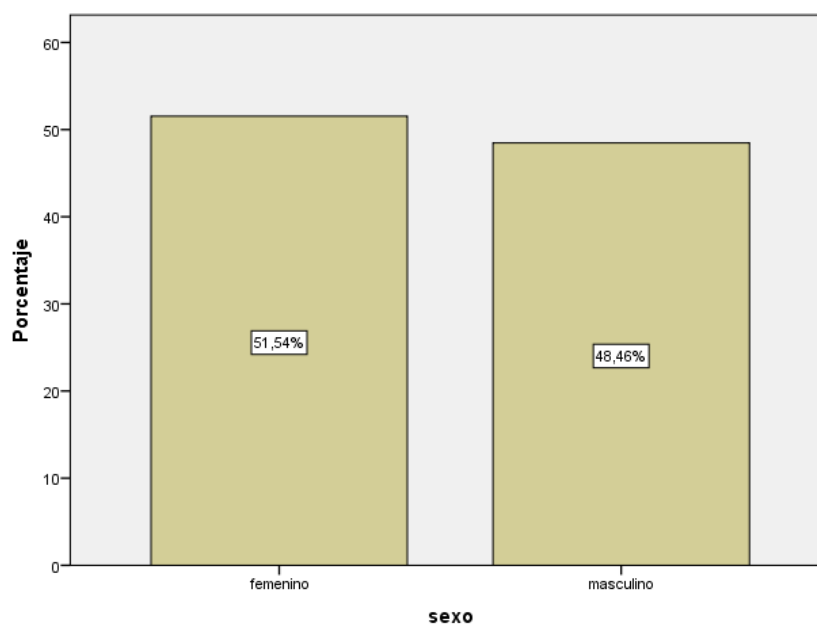


Figura 16. Distribución del sexo del RN hospitalizado

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

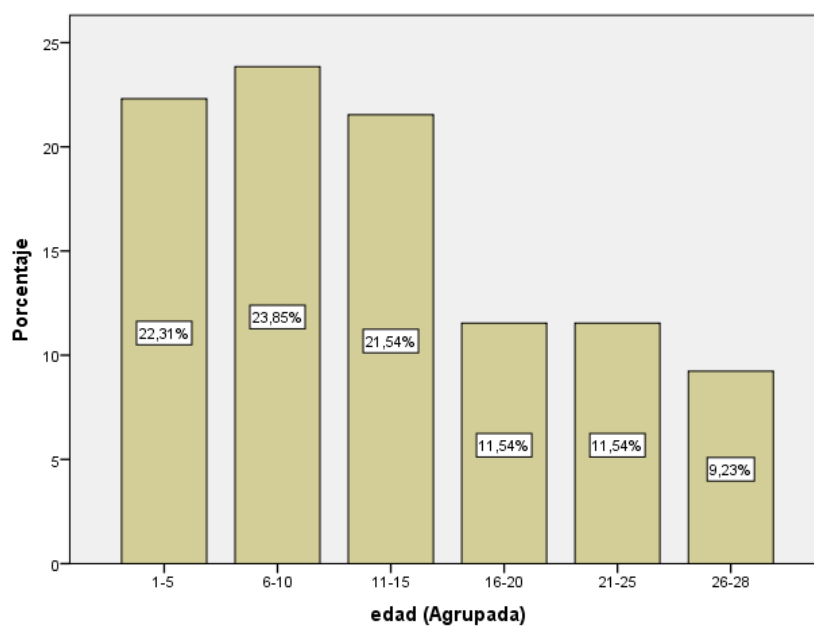


Figura 17. Distribución del rango de edad del RN hospitalizado

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

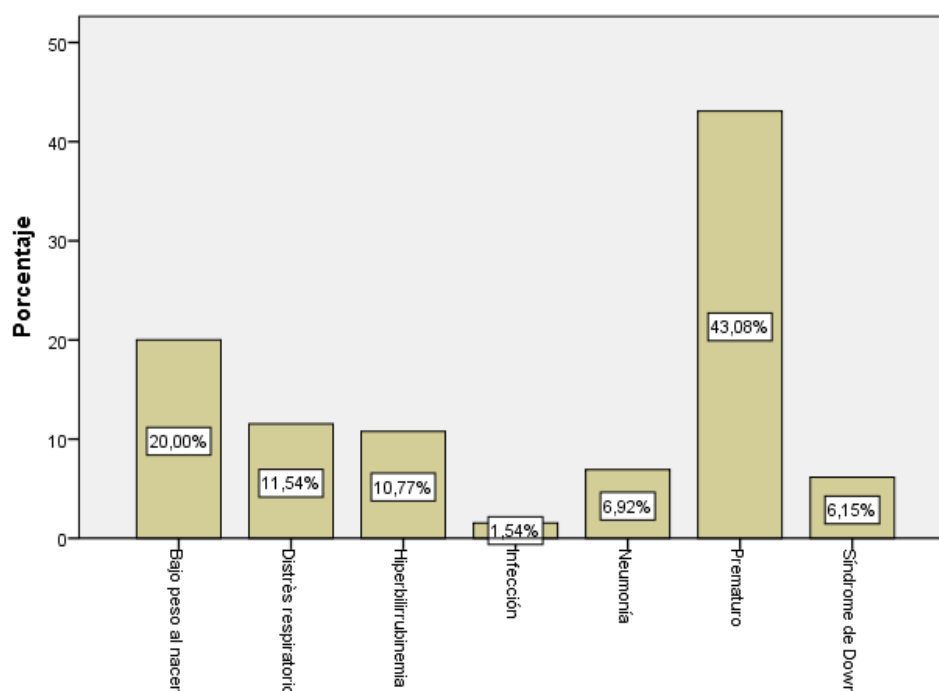


Figura 18. Distribución de la patología presente en el RN hospitalizado

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

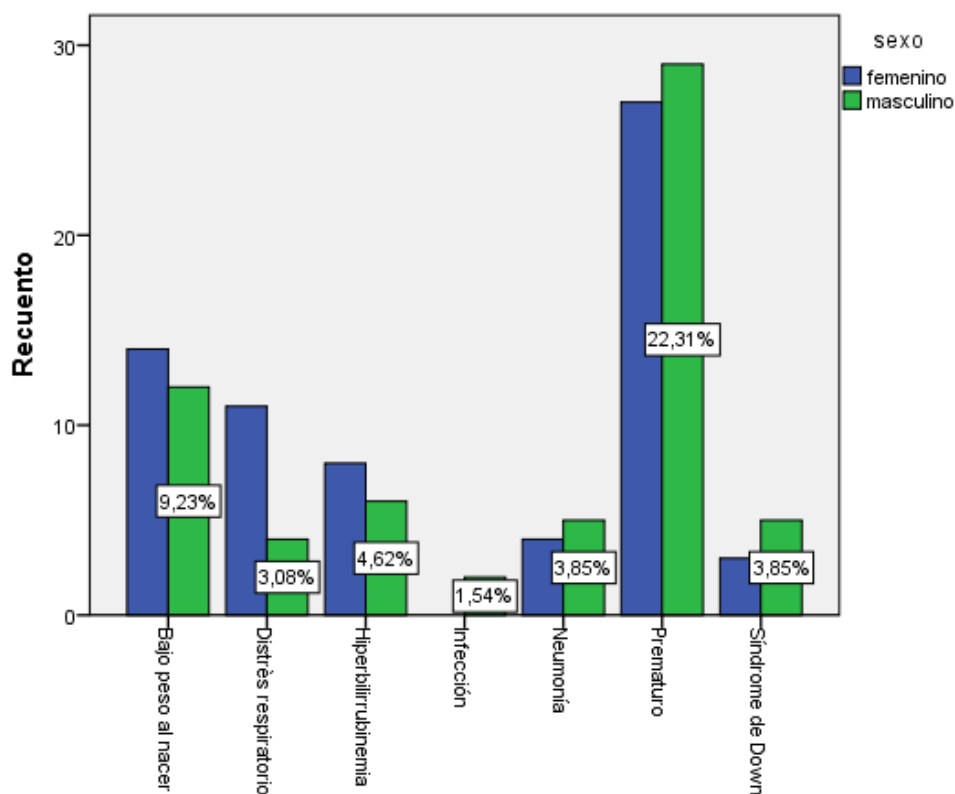


Figura 19. Distribución de la patología en relación con el sexo del RN hospitalizado
Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

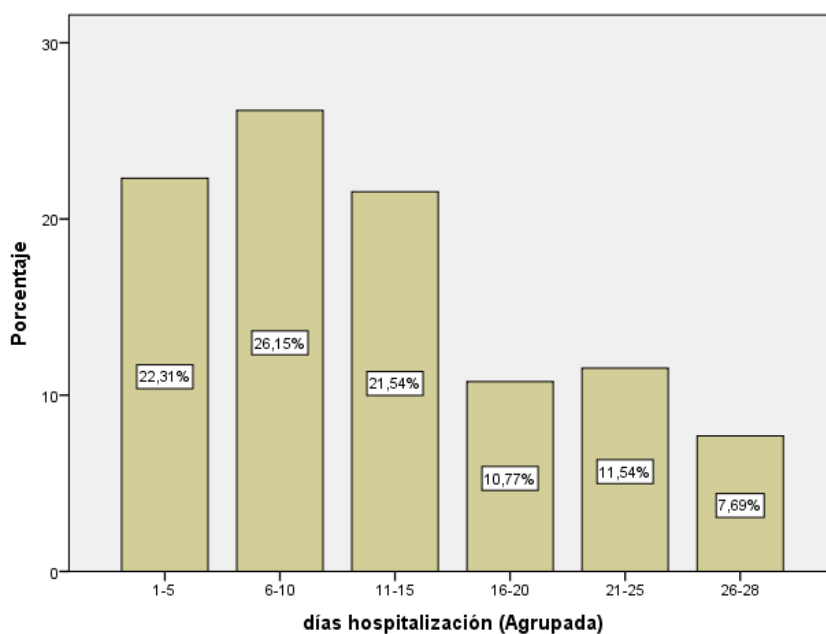


Figura 20. Distribución de los días de hospitalización del RN
Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

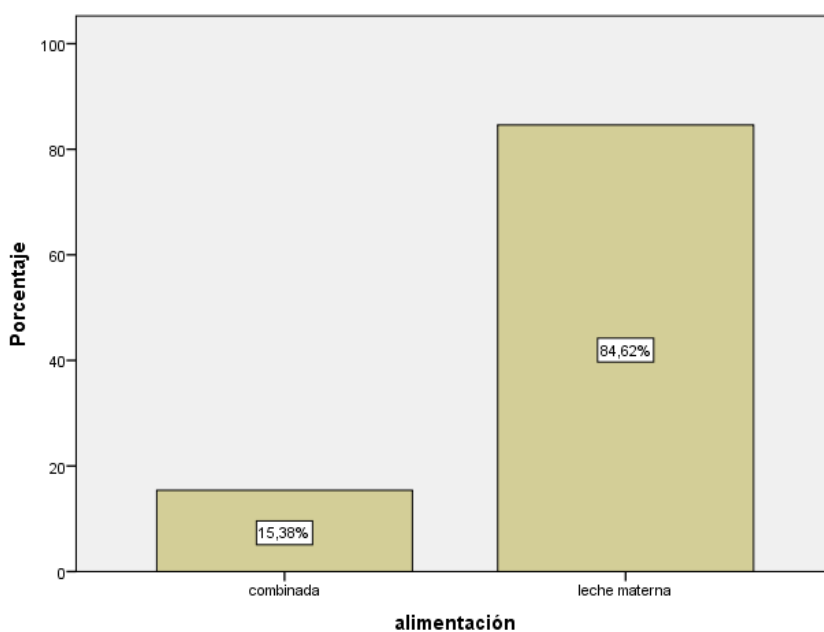


Figura 21. Distribución del tipo de alimentación ingerida por el RN

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

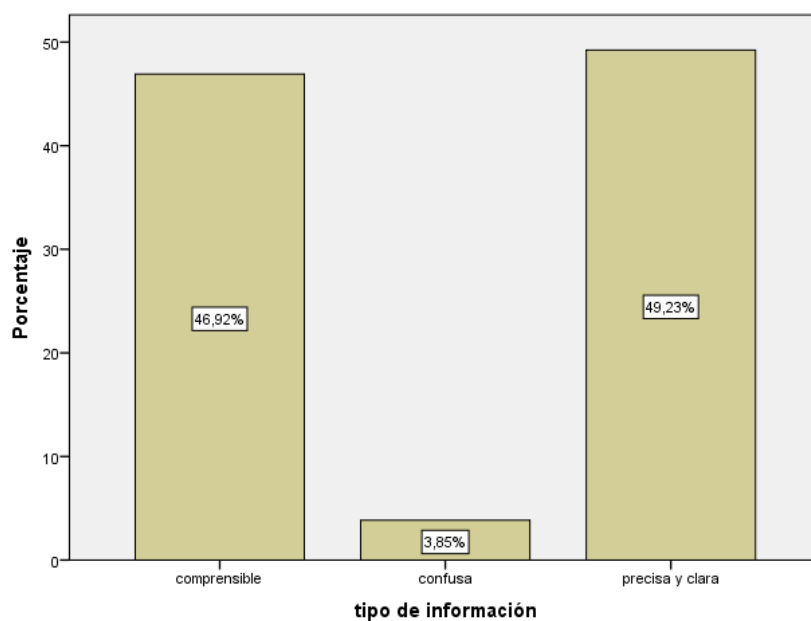


Figura 22. Distribución del tipo de información recibida por el representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

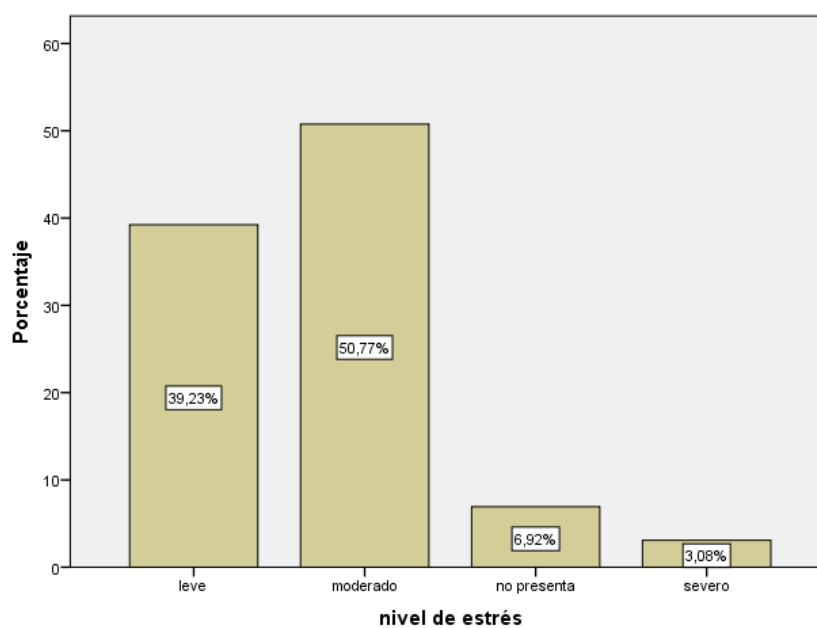


Figura 23. Distribución de los niveles de estrés percibidos por los representantes legales
Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

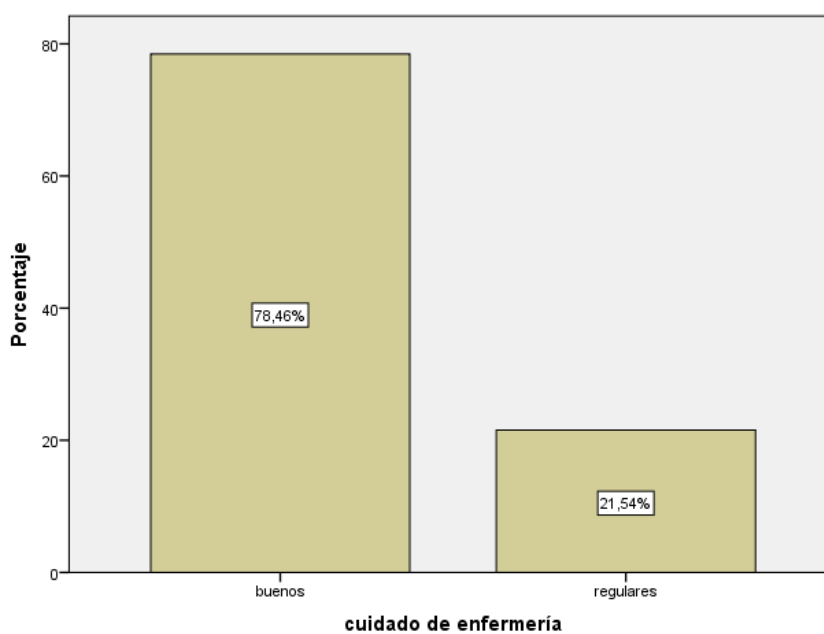


Figura 24. Distribución de la percepción del cuidado de enfermería
Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

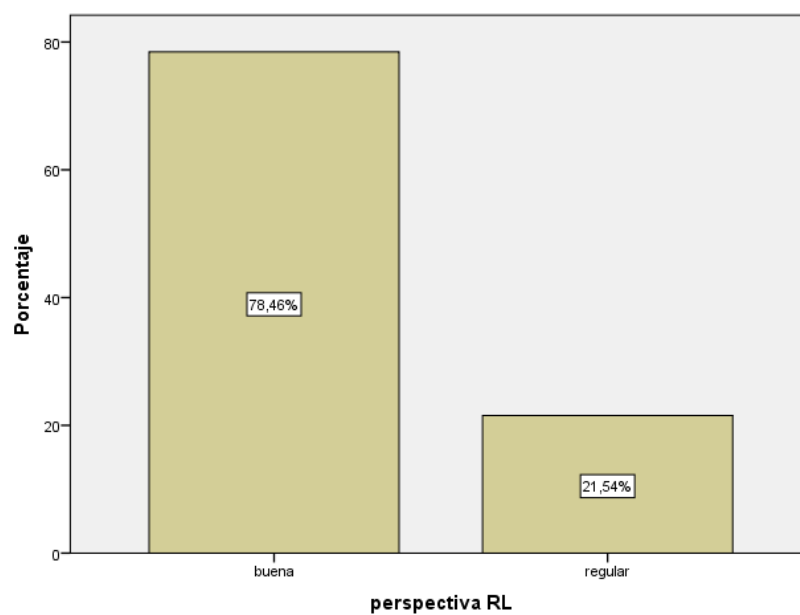


Figura 25. Distribución de la percepción de los representantes legales durante la estancia hospitalaria del RN

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

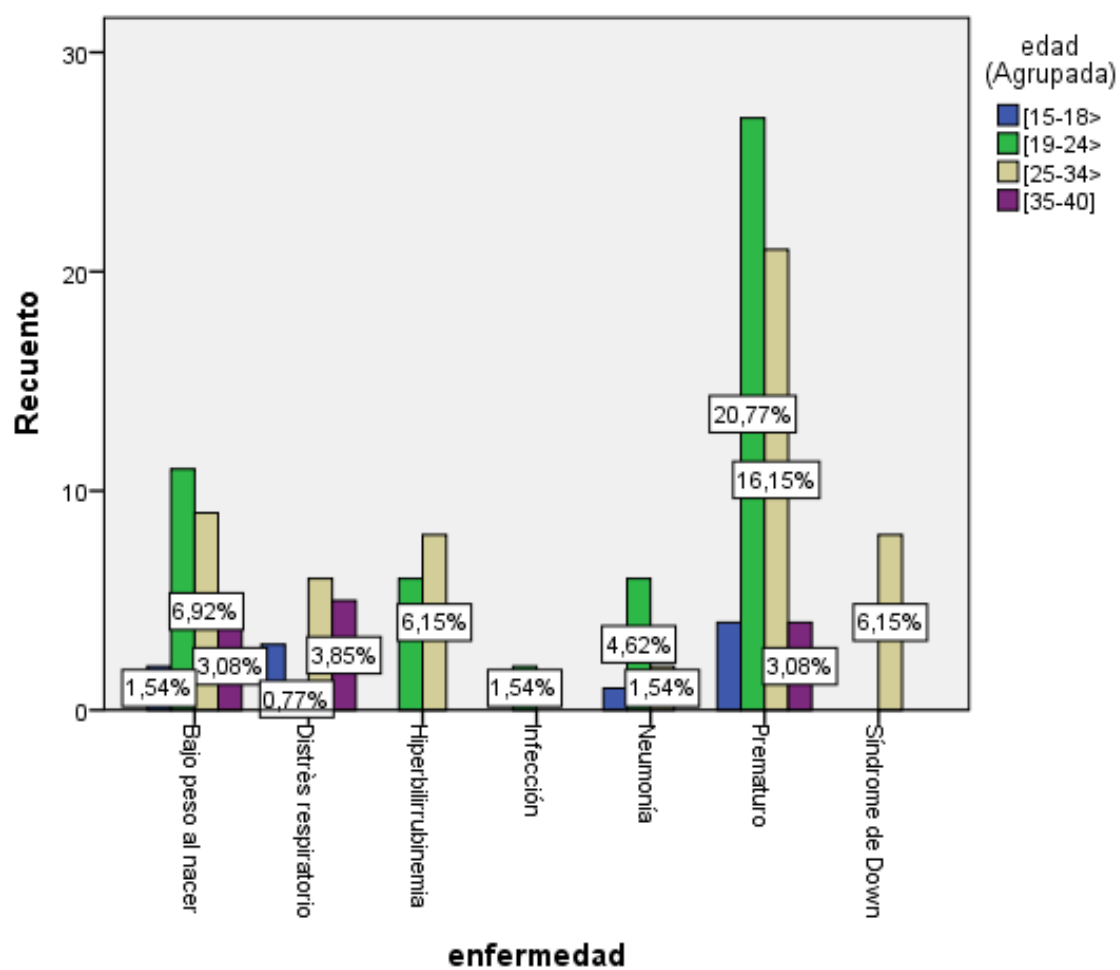


Figura 26. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de la edad del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

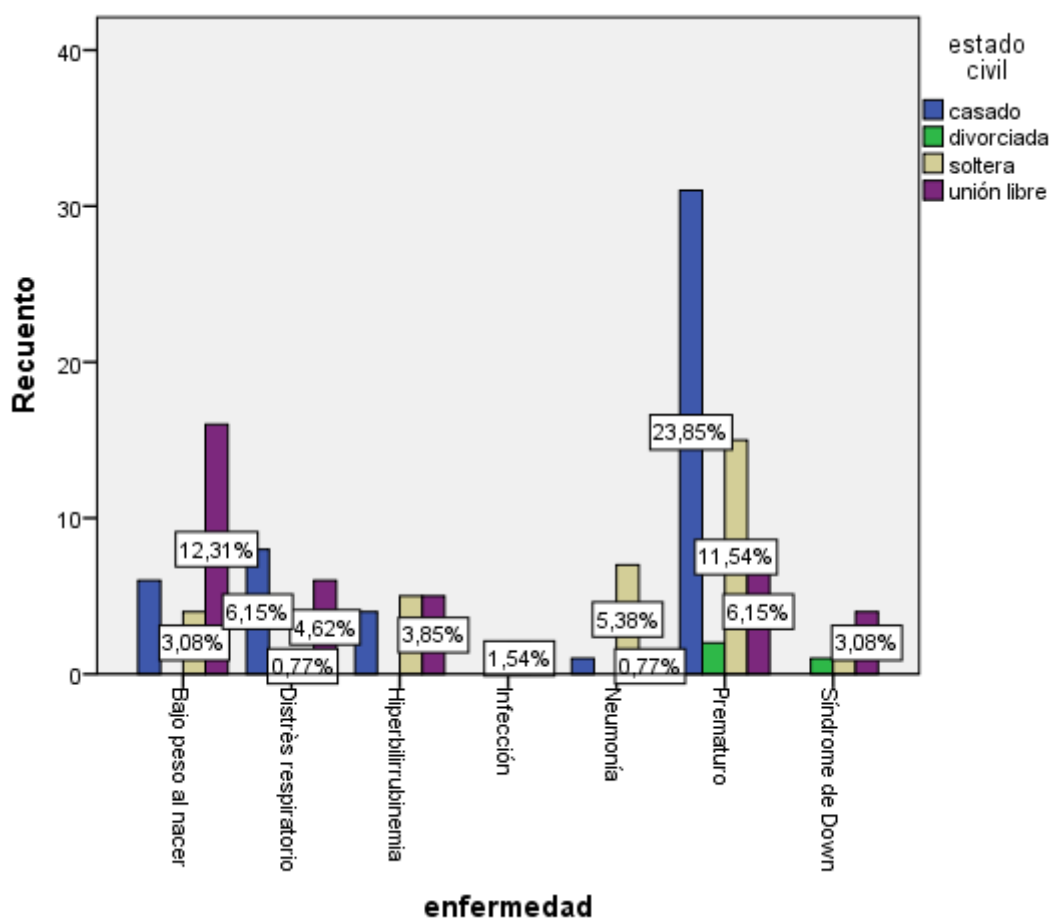


Figura 27. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función del estado civil del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

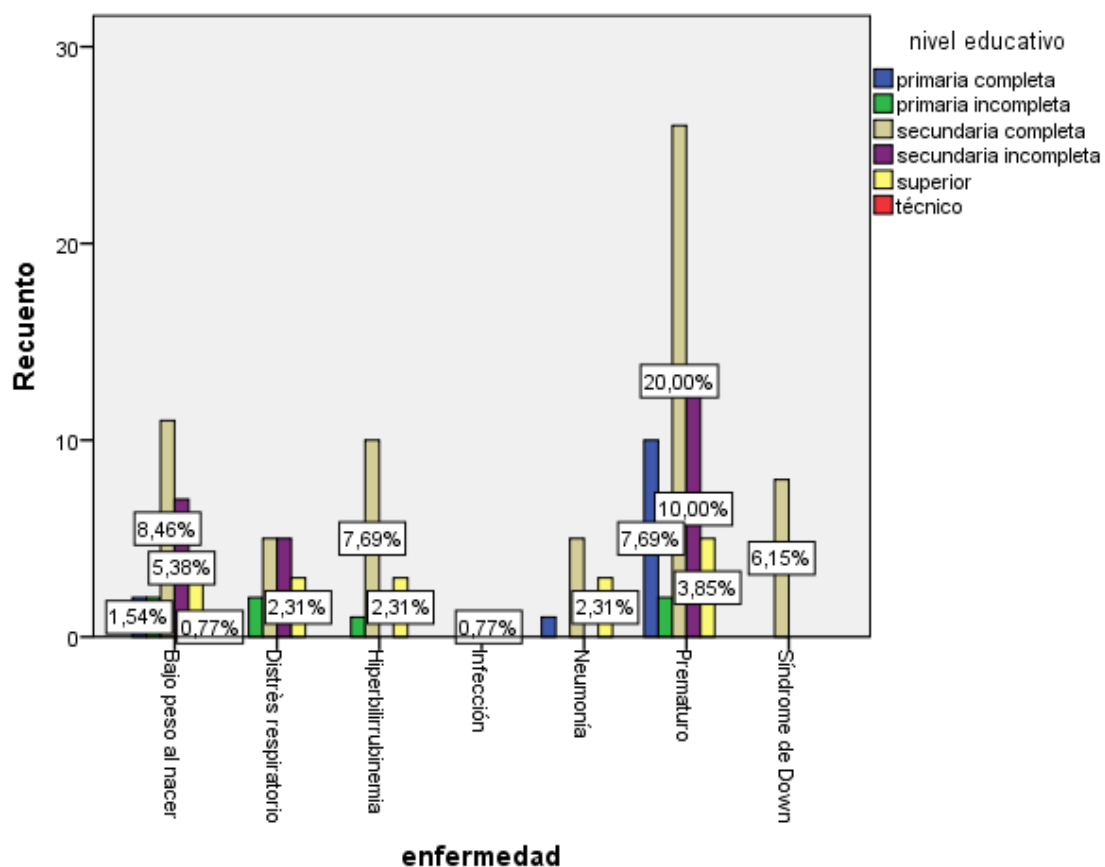


Figura 28. Distribución de la patología del RN en función del nivel de educación del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

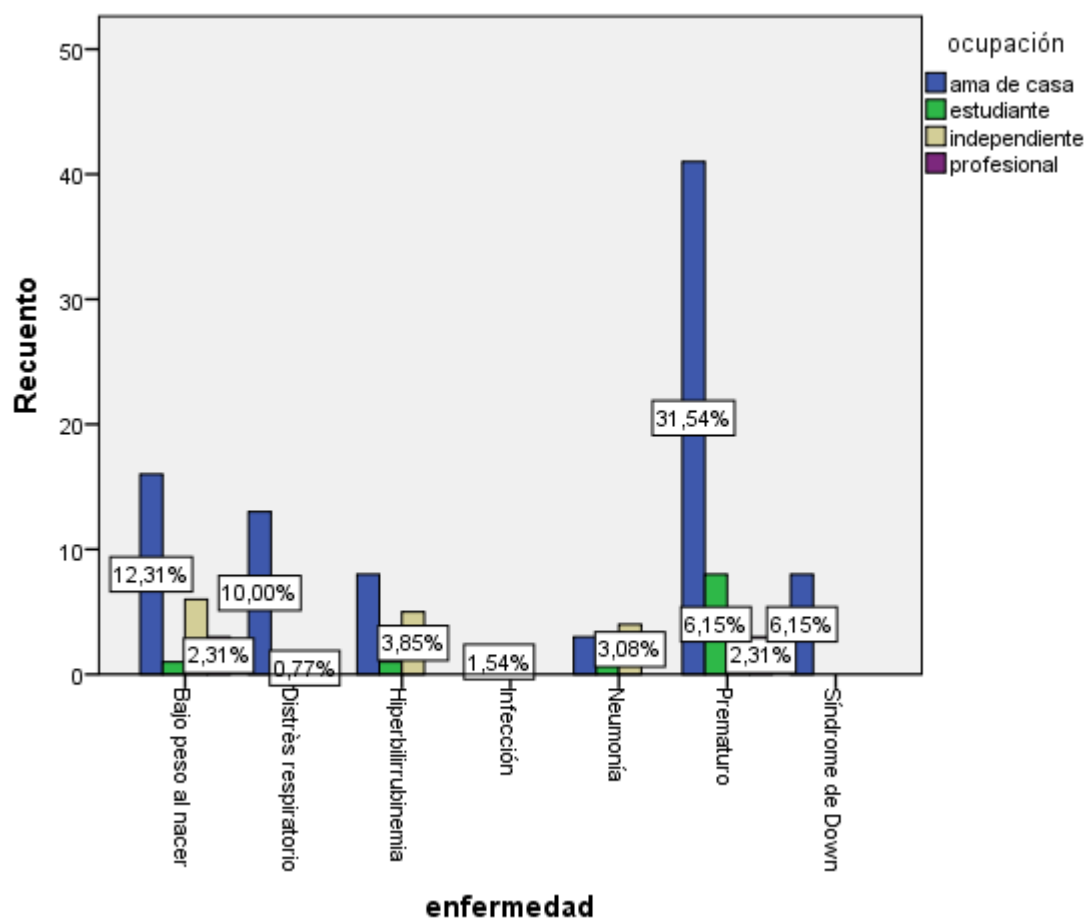


Figura 29. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de la ocupación del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

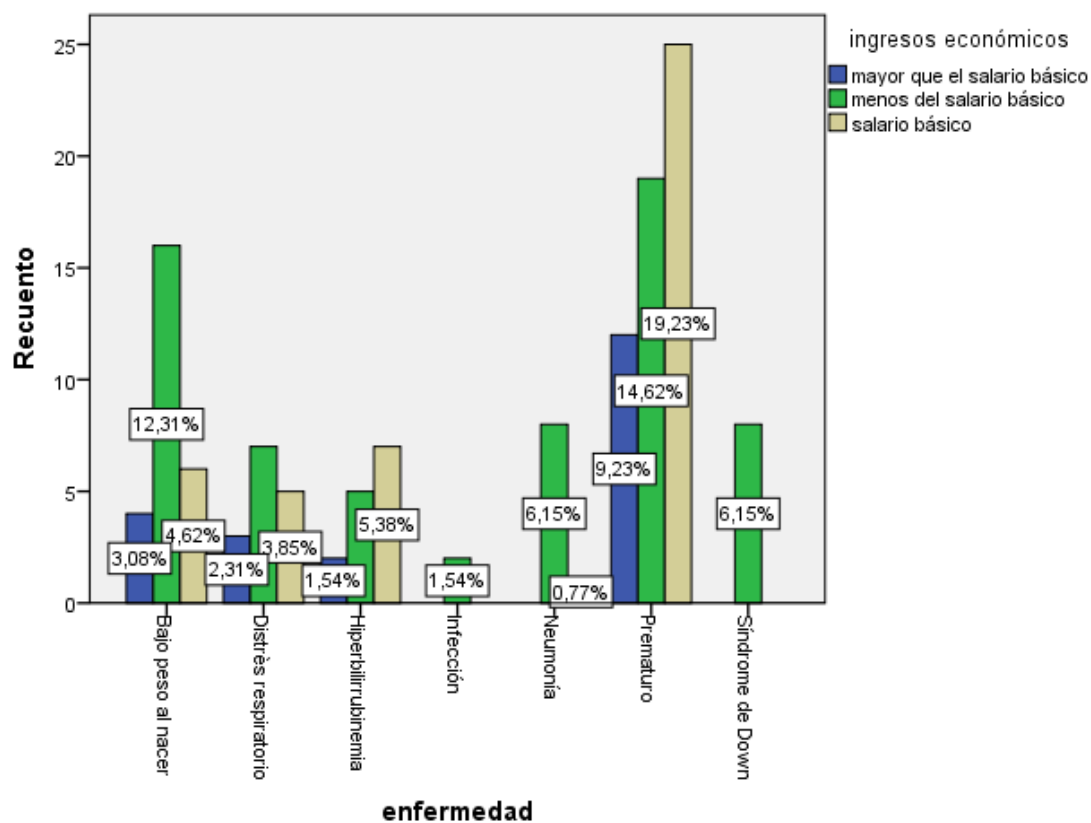


Figura 30. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de los ingresos económicos del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

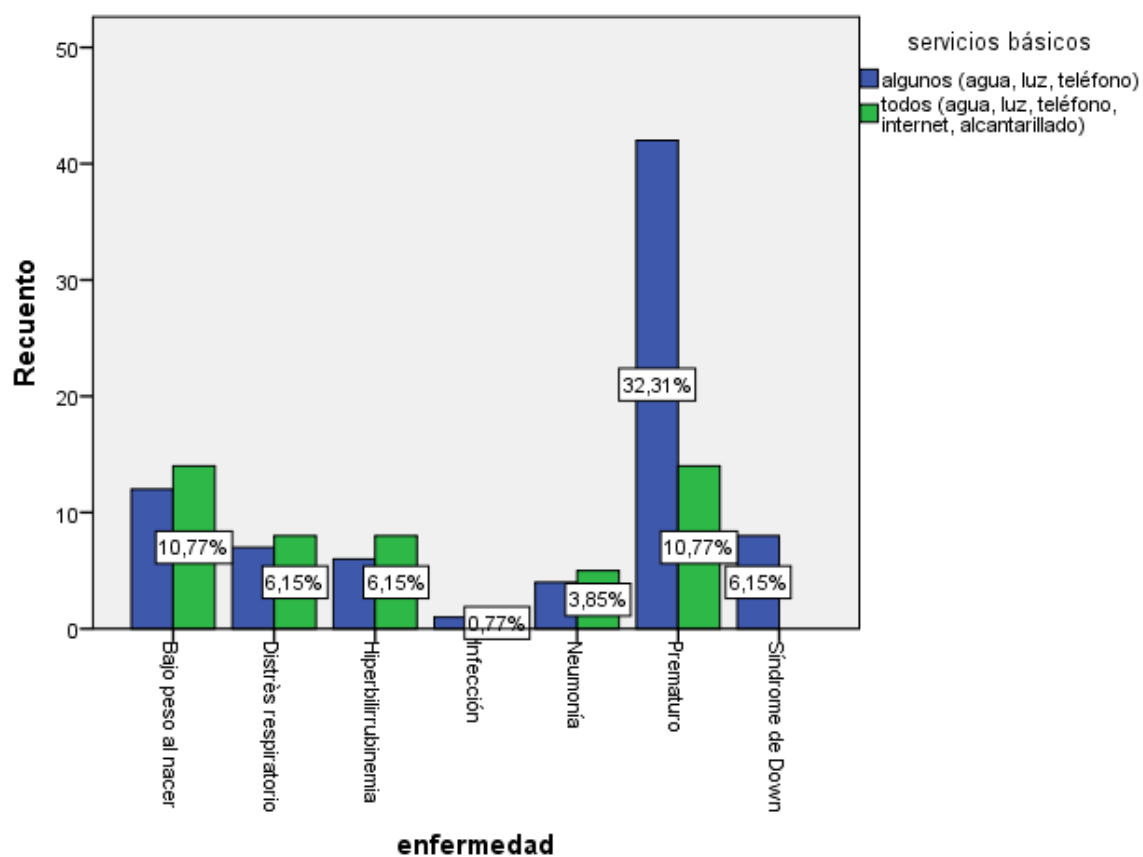


Figura 31. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función de los servicios básicos con que cuenta la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

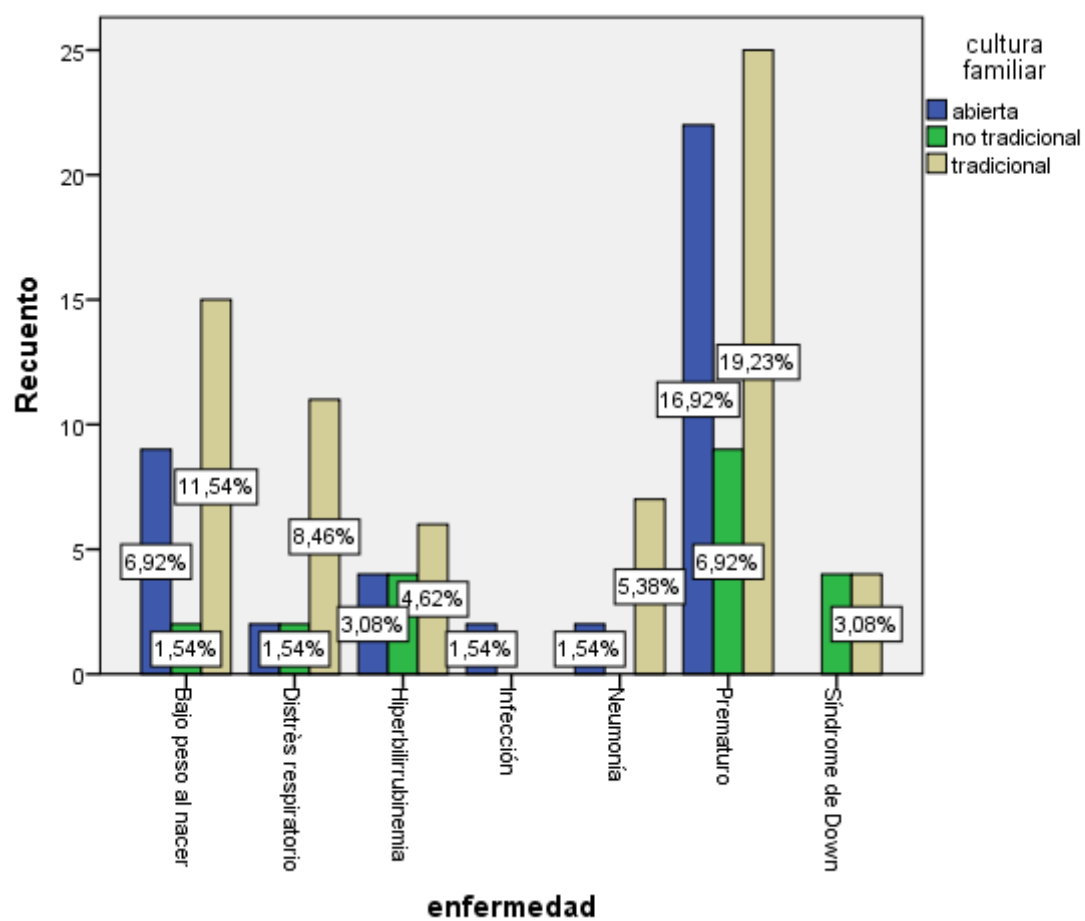


Figura 32. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función del tipo de cultura de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

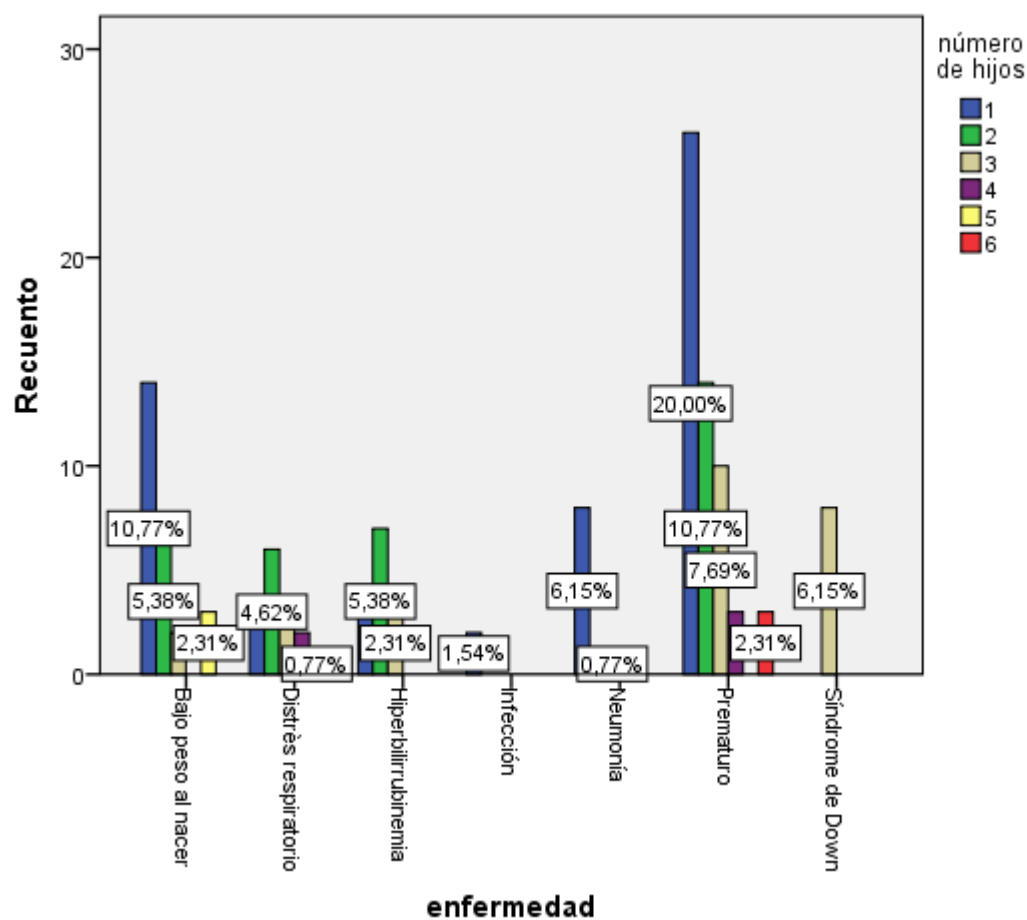


Figura 33. Distribución de la patología del RN hospitalizado en función del número de hijos del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

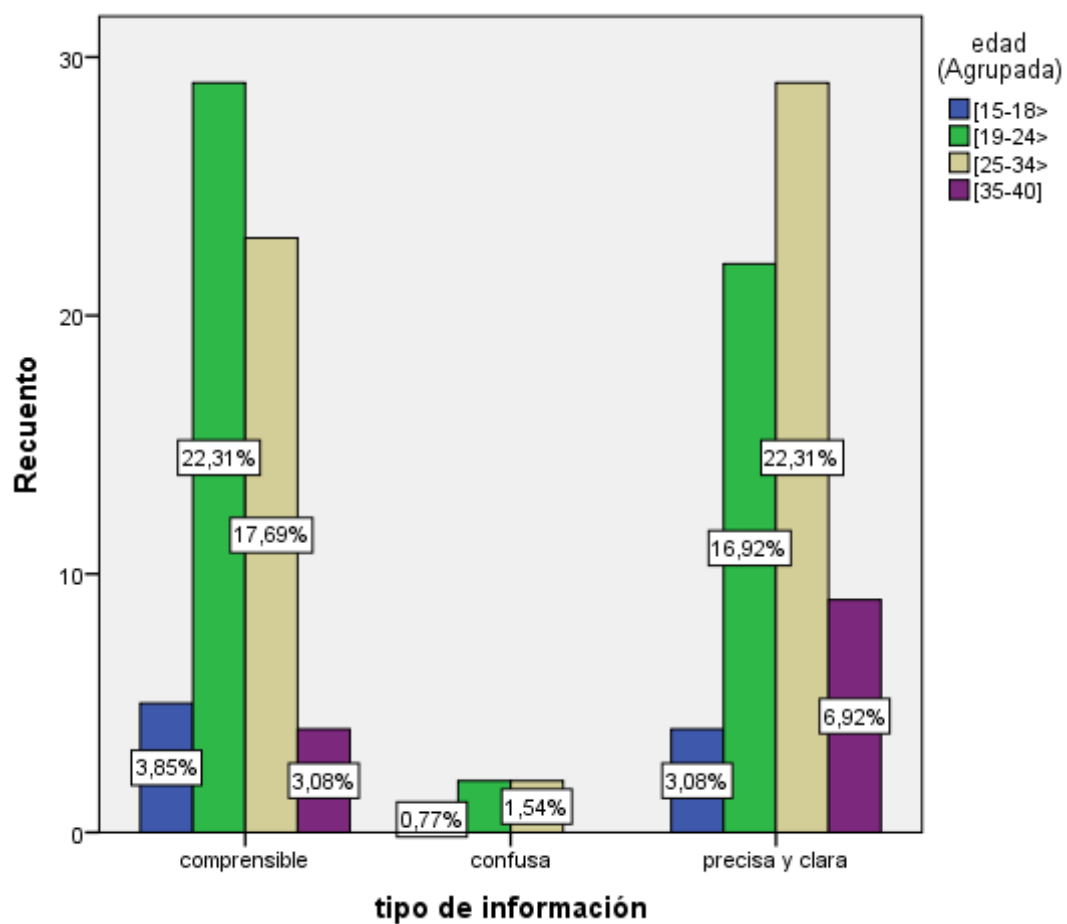


Figura 34. Distribución del tipo de información percibida por el RL en función de la edad del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

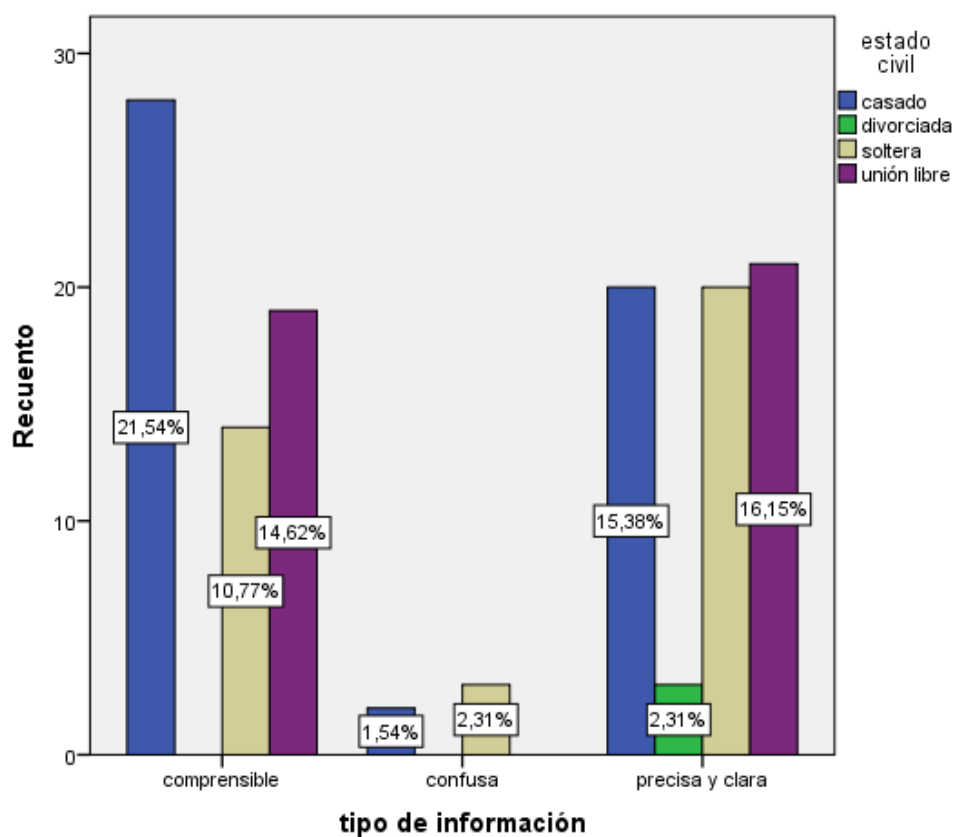


Figura 35. Distribución del tipo de información percibida por el RL en función del estado civil del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

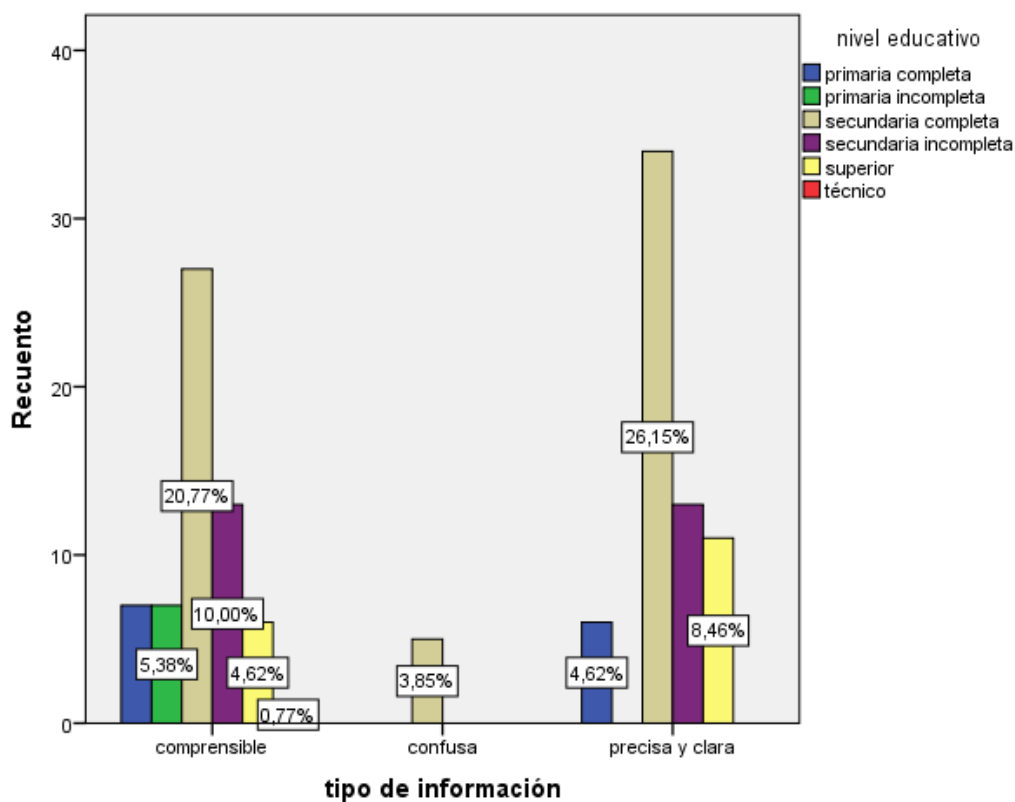


Figura 36. Relación entre el tipo de información percibida por el RL y el nivel de educación del representante legal

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

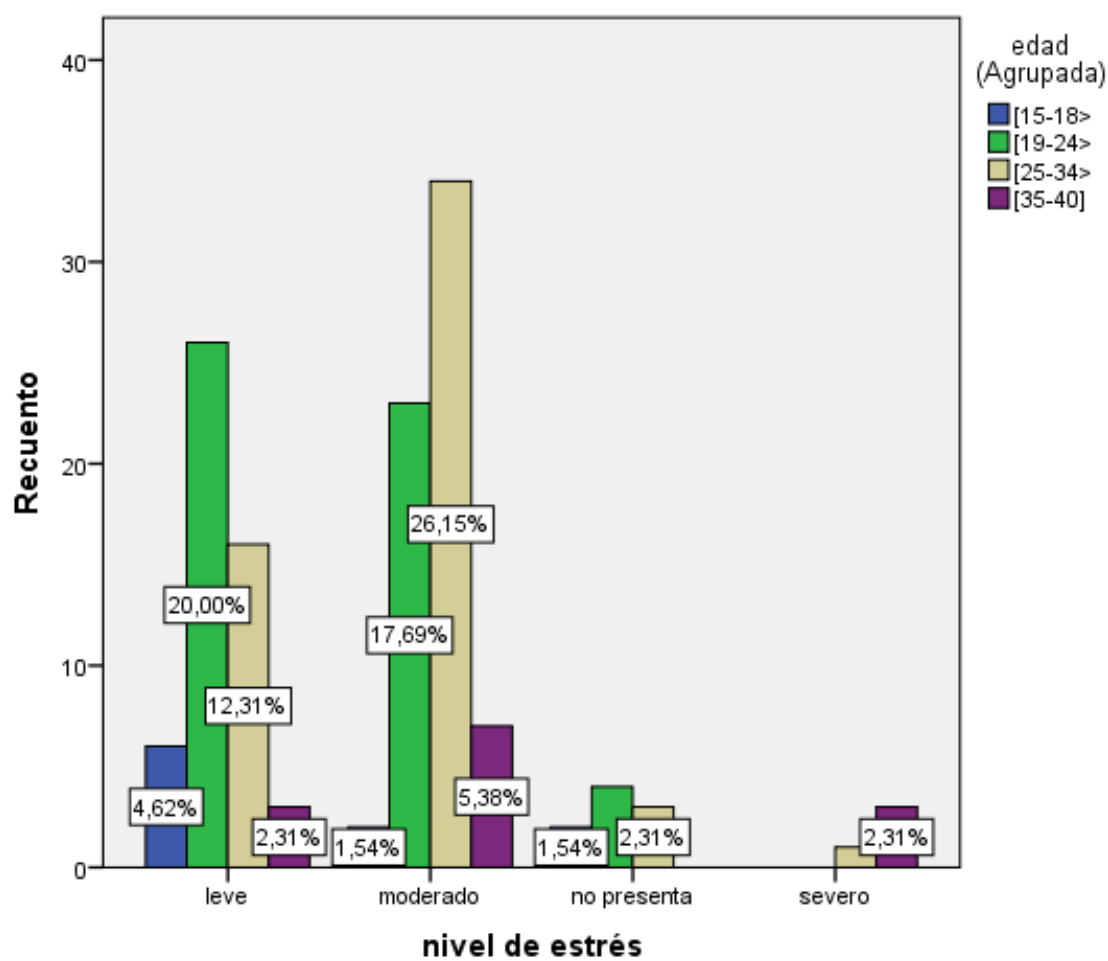


Figura 37. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su edad

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

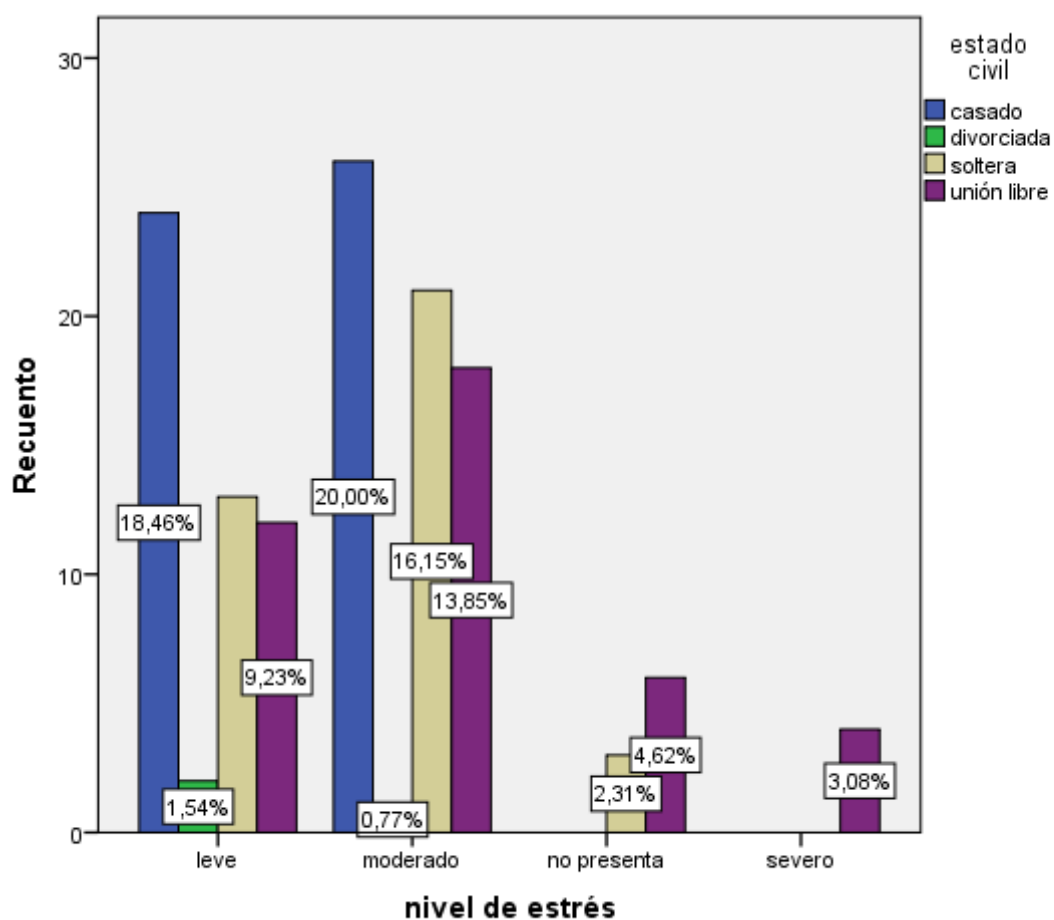


Figura 38. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su estado civil

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

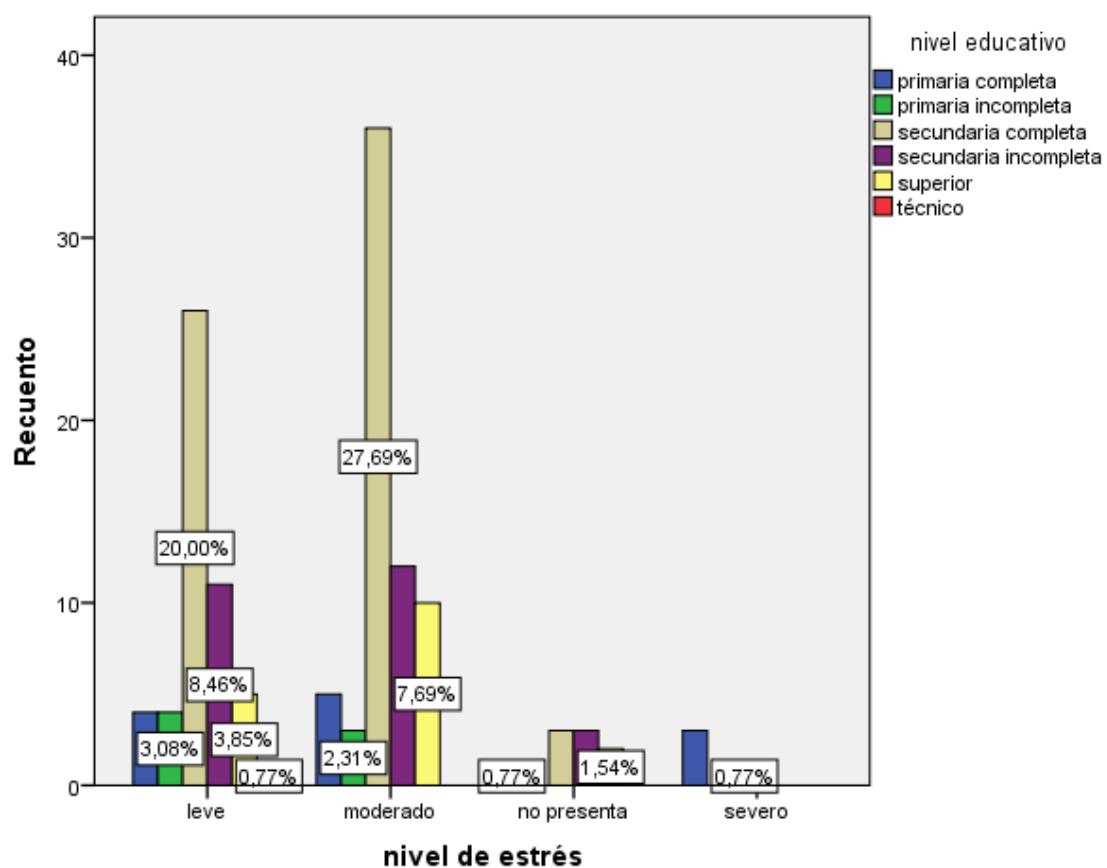


Figura 39. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su nivel de educación

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

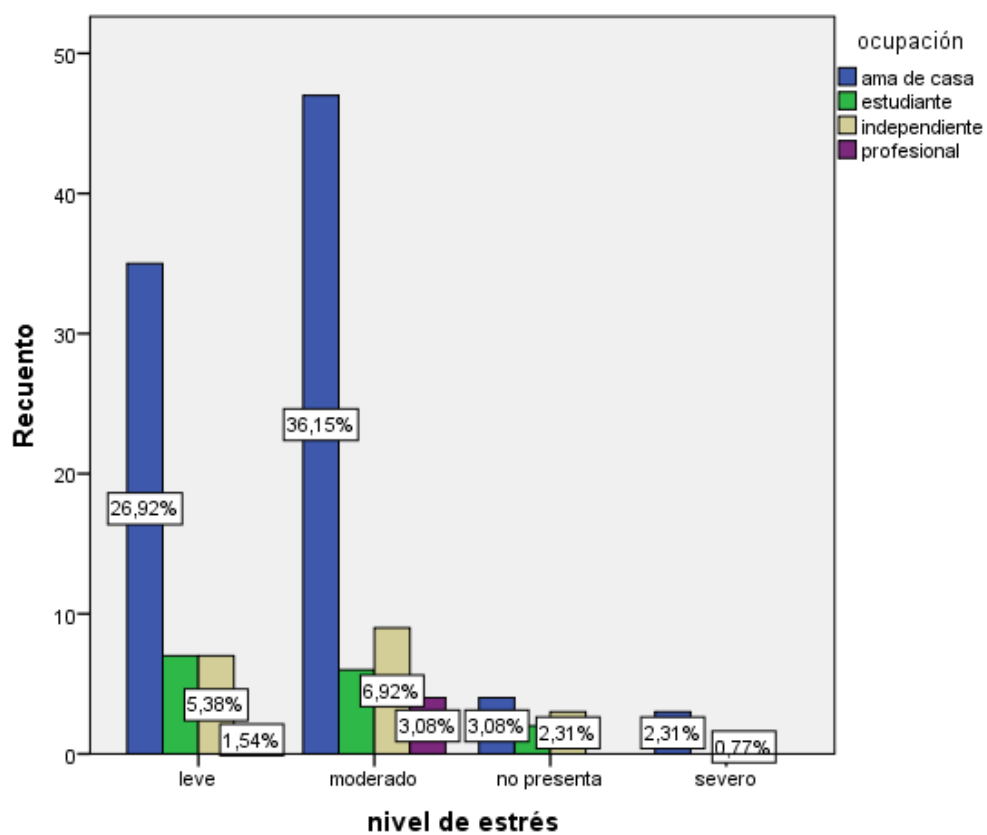


Figura 40. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de su ocupación

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

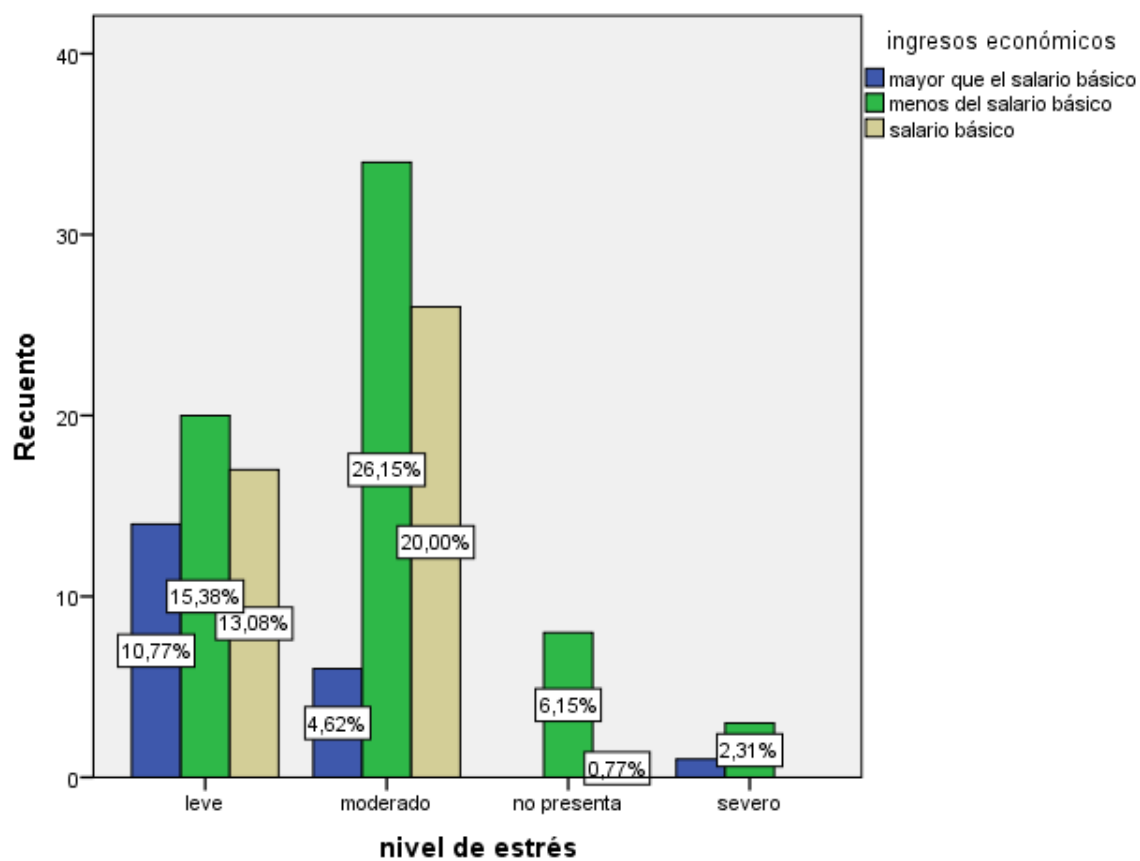


Figura 41. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función de los ingresos económicos de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

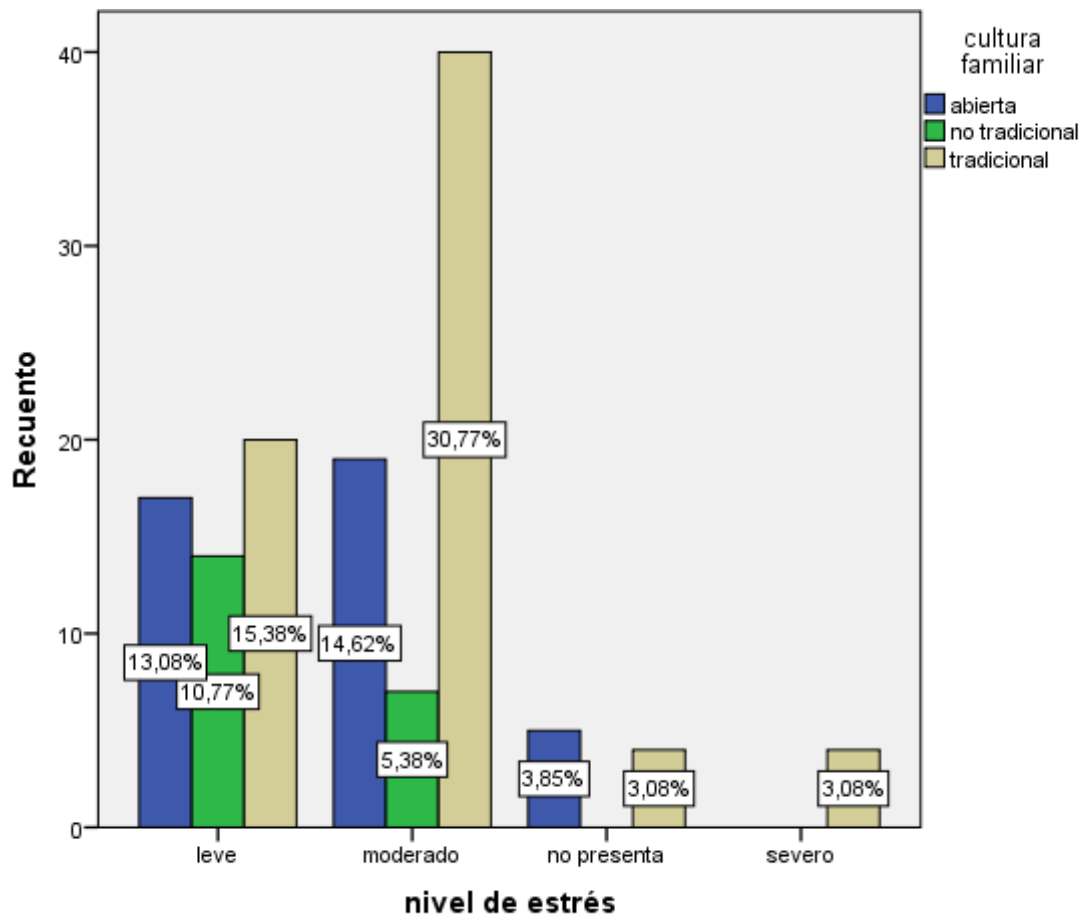


Figura 42. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función del tipo de cultura de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

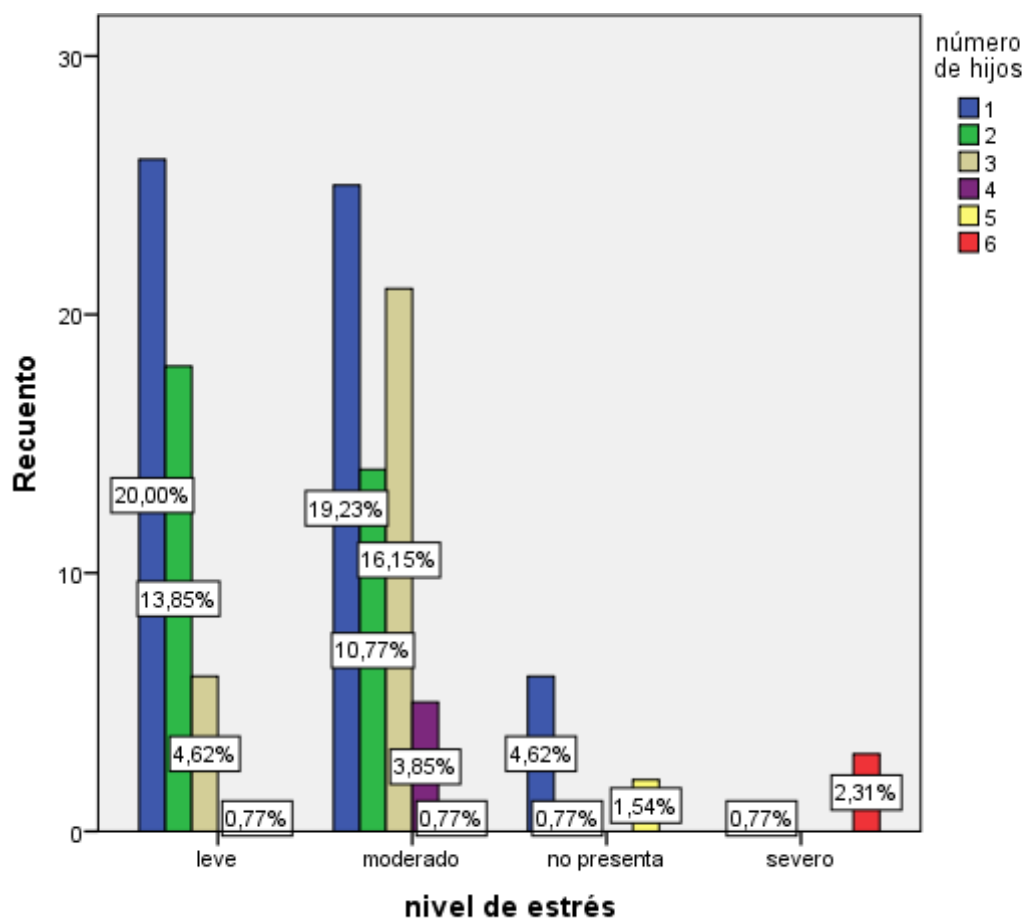


Figura 43. Distribución del nivel de estrés percibido por el representante legal en función del número de hijos

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

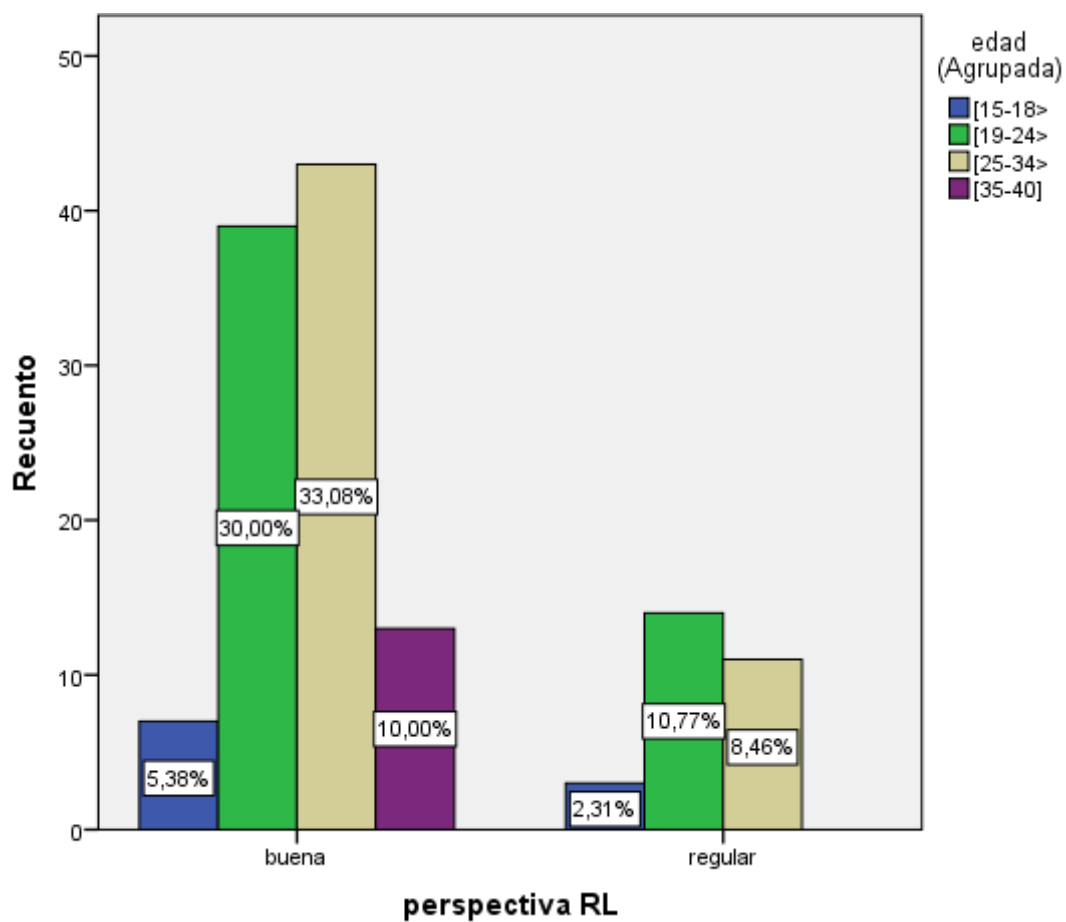


Figura 44. Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de su edad

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

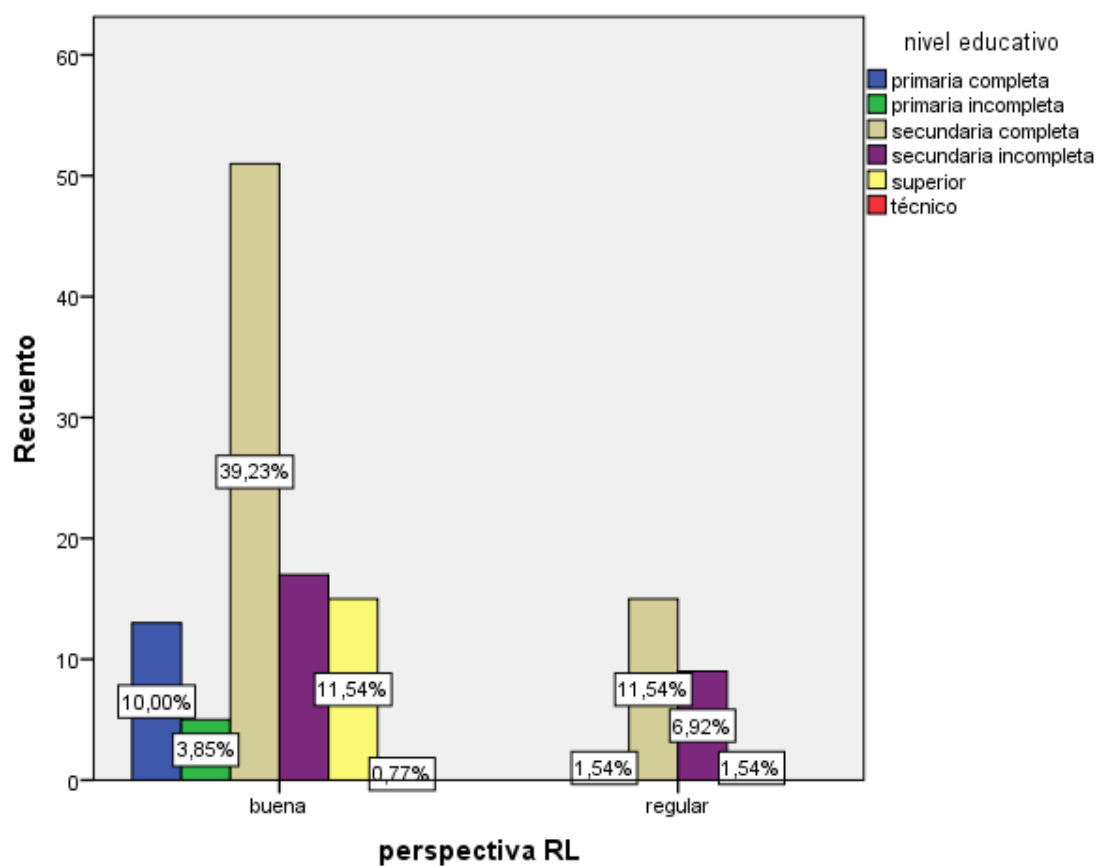


Figura 45. Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de su nivel de educación

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

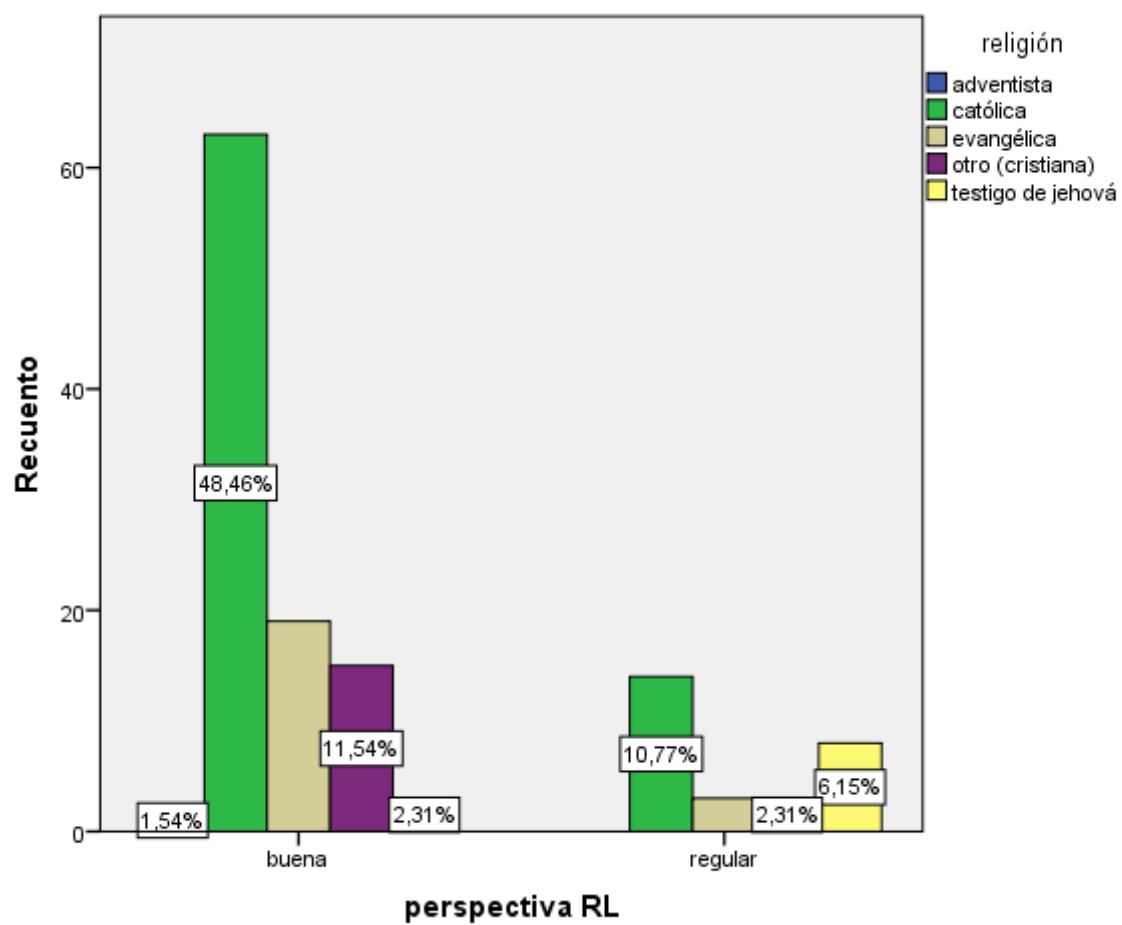


Figura 46. Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de su religión

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

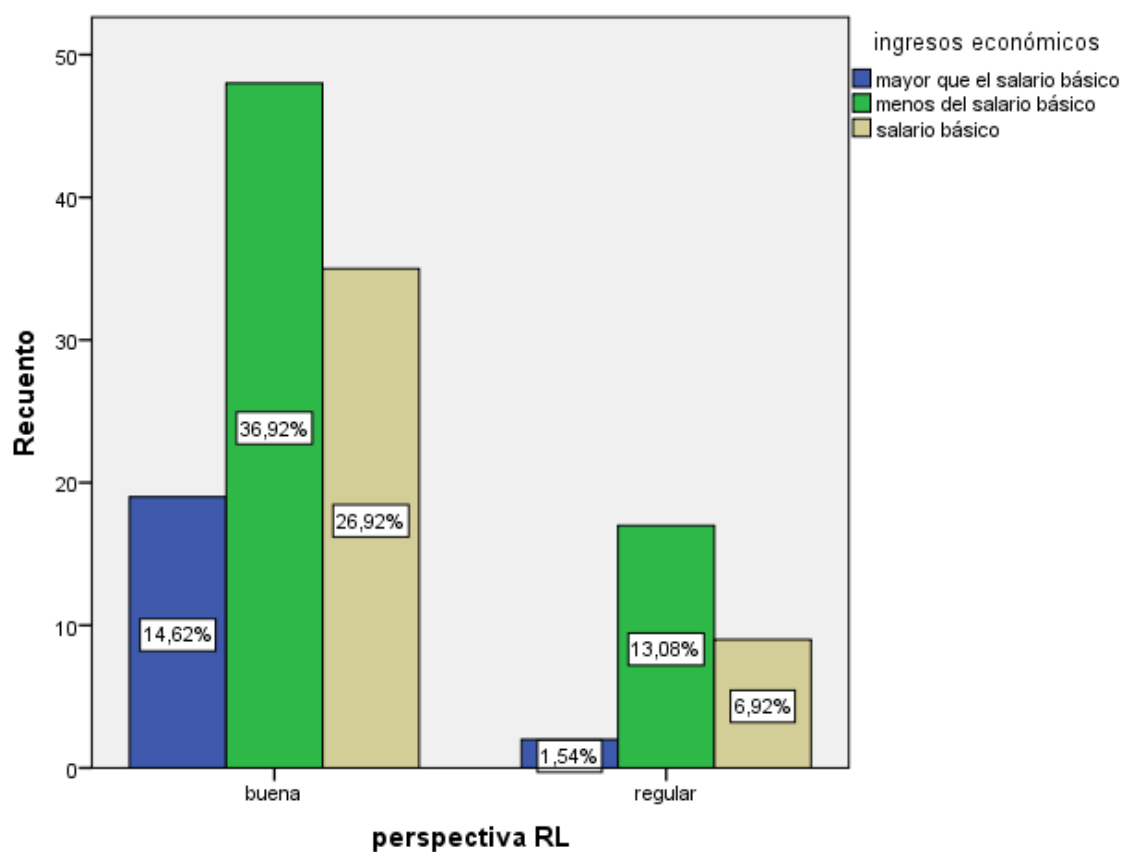


Figura 47. Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función de los ingresos económicos de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

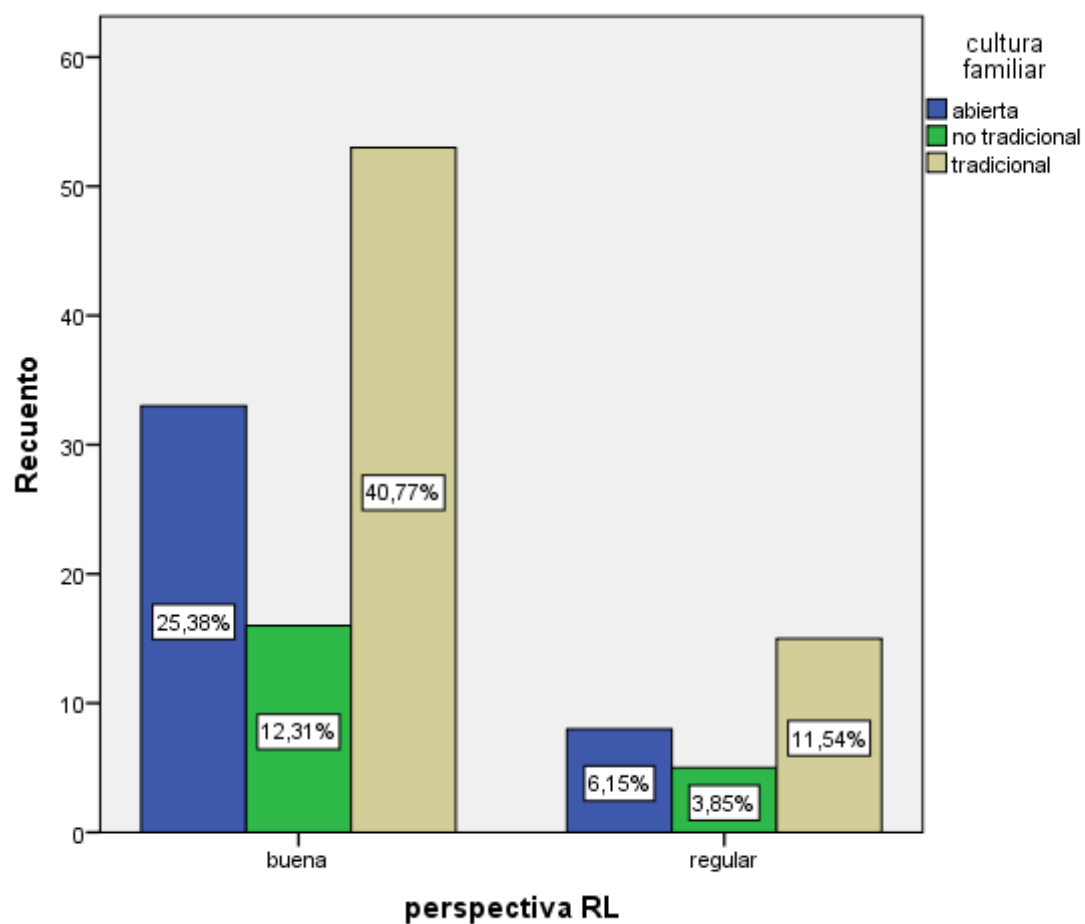


Figura 48. Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función del tipo de cultura de la familia

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

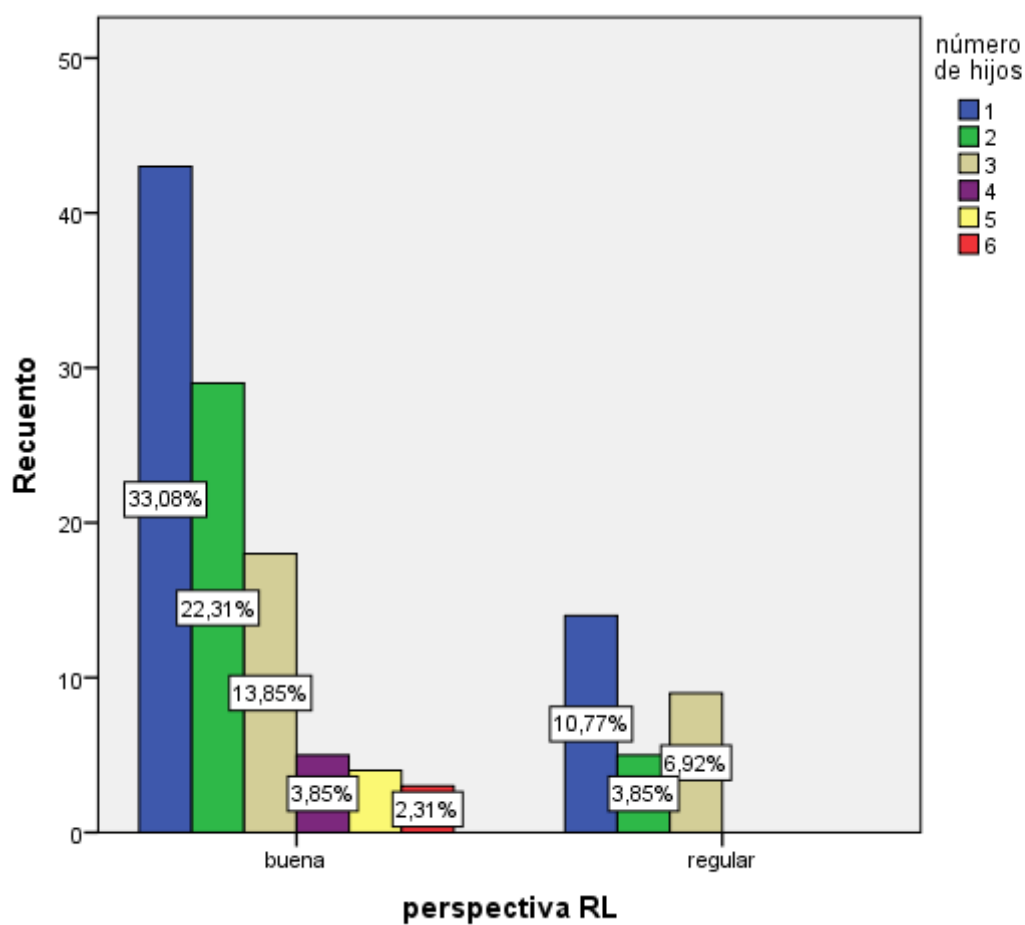


Figura 49. Distribución de la percepción del representante legal sobre la hospitalización de su hijo en función del número de hijos

Fuente: Encuestas realizadas a los representantes legales de los RN hospitalizados en el HPAS. Elaborado por: C. Paredes, 2018

10. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
TESIS DE DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE MÉDICO
GENERAL

Tema: “Entorno Familiar del paciente neonato que requiere hospitalización en el Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS), periodo de febrero a abril del 2018”

Este consentimiento informado está dirigido a la madre o padre del neonato hospitalizado en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

El presente documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

PARTE I: INFORMACIÓN

Investigador principal

1. Connie Lizbeth Paredes Freire, Estudiante egresada de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. E-mail: konypafre@gmail.com

III. Propósito del Proyecto

Como es conocido, la hospitalización del recién nacido es un acontecimiento estresante para toda la familia y se torna más angustiante cuando no se cuenta con todos los recursos

necesarios para su pronto recuperación y el cuidado del niño, por lo que determinar qué tipo de factores son los que influyen en este acontecimiento es el objetivo de nuestra investigación.

IV. Explicación de los Procedimientos

Estamos invitando ya sea al padre o a la madre del recién nacido hospitalizado en el HPAS a participar en la investigación y así conocer los determinantes de su hospitalización. Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y es importante para la veracidad de los resultados del estudio, tomará aproximadamente unos 10 minutos de su valioso tiempo realizar la encuesta, la cual es de opción múltiple; además la información será resguardada por nosotros y obtenida de manera anónima a fin de que prevalezca la bioética.

V. Confidencialidad

Mediante este documento garantizamos que la información recolectada en este estudio será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona.

VI. Riesgos y Molestias

La participación en este estudio no plantea riesgos físicos o psicológicos. Si no se siente cómodo participando, usted es libre de negarse a formar parte del estudio.

VII. Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted como participante es libre de hablar con alguien con quien se sienta cómodo acerca de la investigación y de que pueden tomarse el tiempo que deseen para reflexionar si quiere participar o no; y en caso de que

existan algunas de las palabras o conceptos que no se entiendan, estos le serán explicados según se avanza y que puede hacer preguntas ahora o más tarde.

VIII. Beneficios

No obtendrá ninguna forma de pago, beneficio directo o incentivo por participar en este estudio. Los resultados finales del estudio servirán para ser presentados al Hospital Pablo Arturo Suárez y para su publicación como trabajo de titulación en las instalaciones de la Biblioteca de la PUCE donde se podrá obtener de forma general datos importantes para conocer los factores más determinantes en el cuidado del recién nacido.

IX. Libertad de Retirarse del Estudio

Como se mencionó previamente, su participación en este estudio es voluntaria, y no será penalizado de ninguna forma si decide no participar. Usted es libre de no llenar el cuestionario y entregarlo en blanco si es el caso.

X. Información de Contacto

Si usted tiene dudas acerca de este estudio, o si le gustaría tener una copia de los resultados después de haber completado el proyecto, por favor póngase en contacto con Connie Paredes al número 0987706121, correo electrónico: konypafre@gmail.com.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha: _____

Investigadores: Connie Lizbeth Paredes Freire

Sede: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

He sido invitado a participar en la investigación para determinar si la familia del paciente neonato hospitalizado en el Hospital Pablo Arturo Suárez estaría en cuenta con las condiciones biopsicosociales, económicas, culturales para su posterior cuidado, desarrollo y crecimiento.

Entiendo que proporcionaré información de manera anónima a través de instrumentos (encuesta) previamente validados; lo cual proporcionará veracidad al estudio.

He leído la información proporcionada previamente, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Por lo cual:

“Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera”.

Firma del Participante _____

He explicado al participante la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las

preguntas en la medida posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar una investigación en seres humanos.

Firma del Investigador

Anexo 2. Encuesta dirigida al representante legal del neonato

Datos personales de la madre o padre de familia del neonato

1. Representante legal:Madre.....Padre
2. Edad: años
3. ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Soltera/o
 - b) Casada/o
 - c) Unión libre
 - d) Divorciada/o
 - e) Viuda/o
4. ¿Hasta qué nivel de educación estudió?
 - a) Primaria completa
 - b) Primaria incompleta
 - c) Secundaria completa
 - d) Secundaria incompleta
 - e) Superior
 - f) Técnico/a
5. ¿Qué etnia es usted?
 - a) Mestiza
 - b) Afro descendientemente
 - c) Montubia
 - d) Indígena
 - e) Otro
6. ¿Cuál es su religión?
 - a) Católica
 - b) Testigo de Jehová
 - c) Mormón
 - d) Evangélica
 - e) Adventista
 - f) Ateo
 - g) Otro
7. ¿A qué se dedica?
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Profesional
 - d) Independiente:.....
8. ¿Cuáles son sus ingresos?
 - a) Menos del salario básico unificado (\$386)
 - b) Salario básico unificado (\$386)
 - c) Mayor que el salario básico unificado (\$386)

9. ¿Cuánto gasta mensualmente?
 - a) Menor a la cantidad del salario básico unificado (\$386)
 - b) Igual a la cantidad del Salario básico unificado (\$386)
 - c) Mayor que el salario básico unificado (\$386)
10. ¿Qué tipo de servicios básicos tiene en su hogar?
 - a) Todos (agua, luz, teléfono, internet, alcantarillado)
 - b) Algunos (agua, luz, teléfono)
 - c) Ninguno
11. ¿Quiénes le apoyan / rán en la atención del niño?
 - a) Familiares
 - b) Amigos
 - c) Vecinos
 - d) Instituciones (laborales, religiosas, recreativas)
12. ¿Cuántos hijos tiene?
13. ¿Cómo está compuesta su familia?
 - a) Nuclear (padre, madre e hijos/as)
 - b) Extensa (padre, madre, hijos/as, abuelos/as, tíos/as, primos/as)
 - c) Monoparental (solo la madre con sus hijos/as)
 - d) Reconstruida (padre y madre de compromisos anteriores con hijos/as de cada uno)
14. ¿Usted presenta alguna enfermedad?
15. ¿Considera usted que su familia es?
 - a) Tradicional (costumbres arraigadas y se deben siempre mantenerse)
 - b) Abierta (costumbres que se aceptan o que cambian)
 - c) No tradicional (no hay patrón de costumbres)

Datos del recién nacido

16. Edaddías
17. Sexo
 - a) Femenino
 - b) Masculino
 - c) Indeterminado
18. ¿Qué alteración presentó el niño al nacer?
19. ¿Cuántos días se encuentra hospitalizado?
20. ¿Cómo alimenta a su hijo?
 - a) Leche materna
 - b) Sucedáneos de la leche materna
 - c) Combinado

Factores estresores

21. Siente que la información dada por el médico sobre el estado de salud de su hijo es:
- a) Precisa y clara
 - b) Comprensible
 - c) Confusa
 - d) Incomprensible
22. El estrés o ansiedad que experimenta usted por tener a su hijo hospitalizado es:
- a) No presenta estrés o ansiedad
 - b) Leve
 - c) Moderado
 - d) Severo
23. Piensa que los cuidados de enfermería practicados en su hijo son:
- a) Buenos
 - b) Regulares
 - c) Malos
24. Usted como padre o madre, como percibe su presencia en la hospitalización de su hijo.
- a) Buena
 - b) Regular
 - c) Malo

Muchas gracias por su colaboración