

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**“ESTRESORES MATERNOS Y LOS NACIMIENTOS PREMATUROS DEL
CENTRO MÉDICO NAVAL DURANTE LOS MESES DE ENERO A AGOSTO,
CALLAO 2017”**

**TRABAJO ACADEMICO
PRESENTADO POR:
LIC. KARINA PAOLA CENTENO CASANA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL**

**ASESOR:
MG. PEDRO ANTONIO GUTIÉRREZ MONTES**

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTO

Mis agradecimientos a los docentes de la Facultad en especial al Mg Antonio Gutiérrez Montes, por haberme brindado los conocimientos y la paciencia para lograr lo propuesto en la especialidad.

RESUMEN

El objetivo del estudio será, determinar los estresores maternos que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017. Metodología: Método inductivo, diseño no experimental de corte transversal, tipo descriptivo correlacional y de nivel básico. Con una población de 490 madres y una muestra de 108, el muestreo será no probabilístico, el presente estudio se desarrollará en el Centro Médico Naval, distrito de Bellavista – Callao, durante los meses de enero – agosto. Como técnica será la encuesta, y como instrumento se aplicará el cuestionario, para la identificación de estresores psicosociales (ansiedad de Hamilton y Depresión de Back). Para elaborar los resultados se aplicará estadística descriptiva e inferencial y para la determinación de las asociaciones el Chi cuadrado con nivel de significación $p < 0.05$. Resultados: Se hallarán previa elaboración de una base de datos, en Excel, luego pasado al SPSS, donde se elaborará resultados descriptivos e inferenciales, culminando con las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

Palabras Clave: Madres estresadas, nacimientos prematuros, estresores psicosociales.

ABSTRACT

The objective of the study will be to determine the maternal stressors that influence the premature births of the Naval Medical Center during the months of January to August of 2017. Methodology: Inductive method, non-experimental cross-sectional design, descriptive correlational type and basic level. With a population of 490 mothers and a sample of 108, the sampling will be non - probabilistic, the present study will be developed in the Naval Medical Center, district of Bellavista - Callao, during the months of January - August. The technique will be the survey, and as an instrument the questionnaire will be applied, for the identification of psychosocial stressors (Hamilton's anxiety and Beck's depression). In order to elaborate the results, descriptive and inferential statistics will be applied and for the determination of the associations the Chi square with level of significance $p < 0.05$. Results: They will be previously prepared a database, in Excel, then passed to the SPSS, where descriptive and inferential results will be elaborated, culminating with the discussions, conclusions and recommendations.

Keywords: Stressed mothers, premature births, psychosocial stressors.

INTRODUCCIÓN

El estrés es una respuesta adaptativa que implica cambios adversos de mediano o largo plazo. Este puede actuar como un proceso general de adaptación de los individuos al medio. Además, puede afectar diversas áreas del desarrollo personal, laboral o familiar e influir en el bienestar tanto físico como psicológico de cada persona de manera positiva o negativa. En el campo de la medicina, específicamente en el ámbito obstétrico, investigaciones evidencian que el estrés presente en las madres gestantes genera mayor tendencia a desarrollar amenazas de parto prematuro y de nacimiento de bebés con bajo peso. Si la mayoría de los recién nacidos prematuros podrían acceder a cuidados eficaces, se calcula que unas tres cuartas partes de estos podrían sobrevivir. Las tasas de nacimientos prematuros han aumentado a medida del pasar de las décadas en casi todos los países, llegando a ser la causa principal de muertes de recién nacidos (bebés en las primeras cuatro semanas de vida).

En la actualidad, en niños menores de 5 años, los nacimientos prematuros son la segunda causa principal de muerte después de la neumonía. Por todo lo expuesto, en el presente ensayo se buscará determinar los estresores maternos que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017, los cuales se pueden clasificar en estresores biopsicosociales, psicológicos y sociales.

NDICE

Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
Abstrack.....	iv
Introducción.....	v

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad Problemática.....	1
1.2 Definición del Problema.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2 Problema Específico.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo General	3
1.3.2 Objetivos Específicos	3
1.4 Finalidad e importancia.....	4

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Bases Teóricas	6
2.1.1 Estresores	6
2.1.1.1 Clasificación de estresores.....	7
2.1.1.2 Estresores biopsicosociales.....	9
2.1.1.3 Estresores psicológicos.....	9
2.1.1.4 Estresores sociales.....	11
2.1.2 Nacimientos prematuros.....	13
2.1.2.1 Ruptura Prematura de membrana (RPM)	13
2.1.2.2 Características del peso prematuro.....	14
2.1.3 Parto prematuro o pretérmino.....	14
2.1.3.1 Causas del parto prematuro	15
2.1.3.2 Parto Eutócico-Distócico.....	15
2.1.4 El papel de la enfermería en la asistencia al parto prematuro...	16
2.1.5 Teoría del Rol Maternal según Ramona Mercer.....	17

2.1.5.1	Conceptos importantes de la Teoría de Mercer.....	17
2.1.5.2	Estadios en la adopción del rol maternal.....	19
2.2	Estudios Previos (Antecedentes Teóricos)	21
2.2.1	Internacionales.....	21
2.2.2	Nacionales.....	24
2.3	Marco Conceptual.....	27

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1	Formulación de Hipótesis.....	30
3.1.1	Hipótesis General.....	30
3.1.2	Hipótesis Específicas.....	30
3.2	Identificación de Variables.....	30
3.2.1	Clasificación de Variables.....	30
3.2.2	Definición Constitutiva de variables.....	30
3.2.3	Definición Operacional de variables	31
3.3	Operacionalización de variables.....	31

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1	Descripción del Método y Diseño	32
4.1.1	Método: Inductivo.....	32
4.1.2	Diseño: No experimental de corte transversal.....	32
4.2	Tipo y nivel de Investigación.....	32
4.2.1	Tipo de investigación: Correlacional.....	32
4.2.2	Nivel de investigación: Básico.....	32
4.3	Población Muestral.....	33
4.4	Consideraciones éticas.....	33

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1	Técnicas e Instrumentos.....	35
5.2	Confiabilidad de los instrumentos.....	36

CAPÍTULO VI ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1	Cronograma de actividades.....	37
6.2	Presupuesto	38

BIBLIOGRAFÍA.	39
---------------------------	----

ANEXOS.	41
----------------------	----

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En China se encontró evidencia de estresores que representaron riesgo de amenaza de parto prematuro, situación que se presentaba especialmente cuando las gestantes estaban expuestas a experiencias duras en el primer y segundo trimestre. Por su parte, el diario Americano de Obstetricia y Ginecología señala que las gestantes con problemas respecto a su situación económica, emocional, vivencias traumáticas y una mala relación con su pareja presentan mayor tendencia a desarrollar amenazas de parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer (1)

El niño prematuro precisa un gran soporte asistencial, no sólo en el periodo neonatal inmediato, sino también a lo largo de su vida, ya que la inmadurez condiciona, en algunos casos, secuelas que requieren atención sanitaria continuada, con implicación de múltiples profesionales.

Con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) capítulo II: “Promover vidas sanas, dentro de la meta un mundo apropiado para niños”, se pretende establecer la reducción de la tasa de mortalidad infantil y de menores de cinco años.

Según información de la Organización Mundial de la Salud (2), en todo el mundo nacen niños prematuros; de este modo, cada año nacen unos 15 millones de niños con estas características, es decir, más de 1 de cada 10. A nivel mundial la ocurrencia de niños prematuros se presenta en África Subsahariana y en Asia meridional con el 60% de niños prematuros en el mundo. Cada año mueren cerca de 1 millón de niños prematuros. Aquellos que sobreviven pueden enfrentarse a discapacidades físicas, neurológicas o de aprendizaje durante toda la vida, lo cual supone un elevado costo para sus familias y la sociedad.

En vista que los recién nacidos prematuros no están totalmente preparados para la vida extrauterina, ha sido necesario tomar medidas urgentes para encarar este problema de alrededor de 15 millones de bebés nacidos

demasiado pronto, especialmente con tasas de nacimientos prematuros que van en aumento cada año.

Según el informe de Ban Ki-Moon, sobre nacimientos prematuros, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando en casi todos los países con datos fiables. El nacimiento prematuro es la causa principal de muertes de recién nacidos (bebés en las primeras cuatro semanas de vida) y actualmente es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de 5 años.

No se puede lograr un avance global en la salud y supervivencia infantil para y más allá de 2015 sin encarar el nacimiento prematuro. Inversiones en la salud materna y el cuidado al nacer reducirán las tasas de nacimiento sin vida y mejorarán los resultados para las mujeres y los recién nacidos, especialmente aquellos que son prematuros (3).

De acuerdo a este informe de acción global, como consecuencia del parto prematuro muchos de los bebés que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida relacionadas con el aprendizaje, así como problemas visuales y auditivos. Se calcula que unas tres cuartas partes de estos recién nacidos prematuros podrían sobrevivir si tuvieran acceso a cuidados eficaces.

Los partos pretérminos presentan una frecuencia de presentaciones aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. Los nacimientos prematuros, son de etiología multifactorial y continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido (1)

El parto pretérmino se ha asociado a múltiples factores, entre ellos socioeconómicos, psicológicos, culturales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas, entre otros. Estudios previos han considerado como factores estresores que contribuyen al nacimiento de

niños prematuros: conflictos, desengaños, falta de apoyo familiar o de pareja, los cuales contribuyen a desarrollar episodios de estrés, depresión, ansiedad, entre otros.

El servicio de neonatología del Centro Médico Naval, atiende en promedio 490 nacimientos anuales, de los cuales aproximadamente un 15% son nacimientos prematuros, con las diversas patologías. De este modo, se constituye en un gran problema que el Centro Médico Naval no cuente con información que les permita obtener una descripción más detallada de los factores estresores y los riesgos en esta población, así como poder identificar las causas que originan esta problemática en las madres gestantes.

1.2 Definición del problema

1.2.1 Problema general.

¿Cómo influyen los estresores maternos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, 2017?

1.2.2 Problemas específicos.

- ¿Cómo influyen los estresores biológicos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, 2017?
- ¿Cómo influyen los estresores psicológicos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, 2017?
- ¿Cómo influyen los estresores sociales que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general.

- Determinar los estresores maternos que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval, durante los meses de enero a agosto, 2017.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Identificar estresores biológicos que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto del 2017.
- Identificar estresores psicológicos que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto del 2017.
- Identificar estresores sociales que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto del 2017.

1.4 Finalidad e importancia

El período perinatal es el más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo.

El presente trabajo de investigación surge debido a la escasa información existente y estudios realizados a nivel nacional, sobre “estresores maternos biopsicosociales que influyen en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante el periodo de Enero a Agosto, 2017”.

La importancia de esta investigación radica en que, gracias a la identificación de esta categoría de estresores, se podrá contar con información útil cuya importancia radica en la tarea preventiva de los nacimientos prematuros con desencadenantes negativos tanto para el bebé como para su entorno familiar, especialmente la madre.

Por lo tanto, el conocimiento del tema es de suma importancia para la investigadora como profesional de enfermería, considerando que su propuesta contribuirá a la actualización, utilización de indicadores en la calidad y atención en los servicios Maternos y Neonatales de la institución, así como la participación en la elaboración de protocolos de intervención, programas preventivos y programas de promoción de la salud.

Permitirá formular estrategias para cumplir su rol asistencial, maternal, humano, profesional, educativo y definir la prioridad de sus roles con el fin de controlar y acelerar el proceso que mejoraría la salud materno-perinatal, reduciendo la discapacidad y construyendo un sistema de salud sostenible.

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Bases Teóricas

La salud neonatal se constituye en la actualidad como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2).

2.1.1 Estrés

Los factores estresores, se definen como una causa de tensión o exigencia de adaptación, es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. (4)

Diferentes estudios han demostrado que las enfermedades de mayor impacto en la vida del ser humano, incluyendo las patologías mentales, están relacionadas con el estrés ambiental y las situaciones adversas a las que se tiene que enfrentar un individuo. Existe una relación directa entre estrés neurobiología y trastornos mentales. (4)

Los estresores son diversos como el hacinamiento, el ruido, la inseguridad, el tráfico desordenado, la inflación, todo lo que restringe nuestra capacidad de movimiento, el medio social representado por la familia, la vida comunitaria, la moda, la cultura, los cambios y varían de acuerdo con las diferentes etapas de la vida. En la pareja hay cuatro áreas de conflicto: las disputas sobre el dinero, la distribución del tiempo, los roles en la pareja y la discordia acerca de la educación de los hijos. (5)

La viudez es el evento vital más difícil de sobrellevar porque rompe la homeostasis a nivel individual, a nivel de pareja y a nivel social. (5)

Las personas solas como los viudos, separados y solteros, presentan con mayor frecuencia crisis de depresión, ansiedad, intentos de suicidio, enfermedad coronaria y falla cardíaca. (5)

El estrés crónico agota y enferma, produce cambios biológicos y psicológicos disminuyendo las defensas en estos dos ámbitos, aumenta la vulnerabilidad a un nuevo estresor y predispone al infarto de miocardio cuya frecuencia aumenta en forma importante durante los dos primeros años que siguen a la jubilación. (5)

2.1.1.1 Clasificación de estresores

En la atención gineco-obstétrica, las principales preocupaciones o factores de estrés que pesan sobre las madres gestantes hacen referencia principalmente a todos los peligros potenciales y complicaciones que podrían suscitarse con él bebe y con ellas mismas; de este modo, el problema de estrés aparece con mucha frecuencia, algunas veces como factor etiológico, y otras, como un factor asociado, relevantes en el contexto vital de la paciente. (6)

De este modo la espera que muchas veces se traduce en ansiedad y el estrés resultado de la preocupación natural de la madre se constituyen en estresores etiológicos cuando son naturalmente adquiridos o a consecuencia de factores biológicos y estresores asociados como los estresores sociales o estresores psicológicos resultados del conocimiento de posibles problemas y complicaciones durante el embarazo. (6)

De acuerdo al estudio desarrollado por Ticona Manuel y otros tres especialistas (7), señalan que la herencia y el medio ambiente determinan los factores estresores de retraso del crecimiento fetal, que corresponde a ocho tipos:

a) Factores anatómicos, cuyas variables de medición fueron:

- Sexo femenino
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Defectos de nacimiento
- Anterior bajo peso al nacer

b) Factor tóxico-ambiental, cuyas variables de medición fueron:

- Vivir en la sierra
- Vivir en la selva
- Abuso de alcohol o drogas

c) Factores vasculares, cuyas variables de medición fueron:

- Eclampsia
- Pre eclampsia
- Abrupto Placentae
- Hemorragia después de 22 semanas
- Parto prematuro

d) Factor nutricional, cuyas variables de medición fueron:

- Talla materna menor a 156 cm
- Bajo peso Mat $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$
- Anemia ($Hb < 11 \text{ g/dl}$ o $Hto < 33\%$)

e) Factor metabólico, cuyas variables de medición fueron;

- Diabetes mellitus
- Edad materna > 34 años
- $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$

f) Factor infeccioso, cuyas variables de medición fueron:

- Tuberculosis
- Sífilis en el embarazo
- Infección de vías urinarias

g) Factor psicológico, cuyas variables de medición fueron:

- Madre Soltera
- Nuliparidad
- Seis o más partos

h) Factor social, cuyas variables de medición fueron:

- Analfabetismo materno
- Ausencia de educación secundaria

- Edad materna < 20 años
- Embarazo post término

Todos estos denominados factores estresores según los especialistas que realizaron la investigación, y que actúan en conjunto y afectan al ser humano que, debido a la predisposición hereditaria, responde al estrés con una respuesta adaptativa de dos maneras:

- Local con disminución de la perfusión de los órganos vitales (riñón, corazón, cerebro) y,
- Sistémica con el desarrollo del síndrome metabólico, citosinas proinflamatorias y oxidación celular que conduce a la aterosclerosis al lecho placentario.

2.1.1.2 Estresores biopsicosociales

Para efectos del presente trabajo de investigación, es posible realizar:

Los estresores biopsicosociales son el resultado de una interacción entre el

comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas, aquí debemos, por ende, comprender que: como cada persona tiene un patrón diferente, también su estrés será diferente. (1)

Por lo cual se puede entender la imposibilidad de encontrar los mismos estresores en diversos pacientes pues cada uno, por tratarse de una realidad biológica, psicológica y social única, desarrollará sus propios estresores, sus propias causas y sus propios niveles de estrés.

2.1.1.3 Estresores psicológicos (Ansiedad – depresión)

Una aproximación al concepto de estrés señala que es:

Una relación entre eventos o situaciones del medio externo o interno y la reacción de activación que se produce en la persona en respuesta a dichos eventos. Entre unos y otros eventos median factores moduladores, tales como el apoyo social, el estilo o historia de afrontamiento, las características de estilo de vida, y muchas otras. (1)

Los estresores, especialmente los psicosociales están relacionados con la presentación de recurrencias, en algunos casos, pese a estar en tratamiento, el individuo conoce cuál estresor puede generar la recurrencia y no impedir que se manifieste o permitir que éste lo afecte haciendo que el proceso de prevención sea más fácil de manejar. (4)

Las clasificaciones diagnósticas consideran la depresión como un trastorno. Pero es novedoso e importante considerar la depresión como una forma de adaptación lo cual demanda mayor investigación. Esta consideración no pretende desconocer las alteraciones implicadas y conocidas que ocurren en la depresión. (8)

Se compara la depresión con la fiebre como mecanismos adaptativos que desde este punto de vista no podrían ser considerados por sí mismos como trastornos sino como mecanismos de respuesta al estrés. (9)

El miedo y la ansiedad es parte de la vida. Puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil - puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso. Suele terminar poco tiempo después de que salga de la situación que la provocó. Pero, para millones de personas en los Estados Unidos, la

ansiedad no desaparece y empeora con el tiempo. Pueden sentir dolores en el pecho y tener pesadillas. Hasta pueden tener miedo de salir de sus casas. Estas personas tienen trastornos de ansiedad. Los tipos incluyen:

- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de estrés postraumático
- Fobias
- Trastorno de ansiedad generalizada

El tratamiento puede incluir medicinas, terapia o ambos.

(10)

2.1.1.4 Estresores Sociales

En general, los términos estrés psicológico, emocional, socio psicológico o psicosocial se usan indistintamente para referirse al estrés generado, por ejemplo, cuando ocurren relaciones interpersonales conflictivas, su consecuencia es un cambio afectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición genética, la experiencia del individuo y su ambiente cultural. (11)

Sandín B, (11) hace una descripción de tres formas principales de estresores sociales:

1. Los sucesos vitales, son cambios agudos que requieren ajustes drásticos durante un corto período de tiempo, también se llama “estrés reciente” y puede ser por ejemplo el matrimonio, la pérdida de un hijo, la separación matrimonial, el divorcio, la compra de casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el encarcelamiento, el embarazo, etc. Los sucesos vitales

son factores predisponentes o precipitantes. No es tanto el cambio por sí mismo sino la cualidad del cambio, lo que es potencialmente dañino (cambios indeseables, rápidos, inesperados, no normativos e incontrolados). En la calificación de la magnitud de este tipo de estrés son relevantes los aportes de Thomas H. Holmes y su construcción de cuestionarios para evaluarlo.

2. El estrés de rol, son demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados; es el denominado "estrés crónico". Se relaciona con los principales roles sociales, por ejemplo, dificultades en el trabajo, problemas de pareja o problemas en las relaciones entre padres e hijos. Se clasifica así:

Por sobrecarga de roles. Cuando las demandas exceden las capacidades del individuo.

Conflictos interpersonales en conjuntos de roles, se origina en personas que interactúan entre sí.

Conflictos entre roles, demandas incompatibles entre diversos roles, como por ejemplo entre las demandas laborales y las familiares.

Por cautividad de rol, personas que no están dispuestas a llevar a cabo un rol que les incumbe, las amas de casa o los jubilados que prefieren un trabajo fuera de casa.

Por reestructuración de rol, producido por los cambios asociados a la evolución del propio rol. El adolescente que se queja de ser tratado como si fuera un niño.

Estresores relacionados con el ambiente personal, ser pobre, vivir en una zona peligrosa o padecer una enfermedad crónica grave.

Falta de ocupación de un rol, como no tener un hijo.

Estresores que definen un nuevo rol, como una enfermedad crónica de larga duración. (12)

3.- Las contrariedades cotidianas son mini-eventos que requieren pequeños reajustes diarios; por ejemplo, los sucesos menores o “estrés diario”. Los estresores no se deben ver de forma aislada y pueden interactuar sinérgicamente. (11)

2.1.2 Nacimientos prematuros

La OMS (2) considera nacimiento prematuro o pretérmino a todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación (menos de 259 días), independiente del peso al nacer.

El parto prematuro es un fenómeno global y multicausal, en donde el factor preciso que desencadena el trabajo de parto de manera anticipada es aún desconocido, lo que dificulta la efectividad de las acciones en la mejora de la salud materna y fetal.

2.1.2.1 Ruptura Prematura de Membrana (RPM)

La ruptura prematura de membranas fetales se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. La evidencia actual sugiere que la RPM es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales. Gracias a la identificación de las metaloproteinasas de

la matriz, los inhibidores de tejidos de metaloproteinasas y sus posibles mecanismos de acción se ha llegado a un mayor grado de comprensión de la fisiopatología de la enfermedad. Distintos factores han sido asociados con la ruptura prematura de membranas, siendo, hasta ahora, la infección intraamniótica la única causa reconocida de prematuridad y de posible causa de ruptura prematura de membranas. (13)

Otra definición la describe como: la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. La prevalencia en gestaciones menores de 37 semanas es del 1-4 %. La causa de la RPM es multifactorial al igual que la APP: tabaquismo, déficit de vitamina C, sobredistensión uterina, hemorragia preparto, pero sobre todo destacan:

- Parto pretérmino previo y/o antecedente de RPM.
- Lesiones mecánicas como la amniocentesis genética, fetoscopia y cerclaje cervical.
- Infección del tracto genital o intraamniótica.

Según la localización la RPM se clasifica en:

- Rotura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación)
- Rotura baja (no hay bolsa amniótica por delante de la presentación).

En ambas ocasiones se actúa de la misma manera, no hay diferencias de cara al tratamiento porque no se ha demostrado menor riesgo de infección en la rotura alta.

Según la edad gestacional se clasifica en ≤ 24 semanas, 24-34 semanas y ≥ 35 semanas (esta clasificación es orientativa y depende de cada centro y de los resultados perinatales). (13)

2.1.2.2 Características del peso prematuro

La prematuridad se definió según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD10) y se clasificó en:

- Prematuridad extrema < 28⁺⁰ semanas
- Muy prematuro: 28⁺⁰ – 31⁺⁶ semanas
- Prematuridad moderada: 32⁺⁰ – 36⁺⁶ semanas de gestación (14)

2.1.3 Parto prematuro o pretérmino

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%. La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término.

Dentro de las causas y factores de riesgo, confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia, causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo. (13)

2.1.3.1 Causas del parto prematuro

En relación a las causas de partos prematuros, estas pueden ser múltiples. Pueden deberse a:

- Factores pre-concepcionales, del tipo de los aspectos socio económicos, tales como desnutrición materna, madres adolescentes, enfermedades maternas no controladas, etc.

- Factores obstétricos durante el embarazo, como embarazo múltiple o rotura prematura de membranas (la causa más frecuente de parto prematuro), infección urinaria, etc.
- Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación, por ejemplo metrorragia, hipertensión arterial del embarazo (causa muy frecuente de interrupción de la gestación), diabetes, etc.
- Factores fetales, como malformaciones congénitas o infecciones adquiridas durante la gestación como rubéola, Chagas, etc.

De acuerdo con las causas de parto prematuro, podríamos definir a este como multifactorial y pensar que algunos nacimientos antes de tiempo reflejarán una ruptura de la primitiva interacción biológica bebé en gestación-madre, por ejemplo en los casos de hipertensión materna, donde se decide interrumpir la gestación como forma de proteger la salud del bebé en gestación y de la madre. (15)

2.1.3.2 Parto Eutócico - Distócico

Un parto eutócico es un parto que se desarrolla de forma totalmente normal en un plano fisiológico. Hablamos de eutócico para oponerlo al otro término, la Distocia. El parto eutócico se caracteriza por el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto entre la 37 y la 42 semana de gestación, un nacimiento en posición cefálica (con la cabeza abajo) y con un bebé y una madre que están bien después del nacimiento.

Un parto distócico es al contrario, sinónimo de que aparece alguna dificultad en el momento de la salida del feto. (16)

De este modo, se entiende un parto eutócico como aquel que acaba con la expulsión espontánea del feto por los genitales de la mujer entre las 37 y 42 semanas de gestación sin otras alteraciones posteriores.

2.1.4 El papel de la enfermería en la asistencia al parto prematuro

La profesional de enfermería debe ser capaz de dar soporte emocional y de aclarar preguntas a las familias que bregan con la hipótesis de un bebé prematuro. Estar en un plano de suposiciones puede acarrear en la gestante y en su familia una serie de incertidumbres referentes a su estado de salud y a la toma de decisión, por tanto, el profesional de enfermería debe de estar dispuesto y apto para contribuir a que la situación sea vivida de forma menos traumática por sus clientes. Es necesario también que el enfermero sea consciente de la fragilidad fisiológica y psicológica de la gestante que vivencia el Trabajo de Parto Prematuro. De esta forma, es necesario comprender el tiempo de cada cliente para hablar y tomar decisiones sobre su estado de salud y del bebé. La transparencia de las informaciones sobre la evolución del caso para los clientes es condicionante para que la comprensión sea efectiva y la toma de decisión sea consciente, así las conductas a ser ejercidas por los enfermeros deben tomar en consideración estos aspectos. (15)

Cabe al enfermero realizar la planificación del cuidado, considerando el conocimiento personal de la mujer y de su familia, principalmente en relación a su cuerpo y a los cambios que este viene sufriendo consecuencia trabajo de parto prematuro. Para hacer efectiva tal conducta es necesario el conocimiento del enfermero en relación a su cliente, así como el diálogo y uso de la educación en salud en su proceso de trabajo, favoreciendo la autonomía de la mujer. (16)

Cuando las conductas no evitan el parto prematuro, es necesario que el momento del parto sea vivido de forma tranquila y segura. La conducta adoptada por el enfermero, en el momento del parto, que ocasionará una atención humanizada, es la comprensión de que este es un momento de fragilidad para la mujer y su familia, la necesidad de una acogida en la llegada al centro obstétrico y el aporte emocional. Con esto, la vivencia de ese momento por la parturienta será menos traumática. (17)

2.1.5 Teoría de Rol Maternal según Ramona Mercer

En los últimos años, el conocimiento sobre la desnutrición, sus causas y sus consecuencias ha mejorado mucho. En la actualidad está identificado el período fundamental para prevenir la desnutrición: el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. Es lo que se conoce como los 1000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de atención adecuada afectará a la salud y el desarrollo intelectual del niño (4).

Esta situación expone la importancia de desarrollar el rol maternal, para poseer la competencia de cuidado e identificación con ella misma como madre y con su hijo; porque todas las intervenciones anteriores es probable que no las ejecute si no ha adoptado el rol maternal.

La motivación para la investigación y el desarrollo de la teoría de la adopción del rol maternal proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubín, en la universidad de Pittsburgh, quien también utilizó las teorías de rol y desarrollo, utilizó un planteamiento interactivo con respecto al modelo teórico propuesto por Ramona T. Mercer, “es una teoría de rango medio que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida del hijo, así mismo tiene utilidad en la investigación y en la formación de los profesionales de enfermería, proveyendo una guía teórica que enriquece la disciplina de enfermería, impulsando la identidad y autonomía profesional en el área materno infantil”

2.1.5.1 Conceptos importantes de la Teoría de Mercer

Mercer (1980), expresa que la adopción del rol maternal, es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. Por lo tanto, el estado personal de las madres es un factor muy importante porque la misma experimenta

sentimientos de armonía, confianza y competencia en la forma en que desempeña su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, la identidad como madre. “El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la gestante situaciones que dificultan y/o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan alcanzar en forma exitosa la adopción del rol materno” (19).

Otro de los conceptos importantes para la teoría es la gratificación-satisfacción: interpretando estos aspectos como la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad. Sin embargo, consideró que existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre, difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración; a todo esto, ella lo llamó temperamento del niño. Aspecto importante en el cuidado de la adolescente a su hijo, puesto que muchas veces por la inexperiencia de la madre, se le dificultará comprender los mensajes que envía el niño. Tanto el temperamento como el estado de la salud del niño son elementales, porque cuando el niño presenta patología, puede producir la separación con su madre, lo que interfiere en la vinculación.

Un elemento muy importante para la adopción del rol maternal según la teorista, es la familia, la cual la considera como un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia. Así mismo indica que el padre o compañero; en este caso de la madre adolescente juega un papel muy importante para favorecer la adopción del rol maternal, de tal manera que ninguna otra persona lo puede sustituir, porque las interacciones de éste ayudan a diluir las tensiones.

Al igual que otros teóricos, Mercer también define los conceptos importantes dentro de la teoría que sustenta: siendo para ella el estado de salud la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia, susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. El entorno lo describe teniendo en cuenta la cultural del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.(19)

La “adopción” en relación al rol materno, Kimelman (2003) expone que el instinto maternal no es inherente a la condición de la mujer y por lo tanto, el instinto maternal no existe como tal, pues a pesar de estar determinado por la presencia de un gen, necesita de ciertas experiencias sociales relacionadas con la maternidad, como por ejemplo, tener un embarazo placentero, contar con el apoyo de la familia y el padre del bebé, haber deseado tener un hijo y vivir en el parto algún tipo de apego con el recién nacido para que lo maternal aflore” (20).

2.1.5.2 Estadios en la adopción del rol maternal

Mercer indica que existen cuatro estadios en la adopción del rol maternal.

Anticipación: empieza en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.

Formal: empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.

Personal: la mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza armonía y competencia de modo que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal”

Según Mercer, el compañero del rol de la madre, su hijo reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y desarrollo; es decir que el niño es un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal. (19)

La adopción del rol maternal se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema casi cerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre (pareja) en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-niño, la adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el

microsistema. Las interacciones del meso sistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno. Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el microsistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal. (21)

2.2 Estudios Previos (Antecedentes Teóricos)

2.2.1 Internacionales.

Dentro de las investigaciones internacionales, se encuentra Barrera Sánchez, Lina; Manrique Abril, Fred & Ospina Díaz, Juan. (2016). Colombia. "Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá".(18)El objetivo del estudio consiste en describir factores posiblemente asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010. Se trata de un estudio de corte transversal, observacional analítico para lo cual se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron PP. Se registraron datos básicos y de interés de la historia clínica, previa aprobación por parte del Comité de Ética de esa institución. Se ensambló una base de datos en el programa SPSS, se adelantó un análisis univariado y se exploró la fuerza de asociación con miras a relacionar los posibles factores que con más frecuencia se encontraron asociados al parto pretérmino en jóvenes

adolescentes. Los resultados arrojan una prevalencia de PP 6,1%; media de edad de 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP; infección de vías urinarias (30,5%), vaginitis (26,7%), (anemia 23,3%), preeclampsia (20%). Por otro lado, otros resultados señalan que 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles; 33,3% asistió de 4 a 6 controles y 26,7% asistió de 7 a 9 controles. Las conclusiones a las que arribó la presente investigación, afirman que el PP ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes y los principales factores descritos como asociados con el PP son: hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia y bajo nivel de escolaridad.

Por su parte, Retureta S., Rojas L.& Retureta M. (2015). Cuba. Titulado: "Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila" (22) Cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. Métodos: estudio analítico del tipo casos y controles, realizado en el municipio Ciego de Ávila, para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2009-2012. Las variables a estudiar fueron: edad materna y factores de riesgo de parto prematuro. La estimación puntual de la asociación se realizó a través de la razón de productos cruzados, *Odds ratio*. Además se aplicó la prueba de interdependencia Chi cuadrado, considerando que la asociación fue significativa cuando $p < 0,05$. Resultados: los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150 cm, las ganancias de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. Conclusión: la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no

solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos.

Otros estudios como el de Olaya Guzmán, Rudy Anais. (2013). Guayaquil. “Factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el hospital gineco obstétrico Enrique C. Sotomayor, en el período de setiembre del 2012 a febrero del 2013” (23), cuyo objetivo general fue determinar los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas en el Área de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Esta investigación es de diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. Estuvo conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, de las cuales 210 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de estudio. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.

Por su parte, Gonzales Escobar, Dianne Sofía, Ballesteros Celis, Nury Esperanza & Serrano Reátegui, María Fernanda. (2012). North Caroline, USA. Realizaron el estudio: “Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos” (24) El estudio es descriptivo tiene por objetivo identificar los estresores determinantes presentes en las madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La muestra estuvo constituida por 145 madres de

neonatos pretérminos de los 161 ingresos que se registraron entre febrero y mayo de 2011, a quienes se les aplicó el instrumento “Escala de estrés en los padres: Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos”, elaborada y validada en North Carolina, Estados Unidos por la Dra. Margareth Miles. En los resultados del presente estudio se encontró que: la hospitalización de los neonatos pretérminos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, es considerado por las madres de como muy o extremadamente estresante en un 89%, encontrándose que la presencia de los monitores y aparatos cerca al bebé y sus respectivas alarmas, la realización de procedimientos invasivos, la afectación del rol materno, son los factores considerados por las madres como las situaciones más estresantes. Conclusión: la hospitalización del neonato pre-término es una de las situaciones más frecuentes en la neonatología actual y es considerada por las madres como una experiencia muy o extremadamente estresante, ante la cual ningún padre/madre se encuentra preparado para enfrentar esta situación tan inesperada, como consecuencia de la interrupción del rol o vínculo madre – hijo que existía durante el embarazo.

2.2.2 Nacionales.

En el ámbito nacional, se encontraron estudios como el desarrollado por: Vásquez Carbajal, Fiorella Isabel. (2016). Lima-Perú. “Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal” (25). Cuyo objetivo fue: determinar la asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en enero del 2016. La metodología adoptada consideró un tipo de estudio observacional, con diseño analítico de casos y controles prospectivos que tuvo una muestra conformada por dos grupos: 53 gestantes adolescentes que presentaron alguna complicación obstétrica (grupo caso) y 53 gestantes sin complicaciones (grupo control). Para las variables cualitativas se utilizó en el análisis descriptivo, frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas, se utilizó el

promedio y la desviación estándar. Se estimó el Chi-cuadrado de Pearson, para establecer la asociación entre las variables, siendo significativo cuando tenía un valor de $p < 0.05$, asimismo se utilizó la prueba Odds Ratio. Los resultados a los cuales arribó el presente estudio señalan que las adolescentes presentaron como principales complicaciones obstétricas a la anemia materno (17.2%), la infección del tracto urinario (17,2%), la ruptura prematura de membranas (10,3%), la amenaza de parto pretérmino (6,9%) y la hipertensión inducida por el embarazo (3,4%). Se encontró que no existe relación entre el estrés interno y las complicaciones obstétricas ($p=0.30$) (OR=3.12). Por otro lado hubo relación significativa entre la presencia de estrés externo y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) (OR=144.46). A nivel general, se evidenció que existe relación significativa entre la presencia de estrés global y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) (OR=31.52). Las conclusiones señalan que existe asociación significativa entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal ($p=0.000$) (OR=31.52).

Solís Granado, Roxana Pilar. (2014). Lima-Perú. Titulado: "Estrés psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Enero-Marzo, 2014" (1) El cual tuvo como objetivo principal: Identificar los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período de Enero-Marzo en el año 2014. El material y método utilizado lo posicionan como un estudio analítico de casos y controles de diseño no experimental, realizado en 41 casos y 82 controles. Se aplicó un instrumento validado por criterio de jueces, y su fiabilidad alcanzó un coeficientes de 0,906 en la escala del alfa de Cronbach. Dentro de los resultados obtenidos: amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia

de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de su familia [OR=8,390; frustración educativa [OR=7,212]. Las conclusiones a las que se llegaron señalan que la amenaza de parto prematuro se presenta en los siguientes casos: cuando la gestante intentó autolesionarse, cuando su pareja amenaza con abandonarla y es golpeada a causa del mismo, cuando se embarazó no estando enamorada, cuando no recibe apoyo emocional de familiares directos; cuando no recibe apoyo económico de familiares y de su pareja durante la gestación; y cuando es consiente que sus metas académicas pueden frustrarse durante el embarazo.

Camaclanqui Aburto, Gladys Noemí. (2014). Lima. Realizó una investigación titulada: "Hijos de madre adolescente, riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal Hospital Nacional Hipólito Unánue en el año 2013" (26) Objetivo: Determinar y describir riesgos, morbilidad y mortalidad de los hijos de madres adolescentes, Hospital Nacional Hipólito Unánue, año 2013. Metodología: El presente trabajo es de tipo longitudinal, retrospectivo, analítico, de casos y controles en hijos madres adolescentes con una muestra de 283 casos y 283 controles para evaluar los factores de riesgo asociados. Para los datos analizados emplearon proporciones, promedio, y la tabla tetracórica (evaluar el riesgo mediante el χ^2 y el OR). Resultados: En el año 2013 se tuvieron 6632 nacidos vivos, 1339 (20.18%) fueron hijos de madres adolescentes, 49 fueron hijos de madres adolescentes tempranas, 1290 hijos de madres adolescentes tardías y solo el 18% tuvo control prenatal adecuado. Encontramos que el bajo peso y prematuridad son más frecuentes entre las madres adolescentes tempranas que las tardías y las madres no adolescentes, observándose un incremento significativo de la morbilidad neonatal en madres menores de 15 años. Los factores de riesgo para complicaciones maternas en madres adolescentes son: infección Tracto Urinario (OR =3.92), complicaciones en

el parto, hemorragia y desgarros cervicales (OR de 3.07), Retardo Crecimiento Intrauterino (OR = 2.43) y los factores de riesgo para complicaciones neonatales son: la prematuridad (OR = 2.18) y el Recién Nacido de bajo peso (OR = 2.31). No se observó casos de mortalidad materna, pero si hubo un caso de mortalidad neonatal en madres adolescentes tempranas. Conclusiones: La maternidad que representa los adolescentes conlleva altos riesgos de salud para ellas y sus hijos, en el análisis de los hijos de madres adolescentes tempranas versus tardías mostró que la prematurez tuvo un OR de 1.9, el bajo peso al nacer 3.1, el apgar bajo a los 5 minutos de 6.2 y los pequeños para la edad gestacional 5 de 3.1, esto deduce que los factores de riesgo de nuestros objetivos representan riesgos muy elevados en todos los casos.

En el estudio del investigador Carpio, Fernando. Lambayeque. (2013). "Factores de riesgo materno asociados al desarrollo de parto pre término en el hospital regional de Lambayeque" (27). Tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se formaron dos grupos: Grupo Casos (35 partos pre término) y Grupo Control (35 partos a término). Para el análisis se utilizaron los paquetes informáticos SPSS 20.0 y EPIINFO 2000. Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de 5 en tablas de contingencia de 2x2, se consideró asociación estadística a un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95 %. El estadígrafo de estudio fue el odds ratio (OR) y se definió factor de riesgo para un $OR > 1$. Resultados: El antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0479549$; OR 7,03), control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0252295$; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ($p = 0,0105826$; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ($p = 0,0301523$; OR 2,97) se asociaron al desarrollo de parto pre término. Conclusiones: El antecedente

de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino.

2.3 Marco Conceptual

- Amenaza de parto pre término: Se define como las contracciones que ocurren a esta edad gestacional y que se acompañan de cambios cervicales.
- Cuidados de enfermería: Término vinculado a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo.
- Cuidados Obstétricos: encargados del cuidado del parto, embarazo, puerperio, incluida la atención del recién nacido, además del cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- DPP: Desprendimiento de placenta previa
- Estresores: denominado también desencadenante de estrés o factor de estrés; describe todas las cargas o exigencias externas que provocan una reacción de estrés.
- Estresores biológicos: Son estímulos o situaciones capaces de producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos que disparan automáticamente la respuesta de estrés.
- Estresores maternos: Todo tipo de emociones ya sean positivas o negativas, tienen efecto sobre ello y aún afectarán más el carácter intermitente o a largo plazo de estas.
- Estresores psicológicos: Se convierten en estresantes a fuerza de la interpretación cognitiva o el significado que se le otorgue por el individuo y sus factores desencadenantes provienen de estímulos internos y/o estímulos externos.
- Estresores sociales: Se denomina social porque en el día a día hay que convivir y tratarse con otras personas. Los conflictos interpersonales

son los factores de estrés más frecuente. Los problemas sin resolver, las competencias, las separaciones, las experiencias de estrés.

- Neonato: Se denomina al recién nacido o niño que tiene menos de 28 días de vida.
- Niño prematuro: Aquel niño o niña que ha nacido antes de que se cumplan los nueve meses desde que fue engendrado.
- Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinado en relación al total de la población.
- ODM: Objetivos del Milenio
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- Parto pretérmino: Según la OMS es el parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas.
- Profilaxis: Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades.
- Riesgo: es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro.
- RPM: Ruptura prematura de membranas. Se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.
- Salud Materna: Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso muerte.
- UCI: Sección de un centro hospitalario donde se ingresa a los enfermos de mayor gravedad que requieren una vigilancia y una atención continua y específica.
- UCI Neonatal: Es el lugar donde el recién nacido permanecerá durante días, semana o incluso más tiempo, dependiendo del grado de prematuridad del bebé.

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General.

Los estresores maternos influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao, 2017.

3.1.2 Hipótesis Específicas

H1: Los estresores biológicos influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao, 2017.

H2: Los estresores psicológicos influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao, 2017.

H3: Los estresores sociales influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao, 2017

3.2 Identificación de Variables

3.2.1 Clasificación de variables.

Variable independiente (x) : Estresores maternos

Variable dependiente (y) : Nacimientos prematuros

3.2.2 Definición constitutiva de variables.

Estresores maternos: Son todos aquellos elementos, hábitos de conducta que pueden condicionar una situación, antes y durante la gestación en la madre.

Nacimientos prematuros: se refiere al número de todos los partos que se producen antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente del peso al nacer en un período de tiempo.

3.2.3 Definición operacional de variables.

Estresores maternos: compuesto por estresores biológicos, sociales, psicológicos se medirá a través de dos instrumentos adaptados y estructurados en escala de Likert.

- A.- Medición de estresores biológicos 6 preguntas
- B.- Medición de estresores Psicológicos 7 preguntas
- B.1.- Ansiedad 4 preguntas
(Escala de ansiedad de Hamilton)
- B.2.- Depresión 3 preguntas
(Inventario de Depresión de Beck)
- C.- Medición de estresores sociales 5 preguntas
- D.- Parto prematuro 3 preguntas
- E.- El neonato 2 preguntas

3.3 Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Indicador
Variable Independiente (x) Estresores Maternos	Biológicos	Antecedentes familiares Preeclampsia Enfermedad crónica Placenta previa Hipertensión gestacional Diabetes gestacional
	Psicológicos	Ansiedad Depresión
	Sociales	Edad Estado Civil (S-C-V-D-Conv) Situación familiar Estilo de vida: (Fuma-bebe) Drogas, Fármacos
Variable Dependiente (y) Nacimientos Prematuros	Parto Prematuro	Ruptura prematura de membranas (RPM) Semanas de gestación (- 37 semanas) Tipo de parto (Eutócico – Distócico)
	EL Neonato	Sexo : (Femenino – Masculino) Peso: Bajo (1.5-2.5 kg) – Muy bajo(1-1.5 kg) -Extremo (menor a1 kg)

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Descripción del Método y Diseño

4.1.1 Método: Inductivo

En este método se desciende de lo general a lo particular, de forma que partiendo de enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se interfieren enunciados particulares, pudiendo ser axiomático-deductivo cuando las premisas de partida la constituyen axiomas (proposiciones no demostrables), o hipotético-deductivo si las premisas de partida son hipótesis contrastables.

4.1.2 Diseño: No experimental de corte Transversal

Se dice no experimental pues no se va a manipular al objeto de estudio. Los diseños de investigación transeccional o transversal, recolectan datos en un solo momento en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es decir, es como tomar una fotografía de algo que sucede.

4.2 Tipo y Nivel de Investigación

4.2.1 Tipo de investigación: Correlacional.

Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable, es decir la relación entre una y otra.

4.2.2 Nivel de investigación: Básico

También recibe el nombre de investigación pura, teórica o dogmática. Se caracteriza porque parte de un marco teórico y permanece en él. La finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico.

4.3 Población, Muestra y Muestreo

Población

Para el presente estudio se trabajará con las madres de los recién nacidos prematuros, que son atendidas en el Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el distrito de Bellavista – Callao, hospital perteneciente a la Marina de Guerra del Perú – Ministerio de Defensa, en total 490 partos al año.

Muestra

Se obtuvo con la fórmula para población finita.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- n** : muestra
- N** : población (490)
- Z** : nivel de confianza = 1.96 (95% de confianza).
- p** : probabilidad de éxito = 0.1 (10%)
- q** : probabilidad de fracaso = 0.9 (90%)
- e** : error máximo permitido de 0.05 (5%)

Reemplazando los valores tenemos:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,10 \times 0,90 \times 490}{0,0025(489) + 3,8416 \times 0,10 \times 0,90} = \frac{169.41456}{1.568244} = 108$$

Muestreo

El muestreo será no probabilístico a conveniencia de la investigadora, por lo que la muestra estará conformada por el total de madres de recién nacidos prematuros concebidas en ese periodo.

4.4 Consideraciones Éticas

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se respetó los principios de anonimato y confiabilidad. Se explicará a las madres el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho a retirarse en caso ya no decidan proseguir. Así mismo se les asegurará la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se hará conocer a otras personas su identidad como participantes.

Los principios éticos que se garantizarán en este estudio serán:

- No maleficencia: no se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a las madres participantes en este estudio.
- Justicia: la muestra se seleccionará sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.
- Beneficencia: se aplicará, cuando la investigadora pone en relevancia la necesidad de conocimiento en los sujetos de la investigación.
- Autonomía: en el estudio, solo se incluirán las madres de los bebés prematuros que acepten voluntariamente participar y se respetará la decisión de querer permanecer dentro del mismo, para tal efecto se aplicará el consentimiento informado que es un documento firmado por el paciente quién autoriza su participación en el estudio.

CAPÍTULO V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1 Técnicas e Instrumentos

Técnica

En el trabajo de investigación se usará como técnica la encuesta,

Instrumento

Se usará, el cuestionario la misma que tendrá 26 preguntas estructurada de la siguiente manera:

Para la elaboración del instrumento del presente proyecto de investigación, se tomaron las preguntas 1, 2, 3 y 4 de la Escala de Ansiedad de Hamilton, de un total de 14 ítems diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente.

Cada uno de los 14 ítems, contiene un número de síntomas, y cada grupo de síntomas, está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo.

En el Inventario de Depresión de Beck, consta de 21 categorías de síntomas y actitudes con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión, se consideraron las preguntas 1, 2 y 10.

5.2 Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos

Para desarrollar el presente estudio se realizará el trámite administrativo para la autorización del estudio al Director del Centro Medico Naval, al Jefe del departamento de Pediatría, al Jefe del Servicio de Neonatología.

Se aplicará el instrumento a las madres de los nacimientos prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Centro Médico Naval, identificando a aquellas que cumplieran con los criterios de selección.

Se recopilarán los datos generales de la madre y del bebe, al completar información en la ficha de recolección de datos.

Concluida la recolección de datos se procesarán en forma manual la tabulación de datos, codificando y elaborando libro de códigos.

Para el procesamiento de los datos se hará uso de los programas informáticos de tratamientos de datos como la Excel, y el SPSS.

Los resultados serán presentados en gráficos y/o cuadros estadísticos para ser su analizados e interpretados considerando el marco teórico.

CAPITULO VI. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1 Cronograma de actividades

Se realizará a través de Diagrama de Gantt

ETAPAS		CRONOGRAMA DE TRABAJO																		
1	Diseño del Proyecto																			
2	Recolección de Información																			
3	Observaciones																			
4	Encuestas																			
5	Fuentes Secundarias																			
6	Clasificación del material																			
7	Tratamiento de la Información																			
8	Análisis e interpretación																			
9	Redacción preliminar																			
10.	Revisión y crítica																			
11	Impresión y presentación																			
TIEMPO (semanas)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

6.2 Presupuesto

HONORARIOS	COSTO TOTAL
Investigador	1,200
Encuestador	300
Sub Total 1 (expresado en soles)	1,500

Materiales de Oficina Básicos	Cantidad	Costo	Total
Archivadores	2 unidades	10	20
Carpetas de Cartulina	15 unidades	15	15
Papel tamaño carta	5 resmas	25	125
Tinta Impresora	2 unidades	38	76
CD's	2 cajas	10	20
Lápices	10 unidades	4.80	4.80
Gomas	4 unidades	1.50	6
Sub Total 2 (expresado en S/.)			266.80

Servicios Gráficos	Cantidad	Costo	Total
Fotocopias	200	0.10	20
Anillados	10	5	50
Sub Total 3 (expresado en S/.)			70
PRESUPUESTO TOTAL			1,836.80

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solís G Roxana. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión: Enero-Marzo 2014 [Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
2. ¿Qué es un niño prematuro? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [cited 16 May 2016]. Available from: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
3. Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto [Internet]. Christopher Howson, Mary Kinney, Joy Lawn; 2012. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon_report.pdf
4. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2002;40.
5. Téllez J. Estrés psicológico y enfermedad. Avances [Internet]. 2002 [cited 20 February 2016];1(3):22-43. Available from: <http://psiquiatriabiologica.esy.es/wp-content/uploads/2017/04/AVANCES-3.pdf>
6. Ticona M, Pacora P. Retraso del crecimiento intrauterino en el Perú: factores estresantes y resultados perinatales en hospitales del Ministerio de Salud. Ginecología y Obstetricia de México. 2014;82(11):725-736.
7. López -Ibor J, Valdés M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
8. Andrews P, Thomson J. The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. Psychological Review. 2009;116(3):620-654.
9. Ansiedad: Medline Plus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2016 [cited 28 August 2016]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

10. Molina-Jiménez T, Gutiérrez-García A, Hernández-Domínguez L, Contreras C. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*. 2008;24(2):353-360.
11. Sandin B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003;3(1):141 - 157.
12. Gil-Monte P, Peiró J. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. 14th ed. Madrid: Síntesis; 2004.
13. López-Osma F, Ordóñez-Sánchez S. Ruptura prematura de membranas: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2005; 57(4):279 - 290.
14. Grandi C, González A, Zubizarreta J . Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso: estudio multicéntrico. *Arch. argent. pediatr*. 2016; 114(5): 426-433.
15. Kavanaugh K, Moro T, Savage T, Reyes M, Wydra M. Supporting Parents' Decision Making Surrounding the Anticipated Birth of an Extremely Premature Infant. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2009;23(2):159-170.
16. Rattasumpun P, Raines D A. The experience of Thai women facing the onset of preterm labor. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*,2008;33, 302-306.
17. Carvalho BR, Melo C, Bruggemann OM, Garcia ORZ, Koettker JG. Inibição do trabalho de parto pre-termo: vivência de mulheres. *Cienc Cuid Saude* 2009 Out/Dez; 8(4):540-547.
18. Barrera Sánchez L, Manrique Abril F, Ospina Díaz J. Factores asociados al parto pretermino en adolescentes de Tunya, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2016; 48:215-227.
19. Marriner, T Raile, M. *Adopción del rol maternal – convertirse en madre, modelos y teorías en enfermería*, Elseiver Mosby, sexta edición, Madrid España, 2006; 616-617.

20. Garrido Hidalgo, María del Carmen y Marchan Coronado Marleny. Adopción del rol maternal en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. Lima: Universidad Cesar Vallejo, 2011
21. Mercer RT Apoyo Enfermería del proceso de convertirse en madre. 2006 Sep.-Oct: 35(5):649-51
22. Retureta M, Rojas L, Retreta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Cuba: Medisur, 2015
23. Olaya RA. Factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el hospital gineco obstétrico Enrique G. Sotomayor, en el período de setiembre del 2012 a febrero del 2013. . Guayaquil, Ecuador: s.n., 2013
24. Reátegui MF. Estresores determinantes presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. North Carolina, USA: s.n., 2012
25. Vásquez Fiorella. Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2016. Lima, Perú: s.n., 2016.
26. Callamanqui A, Gladys Noemí. Hijos de madres adolescentes, riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal, Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú: s.n., 2013.
27. Carpio, Fernando. Factores de riesgo materno asociados al desarrollo de parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque. Lambayeque, Perú. : s.n., 2013

ANEXO 1. Matriz de consistencia

ESTRESORES MATERNOS Y LOS NACIMIENTOS PREMATUROS DEL CENTRO MÉDICO NAVAL DURANTE LOS MESES DE ENERO A AGOSTO, CALLAO 2017”						
Definición del problema	Objetivos	Formulación del hipótesis	Clasificación de variables	Metodología	Población y muestra	Instrumentos
<p>Problema general. ¿Cómo influyen los estresores maternos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto, 2017?</p>	<p>Objetivo general Determinar la influencia de los estresores maternos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto, 2017.</p>	<p>Hipótesis General Los estresores maternos influyen significativamente en los nacimientos prematuros del centro médico naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao.2017</p>	<p>Variable Independiente: Estresores maternos</p>	<p>Método Inductivo Diseño Transversal No experimental</p>	<p>Población: N = 490</p>	<p>Método: Inductivo Diseño: No experimental de corte transversal Tipo: Descriptivo Correlacional Nivel: Básico</p>
<p>Problemas específicos. 1. ¿Cómo influyen los estresores biológicos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017? 2. ¿Cómo influyen los estresores psicológicos en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017? 3. ¿Cómo influyen los estresores sociales en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017?</p>	<p>Objetivos específicos. 1. Identificar la influencia de los estresores biológicos en los nacimientos prematuros del centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017. 2. Identificar la influencia de los estresores psicológicos en los nacimientos prematuros del centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017. 3. Identificar la influencia de los estresores sociales en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto del 2017</p>	<p>Hipótesis Específicas H1: Los estresores maternos influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao .2017 H2: Los estresores psicológicos influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao .2017 H3: Los estresores sociales influyen significativamente en los nacimientos prematuros del Centro Médico Naval durante los meses de enero a agosto del 2017</p>	<p>Variable dependiente: Nacimiento Prematuro</p>	<p>Tipo y nivel de investigación: ▪ Correlacional</p>	<p>Muestra: n = 108</p>	<p>Población: N=490 Muestra: N=108 Muestreo: No probabilístico a conveniencia de investigadora Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p>

ANEXO 2: Instrumentos para la recolección de datos (cuestionario, ficha de observación, etc.)

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada Señora:

Es grato dirigirme a Ud.; soy Karina Centeno Casana; Licenciada en Enfermería egresada de la Especialidad de UCI –Neonatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

En esta oportunidad vengo a aplicar una encuesta con la finalidad de realizar un trabajo de investigación, cuyo título es: “Estresores maternos y los nacimientos prematuros del Centro Medico Naval durante los meses de Enero a Agosto, Callao, 2017” para lo cual solicito su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas del cuestionario.

Le aseguramos la confidencialidad de los datos brindados dado que la encuesta es ANONIMA.

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. considere adecuada o correcta:
Agradecemos de antemano su honestidad en el desarrollo de la presente encuesta.

I. DATOS DE LA MADRE

1.- Fecha de nacimiento: _____

II. ESTRESORES MATERNOS

A.- Medición de estresores biológicos

2.- ¿Hay antecedentes de parto prematuro en su familia?

SI () NO ()

Si la respuesta es SI, indique el familiar:

Mamá () Hermanas () Abuelas ()

3.- ¿Ha tenido algún evento de preeclampsia?

SI () NO ()

4.- ¿Sufre de alguna enfermedad crónica?

SI () NO ()

Si la respuesta es SI , indique ¿Cuál ? : _____

5.- ¿Ha desarrollado algún parto con desprendimiento de placenta previa)?

SI () NO ()

6.- ¿Ha sido diagnosticada con hipertensión?

SI () NO ()

7.- ¿Ha sido diagnosticada con diabetes?

SI () NO ()

B.- Medición de estresores psicológicos

B.1.- Medición de Ansiedad

8.- Humor ansioso. ¿Presenta inquietud, espera de lo peor, aprensión, anticipación, temerosa, irritabilidad?

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()
- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

9.- Tensión. ¿Presenta fatiga, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedar quieto?

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()

- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

10.- Miedos. ¿A: La oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, ¿a las multitudes?

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()
- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

11.- Insomnio. ¿Presenta: ¿dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, pesadilla, terrores nocturnos?

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()
- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

B.2.- Medición de Depresión

12.- Marque su estado de ánimo durante el último mes :

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()
- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

13.- Sobre sentimientos pesimistas durante el último mes

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()
- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

14.- Períodos de llanto durante el último mes

- a) Ausente ()
- b) Leve ()
- c) Moderado ()
- d) Grave ()
- e) Muy incapacitante ()

C.- Medición de estresores sociales

15.- Estado Civil:

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()
- Divorciada ()

16.- Usted vive:

- Con sus padres ()
- Con sus suegros ()
- Con su pareja ()
- Sola ()

17.- Estilo de vida:

Fuma: Si () No () Frecuencia: _____

Bebe: Si () No () Frecuencia: _____

18.- ¿ Ud. consume algún fármaco / Drogas :

Si () No ()

Si la respuesta es SI , indique ¿Cuál ? : _____

III .- NACIMIENTO PREMATURO

D.- Características del Parto:

19.- ¿Tuvo ruptura prematura de membrana?

SI () NO ()

20.- Su parto fue:

Eutócico ()

Distócico ()

E.- Características del neonato:

21.- Sexo de su bebe: Masculino ()
Femenino ()

22.- ¿Con que peso nació su bebe?: _____

23.- ¿Con que talla nació su bebe? _____

24.- ¿Con que edad gestacional nació su bebe? _____

25.- ¿Con cuantas semanas de Capurro nació su bebe? _____

¡Gracias por su participación!

ANEXO 4: Consentimiento Informado

Formulario de Consentimiento Informado

El presente trabajo es conducido por Karina Centeno Casana la Licenciada en Enfermería egresada de la Especialidad de Uci –Neonatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega,

El objetivo del presente estudio es: Determinar los estresores maternos que influyen en los nacimientos prematuros del centro médico naval durante los meses de enero a agosto, 2017.

Mi participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo.

No hay ningún problema ni riesgo que pueda causar esta actividad.

Comprendo que en mi calidad de participante voluntario puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no se me realizará, ni recibiré algún pago o beneficio económico por esta participación.

Desde ya le agradecemos cordialmente su participación.

SI ACEPTO participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 5: Modelo de carta solicitando autorización

MODELO DE CARTA SOLICITANDO AUTORIZACION

Solicita: Autorización para realizar investigación científica.

SEÑOR

.....

.....

DIRECTOR DEL HOSPITAL.....

S.D.

Yo,.....(Nombre s y Apellidos), identificado con(DNI o Pasaporte), con domicilio en

.....,en calidad de responsable del proyecto, ante usted respetuosamente expongo :

Que habiendo culminado mi estudios de especialidad de enfermería, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre

—.....

.....

para optar el titulo de Especialista en

.....

Por el período comprendido entre el hasta el del 20..., para lo cual cumplo con adjuntar toda la documentación exigida para este efecto.

Por lo expuesto, agradeceré a usted acceder a lo solicitado.

Lima,

.....

Firma

E-mail:

Telf:

ANEXO 6: Modelo de carta solicitando validación del instrumento

MODELO CARTA SOLICITANDO VALIDACION DEL INSTRUMENTO
“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”



Segunda Especialidad

Lima, de del 2014.

Sr.

Presente.

ASUNTO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO

Después de un cordial saludo, es grato dirigirnos a Ud. para presentarme como alumno del III Ciclo 2014-I Enfermería Segunda Especialidad UIGV; con Especialidad en “EMERGENCIAS Y DESASTRES”. Actualmente me encuentro desarrollando el proyecto: “OPINIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN UN SERVICIO DE AMBULANCIA TIPO II ACERCA DE LA CALIDAD HUMANA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL PROYECTO MINERO RIO TINTO MINERA PERÚ- 2014”

Por tal motivo, recorro a su persona para solicitar su opinión profesional con el fin de validar los instrumentos de nuestra investigación.

Agradeciendo anticipadamente su valioso aporte en función a su experiencia, le hacemos llegar los siguientes documentos:

1. Matriz de consistencia.
2. Hoja de validación del instrumento de medición.
3. Instrumento de investigación.

Atentamente.

.....
Lic.

ANEXO 7: Instrumentos base para medir estresores psicológicos (ansiedad y depresión. Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de ansiedad de Hamilton					
Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas de sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales 	0	1	2	3	4

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Heteroaplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem.
Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.

ANEXO 8: Instrumentos base para medir estresores psicológicos (ansiedad, depresión). Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .Escoja una Opción:

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .Escoja una opción:

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.

3). Escoja una opción:

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4). Escoja una opción:

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5). Escoja una opción:

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6). Escoja una opción:

No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

7). Escoja una opción

No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.

8). Escoja una opción:

No me considero peor que cualquier otro.
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.

9). Escoja una opción:

No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10). Escoja una opción

No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11). Escoja una opción:

No estoy más irritado de lo normal en mí.
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12). Escoja una opción

No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.

13). Escoja una opción:

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14). Escoja una opción:

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15). Escoja una opción:

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16). Escoja una opción:

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17). Escoja una opción:

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18). Escoja una opción

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19). Escoja una opción:

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20). Escoja una opción:

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21). Escoja una opción:

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-	
10.....	Estos altibajos son considerados normales.
11-	
16.....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-	
20.....	Estados de depresión intermitentes.
21-	
30.....	Depresión moderada.
31-	
40.....	Depresión grave.
+	
40.....	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.