

**“FACTORES DE ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN
UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”**

2011



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería**

**“FACTORES DE ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS
PREMATUROS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”**

TESIS

**Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

Presenta

Lic. Enf. María José Aguilar Ayala

Santiago de Querétaro, Qro. 2011



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES DE ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS PREMATUROS
HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES”**

TESIS
QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
GRADO DE LA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

Lic. Enf. María José Aguilar Ayala

Directora de tesis

Dra. Aurora Zamora Mendoza

SANTIAGO DE QUERETARO, SEPTIEMBRE DE 2011.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

“Factores de estrés en padres de niños prematuros hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. María José Aguilar Ayala

Dirigido por:

Dra. Aurora Zamora Mendoza

SINODALES

Dra. Aurora Zamora Mendoza
Presidente

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Secretario

MCE. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Vocal

MCE. Blanca Lilia Reyes Rocha
Suplente

MCE. Ma. Antonieta Mendoza Ayala
Suplente

M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Directora de la Facultad de Enfermería

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro. Septiembre 2011
México

RESUMEN:

El estrés puede convertirse en factor generador de enfermedad. **OBJETIVO:** Analizar factores ambientales que en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ejercen como estresores de padres de niños prematuros. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con una muestra de 15 padres, a través de un cuestionario validado por Miles (1993), asimismo, de acuerdo al modelo de los “Factores ambientales causantes de estresores intra y extra personales” de Neuman. **RESULTADOS:** Edad de la muestra: desde los 20 hasta los 35 años. 86.6% del total de neonatos nació por cesárea y el resto en parto normal. 86.6% obtuvo bajo peso al nacer (entre 700 gr. y 1kg.). 86.6% estuvo hospitalizado 3 meses en promedio. En cuanto al promedio total de puntaje de estresores extra e intra-personales, el primer estresor extra-personal (para los padres) fue la presencia de monitores en los bebés, con puntaje promedio de 3.05 (“extremadamente estresante”), presentando con ello, una correlación significativa de P.0.0.1. Los “ruidos constantes de monitores y aparatos” fueron motivo de estrés (con un puntaje de 2.12), seguido de “tubos o aparatos puestos en el bebé” con 3.16 (“muy estresante”). En cuanto a los estresores inter-personales, el “estar separado de su bebé” (4.0 o “extremadamente estresante”) fue identificado como el primer estresor. El puntaje total promedio de estrés en “aspecto y sonidos” de la UCI fue de 3.01, lo cual se interpreta como “muy estresante”. El promedio general de los puntajes de las cuatro sub-escalas es de 2.57, indicando con ello, niveles de estrés entre “poco” y “moderado”. **DISCUSIÓN:** Éstos resultados son similares al estudio realizado por Sánchez y Parra (2004 y 2009), en donde la presencia de monitores y equipos fue catalogada como “muy estresante”. 10.1% de los padres se refirió así, acerca de los ruidos de alarmas y equipo de la UCIN. **CONCLUSIONES:** El estrés disminuye de manera considerable cuando el personal de enfermería permite que los padres tengan un contacto más directo con su bebé, por lo cual, es importante establecer un programa de apoyo especial para padres, que permita la disminución del estrés.

PALABRAS CLAVE: (Neonato, UCIN, estresores extra-personales e Intra-personales y enfermería).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

ABSTRACT:

Stress can be a factor causing disease. **OBJECTIVE:** To analyze environmental factors in the Neonatal Intensive Care Unit that exert as stressors in parents of premature babies. **METHODOLOGY:** Descriptive, retrospective, cross sectional study, with a sample of 15 parents, through a questionnaire validated by *Miles* (1993), also in accordance to the "*Intra and Extra-personal Stressors Caused by Environmental Factors* by *Neuman*. **RESULTS:** Age of the sample: from 20 to 35 years of age. 86.6% of neonates were born and the rest by normal childbirth. 86.6% had low birth weight (between 700 gr. and 1 kg.). 86.6% were hospitalized for 3 months an overage of. As for the total average score of extra- and intra-personal stressors, the first extra-personal stressor (for parents) was the presence of monitors in babies, with an average score of 3.05 ("extremely stressful"), presenting thus, a significant *P* correlation = 0.0.1. The "constant noises of monitors and devices" were a cause of stress (with a score of 2.12), followed by "pipes or appliances placed on the baby" with 3.15 ("very stressful"). In terms of inter-personal stressors, "being separated from their baby" (4.0 or "extremely stressful") was identified as the first stressor. The total average score of stress in "look and sound" of the ICU, was 3.01, which is interpreted as "very stressful". The overall average scores of the 4 subscales are 2.57, indicating therefore, stress levels between "little" and "moderate". **DISCUSSION:** These results are similar to those reported by *Sanchez* and *Parra* (2004 and 2009), where the presence of monitors and equipment was rated as "very stressful". 10.1% of the parents were referring on the alarm noises and equipment on the NICU. **CONCLUSIONS:** Stress decreases significantly when the nursing staff allows parents to have a more direct contact with their baby; therefore, it is important to establish a parent's special support program that allows a significant decrease in parent's stress levels.

KEYWORDS: (Newborn, NICU, extra-personal and intra-personal stressors and nursing).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

DEDICATORIA

A Dios, por estar siempre y de manera incondicional en mi vida y en mis oraciones.

AGRADECIMIENTOS

Después de mucho tiempo de lucha y esfuerzo, veo por fin reflejado el resultado de un trabajo maravilloso que me dejó muchas satisfacciones personales y profesionales.

Antes que nada quiero agradecerle a Dios por permitirme estar aquí hoy compartiendo este legado. Gracias a mi familia, en especial a mi Madre y a mis hermanos Miguel Ángel y Carlos por creer en mí y tener fe en que lo lograría. Gracias a mis amigos por ser mi apoyo principal en cada momento y sus palabras de aliento que nunca me faltaron.

Gracias a todos y cada uno de los padres con los que se realizó esta investigación, pues me permitieron entrar en lo más profundo de su corazón y sentir; permitiéndome ver el dolor y sufrimiento por el que pasaron y al mismo tiempo ser parte de ello, pues cada bebe fue también para mí, una experiencia de vida y se llevaron una parte de mi corazón, ya que de ellos eh crecido y me eh formado como profesionista, esos prematuritos, fueron y serán la inspiración misma de mi amor por la neonatología. He aprendido junto con los papas de esos bebes, que un prematuro es un GUERRERO, sí, un LUCHADOR INCANZABLE que se aferra a vivir y algunas veces ese bebe es el consuelo para los padres que se sienten devastados. Mil gracias.

Gracias a mi directora de tesis, una persona intachable, una MUJER EXTRAORDINARIA en toda la extensión de la palabra a la cual admiro, quiero y respeto profundamente, por la paciencia, la entrega que me demostró en cada momento ya que sin ella, esto no hubiera sido posible. Gracias **Dra. Aurora Zamora Mendoza**, que Dios la bendiga.

Por último quiero hacer un agradecimiento especial a una persona que me ha dado mucho, una persona, que gracias a ella estoy donde estoy profesionalmente, ya que sin su apoyo y sus regaños, tal vez no hubiera terminado mi maestría, siempre me impulso, me enseñó que la vida está hecha de retos los cuales hay que cumplirlos, y aquí esta hecho al fin, uno de muchos más que están por venir. Gracias **MCE. Anabel Magaña Rosas** por tener fe en mí y enseñarme que todo en esta vida es posible, teniendo determinación y coraje, esto es para usted.

ÍNDICE

Resumen	i
Abstract	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	vi
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos	9
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	10
2.1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	10
2.2 Estrés	11
2.3 Factores de riesgo y actitud de los padres de niños prematuros en UCIN	14
2.4 Modelo de Betty Neuman	20
2.5 Estudios relacionados	25
III. METODOLOGÍA	27
3.1 Diseño de estudio	27
3.2 Universo y muestra	27
3.3 Plan de recolección de datos	28
3.4 Material y métodos	28
3.5 Plan de análisis	29
3.6 Ética del estudio	31
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
Conclusiones y sugerencias	44
Referencias bibliográficas	46
Anexos	49

ÍNDICE DE CUADROS

TABLA		PAGINA
No. 4.1	Datos sociodemográficos de los padres	35
No. 4.2	Características generales del neonato	36
No. 4.3	Frecuencias con puntaje extremadamente estresante, muy estresante y moderadamente estresante	39
No. 4.4	Estresores interpersonales	42
No. 4.5	Puntajes promedio de los padres por factores ambientales (Métrica 1)	43
No. 4.6	Puntajes promedio subescalas (Métrica 1)	44

I. INTRODUCCIÓN

Se considera prematuro al niño que nace antes de las 37 semanas de gestación, es decir, antes de completarse el tiempo normal de maduración, esta complicación obstétrica ocurre en 5 a 10 % del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. (Calderón, 2004).

Muchos padres no se sienten emocionalmente preparados para la llegada de un bebe, menos si se trata de un pequeño que llega antes de tiempo, cuando sus órganos no han terminado de madurar y se vuelve más vulnerable a enfermedades que pudieran afectarlo. (Janine Mcknight, 2010).

Desde esta perspectiva es importante considerar que cuando nace un niño prematuro, se interrumpe el proceso de “anidación psicobiológica” (Ruíz, 2005) de los padres y el recién nacido, ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación, para crear un lugar físico y psíquico para este nuevo integrante de la familia, lo cual implica una reorganización de su rol. El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Por lo tanto, el nacer antes de este periodo, encuentra tanto a los padres como al bebé no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre.

Durante este momento, se ponen a prueba los mecanismos y estrategias que dispone la familia para afrontar situaciones que distan de ser lo esperado en una situación normal como el embarazo y el parto, y que se transforma en una experiencia dolorosa y traumática cuando su recién nacido no es llevado con ellos a compartir el nido del nacimiento, sumada la interrupción del proceso de vinculación afectiva entre madre-padre y recién nacido, lo cual representa una condición que afecta los procesos familiares en los padres con recién nacidos enfermos y prematuros (Rossel, 2002).

Los avances en el cuidado de los recién nacidos prematuros han significado un proceso notable en la neonatología moderna. Las unidades de cuidados intensivos neonatales son cada vez más eficientes, cumplen un papel importante en la

disminución de la mortalidad neonatal e infantil. Sin embargo, como era de esperar, estos resultados alentadores de las UCIN han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre los padres (Parra, 2009).

El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos mas frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño. Los padres que se encuentran en la UCIN, pueden llegar a presentar síntomas físicos de estrés como consecuencia de la presencia de algunos factores, como son: la condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado y la separación del binomio padres-hijo (Parra, 2009).

Con el nacimiento de un niño prematuro, los padres ven bruscamente truncados sus sueños de un nacimiento y una paternidad “normal”. Es lógico llorar por la pérdida de estos sueños, y tales sentimientos pueden permanecer sin límite de tiempo, incluso cuando crean que los han superado. Es posible que determinadas circunstancias los hagan resurgir más tarde. Aunque sus sentimientos son únicos, deben saber que otros padres también han experimentado emociones similares, por lo que es importante comprender que es normal tener este sentimiento y buscar las formas de afrontarlo (Gallegos, 2010).

Todos los profesionales que diariamente desarrollan la tarea en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, son testigos cotidianos no solo del nacimiento de un niño en riesgo vital, sino del nacimiento de la relación más temprana entre el niño y sus padres, en un contexto adverso, y por ende, también en “riesgo psicosocial” (Álvarez, 2002).

En los diferentes estudios que se han realizado en el campo de la enfermería, se han manejado patologías e intervenciones específicas hacia los pacientes, así también, se realiza en muchas ocasiones, el papel de apoyo y soporte para los pacientes y familiares. Debido a estos aspectos y que actualmente se labora en el área de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, se ha observado el sufrimiento y dolor que pueden experimentar los padres de bebés graves y de manera especial cuando se trata de bebés prematuros. Hay casos en que las enfermeras por

concentrarse en una atención especializada hacia los pacientes, se olvidan de atender a los padres, que en estos casos son los que más sufren la angustia de la enfermedad de sus hijos.

Esta investigación presenta una ventaja para la enfermera que labora en las unidades de cuidados intensivos neonatales, pues busca identificar hasta que punto son afectados los padres y cual es el motivo principal que los mantiene en crisis durante la hospitalización de sus hijos, para que se presenten alternativas de solución que permitan a las enfermeras brindar apoyo con bases teóricas y humanista. Con respuesta a los resultados que se obtengan de esta investigación, el personal de enfermería tendrá un panorama de lo que es la atención y apoyo a los padres, favoreciendo de esta manera la mejor comunicación interpersonal que permita o trate de disminuir el dolor y el estrés que esta situación genera.

1.1 Planteamiento del problema

Según datos de la Organización Mundial para la Salud, cada año alrededor de 12,9 millones de bebés nacen a pretérmino, es decir, antes de completar las 37 semanas de gestación y más de un millón de lactantes mueren por esta razón. (OMS, 2010).

Según Lawn (2005) para la Región de América Latina y Caribe, se han tomado medidas apropiadas para “reducir la mortalidad infantil y en la niñez”. Así como en los últimos años, a pesar de que se ha observado una disminución de la mortalidad infantil, en términos generales la proporción de muertes de recién nacidos registra el 46% de la mortalidad perinatal. La mayor proporción de mortalidad fetal en relación con la neonatal es de 55% en el Caribe Latino y la menor proporción se ubica en Brasil (40%). Cerca de 245.000 fetos y neonatos antes del 7mo día de vida, mueren anualmente en estos países de la Región en el período perinatal y la mitad de ellos (121.000) en Brasil y México. (OMS, 2005).

Según Beltrán (2002), casi el 12% de todos los niños son prematuros, su incidencia en México es de 5 a 10 % de todos los embarazos y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal.

En 2002, tanto en Baja California como en el resto del país, las muertes perinatales fueron la principal causa de muerte en menores de un año. Se considera perinatal cuando la muerte ocurre a las 28 semanas de gestación o más y puede producirse antes, durante o después de los 7 días del parto.

Del total de defunciones de menores de un año durante 2002, 48.8 y 46.1 por ciento se debieron a afecciones perinatales entre los niños y niñas, respectivamente. Esta proporción tuvo un aumento de alrededor de 50 por ciento con respecto a 1980, cuando representaban 33.6 por ciento para los primeros y 30 por ciento para las segundas. (CONAPO, 2005)

Algunas de las causas de la mortalidad perinatal son la desnutrición fetal intrauterina y los problemas asociados con la atención del evento obstétrico. Entre los factores de riesgo del parto prematuro se encuentran la pobreza, el trabajo fuera de casa, los embarazos de adolescentes y de madres solteras, el consumo de tabaco y drogas. (Deacon, 2001).

Cuando un niño recién nacido ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales (UCIN), junto con él se recibe a una pareja de padres con su autoestima fuertemente golpeada, en tanto se encuentran abruptamente con una realidad muy diferente a la imaginada, y muy diferente también, a la que la maquinaria social ha venido tejiendo en relación a la maternidad. Ese estado de máxima felicidad y plenitud prometida, se convierte para esos padres, en un estado de máximo estrés y preocupación.

En la actualidad, en diferentes UCIN del mundo la situación varía acorde a disposiciones particulares. En Brasil, los padres son considerados población de riesgo por presentar dificultades para cuidar a sus hijos, necesitando de apoyo durante la internación y al alta hospitalaria. El acceso a la unidad es irrestricto y la tendencia de los profesionales está dirigida a la introducción de conductas facilitando el establecimiento de contacto e interacción precoz entre madres e hijos. Las madres son incentivadas a prestar algunos cuidados básicos, higiénicos y alimenticios.(Scochi, 2003)

En la UCIN del Hospital General de Agudos B. Rivadavia, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el ingreso de los padres es irrestricto, enfermería continúa siendo el principal realizador de las actividades de cuidados básicos del bebé, pero la familia tiene una creciente participación. Terapia Ocupacional en la UCIN de este hospital promueve aún más la participación activa de los padres, ya que la filosofía de la profesión se basa en los principios de Cuidados Centrados en la Familia. (Parraquini, 2008)

En México, a pesar de considerar importante la participación de la madre en el cuidado del hijo, las visitas son restringidas y la participación limitada; algunos profesionales de enfermería refieren que la presencia materna interfiere en la dinámica del trabajo; por otro lado, la liberación de la entrada de visitas aún genera preocupación por las infecciones. (Martínez, 2007)

En esos momentos el personal de enfermería cumple una función relevante, en tanto se constituye en el referente más cercano a los padres. Es quien reconstruye día a día con ellos, la cotidianeidad del bebe, pérdida entre tanta tecnología y enfermedad.

Cuando un niño necesita atención médica desde su nacimiento, a causa de prematuridad, pueden ser abrumadores los efectos de estos sucesos inesperados en los padres. Los padres de estos niños pueden mostrar múltiples crisis y estrés, durante la hospitalización. La enfermera pediatra que atiende al lactante y a sus padres en el periodo de estrés, necesita contar, de manera decisiva para sus tareas, con investigaciones que le permitan aplicar conocimientos teórico-prácticos en su servicio.

Según Fernández (2005), el mundo para los padres, se torna un lugar lleno de peligros, caras serias, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar, un mundo donde el acecho de la muerte aparece, paradójicamente, en el inicio de la vida.

La UCIN se convierte inevitablemente en un primer hogar lleno de respiradores, sondas y sonidos de monitores, que presencian día a día, todo lo que perdieron de felicidad y todo lo que ganaron de angustia, en el se desenvuelve personal médico y de enfermería altamente preparado para la atención al niño prematuro, que ingresa pero también se convierten en el apoyo moral y constante de los padres angustiados por el estado actual de su hijo. (Jara, 2006).

En estos casos se agrupan elementos estresores importantes, como son el nacimiento, que implica para los padres un cambio en la dinámica familiar, y la enfermedad, la cual se convierte en una condición dolorosa por representar un cambio de la situación esperada durante el embarazo, en cuanto a la salud del niño se refiere. (Parra, 2009)

Otros factores son el hecho de tener a su niño sometido a un ventilador del cual depende para respirar, mangueras, venoclisis, oxígeno, y todo lo que conlleva el estar en una unidad de cuidados intensivos, todo esto es un factor de estrés importante al igual que el ruido de los aparatos, el personal médico y de enfermería que entra y sale y que manipula al niño, esto produce en los padres un alto grado de angustia y desesperación que los lleva a sentirse estresados e impotentes en el cuidado de su hijo. (Board, 2006)

Considerando que los factores ambientales, según Gómez (2006), son elementos típicos que se dan al interior de la UCIN, tanto físicos como psicosociales que se pueden reconocer como factores extra e interpersonales y son fuentes potenciales de estrés.

Ante esta situación se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales factores ambientales que influyen en el nivel de estrés en padres de niños prematuros hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital privado?”.

1.2 Justificación

Los adelantos en el cuidado del prematuro han destacado una mejora notable en UCIN. No obstante, se perciben efectos no deseados, en especial sobre los padres. De allí surge la inquietud de realizar esta investigación, con el fin de describir los factores ambientales que producen estrés en los padres de niños prematuros.

El estrés generado en los padres de bebés prematuros es un tema de suma importancia, ya que son los encargados de llevar y manejar toda la culpabilidad y angustia de tener a su hijo en condiciones que conllevan a la vida o la muerte del mismo, es tanto el estrés que manejan que, en sus acciones y actitudes demuestran pedir auxilio para poder sobrellevar su situación actual, la cual es todo lo contrario a lo que esperaban, ver a un bebé pequeño e indefenso, aferrándose a la vida, invadido de aparatos y tan frágil, cuando se esperaba un bebé fuerte y vigoroso, rosado y mayor a los 3 kg. Es cuando el personal de enfermería aprende a no solo ser el especialista en el área de cuidados intensivos, sino también se convierte en el apoyo, en el amigo que está ahí, siempre presente y tiene las palabras o el ánimo para darles esperanza y fé a su desesperación.

Martínez (2007) sugiere la necesidad de asistir de manera integral a los padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN, por medio de la relación terapéutica efectiva en la cual se abren mayores expectativas de vida, junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de enfermería puede, desde el momento que el RN se hospitaliza, intentar incorporar al niño que nace con problemas a su familia, estimulando la visita de sus padres,

promoviendo la manutención de la lactancia materna, tratando de incorporar a los padres al cuidado de su hijo informando su evolución y estado de salud, para aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos.

Estos conocimientos pueden aplicarse para desarrollar un programa de Intervención Psicológica y cuidado integral que aplicado tempranamente, desde la internación del niño prematuro en la UCIN, puede reducir los niveles de estrés de los padres de esos niños. La enfermera como parte del equipo de salud, que conoce al recién nacido, se encuentra en circunstancias claves para proporcionar atención integral mediante intervenciones con la familia durante la visita de los padres en la UCIN tales como proporcionar información acerca de las rutinas del servicio de UCIN.

Explicaciones acerca del concepto de edad corregida, formas de acercamiento al bebé, anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (ejemplo: dejar al bebé internado en el hospital), elaborar diferentes duelos que deben pasar los padres y facilitar las capacidades parentales de anticipación e identificación acerca de las características y necesidades del bebé prematuro, detectar los factores que pueden interferir en estos procesos, desarrollar los procesos de identificación materna y organización familiar, organización de un ambiente de cuidado apropiado para el bebé, integración del bebé al núcleo familiar, interacción cercana con el equipo de seguimiento de niños prematuros (Gui, 2007).

Con este estudio, se pretende dar a conocer un panorama más amplio y específico de un tema que es poco abordado para investigación y que puede ayudar a toda enfermera que se incline por la Pediatría a tomar conciencia del importante papel que juega en relación con los padres en cuanto al manejo adecuado del estrés por tener a su bebe en una unidad tan estresante como lo es la UCIN.

1.3 Objetivos

Objetivo general:

Determinar los factores ambientales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que ejercen como estresores de los padres de niños prematuros.

Objetivos específicos:

- ❖ Detectar el nivel de estrés que los padres experimentan en relación con el internamiento de niños prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- ❖ Identificar los factores de estrés intrapersonales y extrapersonales del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales referidos por los padres de niños.
- ❖ Conocer las características sociodemográficas de los padres de niños prematuros en el servicio de Cuidados Intensivos Neonatales.

II.- REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), están diseñadas en un ambiente de alta tecnología, con el objetivo de extender la vida y curar las enfermedades al máximo posible, en el cual los equipos de profesionales especializados batallan contra las enfermedades que amenazan la vida, (Salas, 2004).

En ellas se aceptan aquellos niños que, debido a su patología, requieren la aplicación de medidas de soporte vital. Se trata de enfermos críticos y, por lo tanto, con una amenaza grave para su vida, potencialmente recuperable, que necesitan una vigilancia continua de sus funciones vitales, y en los que las medidas de soporte vital deben ser utilizadas para "ganar tiempo". En ese período de tiempo el paciente puede evolucionar bien hacia la curación, bien hacia lo que se denomina fracaso terapéutico, ya sea porque el paciente muera, porque sobreviva con graves secuelas o porque se retrase inútilmente su muerte, situación que se conoce como "ensañamiento terapéutico" (Couceiro, 2002).

El ambiente altamente tecnológico y la cultura de la UCIN pueden presentar varios obstáculos para cuidados centrados en la familia (Harrison 2003). Así como éste tipo de cuidados pueden ser beneficiosos, ya que aumenta la satisfacción con la buena atención, disminuye el estrés de los padres, aumenta la comodidad y competencia de los mismos, tras la mejoría del bebé (Saunders, 2003).

El simple contacto con el niño, "poder verle y tocarle", es lo que más mitiga la angustia que sufren los padres, relegando a un segundo plano la tranquilidad que supone la buena evolución, la atención constante y la experiencia del personal de salud (Rodríguez, 2004).

2.2 Estrés

Estrés es la respuesta generalizada del organismo ante cualquier estímulo o agente estresor y a cualquier situación estresante (Campos, 2006).

Según Martínez (2001), el estrés puede producir enfermedad a través de dos vías: estados afectivos negativos (ansiedad, depresión), consecuencia del estrés mismo, que actúan mediante procesos biológicos hormonales o conductas de riesgo. Y mediante respuestas de coping o afrontamiento que pueden llevar a conductas de riesgo (como fumar, ingerir alcohol) y a respuestas biológicas hormonales. De otra parte, el estrés puede convertirse en generador de conductas de enfermedad por el aumento de activación que origina, a través de la interpretación que la persona con estrés hace de sensaciones que no tienen nada que ver con los síntomas. Finalmente, el estrés podría conducir a la persona a diversos comportamientos en relación con el proceso de enfermedad, tales como consultas médicas repetidas.

Para Cano (2002), el estrés es un desequilibrio entre las exigencias hechas por el medio y los recursos disponibles por los individuos, generalmente producido por factores psicosociales, que incide en la actualidad sobre todos los seres humanos, desde el punto de vista de la psicología, el estrés ha sido entendido desde los tres enfoques siguientes:

- Como estímulo: El estrés es capaz de provocar una reacción o respuesta por parte del organismo.
- Como reacción o respuesta: El estrés se puede evidenciar en cambios conductuales, cambios fisiológicos y otras reacciones emocionales en el individuo.
- Como interacción: El estrés interactúa entre las características propias de cada estímulo exterior y los recursos disponibles del individuo para dar respuesta al estímulo.

El estrés puede definirse como un proceso o secuencia de etapas, el cual comienza cuando el individuo recibe un conjunto de exigencias impuestas por el medio, y a las cuales debe adaptarse para dar una respuesta adecuada y rápida,

usando todos los recursos disponibles. No hay nadie que sea ajeno a este trastorno, ya que diariamente se está sometido a situaciones de tensión, como los padres de los bebés prematuros que experimentan síntomas de estrés durante el ingreso hospitalario en la UCIN y son múltiples las fuentes ambientales del estrés asociadas a la hospitalización (Ryan-Wenger 2003).

2.1.1 Estrés en los padres del niño prematuro

Saigal (2008) afirma que el estado emocional de los progenitores variará en función de: los factores de riesgo, tratamiento médico que tenga el niño, los resultados evolutivos que se obtengan, los apoyos sociales que se reciban y los días del nacimiento del niño.

Los padres y familia del niño prematuro, que está en estado crítico sufren un proceso de crisis situacional y emocional, que los lleva a seguir un patrón de conductas y a pasar por etapas de estrés que es necesario que los profesionales conozcan y sepan intervenir para prevenir desajuste en la vida personal y familiar (Ibarra, 2005).

Otro de los sucesos por los que se ven comprometidos los padres es por la crisis emocional. Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado básicamente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y conceptualmente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas que le llevaban a lograr resultados importantes (Humanet, 2010).

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente clave para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su existencia. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una

mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución (Humanet, 2010).

2.1.2 Definición de crisis

En términos ordinarios, crisis es sinónimo de desastre o de un acontecimiento peligroso o amenazador. La crisis es una situación decisiva, Caplan (2005), la define como un estado transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad y posibilidad de un trastorno mental.

Existen crisis evolutivas o del desarrollo, como frente al nacimiento de un niño sano, pero también pueden ser situacionales, paranormativas o accidentales, como la ocurrencia de un acontecimiento que signifique amenaza para el individuo, como es la hospitalización de un hijo en estado crítico. Estas crisis situacionales pueden desencadenarse también cuando existe mayor vulnerabilidad del individuo por problemas anteriores no resueltos y ligados simbólicamente al actual, o la inhabilidad del individuo para responder con mecanismos adecuados a la solución del problema (Ibarra, 2005).

La asociación del concepto de lo que es el estrés y de que manera actúa en unos padres que tienen a su niño en un área de Cuidados Intensivos Neonatales, desde que ingresa a la unidad, convirtiéndose en el “primer hogar”, lleno de aspiradores, sondas y sonidos de monitores, los padres se encuentran con una autoestima fuertemente golpeada, en tanto que se encuentra abruptamente con la realidad muy diferente a la imaginada. Ese estado de máxima felicidad y plenitud prometida, se convierte para estos padres, en un estado de máximo estrés y preocupación.

Altos niveles de ansiedad y estrés de los padres, pueden influir negativamente en los resultados del niño (Melnyk y Feinstein 2001).

Muchas familias no están familiarizadas con la información médica, y están afrontando su propio shock y ansiedad durante esta hospitalización crítica. Siendo conscientes de que estas circunstancias pueden contribuir a la confusión de las familias, muchos médicos mencionan que todo el personal implicado y sus diferentes estilos de comunicación, contribuyen a estas dificultades (Bartel et al.,

2000). Muy a menudo, los padres se pierden con los conceptos nuevos, explicaciones detalladas y términos no familiares cuando necesitan tiempo y una comunicación clara para asimilar y procesar la información, por lo que las mejoras en la comunicación aumentarían el sentimiento de control de los padres (Levetown, 2002).

Los padres cuyo hijo ha estado ingresado en la UCIN pueden desarrollar estrés postraumático, así como trastornos emocionales como ansiedad y depresión (Melnyk, 2004). El ingreso en la UCIN también afecta negativamente a la unidad familiar.

2.3 Factores de riesgo y actitud de los padres de niños prematuros en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Cuando un niño recién nacido ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), junto con él se recibe a una pareja de padres con su autoestima fuertemente golpeada, en tanto se encuentran abruptamente con una realidad muy diferente a la imaginada, y muy diferente también, a lo que la maquinaria social ha venido tejiendo en relación a la maternidad. Ese estado de máxima felicidad y plenitud prometida, se convierte para esos padres, en un estado de máximo estrés y preocupación.

El mundo se torna, entonces, un lugar lleno de peligros, caras serias, tecnicismos y diagnósticos difíciles de comprender y aceptar, un mundo donde el acecho de la muerte aparece, paradójicamente, en el inicio de la vida. La UCIN se convierte inevitablemente en un primer hogar lleno de respiradores, sondas y sonidos de monitores, que presencian día a día, todo lo que perdieron de felicidad y todo lo que ganaron de angustia, en el se desenvuelve personal médico y de enfermería altamente preparado para la atención al niño prematuro que ingresa, pero también se convierten en el apoyo moral y constante de los padres angustiados por el estado actual de su hijo.

Tener un niño prematuro es un factor de estrés para los padres derivado de la imposibilidad de ejercer su rol como tal, ya que los horarios restringidos de la UCIN y la hospitalización forzada de los niños durante unos meses lo hacen

inviabile. Esta situación es especialmente estresante para las madres, quienes también sufren ante los diferentes procedimientos médicos a los que se somete a su pequeño. En cambio, los padres han manifestado más estrés ante el ruido ambiental y los sonidos provenientes de los equipos de la UCIN, según se ha constatado por estudios realizados por MC. Carter y Margaret S. Miles, de la universidad de Kansas.

Dentro de estos estudios, se encuentran como niveladores de estrés en los padres: la apariencia del recién nacido (cambios de color o en la respiración), alarmas y evolución de los monitores que registran sus latidos en la UCIN, procedimientos médicos que se aplican al bebé: inyecciones, tubos, succiones o incisiones, el comportamiento del personal profesional, sus mermados papeles de padres (no poder cuidar al bebe, visitarlo o estar a su lado cuando llora), la obtención de información (Si es inteligible, discrepante entre médicos o se les ha facilitado muy rápidamente).

Board (2004) menciona que la habilidad para soportar el estrés emocional y la conducta definitiva esta influenciada por muchos factores, algunos modificables y otros no, sobre todo el estrés fisiológico de los padres, el cual es provocado en gran medida por la visualización del niño rodeado de equipo de monitoreo, o paralizado y sujetado a un ventilador, coincide con lo anterior en que la apariencia del niño con tubos y líneas intravenosas experimentando procedimientos dolorosos, es una de las principales fuentes de estrés de los padres.

Otra de las situaciones que pueden actuar como estresantes para los padres es que no se disponen de formas habituales de prestar asistencia a sus hijos, auto percibiéndose como innecesarios, la atmósfera de la UCIN los asusta, pudiendo provocar dificultades psicosociales que han sido consideradas como crisis emocionales agudas.

Plaza (2005) dice que hay tanto estrés en los padres que dentro de las reacciones y sensaciones más comunes que los invaden al encontrarse en la UCIN con su bebé pegado a un ventilador, son :

- ❖ Me preocupo por no sentir más amor por mi bebito.
- ❖ Me siento aturdido.

- ❖ Me preocupo de que mi bebé no vaya a saber que soy su madre (o su padre).
- ❖ Me preocupo que el tratamiento en la sala de cuidados intensivos para recién nacidos le cause daños emocionales de larga duración a mi bebé.
- ❖ Me da miedo hacerles preguntas a los médicos y a las enfermeras.
- ❖ ¿Por que mi esposo (a) y yo no nos comunicamos bien acerca de cómo nos sentimos?
- ❖ ¿Por qué tengo miedo si mi prematuro se esta mejorando?
- ❖ ¿Por qué tengo tan poca energía y me siento triste y deprimido?
- ❖ ¿Son excesivos mis temores y sentimientos?
- ❖ ¿Por qué tengo sentimientos de rabia con el personal médico acerca del tratamiento del bebé?

En estos momentos, el personal de enfermería cumple una función relevante, en tanto se constituye en el referente más cercano a los padres. Es quien reconstruye día a día con ellos, la cotidianeidad del bebé, perdida entre tanta tecnología y enfermedad.

Cuando un niño necesita atención médica desde su nacimiento, a causa de prematuridad, pueden ser abrumadores los efectos de estos sucesos inesperados en los padres. Los padres de estos niños pueden mostrar múltiples crisis durante la hospitalización. La enfermera pediatra que atiende al lactante y a sus padres en el periodo de estrés, necesita contar, de manera decisiva para sus tareas, con conocimientos teórico-prácticos de valoración inicial.

Los padres por lo común, muestran signos de ansiedad, miedo e impotencia. Es la enfermera la que termina por ser vista y considerada como la “abogada” de la familia y la persona con la que mantienen interacciones más continuas. La atención de enfermería, por lo común, abarca las necesidades fisiológicas y psicosociales del paciente y sus familiares.

De esta manera, se trata de describir, por medio de los conceptos claves de este trabajo, la importancia de conocer el sentir de unos padres que están sometidos a un estrés constante, basándonos en su actitud y también en la

interrelación que existe con el personal de enfermería que se encuentra bajo cuidado diario del niño prematuro, todo esto con el fin de brindar apoyo constante y una amplia comunicación enfermera-padres.

2.3.1 Respuestas emocionales de los padres.

Con el nacimiento de un niño prematuro, los padres ven bruscamente truncados sus sueños de un nacimiento y una paternidad “normal”. Es lógico llorar por la pérdida de estos sueños, y tales sentimientos pueden permanecer sin límite de tiempo. Incluso cuando crean que los han superado, es posible que determinadas circunstancias los hagan resurgir más tarde. Aunque sus sentimientos son únicos, deben saber que otros padres también han experimentado emociones similares.

Es importante comprender que es normal tener estos sentimientos y buscar las formas de afrontarlos. Existen una serie de emociones o etapas de adaptación que en ocasiones no están definidas. Es frecuente que no ocurran correlacionadas, pero pueden experimentarse a la vez, así lo dice Plaza (2005) a continuación:

- **Estupor y negación**

En un principio existe una especie de shock, incredulidad en creer que esto esté pasando (“esto no me puede estar ocurriendo a mí”). Estos sentimientos y la incapacidad para reaccionar son la forma que tiene su mente para protegerlos de un acontecimiento traumático. Puede que también se hayan sentido desvinculados de los hechos y desorientados, incapaces de comprender todos los detalles de lo que estaba sucediendo. Es probable que quiera que el médico y las enfermeras les den pruebas de los problemas o que les confirmen que lo que están diciendo es verdad. A veces, ver al niño en la incubadora con su nombre, conocer los aparatos a los que está conectado y el por que le puedan dar prueba de que la situación es creíble o hablar de ello con la persona que más confía le servirá de ayuda.

- **Culpabilidad**

Muchas madres y padres se preguntan si son culpables del parto prematuro. Se culpan a sí mismos, haciendo constantes preguntas del tipo “¿Y si...?”, tales como “¿Y si me hubiera cuidado más?” o “¿Y si hubiera consultado antes al médico?”. Estas dudas consumen mucha energía que podría emplear mejor en cuestiones más importantes sobre sus necesidades o las de su familia. Asistir a reuniones de grupos de apoyo o encontrarse con otros padres que han vivido la misma situación les puede ayudar a superar estos sentimientos de culpabilidad.

- **Ira**

La ira es una reacción común frente a la oportunidad perdida de haber tenido un hijo “normal”. Se puede producir furia porque el niño es muy pequeño y está enfermo. Su ira puede ir dirigida a distintas personas: su médico, la pareja, Dios, los padres de niños sanos, contra sí mismos e inclusive contra el mismo niño. Puede también encolerizarse con el personal sanitario, con relación al tratamiento de su hijo. La causa de esta cólera es el dolor, el sufrimiento y la frustración. La ira puede convertirlos en unos padres irritables, impacientes e inestables emocionalmente. Es importante afrontar su ira de forma constructiva, para evitar que afecte a sus relaciones con los demás. No enfrentarse a sus sentimientos de ira, puede llevarle a conductas abusivas o autodestructivas y a la depresión.

- **Temor y ansiedad**

El comienzo traumático de la vida de un hijo puede hacer que se preocupe en exceso de su futuro y la salud del mismo, aunque haya mejorado lo suficiente para irse a casa. En un principio se puede producir angustia cuando suena el teléfono, pensando que pudiera ser el hospital para una mala noticia, cuando entra en el hospital por si algo malo acaba de pasar, por la posibilidad de no encontrarlo en la incubadora. Más tarde, se puede sentir ansiedad por las visitas al médico, las intervenciones quirúrgicas o las evaluaciones acerca de su hijo. También les puede reconfortar hablar con otros padres de niños prematuros.

- **Preocupación**

Casi todos los padres ante un niño pequeño tienen miedo sobre su vida, sufren lo que se llama “aflicción anticipadora”, una manera de prepararse emocionalmente para el caso de que el niño se muera. Ayuda a desahogar el dolor que se siente pero les causa problemas.

Tardarán en ponerle nombre al niño ya que consideran más tolerable su muerte si no tiene nombre. Este temor a la muerte crea una separación temporal del vínculo entre el prematuro y sus padres; por ello, se preguntan si no lo quieren lo suficiente. Al mejorar el niño, se restablece el vínculo afectivo.

Puede preocuparles el daño emotivo que tendrá la UCIN sobre el niño. Investigaciones científicas han demostrado que los procedimientos dolorosos no causan ningún efecto emocional a largo plazo.

Pueden sentir miedo aunque el niño esté mejorando e inclusive ya de alta, en su domicilio. Son reacciones normales porque aún mantienen en su mente las escenas retrospectivas de la UCIN. El considerar estas escenas como comunes les puede ayudar a manejarlas sin preocupaciones. La probabilidad de que pueda sufrir una incapacidad también es frecuente.

En la mayoría de los casos no está dentro de lo posible prever la probabilidad de un futuro impedimento. Hay factores que influyen: la prematuridad extrema, anomalías identificables del cerebro y enfermedades muy graves. No obstante, estos niños con incapacidades en la mayoría de los casos pueden llevar una vida normal.

- **Pesadumbre**

Durante el embarazo se han tenido muchas esperanzas y sueños sobre el niño sano, de gestación completa y con ciertas características físicas, que se frustran en el momento del parto. A menudo, las madres pueden sentirse como si no fueran mujeres completas o madres. Es normal que se apesadumbren por la pérdida de estos sueños, lo mismo que ocurre con la pérdida de una persona querida.

- **Tristeza**

Es completamente natural que se sienta tristeza después de que un ser querido haya sufrido una enfermedad. Puede que tarde un tiempo en superar sus sentimientos de aflicción y decepción. La depresión es la reacción ante un estado de agotamiento emocional que afecta, tanto física como mentalmente. Una de cada cinco personas va a padecer depresión a lo largo de su vida, en la mayoría de los casos después de un acontecimiento o pérdida traumática.

- **Soledad**

A muchas personas les podría parecer que la soledad no es una emoción que experimenten los padres de niños prematuros. Sin embargo, si trabaja antes del nacimiento y ahora se queda en casa con su hijo, puede que ya no tenga acceso a la red de apoyo formada por los compañeros de trabajo y amistades que tenía antes. Además, si debe quedarse en casa para proteger al niño de la exposición a los gérmenes, puede que también se limite su contacto con otros adultos.

2.4 Modelo de Betty Neuman

Betty Neuman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA en California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología, en 1985. El modelo de Betty Neuman, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo (Cisneros, 2002).

Con el propósito de que este estudio sea un aporte a la Enfermería, se fundamenta en un Modelo de Enfermería que lo haga sustentable. Para este estudio se utiliza el Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995), éste tiene variadas influencias teóricas, entre ellas está la teoría general de sistemas, la que establece

que todos los elementos se encuentran en interacción, formando una compleja organización. Además se basa en consideraciones filosóficas, la teoría de Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye y la teoría general de sistemas (Wesly, 2007).

Este modelo es un método de sistemas abiertos y dinámicos para el cuidado de estos pacientes, porque permite entender su interacción con el entorno como sistema, ya que se trata de la familia del prematuro. Además de considerar a este individuo con todas sus variables, tanto fisiológico, psicológico, evolutivo, sociocultural y espiritual, que lo pueden afectar (Marriner, 2007).

Fuentes teóricas

El modelo de los sistemas de Neuman tiene cierta similitud con la teoría de Gestalt, Neuman describe la adaptación como el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades.

Está enmarcado en la teoría de Sistemas, el cual le permite actuar como delineador de límites para un cliente individual, grupos y asuntos sociales. Cada cliente o grupo es único. El cliente como sistema está en intercambio dinámico y constante de energía con su ambiente. Existen estresores ambientales universales conocidos y desconocidos. Cada cliente individual o sistema cliente, ha desarrollado unas respuestas normales al ambiente que se les refiere como las líneas de defensa normales o estado de bienestar óptimo. Cuando las líneas de defensa flexibles no puedan proteger al sistema contra estresores ambientales, el estresor invade las líneas de defensas normales. El sistema está compuesto de cinco variables que interactúan unas con otras, las cuales están en varios grados de desarrollo, y poseen un espacio amplio de estilos interactivos (Marriner, 2007).

Variables:

1. Fisiológicas: Se refiere a las estructuras del cuerpo y sus funciones internas.
2. Psicológicas: Se refiere a procesos mentales y sus efectos ambientales interactivos (internos y externos).
3. Socioculturales: Se refiere a los efectos combinados de las condiciones socio/culturales y sus influencias.

4. De desarrollo: Se refiere aquellas actividades y procesos de desarrollo relacionadas con la salud.

5. Espirituales: Se refiere a creencias e influencias espirituales.

Estas variables se consideran simultáneas, funcionan en armonía, y se mantienen estables en relación con las influencias de los estresores ambientales internos y externos. La percepción del cliente al estresor y la naturaleza de encuentro con el estresor, determinan si el resultado o efecto es beneficioso o nocivo.

El modelo de Neuman clasifica los estresores ambientales en:

- Intrapersonales
- Interpersonales
- Extrapersonales

Están presentes, tanto dentro como fuera del sistema, en crisis situacionales, como maduracionales, sean o no experimentadas por el cliente. Poseen el potencial para reaccionar con el cliente o causar una reacción definidos (Wesly, 2007).

Aplicación de datos empíricos:

Neuman basó los conceptos de su modelo más en teorías asentadas que en las investigaciones de enfermería, así evaluó la utilidad del modelo, presentándolo como un instrumento de trabajo para los alumnos de enfermería, considerando los siguientes supuestos (Cisneros 2002):

Supuestos principales.

- ❖ **Enfermería:** Profesional especial, en el sentido de que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés.
- ❖ **Persona:** Paciente/sistema del paciente, ya se trate de un individuo, una familia, un grupo o una comunidad o una entidad social.
- ❖ **Salud:** Continuo que va del bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica y que está sujeta a un proceso de cambio permanente.

- ❖ **Entorno:** Conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al hombre e interaccionan con él.

Afirmaciones teóricas:

Son las que se establecen entre los conceptos esenciales de un modelo, Neuman describe a la enfermera como una participante activa junto con el paciente que está relacionada con las variables que influyen en la respuesta de la persona a los factores estresantes.

Principales conceptos y definiciones.

- ❖ **Aproximación integral al paciente:** El modelo es un método de sistema abierto y dinámico, dirigido al cuidado del paciente y desarrollado con el fin de ofrecer un enfoque unificador con el que definir los problemas de enfermería y comprender mejor al paciente en su interacción con el entorno.
- ❖ **Noción integral:** El modelo contempla todas las variables que afectan de modo simultáneo al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, sociológicas, de desarrollo y espirituales.
- ❖ **Sistema abierto:** Es cuando sus elementos intercambian energía de información dentro de una organización compleja.
- ❖ **Entorno:** Está constituido por el conjunto de las fuerzas internas y externas de todas las variables del sistema para lograr la interacción, la estabilidad y la integridad del sistema, que rodean o interactúan con el hombre/paciente, asociado a éste se encuentra los factores estresante (intrapersonales, interpersonales, extrapersonales) que son las fuerzas del entorno que interaccionan con el sistema y pueden alterar su estabilidad”.
- ❖ **Estructura básica:** Formada por todas las variables como factores de supervivencia comunes a todo ser humano, así como por las características únicas de cada individuo.
- ❖ **Proceso o función:** Es el intercambio de energía e información con el entorno y la interacción de las partes y subpartes del sistema del ser humano.

- ❖ **Entradas y salidas:** La materia, energía e información que se intercambia entre el hombre y el entorno.
- ❖ **Retroalimentación:** Proceso dentro del cual la materia, la energía y la información como elementos del sistema de salida, provocan una respuesta en forma de acción correctora que cambia, mejora o estabiliza el sistema.
- ❖ **Negentropía:** Proceso de utilización de la energía que ayuda a encaminar al sistema hacia la estabilidad y el bienestar.
- ❖ **Entropía:** Proceso de agotamiento de la energía y desorganización que lleva al sistema hacia la enfermedad.
- ❖ **Factores estresantes:** Fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema y son estímulos que pueden traspasar las líneas de defensa del paciente.
- ❖ **Bienestar:** Se produce cuando las partes del sistema interaccionan en armonía.
- ❖ **Enfermedad:** Falta de armonía entre las partes del sistema.
- ❖ **Línea normal de defensa:** Estado de estabilidad del individuo, el sistema o la situación, que se produce tras la adaptación a los factores estresantes y que se mantiene durante un periodo que es considerado normal.
- ❖ **Líneas flexibles de defensa:** Estado dinámico de bienestar, particularmente susceptible a la circunstancia de una situación. Cambia constantemente en respuesta a simples o múltiples variables o tensores: Biológicos, psicológicos, socioculturales y de desarrollo.
- ❖ **Línea de resistencia.** Recursos que ayudan al paciente a defenderse del factor estresante.
- ❖ **Grado de reacción.-** Nivel de inestabilidad del sistema derivado de la invasión de la línea normal de defensa o por un factor estresante.
- ❖ **La prevención como intervención:** Se realiza en 3 niveles de prevención: primaria, secundaria, y terciaria.
- ❖ **Prevención primaria:** Se efectúa en intervenciones iniciadas antes o después del encuentro con un tensor. Incluye la posibilidad de disminuir el encuentro con el tensor o de fortalecer la línea flexible de defensa. El objetivo es evitar

que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa, disminuir el grado de reacción o ambos y, por tanto, la posibilidad de hacer frente al tensor.

- ❖ **Prevención secundaria:** Se realiza en intervenciones iniciadas después de que el tensor penetra la línea normal de defensa. El objetivo es atender oportunamente los casos, planificar y evaluar las intervenciones relacionados con los síntomas.
- ❖ **Prevención terciaria:** Se realiza en intervenciones durante el establecimiento del equilibrio. El objetivo se dirige hacia la reeducación, readaptación, conservación de la estabilidad y aplicación de intervenciones primarias.
- ❖ **Reconstitución:** Resolución del tensor desde un profundo grado de reacción hasta la línea normal de defensa (Marriner, 2007).

El estudio de los factores ambientales que producen estrés en los padres, permite que Enfermería brinde cuidados integrales a la persona en su totalidad, no sólo al basarse y preocuparse de una patología específica que está afectando a la persona, sino que maneja todas las variables que afectan las respuestas de ésta, considerando además que éste experimenta cambios constantes y constituye un sistema abierto en interacción recíproca con su entorno (Marriner, 2007).

“Existen muchos factores estresantes del entorno conocidos, desconocidos y universales, que se diferencian unos de otros por su capacidad para perturbar el nivel de estabilidad habitual del paciente o la línea normal de defensa. Las interrelaciones particulares de las variables del paciente (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales) en un momento dado pueden influir en el grado de protección que le ofrezca la línea flexible de defensa frente a una posible reacción a un solo factor estresante o a una combinación de varios” (Gómez, 2006).

2.5 Estudios relacionados

En una investigación que se efectuó en Costa Rica en la que entrevistan a padres y madres de niños prematuros, la reacción de los padres y las madres ante la primera vista a la UCIN: un 30% se sentían asustados pero tranquilos y un 70% muy tristes y angustiados. Además, expresaron que se hallaban en un ambiente desconocido y en proceso de asimilación del nacimiento prematuro de su hijo(a), para lo cual no estaban preparados. La situación los tenía aturdidos, confundidos, desorientados, “la experiencia demuestra que la internación en la UCIN provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras” (Hernández, 2009).

En esta investigación la Unidad de análisis es la interacción de los padres y madres. La evaluación obtenida en el cumplimiento del protocolo fue de un 75%. El porcentaje resultó menor a la meta. El dato es el reflejo de la dificultad del personal para establecer una interacción cordial con los padres de familia, la cual favorece el contacto del niño o la niña con su familia.

En la unidad se resaltó lo siguiente: preparación de los padres ante la primera visita a la UCIN, orientación de estos con respecto a las normas y rutinas de la Unidad y la facilitación del contacto de los padres con sus hijos e hijas. Hubo un 40% de las enfermeras que dedicaban tiempo para interactuar con los padres.

Por medio de la evaluación, se identificó que es imperativo concientizar al personal sobre el asunto (la participación activa con los padres de familia en el cuidado de sus hijos) y el diseñar estrategias para satisfacer tanto las necesidades físicas y emocionales del RN como las de sus padres. Los progenitores deben superar tanto el nacimiento de un RNP como el periodo estresante de su hospitalización, por lo que requieren apoyo emocional y profesional (Hernández, 2009).

En un estudio realizado en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de la ciudad de Bogotá, Colombia, que pretendía conocer cómo viven, sienten y perciben las experiencias a las que se encuentran expuestos los padres durante la hospitalización del recién nacido, se concluyó que la costumbre o la rutina lleva a pensar muchas veces que el personal de enfermería sabe cómo se sienten y qué

piensan los padres de niños hospitalizados, debido a que ya han visto a otros padres en la misma situación en la que ellos se encuentran; esto hace que la relación entre las enfermeras y los padres sea más distante.

Conocer lo que puede estar pasando en estos momentos, puede ayudar a reorientar las acciones en el quehacer de enfermería. Entender las manifestaciones de los padres o comportamientos, implica comprender sus sentimientos, especialmente cuando se presenta como un evento inesperado, no contemplado dentro de las expectativas, ante el nacimiento de su hijo.

El lenguaje empleado en el momento de proporcionar la información a los padres acerca del estado de sus hijos, les debe permitir comprender lo que sucede en estos momentos y aclarar sus dudas (Arenas, 2005).

III.- METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio.

El estudio de investigación es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, (Hernández, 2007).

3.2 Universo y muestra.

Población:

Padres de niños que hayan experimentado y manifestado situaciones estresantes y de conflicto por el nacimiento de un hijo prematuro, que sean ingresados a la UCIN del Hospital Privado Almater, en la ciudad de Mexicali, Baja California, México, en el año de 2009.

Muestra:

En cuanto al tamaño de la muestra intencional, se considerará a 15 padres de niños prematuros ingresados al servicio UCIN, en el año 2009. Es importante mencionar que, debido a que el lugar de estudio fue en una clínica particular, el número total de nacimientos de este tipo es bajo, es por ello que se analiza el 100% de los casos.

Criterios de inclusión: Parejas de padres que tuvieron niños prematuros en el hospital Almater, en el año 2009 y que hayan sido canalizados al servicio de cuidados intensivos neonatales.

Criterios de exclusión: Parejas de padres de niños que nacieron a término de sus 40 semanas de gestación y que requirieron de atención en la unidad de cuidados intensivos neonatales en hospital Almater, en el año 2009.

Criterios de eliminación: Parejas de padres que tuvieron niños prematuros que hayan sido canalizados al servicio de cuidados intensivos neonatales en el año 2009, que hayan nacido en el hospital Almater, pero que no se haya localizado su domicilio o no haya aceptado participar en la investigación.

3.3.- Plan de recolección de datos

Para la recolección de información, se aplicó un instrumento que mide el nivel de estrés en los padres que tienen a un bebé prematuro en la UCIN, redactado por la enfermera Margaret S. Miles, RN, PhD, publicada en 1993, donde se refiere un coeficiente mayor de 0.70 y una consistencia interna de 0.94. Traducida al español por Reynaga Luxana, en 1996, la cual da su autorización para futuras investigaciones relacionadas al respecto. El instrumento consta de 46 Ítems de respuesta cerrada en escala de medición ordinal tipo Likert de 6 niveles, donde cero significa que no fue experimentado, hasta 5 donde significa extremadamente estresante: 1= No estresante, 2= un poco estresante, 3= Moderadamente estresante. 4= muy estresante. 5 extremadamente.

Consta de cuatro secciones que son:

- 1.- Vistas y sonidos.
- 2.- El aspecto, comportamientos y tratamientos del bebé.
- 3.- La relación de los padres con el bebé (papel del padre).
- 4.- Comportamiento y comunicación con el personal.

3.4.- Material y Métodos

La investigación se realizó en un hospital privado de la ciudad de Mexicali, Baja California, de cuya institución solo se solicitaron las direcciones y apoyo para la localización de los padres para invitarlos a participar en dicha investigación. La encuesta fue aplicada cuando el bebé salió de la terapia intensiva y fue llevado a su casa, ya que según los padres, para ellos fue más factible contestar a las preguntas ya con su bebé más estable y recuperado, refirieron que si hubiera sido en el momento de hospitalización se hubieran sentido mas invadidos en sus sentimientos y con mayor frustración por el tipo de preguntas realizadas.

Para la aplicación del instrumento se consideró la actividad laboral y horario de los padres, para acoplarlos y que ambos (papá-mamá), participaran en el estudio y dieran su consentimiento. La encuesta se aplicó en conjunto para tomar evidencia de reacciones y emociones que pudieran presentar durante el interrogatorio.

Se consideró que fueran días en los cuales se encontraban los dos en su hogar y que fuera factible para visitas, ya sea un día de descanso de ambos que por lo regular son los domingos o el que ellos consideraron conveniente, pero siempre procurando no interrumpir en sus actividades diarias y sus horarios establecidos, acoplándose las necesidades de la pareja.

Los recursos que se utilizaron fueron solamente las encuestas, con los resultados se pretende brindar asesoramiento al personal de enfermería para ofrecer una mejor atención en este tipo de casos y así una mejor comunicación y apoyo a los padres que enfrenta esta situación.

3.5 Plan de análisis

Los resultados están presentados de acuerdo a las estadísticas planteadas, por medio del programa estadístico SPSS 17. Organizando los resultados en tablas. Para los datos demográficos se utilizaron medidas de estadística descriptiva tales como frecuencias y porcentajes.

Para calificación del instrumento se utilizaron dos formas nominadas de la siguiente manera (Miles 1993):

Métrica 1: nivel de ocurrencia del nivel del estrés; es el nivel del estrés producido cuando una situación ocurre, en este caso solo los que reportaron tener la experiencia reciben un puntaje en el ítem, aquellos que reportaron que no experimentaron la situación contemplada en el ítem se codificaron como perdidos. Los puntajes de las subescala se calculan entonces promediando las respuestas de estrés para los ítems de cada subescala y de la escala total. Es importante mencionar que el denominador para obtener el promedio para cada subescala es el número de ítems de esa subescala, que fueron experimentados por el padre. Miles, (1993) recomienda su utilización cuando el enfoque es el ambiente, para obtener una mejor comprensión de la cantidad del estrés que cada aspecto del

ambiente reproduce. En este estudio se utilizó este tipo de calificación en la presentación de los resultados de los puntajes promedio para cada subescala y en el porcentaje de padres que experimentaron cada ítem o dimensión.

Métrica 2: Nivel total del estrés. Es el estrés total del ambiente. En este caso los padres que no reportaron tener la experiencia en un ítem son calificados como 1, indicando que no fue experimentado estrés. Los puntajes de las subescalas fueron calculados con el promedio de estas respuestas de estrés para los ítems de subescala y para la escala total. El denominador para obtener el promedio de cada subescala fue el número de la subescala. Miles (1993) recomienda su utilización cuando el enfoque es en los padres, para describir los niveles de estrés que ellos han experimentado en relación al tener un hijo hospitalizado en la UCIN. Este tipo de calificación fue referido en la presentación del ítem de estrés general y en la del puntaje promedio de estrés de la escala total (promedio de las cuatro subescalas)

Mediante correlaciones de Pearson intersubescalas y mediante el Alfa de Cronbach para cada subescala y para la escala total se conoció la confiabilidad de las mismas para la población estudiada.

Se pretende exponer los resultados obtenidos en el hospital privado de donde se obtuvo la información requerida para brindar un panorama más amplio de lo que puede implicar el estrés en los padres de niños prematuros en la UCIN, de esta manera se darán alternativas de capacitación al personal de enfermería para una apropiada atención a los mismos, tratando de mejorar de esta manera la atención adecuada y oportuna.

3.6 Ética del estudio.

El Consejo de la Organización Internacional de las Ciencias Médicas (CLOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) formularon un documento en 1982, revisado en 1993, llamado Dirección Ética Internacional para investigaciones Biomédicas en Seres Humanos (Guimarães, 2002). Este documento se fundamenta en los principios del Código Núremberg con:

- La Declaración de Helsinki.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Reforma (2009).

En estos documentos se incluyen entre otros aspectos:

- El anonimato de los sujetos.
- Confidencialidad de la información proporcionada por los pacientes y recabada a través de la información.
- Los derechos del paciente en estudio a cualquier información solicitada en relación a la investigación y a retirarse en el mismo momento que así lo decida.

A los pacientes se les solicitara su consentimiento verbal y escrito para incluirse en el estudio, dando a conocer los objetivos del mismo.

IV.RESULTADOS

El estudio se realizó a padres de familia que tuvieron la experiencia de tener un hijo prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un hospital privado de la ciudad de Mexicali dentro de un periodo que fue del año 2009 al 2010 por medio de una encuesta ya validada, en la cual por medio de preguntas ya estructuradas y con opciones de respuestas ya específicas, expresaron su sentir al estrés manifestado en su momento.

Los resultados se presentan de la siguiente manera: Datos demográficos y de información de los padres y sus hijos, descripción de los estresores Extrapersonales e Interpersonales más frecuentes que sobresalieron y de mayor importancia referidos por los padres en las diferentes áreas de la encuesta.

Datos sociodemográficos de los padres

La edad de la muestra estudiada fue de 20 a 35 años, como se observa el sexo femenino fue quien más contestó la encuesta, así también en un 100% la pareja contestó su estado civil, religión y escolaridad.

Tabla 4.1 Datos sociodemográficos de los padres

Característica	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Edad	20 a 25	8	53.3%
	26 a 30	5	33.3%
	31 a 35	2	13.3%
Sexo	Femenino	11	73.3%
	Masculino	4	26.6%
Estado Civil	Casados	10	66.6%
	Unión libre	4	26.6%
	Divorciados	1	6.6%
Religión	Católica	13	86.6%
	Otra	2	13.3%
Escolaridad	Secundaria	---	
	Preparatoria	2	13.3%
	Profesional	13	86.6%

Fuente: Escala de estrés en los padres: unidad neonatal de cuidados intensivos 2009

Información de los hijos

Se registran algunas características generales de los neonatos hospitalizados en la UCIN. Del total de neonatos a cuyos padres se encuestaron el 86.6% nació por cesárea y el resto por parto normal. El 73.3% es primogénito y el 26.6% es segundo o tercer hijo de la pareja. La mayoría de los niños fue de bajo peso al nacer, siendo el mayor porcentaje de entre 700gr y 1kg de peso con un 86.6%. En cuanto a los días de hospitalización el 86.6% estuvieron entre 3 meses o más, esto se puede observar en la tabla 4.2

Tabla 4.2 Características Generales del Neonato

Característica	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de parto	Cesárea	13	86.6%
	Parto normal	2	13.3%
Número de hijo	Primogénito	11	73.3%
	2do o 3er hijo	4	26.6%
Edad gestacional	26-30 SDG	12	80.0%
	30-34 SDG	3	20.0%
Peso al nacer	De 700 a 1kg	13	86.6%
	De 1kg a 1.5kg	2	13.3%
Días en el hospital	1 a 2 meses	2	13.3%
	3 meses o mas	13	86.6%

Fuente: Escala de estrés en los padres: unidad neonatal de cuidados intensivos 2009

Descripción de los estresores

Esta parte está dividida en secciones: Estresores extrapersonales, las cuales son: monitores, sonidos, aspectos y comportamientos del bebé y los estresores Interpersonales se encuentra relación y papel de padre, comportamiento y comunicación con el personal.

Estresores extrapersonales: Las características del aspecto y sonidos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que fueron valoradas se incluyeron la presencia de monitores y equipo, los ruidos súbitos de las alarmas de los monitores y la presencia de otros niños enfermos, el gran número de gente que trabaja en la Unidad y que el bebé estuviera conectado a un ventilador.

Cabe mencionar, al momento de la encuesta muchos papás refirieron que era una causa de mucha incertidumbre escuchar las alarmas de los monitores pues siempre pensaban que se trataba de alguna urgencia, que sus bebés dejaban de respirar o el mismo estímulo por su parte hacia que los afectara hemodinámicamente y por eso entraban las alarmas, los ruidos repentinos de alarmas de los monitores en este punto de la encuesta tanto la respuesta de muy estresante como la de extremadamente estresante se encuentran con un 40%. Este hecho era en verdad de gran sobresalto para los papás, pues curiosamente pasaba justo cuando le hablaban o estimulaban a su bebé y eso provocaba mucha angustia y desesperación en los padres al imaginar que le habían hecho algún daño y ahí se tenía que dar el tiempo como personal de enfermería en explicarles el porqué del ruido repentino de las alarmas.

Con un 53.3% tenemos a papás extremadamente estresados por ver a sus bebés conectados a una máquina para poder respirar, Fue muy determinante ver el estrés por tener a un bebé conectado a una máquina, estimulándolo para poder respirar debido a su inmadurez, el hecho de explicarles a los padres el porqué de esta situación fue de mucha angustia y desesperación y los cuestionamientos de culpa no se hacían esperar.

El estado de angustia de los padres (53.3%) fue extremadamente estresante al encontrarse a sus bebés con múltiples incisiones o moretones

debido a las canalizaciones o tomas de muestras de laboratorio que por el hecho de tener venas tan delgadas, obligaba a tener que estar canalizando casi a diario. Algunos papás todos los días llegaban revisando a sus bebés de la cabeza a la punta del pie y sus constantes interrogantes del porqué un moretón o un piquete más.

Indiscutiblemente tenemos con un 73.3% que para los padres el hecho de ver dejar de respirar a su bebé fue extremadamente estresante. Considerando que este fue uno de los principales motivos de estrés de los padres, ver a sus bebés que no respiraran, que no se movían por lo mismo y que cambian de color, todo esto asociado, logró que fuera una de las principales causas de estrés en ellos, más que nada en las mamás, pues así lo manifestaron al momento de contestar la encuesta.

Con un 60% de los encuestados obtenemos que para ellos fue muy estresante ver agujas y tubos puestos en su bebé. Esta pregunta está muy relacionada con la anterior, por lo que el grado de estrés se comparte en las dos. Aquí las principales interrogantes de los padres eran: ¿Hasta donde llega en tubo que tiene en la boca?, ¿Van a poder hablar cuando se lo quiten?, ¿Le va a causar un daño cerebral a mi bebé?

Concluyentemente para el mayor porcentaje de los padres encuestados (46.7%) fue extremadamente estresante ver la apariencia débil de su bebé, Este punto también fue de impacto en los padres, pues ver a su bebé tan pequeño e indefenso que lo hacía parecer débil fue muy traumante para ellos.

En la siguiente tabla se pueden observar los resultados que más sobresalieron y de mayor importancia por las diferentes áreas de la encuesta, en las cuales algunas respuestas más sobresalientes redundaban entre muy estresante y extremadamente estresante.

Estresores Extrapersonales

Tabla 4.3 Frecuencias con puntaje extremadamente, muy estresante y moderadamente estresante

Variable	Nivel de estrés	Frecuencia	%
Presencia de monitores y aparatos Ruidos de monitores y aparatos	Muy estresante	7	46.7
	Moderadamente estresante	6	40.0
Alarmas del monitor	Muy estresante	6	40.0
	Extremadamente estresante	6	40.0
Tubos o aparatos puestos en el bebe	Muy estresante	5	33.3
Moretones, cortadas o incisiones en el bebe	Muy estresante	6	40.0
	Extremadamente estresante	8	53.3
Forma de respirar anormal o poco usual en el bebe	Muy estresante	6	40.0
	Extremadamente estresante	8	53.3
Ver a bebe dejar de respirar	Extremadamente estresante	11	73.3
Tamaño pequeño del bebé	Muy estresante	7	46.7
Tener una maquina que respira por el bebe	Extremadamente estresante	8	53.3
Ver agujas y tubos puestos en el bebé	Muy estresante	9	60.0
Bebé alimentado por una línea o tubo	Moderadamente estresante	7	46.7
Apariencia débil del bebé	Extremadamente estresante	7	46.7

Fuente: Escala de estrés en los padres: unidad neonatal de cuidados intensivos 2009

Estresores Interpersonales

En esta sección se consideraron las relaciones con el bebé y el rol paterno, considerando los siguientes Items: Estar separado de mi bebé, no alimentar personalmente a mi bebé, no ser capaz de cuidar por mi mismo a mi bebé, no ser capaz de cargar a mi bebé, sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor, no poder estar a solas con mi bebé. Así también se consideran la conducta del personal y la comunicación.

Uno de los de mayor porcentaje, con un 46.7%, fue extremadamente estresante el hecho de estar separados de sus bebés, el ver la angustia que sentían los padres los primeros días de hospitalizado su bebé de tener que irse y dejar en la UCIN era motivo constante de llanto y desesperación más por parte de las mamás que de los papás, el sentirse desolados y con miedo de regresar al día siguiente y ya no encontrarlos era una angustia constante.

Un 46.7% de los papás manifestaron que es muy estresante no poder alimentar a su bebe, mientras que con un 40%, lo vivió extremadamente estresante y solo un 13.3% no lo considero estresante. Las mamás fueron las que mayor frustración sentían en este punto pues muchas de ellas querían poder brindar el seno materno y por la gravedad de sus bebes no se podía, al igual que alimentarlos por ellas mismas.

Otro punto que fue extremadamente estresante para los padres de los bebes, fue el de impotencia sentir no ser capaz de cuidar al bebé por sí mismo esto lo manifestó un 66.7%, seguido de un 20% que lo consideraron muy estresante y solo con un 6.7% poco o nulo estrés. Siempre los papas preguntaban de qué manera podían ellos ayudar a sus hijos a salir de esa condición, si con el hecho de tocarlos o hablarles era suficiente para que ellos salieran adelante.

Con un 33.3%, para los encuestados fue extremadamente estresante el no poder ser capaz de cargar a sus bebes cuando querían, con un empate de 20% tuvimos que para unos papas fue muy estresante y para otros con el mismo porcentaje fue moderadamente estresante, y con un 13.3% poco y nulo estrés. En

este punto era de regocijo ver las caras de la mamá, cuando por fin podían hacerlo.

Dentro de los estresores interpersonales un punto de relevancia fue el hecho de los padres de sentirse impotentes e incapaces para proteger a su bebé del dolor, ya que con un 80% de los encuestados contestaron que para ellos era extremadamente estresante.

El hecho de que el personal de salud estuviera más cerca del bebé que sus propios padres en cuestión de tiempo no fue de estrés para ellos, ya que lo reflejan con un 46.7%. En cuanto al punto sobre el personal utilizando palabras que no entienden los padres, tenemos que un 60% no lo consideró motivo de estrés. Otra cuestión que no fue de relevante estrés fue el tener versiones diferentes sobre la condición del bebé, ya que un 46.7% no lo tomó como estresante, mientras que un 26.7% si fue extremadamente estresante.

Fue extremadamente estresante el no dar suficiente información a un 26.7%. El sentir de los padres era el saber si su hijo avanzaba o retrocedía en su tratamiento y curiosamente se daban cuenta, pero como personal de enfermería no podíamos dar esa información y más crecía la angustia a tener que esperar ver al médico a que diera informes.

No fue de estrés para los padres el hecho de que no se hablara lo suficiente con ellos en su estancia en la UCIN, con un 66.7%, mientras que para un 13.3% fue moderado o extremadamente estresante. Tampoco fue estresante ver muchas y distintas personas hablándoles a los padres, pues así lo refirieron con un 86.7% y solo un 13.3% lo consideró poco estresante.

El no tener la seguridad de que llamen para dar información de cambios sobre la condición del bebé no fue estresante para los padres con un 33.3%, mientras que con un 20% fue o muy o extremadamente estresante.

Un punto en particular que si fue considerado como muy estresante con un 40% según el sentir de los padres, era el hecho de ver al personal preocupado por su bebé, mientras que para un 26.7% no lo fue.

Muchas veces por el hecho de tener que hacer un procedimiento específico con el bebé, hacía que el personal de salud les pidiéramos a los padres salir de la

habitación para poder trabajar con el niño y para ellos esta situación se sentía moderadamente estresante con un 40%, otro 26.7% no lo consideró estresante. Esta pregunta fue total y absolutamente neutra pues al cuestionarlos sobre si el personal actúa como si no entendiera el comportamiento de su bebé, hubo igualdad de respuestas en un 20%.

Para finalizar, la pregunta que engloba en si toda la investigación, el cuestionarles a los papás de estos bebés, si fue estresante el hecho de haber tenido a su bebé hospitalizado en la UCIN, sin mayores preámbulos, indiscutiblemente con un 66.7% contestaron que fue muy estresante, seguido de un 20% que lo sintieron extremadamente estresante y solo un 13.3% moderadamente estresante. Como se puede observar, no hubo una sola respuesta donde se considerará el hecho de que no fuera causa de estrés y angustia.

Esto se puede observar en la siguiente tabla en la cual se muestran los porcentajes de relevancia en esta sección.

Tabla 4.4 Estresores Interpersonales

Variable	Nivel de estrés	Frecuencia	%
Estar separado de su bebé	Extremadamente estresante	7	46.7
No alimentar personalmente al bebé	Muy estresante	7	46.7
	Extremadamente estresante	6	40.0
Ser capaz de cuidar por mi mismo a mi bebé	Extremadamente estresante	10	66.7
No poder ser capaz de cargar al bebé cuando querían	Moderadamente estresante	5	33.3
Sentirse impotentes e incapaces para proteger a su bebé del dolor	Extremadamente estresante	12	80.0
Dificultad para obtener información	Moderadamente estresante	5	33.3
Estrés general por tener hospitalizado al bebé	Muy estresante	10	66.7

Fuente: Escala de estrés en los padres: unidad neonatal de cuidados intensivos 2009.

Dentro del puntaje promedio total de los estresores extrapersonales e intrapersonales, fue identificado como primer estresor extrapersonal para los padres la presencia de monitores con un puntaje promedio de 3.05 que significa extremadamente estresante, al existir una correlación significativa de 0.01

Con respecto a la pregunta sobre si los ruidos constantes de monitores y aparatos fueron motivo de estrés con un puntaje de 2.12, seguido de tubos o aparatos puestos en el bebé con 3.16, que significa muy estresante, el puntaje promedio total de estrés para el aspecto y sonidos de la UCI fue de 3.01 que significa muy estresante como se puede ver en la en la tabla 4.5

La siguiente tabla muestra los puntajes promedio obtenidos para cada de las cuatro subescalas y para el promedio del estrés total obtenido en la métrica 1.

Tabla 4.5 Puntajes promedio de los padres por factores ambientales (métrica 1)

Factores ambientales UCIN	Puntaje	D. E	Nivel de estrés
Subescalas	promedio		
<i>Estresores Extrapersonales</i>			
Aspectos y sonidos de la Unidad	2.95	1.2	Moderadamente estresante
Presencia de monitores y equipo	3.05	1.35	Moderadamente estresante
Apariencia y conducta del niño	3.14	0.1	Extremadamente estresante
Tubos y equipo cerca del bebé	3.16	1.49	Moderadamente estresante
Ver al bebé dejar de respirar	3.07	1.5	Extremadamente estresante
Total	3.04		
<i>Estresores Interpersonales</i>			
Relación y rol de padres	3.7	1.09	Moderadamente estresante
Estar separado del bebé	4	1.24	Extremadamente estresante
Comunicación con el personal	2.55	1.16	Moderadamente estresante
No hablan lo suficiente conmigo	1.54	1.84	Poco estresante
<u>Total</u>	3.12		
<i>Total Métrica 1</i>	3.01	0.84	Moderadamente estresante

Fuente: Escala de estrés en los padres: unidad neonatal de cuidados intensivos 2009

D. E.= Denominador estresor se obtiene considerando el núm de ítems de cada subescala.

El promedio de los puntajes de las cuatro subescalas es de 2.57 %, o sea entre los niveles de estrés los que más resaltan están entre poco y moderado.

Al final de la escala, está incluido un ítem donde se pide calificar el estrés general provocado por tener la experiencia de tener un bebé internado en la UCIN; el puntaje promedio que resulto de este ítem fue 3.0 Mostrando en general esta experiencia como muy estresante (métrica 2). El 66.7% de los padres calificaron este ítem como extremadamente estresante.

La siguiente tabla muestra los puntajes promedio obtenidos para cada una de las cuatros subescalas y para el promedio estrés total obtenido en la métrica.

Tabla 4.6 Puntajes promedio subescalas métrica 1

Sub escalas	Promedio	Nivel de estrés
Estrés general	3.0	Muy estresante
Comunicación	2.55	Moderadamente estresante
Relación y Rol de padres	3.07	Extremadamente estresante
Apariencia y conducta	3.14	Extremadamente estresante
Aspectos y sonidos	2.95	Moderadamente estresante
Promedio general	2.57	

Fuente: Escala de estrés en los padres: unidad neonatal de cuidados intensivos 2009

4.1 Discusión

En la primera parte de la encuesta que es de VISTAS Y SONIDOS se obtuvo como resultados sobresalientes que para los papas es muy estresante la presencia de monitores y aparatos con un 46.7% al igual que los ruidos de alarmas de monitor con un 40%. Estos resultados son similares a un estudio realizado por Sánchez Castellanos (2004) quien también demostró que la dimensión de aspectos y sonidos de la unidad, que se refiere a lo que la madre ve y escucha, fue referido como extremadamente estresante debido a la presencia de monitores y equipos, el ruido constante de estos y los sonidos de las alarmas de los monitores. Otro punto de comparación fue en el estudio realizado por Parra, Moncada, Oviedo y Marquina (2009) donde con un 10.1% refirieron los padres encuestados manifestaron que los ruidos de alarmas y equipos de la UCIN, les distraen durante la visita que realiza a su hijo.

Con respecto a la sección de aspectos y comportamientos del bebe, se observó que el 73.3% considera extremadamente estresante el ver a su bebe dejar de respirar, Con un 60% se encontró que es mucho estrés el ver agujas y tubos puestos en su bebe. El 53.3% comenta que es extremadamente estresante ver moretones, cortadas o incisiones, igual que tener una maquina que hace respirar a su bebe. A diferencia con el estudio realizado por Hernández Herrera (2002) el cual muestra que la mayoría de los padres consideró que los aparatos lastiman al niño, pero son necesarios con un 58% y lo perciben como gravedad del niño y probabilidad de fallecimiento (44%).

En cuanto a la relación y papel de padre, lo que más sobresalió con un 80% de manera extremadamente estresante fue el hecho de sentirse impotente e incapaz de proteger a su bebe del dolor. Con un 66.7%, fue de igual manera extremadamente estresante sentirse impotente sobre cómo ayudar a su bebe. Y como último punto a destacar, con un 46.7%, estar separado de su bebe fue extremadamente estresante. Hernández Herrera y Flores Hernández (2002) en su estudio refieren resultados similares, ya que con un 86% de sus encuestados refieren preocupación por la evolución y complicaciones de su bebe, mientras

que con un 14% de los padres mencionaron sentirse estresados por las condiciones críticas del bebé. Esto muestra entonces, que el papel del padre es sumamente de estrés para ellos ya que la impresión de ver a sus hijos, la impotencia y la inseguridad por el estado general de su bebé es causa fundamental de mortificación para ellos.

Para finalizar, en el último punto de la encuesta, comportamiento y la comunicación del personal, se encontró que no necesariamente es un punto que genere mucho estrés en los padres, ya que por ejemplo, sobresalió con un 86.7% que no era estresante ver que el personal de salud explica las cosas muy rápidas, al igual que existan muchas y distintas personas hablándoles. Con un 66.7% tampoco fue estresante que el personal no hable lo suficiente con los padres y por último, con un 60% no es generador de estrés que el personal utilice palabras que los padres no entiendan. A diferencia con el estudio de Hernández-Herrera (2002), mas de la mitad de los encuestados refieren la necesidad de información por parte del medico (62%), aunque reconocen que la enfermera les puede ayudar con la atención del niño e información (68%) y con apoyo emocional (38%). Por otra parte, Parra, Moncada, Oviedo y Marquina (2009), refieren en su estudio que un 51.6% de los padres expresaron que les genera temor el hecho de que algún día al llegar a la unidad, los médicos le tengan la noticia que su hijo ha sufrido otras complicaciones.

Para englobar todo lo que fue la encuesta y como pregunta clave para culminar de manera precisa, la cual fue que estrés se generó al tener un bebé hospitalizado en la UCIN, el 66.7% de los encuestados coincidieron en contestar que es mucho el estrés provocado por esta situación, seguido de un 20% que lo consideraron extremadamente estresante y el 13.3% restante expreso que fue moderadamente estresante. Mientras que en el estudio realizado por Parra, Moncada, Oviedo y Marquina (2009), fue un 58.1% quienes manifestaron que es un estrés extremo y con un 86% como resultado de estrés, fue lo expuesto en el estudio de Hernández Herrera (2002), demostrando de esta manera que indiscutiblemente es un hecho irrevocable la angustia, temor, desesperación

generado en estrés que tienen los padres al tener a su bebe en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

V.CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

El hecho de que un niño ingrese a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es una experiencia sumamente estresante para los padres, por lo cual este trabajo permitió dar un panorama mucho más amplio en virtud de que por medio de la entrevista y las reacciones adjuntas de los padres, se pudo constatar la importancia que conlleva el sufrimiento, frustración y desesperación que sienten al momento de tener a su hijo en estado crítico. El personal medico tiene un papel muy importante a desarrollar, sobre todo el personal de enfermería, ya que es quien esta las 24 horas del día con el paciente y esta situación hace que los familiares busquen el apoyo y la comprensión, pues aunque muchas veces el medico da las explicaciones pertinentes sobre el estado de salud del niño, el mismo grado de estrés, hace que los padres no entiendan o no quieran ver la situación real de su bebé. El sentir la confianza por parte del personal de enfermería y permitir tener un contacto más directo con su bebé, hace de cierta manera que ese estrés disminuya de manera considerable o que por lo menos tenga un medio de desahogo para ellos permitiendo de esta manera tratar de analizar y comprender más su situación.

SUGERENCIAS

- Como primera sugerencia es muy importante siempre decirle a los padres que se tienen que armar de mucha paciencia, pues son niños que por lo regular requerirán hospitalizaciones muy largas por mas de 3 meses en los cuales van a ver altas y bajas en la situación hemodinámica del bebe.

- Implementar lineamientos que contribuyan a la disminución del estrés y que permitan orientar a los padres para contrarrestarlo.
- Inculcar la sensibilización del personal de enfermería que labora en la UCIN, sobre la importancia de considerar como parte del protocolo de cuidados de dicha área hospitalaria, la utilización profesional de técnicas cognitivas conductuales que faciliten a los padres y madres el manejo del estrés, de manera que no represente un obstáculo para el establecimiento del vínculo entre ellos y su recién nacido.
- Realizar grupos de padres que anteriormente hayan tenido bebés prematuros hospitalizados en la UCIN con el fin de compartir experiencias y den confianza y fortaleza a padres que aun estén pasando por situaciones similares
- Darle un seguimiento posterior a la aplicación de estas técnicas, de manera que se determine un alcance de las mismas, su pertinencia y aporte al fortalecimiento de la evidencia científica de la profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adell MD., Tejedor López R., Sánchez Muñoz J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Int* 2000; 11(1):3–9.
- Arenas Lagos YL., Salgado Rozo CY., Eslava Albarracin DG. Vivencia de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. *Actual. Enferm.* 2005; 8(2):8-13
- Álvarez Gómez M.J., Martínez Irisarri Isabel. *Bol. S. Vasco-Nav Pediatr* 2002; 36: 54-58. VOL. XXXVI. NUM. 2.
- Board R, Ryan-Wenger N. (2003). Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *J Pediatr Nurs*;18: 195-202.
- Board R. (2006). Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *Pediatric Nursing*,; 18 (3):195-202.
- Cano, A. (2002). *La Naturaleza del Estrés*. Extraído el 16 de marzo, 2009 de http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm.
- Campos, M. A. (2006). *Causas y efectos del estrés laboral*. San Salvador: Universidad de El Salvador, Escuela de Ingeniería Química.
- Caplan D. M. (2005). *Four studies of crisis in parents of prematures*. Ed. Mason New York. Pág. 25- 31.
- Couceiro Vidal A. (2002) ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *Ant. Esp. Pediatría* 57:505-7.
- Gallegos M.J. Reyes H.J. Silvan S.C. (2010). La unidad neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatología y reproducción humana*. Extraído de <http://www.medigraphie.com/inper>

- González F. (2005). tesis doctoral, El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. Universidad del País Vasco (UPV-EHU).
- Gómez P. F. Olivares E. E. (2006). Calidad de Atención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria. Producido por las Unidades de Recursos Humanos y Género, Etnia y Salud de la OPS.
- Gui L. A. y Pavón, M. I. (2005) “Metodología de la Intervención III: Análisis Situacional. El diagnóstico de la Psicología Social”. Cooperativa Chilavert Artes Graficas. Buenos Aires.
- Harrison H. (2003). The principles for family-centered neonatal care. Pediatrics 98: 623-31.
- Hernández Ureña María Eugenia, Ocampo Vargas Adriana María. Evaluación de protocolo para minimizar el estrés en neonatos con peso al nacer menor a 2.500 gramos, Hosp. Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2006. Revista Enfermería en Costa Rica Volumen 29 (2), 2009.
- Hernández S. Metodología de la investigación. 2007. Editorial McGraw-Hill. México.
- Lawn, J.E., Cousens, S. y Zupan, J. (2005). For the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?. Disponible en: <http://image.thelancet.com/extras/05art1073web.pdf>. Consultado Marzo, 2010.
- Limiñana, R., Corbalán, J. & Patró, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. Vol. 23 nº 2. Murcia - España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analesps) 1695-2294 - 201.
- Martínez, J.; Fonseca, L.; Scochi, C. (2001). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the

health team. Rev. Latino Am. Enfermagem, Mar./Apr. 2007, vol.15, nº.2, p.239-246.

- Martínez CA.. Estrés Aspectos Médicos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Marriner, A y Raile, M. (2007). Teorías y modelos de enfermería. (11a ed.).Madrid, España: Editorial Harcourt Brace.
- Masri, MM.; Fox-Wasylyshyn, SM. (2007). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU. Nurses. Intensive Crit Care Nurs. Feb; 23(1):43-50.
- Neuman, B. (1995). The Systems Model (3.^a ed.) Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Olds, Sally et all. (2002). Enfermería Materno Infantil. Cuarta edición. Editorial Mac Graw - Hill.
- OMS. (2010).
- OMS. (2005). Mortalidad perinatal (América Latina y Caribe). Ed. Nacer Latinoamericano. <http://www.nacerlatinoamericano.org>. Consultada Febrero 2011.
- OPS/OMS. La Enfermería Contribuyendo a la Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso. Washington D.C. 2004.
- Parra FM, Moncada Z. Oviedo SJ. Marquina M. (2009). Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riego Neonatal. Index de Enfermería. Ed. Digital Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n1/6804.php>
- Plaza GG. (2005). Manual para padres con niños prematuros. Ed. Ibáñez-Plaza. Madrid, España.
- Rossel, K., Carreño, T. & Maldonado, M. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. Rev. chil.

pediatr.[online]. ene. 2002, vol.73, nº1 [citado 11 Febrero 2008], p.15-21. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106

- Ryan-Wenger N. Sharrer V. Campbell K. (2005). Changes in Children's stressors over the past 30 years. *Pediatric nursing* (31) 282 -291.
- Rodríguez N. A. Crespo S. P. Martins de Oliveira P. Caldas C. Pérez R. MT, Martín T. F. Martín S. JM. (2004). Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres. *An Pediatr (Barc)*. Sep;61(3):231-5.
- Saunders RP. Abraham MR. Crosby MJ. Thomas K. Edwards WH. (2003). Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics*. Apr;111(4 Pt 2):e437-49.
- Salas A. M.; Gabaldón Poc O. Mayoral M. JL; González P.E; y Amayra C. I. (2004). Los Cuidados Paliativos Pediátricos: Un Modelo de Atención Integral al Niño Gravemente Enfermo y a su Familia. *Anales de Pediatría*; 61(4): 330-5.
- Scochi, C.; Kokuday, Ma.; Riul, Ma.; et al. (2003). Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*., vol. 11, nº. 4, pp. 539-543.
- Tamayo P. ME. Evaluación del recién nacido En: Marín Agudelo A, Jaramillo Bustamante JC, Gómez Ramírez JF, Gómez Uribe LF. (2007). *Manual de pediatría ambulatoria*. Medellín: Artes y Letras LTDA. p. 153 – 160

- Kimmelman M. (2002). En Anexo 12 de Orientaciones Técnicas para Seguimiento de Prematuros menor 1.500 grs y/o menor 32 semanas, Ministerios de Salud de Chile.
- Wesly. L. R. (2007) Teorías Y Modelos de Enfermería. McGraw- Hill México.

ANEXOS

Apéndice 1

ESCALA DE ESTRÉS EN LOS PADRES: UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS Formato autoinformativo c Margaret S. Miles, RN, PhD 1987

Las enfermeras y otros empleados que trabajan en unidades neonatales de cuidados intensivos están interesados en cómo este ambiente y esta experiencia afecta a los padres. La unidad neonatal de cuidados intensivos es la habitación donde su bebé recibe cuidados médicos. A veces llamamos a esta habitación la UCIN a modo de abreviación. Nos gustaría saber sobre su experiencia como madre/padre cuyo bebé está ahora en la UCIN.

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

En el cuestionario, circule el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted. * Los siguientes números indican los niveles de estrés:

- 1= No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.
- 2= Un poco estresante.
- 3= Moderadamente estresante.
- 4= Muy estresante.

5= Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, circule NA "no aplicable".

Vamos a tomar esta situación como ejemplo: Las luces fuertes en la UCIN.

Si por ejemplo, usted cree que las luces de la unidad neonatal de cuidados intensivos eran extremadamente estresantes, usted debe circular el número 5:

NA 1 2 3 4 5

Si usted cree que las luces no fueron estresantes en absoluto, debe circular el número 1:

NA 1 2 3 4 5

Si las luces fuertes no estaban encendidas cuando usted visitó a su hijo/a, usted debe circular NA, indicando así "no aplicable":

NA 1 2 3 4 5

Empecemos ahora

A continuación hay una lista de varias **VISTAS Y SONIDOS** comunes en una UCIN. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas **VISTAS Y SONIDOS** para usted. Circule el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, circule NA para indicar "no aplicable".

- | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. La presencia de los monitores y los aparatos | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Los otros bebés enfermos en la habitación | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. El gran número de personas trabajando en la unidad | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

- | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. Tubos o aparatos puestos o cerca a mi bebé | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Moretones, cortadas, o incisiones en mi bebé | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

un color pálido o amarillo)

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

Las últimas preguntas que queremos hacerle es sobre cómo se siente usted respecto a su propia **RELACIÓN** con su bebé y su **PAPEL DE PADRE**. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresado/a ha estado marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, señale con un círculo NA si no experimentó lo que describimos.

1. Estar separado de su bebé	NA	1	2	3	4	5
2. No alimentar yo mismo/a a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo mismo/a (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo)	NA	1	2	3	4	5

4. No ser capaz de coger en brazos a mi bebé cuando quiera	NA	1	2	3	4	5
5. A veces, olvidar cómo es mi bebé	NA	1	2	3	4	5
6. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia	NA	1	2	3	4	5
7. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos	NA	1	2	3	4	5
8. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos	NA	1	2	3	4	5
9. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy	NA	1	2	3	4	5
10. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa	NA	1	2	3	4	5

También estamos interesados en saber si usted experimentó algún tipo de estrés relacionado con el **COMPORTAMIENTO** y **LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL**. De nuevo, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia marcando con un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, señale con un círculo NA (“no aplicable”). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

1. El personal explicando las cosas muy rápidas	NA	1	2	3	4	5
2. El personal usando palabras que no entiendo	NA	1	2	3	4	5
3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
4. Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
5. Que no hablen conmigo lo suficiente	NA	1	2	3	4	5
6. Muchas y distintas personas (doctores, enfermeras, otros) hablándome	NA	1	2	3	4	5
7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad	NA	1	2	3	4	5
8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé	NA	1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|---|---|
| 9. Que el personal parezca preocupado sobre mi bebé | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN.

NA 1 2 3 4 5

Muchas gracias por su ayuda. ¿Hubo algo más que fuera estresante para usted durante la estancia de su bebé en la unidad neonatal de cuidados intensivos? Por favor, describa abajo:

Nota para los investigadores:

Los elementos destacados son nuevos y en base a investigaciones adicionales con los padres de médicamente frágiles los recién nacidos prematuros. Se añaden a fin de reflejar los cambios en el cuidado de la NICU y la supervivencia de los más pequeños los niños. Estos artículos no han sido probados psicométricamente todavía. Un estudio está en marcha actualmente. Usted puede utilizar los nuevos elementos y, a continuación en el análisis de calcular su propia alfa de Cronbach de lo viejo y lo nuevo elementos para determinar si procede o no usarlos. Una vez que tenemos datos psicométricos de la herramienta de revisión, que se publicará esta información.

Apéndice 2



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Actualmente se está realizando un proyecto de investigación denominado:

“Factores de estrés en padres de niños prematuros hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales”

Por lo anterior, se requiere de su autorización para la obtención y manejo de la información que usted pueda proporcionar, tanto verbal como escrita, tomando en cuenta de que es una información personal y delicada, la cual el personal de investigación manejará con todo respeto, discreción, y confidencialidad, únicamente para fines del proyecto a realizar.

Para mayor tranquilidad del entrevistado el investigador es responsable de informar de lo que se trata la investigación y de despejar dudas, con el fin de llevar

a cabo una entrevista clara y sencilla, con valores como el respeto, la confiabilidad y la responsabilidad de la información hacia el encuestado.

De antemano, se agradece el apoyo brindado al contestar este cuestionario a los investigadores

Nombre y firma del Investigador

ACEPTO o NO ACEPTO