

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

CHILE



**NIVEL DE ESTRÉS RELACIONADO CON AUTOESTIMA Y APOYO
SOCIAL PERCIBIDO POR PADRES DE RECIEN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES DEL HOSPITAL DE CHILLAN**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

KARIM EDITH MENDEZ ASTUDILLO

PROFESOR GUÍA: MG. NÁYADE RIQUELME PEREIRA

PROFESOR CO-GUÍA: DRA VIVIANE JOFRÉ ARAVENA

CHILE-CONCEPCIÓN

2017



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: Náyade Riquelme Pereira, Profesor Asociado, Magister Salud Familiar.

Profesor Co-guía: Viviane Jofré Aravena, Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Mónica Cruz Pedreros
Magister en Enfermería

Nombre del Profesor
Jerarquía y Grado académico

Pamela Caro Monroy
Magister en Enfermería, mención Psicología de la Salud

Nombre del Profesor
Jerarquía y Grado académico

Nombre del Profesor
Jerarquía y Grado académico

Directora Programa Mg: Dra. Sandra Valenzuela Suazo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por acompañarme en este proceso y darme la fuerza necesaria para continuar y las posibilidades para desarrollarme profesionalmente.

A Miguel y mi madre por acompañarme y ser mi principal apoyo e inspiración.

A mi padre con el cual comencé este camino y seguro estaría feliz por mí.

A la Universidad de Concepción y al Hospital Herminia Martín de Chillán por apoyar mi perfeccionamiento.

A los padres de los recién nacidos por su generosidad de compartir sus vivencias y poder realizar este estudio.

A mi profesora guía magister Náyade Riquelme, por su permanente acompañamiento en este transitar con una palabra estimulante y optimista.

A la Dra. Viviane Jofré, por su apoyo, estímulo y comprensión en este camino.

A E.U Sra. Patricia Torres A, por su apoyo profesional constante en el trabajo clínico y en lo académico.

En especial a mi familia por su invaluable apoyo y comprensión en este camino.

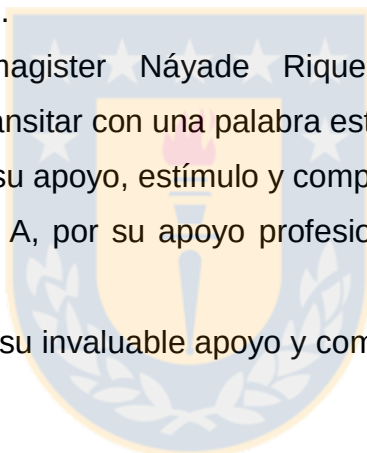


Tabla de contenido

Tabla de Contenidos	iv
Indice de Tablas	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I.-Introducción	1
II.- Marco referencial	8
II.1-Marco Teórico	8
II.2.-Marco Empírico	14
III.- Objetivos	21
III.1.- Objetivo General	21
III.2.- Objetivos Específicos.....	21
IV.- Variables del estudio	22
V.- Materiales y métodos.....	24
V.1.- Diseño de investigación	24
V.2.- Población de estudio	24
V.3.- Unidad de Análisis.....	24
V.4.- Muestra	24
V.5-Criterios de selección	24
V.6.- Instrumento	25

V.6.1.- Cuestionario de antecedentes sociodemográficos.....	25
V.6.2.- Escala de Estrés maternal	25
V. 6.2.1.- Ambiente de la UCI-NEO	25
V.6.2.2.- Aspecto y comportamiento del RN	25
V. 6.2.3.- Rol de la madre	25
V. 6.2.4.- Comunicación con el personal.....	26
V.6.3.- Escala de autoestima de Coopersmith.....	26
V.6.4.- Escala de MOS de apoyo social	28
VI.- Recolección de datos.....	30
VI.-1 Procedimiento	30
VI.-2 Control de calidad	30
VI.2.1.- Prueba piloto.....	30
VI.2.2.- Medición de Confiabilidad.....	31
VII.-Procesamiento y análisis de los datos.....	31
VIII.-Consideraciones Eticas	32
IX.- Resultados.....	34
X.- Discusión	59
XI.- Conclusiones	65
XII.- Recomendaciones del estudio.....	68
XIII.- Limitaciones	69

XIV.- Referencias bibliográficas	70
XV.- Anexos	81
Anexo N°1: Consentimiento informado	81
Anexo N° 2: Cuestionario de Factores Biodemograficos	82
Anexo N° 3: Escala de Estrés Maternal elaborada por Jofre(1999)	83
Anexo N°4: Cuestionario MOS para investigar Apoyo Social.....	86
Anexo N°5: Inventario de Autoestima de CooperSmith.....	87
Anexo N° 6: Definición de variables	88
AnexoN°7: Carta Comité Ética Hospital Herminda Martin de Chillan.....	91
Anexo N° 8: Carta Comité Ética Universidad de Concepción	92



Índice de Tablas

Tabla N° 1 :Distribucion nominal y porcentual de variables sociodemográficas Perfil de la muestra	35
Tabla N° 2: Distribucion nominal y porcentual de variables sociodemográficas Variables del Recién Nacido: Edad gestacional y Días de Hospitalización.....	36
Tabla N° 3: Nivel de estrés Total en los padres y/o madres de RN.....	37
Tabla N° 4: Distribucion nominal y porcentual de categorías de estres	38
Tabla N° 5: Tabla de Frecuencia de la subescala Ambiente de la escala de estrés parental	39
Tabla N°6: Tabla de Frecuencia de la subescala de Aspecto del Recién Nacido de la escala de estres parental	40
Tabla N°7: Tabla de Frecuencia de la Subescala Rol de la Materno de la Escala de estrés parental	41
Tabla N 8: Tabla de Frecuencia de la subescala Comunicación de la escala de estrés parental	42
Tabla N° 9: Preguntas de la escala de estrés parental con mayor y menor frecuencia de respuestas en padres de RN hospitalizados en UCI-NEO del HHM de Chillan	43
Tabla N°10 :Resultados del Nivel de estrés según antecedentes sociodemograficosl de padres de RN hospitalizados en UCI-NEO del HHM de Chillan	44
Tabla N°11: Nivel de estrés según sexo de los padres de Recién Nacidos hospitalizados UCI-NEO del HHM de Chillan.....	45

Tabla N° 12: Nivel de estrés según días de hospitalización de los RN en UCI-NEO del HHM de Chillan	46
Tabla N° 13: Escala de frecuencia de Autoestima total de CooperSmith en padres de RN hospitalizados	47
Tabla N ° 14 Frecuencia en categoría Personal de Escala de autoestima	48
Tabla N° 15: Frecuencia en categoría Social de Escala de autoestima	49
Tabla N°16: Frecuencia en categoría Familiar de Escala de autoestima.....	50
Tabla N° 17: Apoyo social percibido por los padres de RN hospitalizados en UCI-NEO	51
Tabla N° 18: Apoyo social percibido segun dimensiones en padres de RN hospitalizados en UCI-NEO	52
Tabla N°19 Resumen relación entre variables Nivel de estrés y las variables apoyo social y Autoestima en padres de RN hospitalizados	53
Tabla N°20 Relación entre las subescalas de la Escala de Estrés Parental y dimensiones de Autoestima	54
Tabla N° 21 Relación entre la subescala Ambiente de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social	55
Tabla N° 22 Relación entre la subescala Aspecto del RN de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social	56
Tabla N° 23 Relación entre la subescala Rol Materno de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social	57
Tabla N°24 Relación entre la subescala Comunicación con el Equipo de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social	58

RESUMEN

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia que cambia la rutina cotidiana de los padres. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de estrés presente en padres de recién nacidos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Chillán, relacionado con su autoestima y el nivel de apoyo social percibido. Para la recolección de datos se aplicó la Escala de Estrés Maternal validada en Chile por Jofré y Henríquez, la Escala Coopersmith para medir autoestima y la Escala MOS para valorar el apoyo social, además de un cuestionario de antecedentes sociodemográficos durante el año 2015. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS-22. Los resultados obtenidos muestran que el nivel de estrés de los padres es de predominio moderado, observándose mayor estrés en las mujeres que en hombres, no se obtuvo relación estadísticamente significativa entre variables sociodemográficas y el nivel de estrés. En relación a la autoestima los padres presentaron un nivel medio-bajo en un 62.7%, no observándose ningún padre con autoestima alta, y sin relación estadísticamente significativa con el nivel de estrés parental. En relación a la variable apoyo social de los padres, se obtuvo que el 77,7% presentó apoyo social suficiente, que se relacionó estadísticamente con la variable de estudio en su valor total ($p= 0,012$) y en sus cuatro categorías (apoyo emocional, instrumental, afectivo, social positivo)

Palabras Claves: Recién Nacido, Estrés Psicológico, Padres, Autoestima, Apoyo social.

Abstract

The birth of a child is an event of vital importance that changes parents' daily routine . A quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional study aimed to determine the level of stress in parents of hospitalized newborns in the Neonatal Intensive Care Unit of the Hospital Type 1 in the province of Ñuble, Chile, related to their self-esteem and the level of social support perceived. Data were collected using the Maternal Stress Scale validated in Chile by Jofré and Henríquez, the Coopersmith Scale to measure self-esteem ,the MOS Scale to assess social support, as well as a sociodemographic background questionnaire completed during 2015 and were analyzed with the statistical package SPSS-22 . Data showed that the level of stress of parents is of moderated predominance, observing more stress in women than in men, and there was not a significant statistical relation between the sociodemographic variables and the level of stress. In relation to self-esteem, parents had a low-middle level of 62.7%, not showing any father with high self-esteem, and with no significant statistical relationship related to it. In relation to parents' social support variable ,77.7% presented sufficient social support, which was statistically related to the study variable in its total value ($p = 0.012$) and in its four categories: emotional , instrumental, affective and social positive supports.

Key words: newborn child, psychological stress, parents , self-esteem and social support

I.- INTRODUCCIÓN

La ventana de la vida se ha ido ampliando cada vez más gracias al avance de la tecnología que apoya el proceso reproductivo, lo cual ha permitido la sobrevivencia de muchos recién nacidos (RN), que antes no sobrevivían, además de los cuidados neonatales que aportan las herramientas tales como monitores no invasivos y ventiladores mecánicos entre otros para que estos recién nacidos lleguen a buen término. En América Latina la mortalidad en menores de 5 años, entre 1990 y 2010, se redujo de 54 a 23 defunciones por 1.000 nacidos vivos, siendo las infecciones, asfixia y prematurez, las principales causas (1). Esto ha provocado un avance en el cuidado intensivo neonatal el cual va dirigido fundamentalmente hacia el manejo de estas patologías.

A nivel local, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI-NEO) fue creada el 13 de enero del año 1982, es decir, lleva aproximadamente 34 años otorgando atención a la población de la provincia de Ñuble y sus alrededores, con un número cada vez mayor de ingresos; en el año 2014 fueron 129 los Recién Nacidos (RN) mientras que en el año 2015 fueron 166 los RN ingresados en la UCI- NEO del Hospital Herminia Martín (HHM) de Chillán, siendo estos por las patologías antes mencionadas (2).

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia que cambia la rutina cotidiana tanto de los padres, como para toda la familia (3), (4). Este recién nacido 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 período, o con alguna patología que pueda provocar la separación inmediata de los padres, encuentra tanto a éstos como al RN no preparados para esta situación, lo que crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre (5).

El nacimiento prematuro de un hijo y/o su hospitalización provoca el quiebre de muchas expectativas personales como madre y mujer a la vez, ya que, esta mujer

ya no está embarazada, pero tampoco puede contar con la presencia de su hijo, vivenciando un vacío y un sentimiento de lejanía con este (6), además hace que se aproximen una serie de sentimientos que invaden a los padres, como el miedo, la tristeza, sentimientos de culpa e incertidumbre entre otros (7), sin olvidar a los hermanos y familia, que también se ven afectados por esta separación(3), es así como se ve alterada el núcleo familiar creando sentimientos de rutina y discontinuidad, dejando recuerdos de la experiencia de la hospitalización que pueden ser voluntarios e incluso involuntarios (8).

Winnicott, D. psicoanalista que ha dedicado gran espacio en sus estudios a la relación temprana entre la madre y el bebé, remarca la importancia que tiene ella misma en el desarrollo del sujeto; destaca entre otros dichos que la madre sana es capaz de ayudar a independizarse del "holding" (participación) e irse adaptando a las necesidades externas, a la realidad, aceptando sus limitaciones (9); además Winnicott hace referencia a que se afecta el proceso de envoltura maternal que implicaría el sostenimiento, que es el hecho físico de sostener al hijo en brazos, y que constituye una forma de amar.

Dada la inmadurez física y afectiva de este recién nacido, es que necesita esta "envoltura maternal" como experiencia de fusión afectiva a distintos niveles con su madre, para establecer con ella un tipo de relación diferente a la intrauterina. (9)

Este niño según Winnicott necesita no solo que se satisfaga las necesidades de limpieza, higiene y cuidado físico, sino además lo sostenga en su mente, ya que, este niño pasa de estar contenido en el útero materno, a encontrarse falto de contención, y esta debe ser entregada por la madre en la medida que aprenda a responder las necesidades del niño (10). Este sostenimiento también puede otorgarlo el padre que actúa como sostén para la madre, y en ausencia de este, las redes de apoyo familiar y social adquieren un rol fundamental (11).

El padre hoy en día también toma un papel protagónico en la atención y cuidado de este recién nacido, ya no es el padre ausente, sino más bien, un padre participativo e impregnado de lo que le sucede a su hijo. La sociedad

tradicionalmente le impone el rol de proveedor, desestimando su participación en la crianza de los hijos, a pesar de eso los hombres han mostrado mayor disposición o motivación para participar en esta etapa (12).

En Chile, según la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género (IMAGES), los padres demuestran mayor motivación para formar parte de los procesos de crianza, pero describen factores obstaculizadores frente a esto, como por ejemplo, la relación con el personal de salud, ya que, no se sienten incluidos por el sistema de salud y también con su trabajo, ya que, no se les permite, en algunos casos, contar con los días correspondientes al post-natal para padres aun cuando es ley (12), pudiendo también traer señales de depresión paterna (13).

La relación padres-hijo, en un primer momento, debido a la hospitalización y a otros muchos factores asociados, es difícil y estresante, más aún, si no existen quienes ayuden a contener las ansiedades y dudas de estos padres, instancia en la que el profesional de enfermería tiene la oportunidad de desarrollar un contacto íntimo y precoz que beneficiaría la relación entre padres e hijo (14), es decir, incorporar el cuidado enfermero, concepto de la naturaleza del ser humano que asegura la calidad en el cuidado del paciente, ya que, permite individualizar las necesidades reales y potenciales de este y su familia (15).

El Hospital Amigo del Niño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) surge con la iniciativa de beneficiar la asociación y la no separación de la madre con su hijo hospitalizado (16), medida que ha causado un impacto positivo tanto en los padres, como en el hijo, el cual es atendido en los servicios de puerperio y pediatría, beneficiando la lactancia materna, el apego, un menor abandono y protegiéndole del maltrato infantil; pero esta iniciativa aún no se ha hecho extensiva a las UCI-NEO, donde los niños son separados abruptamente de sus padres, resultando más difícil su proceso de apego y cuidado (17),(18).

Igualmente en nuestro país desde julio del 2007, se puso en marcha el “Hospital

Amigo” como modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario. Este menciona entre sus objetivos y líneas programáticas más importantes, la hospitalización pediátrica acompañada tanto de día como de noche en el 100% de los hospitales de Chile junto a un sistema de acogida e información a la familia, logrando con esto mantener el rol afectivo y atenuar los trastornos psicológicos de la familia,(11) aunque al igual que en la iniciativa de la UNICEF, aún las unidades neonatales de nuestro país no cuentan con la visita permanente nocturna de padres, situación similar a la vivida en Europa, donde se han realizado estudios para diferenciar las distintas restricciones que se aplican a las distintas UCI-NEO (19).

A nivel país encontramos la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, del Ministerio de Salud, donde entre sus objetivos se encuentra “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital” y una de las metas de impacto es “Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en el período perinatal”. Para el cumplimiento de esta meta se deben reunir esfuerzos destinados a mejorar la atención obstétrica, como la del Recién Nacido para lo cual está el favorecer la relación del padre o persona significativa para la madre y su hijo, entregar información y orientación permanente al padre y familiares de la evolución de su hijo/a, entre otras (20).

Otra estrategia para mejorar las condiciones de los menores de edad es la implementación del programa Chile Crece Contigo (CHCC), institucionalizado por ley en septiembre de 2009 (Ley 20.379) resultando un avance en relación con las políticas públicas hacia la infancia, ya que, se implementó un modelo de gestión centrado en las necesidades de cada niño o niña desde su nacimiento, considerando su entorno de desarrollo y garantizando el acceso a prestaciones de acuerdo a cada necesidad (21), con énfasis en la atención materna para prevenir posibles depresiones posparto que se ven acentuadas entre otras causas, por hospitalizaciones del recién nacido, lo que trae a su vez el cese de la lactancia materna que influye en la autoestima de ésta (22).

A nivel local el equipo de CHCC, en conjunto con el equipo de enfermería y médico, realiza intervenciones a padres con el fin de satisfacer las dudas, ofrecer apoyo y contención principalmente a padres, a través de acogidas integrales realizadas semanalmente dentro de las unidades con el objetivo antes mencionado.

En año 1997 se reconoció que los padres refieren estrés asociados a las características propias de esta etapa, y al ambiente que rodea a su hijo (23), ya que cada día las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales han alcanzado significativos cambios, debido principalmente a los avances en la salud perinatal, a la formación de nuevas y modernas unidades intensivas neonatales y al perfeccionamiento de la ventilación mecánica, así como la incorporación de técnicas de monitoreo no invasivo. Margareth Shandor Miles, fue una de las primeras en estudiar y elaborar escalas de estrés utilizadas y validadas en diferentes países para padres de pacientes pediátricos y Recién Nacidos hospitalizados en UCI-NEO (24), ya que, es en este lugar donde los padres deben pasar periodos prolongados debido a la hospitalización de sus hijos recién nacidos, además la familia debe adaptarse a las normas, protocolos y horarios establecidos en las unidades lo que se constituye en circunstancias muy distintas a las que ellos se imaginaron al momento de la gestación (25),(26).

Lo anteriormente expuesto asociado a la experiencia en la práctica profesional en el área pediátrica específicamente en neonatología, ha permitido observar que algunos niños en estado crítico presentan cambios en sus signos vitales durante la visita de la familia, muy en especial de los padres, también se ha observado que los padres presentan conductas de tensión, nerviosismo y falta de concentración ante la información sobre la evolución de su hijo, conductas que de acuerdo a Kozier (27) se asocian con el concepto de ansiedad, y no menos importante es la preocupación de los padres por el tiempo de hospitalización de sus niños, cuando estos pasan varios días hospitalizados, ellos expresan desesperación y angustia por que relacionan el tiempo de hospitalización con la gravedad de su hijo (28),(29).

Estas sensaciones percibidas por los padres pudieran influir en la relación entre ellos, es así, como Mercer plantea que la relación madre – padre (30), apoya la vinculación materna con el niño la cual se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja (31),(32). Es necesario mencionar que para Mercer, es importante, tanto el estrés como el apoyo social y la autoestima de los padres para asumir este proceso.

Para enfermería, los cuidados de la salud del niño son de suma importancia desde el momento que éste nace, en especial si es de pretérmino, ya que, colaboran en asegurar una mejor calidad de vida en su crecimiento posterior. El profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia identificando sus objetivos y necesidades para mejorar la calidad de la atención brindada a los RN y sus familias frente a la hospitalización (33).

Meléis en el año 2010, destaca la definición que Mercer hace respecto a las enfermeras como profesionales responsables de promover la salud de la mujer, el niño y la familia, como así también, en ser las pioneras en desarrollar y compartir estrategias de valoración y cuidado para esta población (34).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto surgen las siguientes interrogantes:

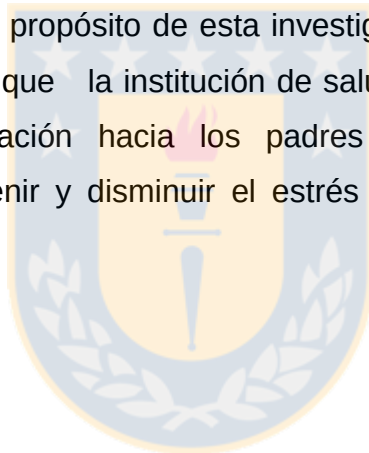
¿Cuentan los padres con información adecuada o inducción al ingreso de su hijo a la unidad de hospitalización? ¿Qué actitud del equipo de salud les provoca mayor estrés a los padres? ¿Qué variables psicosociales y demográficas de los padres se asocian con mayor nivel de estrés provocado por la hospitalización de su hijo?

Por consiguiente, se deduce del cuestionamiento anterior y se plantea como problema de investigación lo siguiente:

¿Cómo se relaciona el nivel de estrés de los padres de los RN hospitalizados en la UCI-NEO del HHCM de Chillan, con su nivel de autoestima, apoyo social percibido y los factores relacionados?

En América del Norte así como en diversos países europeos, se han creado una serie de programas de apoyo parental que de acuerdo a un meta análisis realizado por Layzer JI, Goodson BD, Bernstein L y Price C, en el año 2001 (35), sugieren que los programas con efectos más importantes en el aspecto biopsicosocial infantil presentan tres características en común: (a) se centra en niños con necesidades especiales identificadas por los padres, (b) el programa trabaja con personal profesional, (c) el programa brinda oportunidades para que diferentes padres se conozcan y realicen iniciativa de apoyo entre pares. También se reveló que los programas que combinan servicio de apoyo parental y educación temprana obtienen efectos más duraderos tanto sobre los padres como sobre los hijos.

De acuerdo a lo anterior, el propósito de esta investigación sería contribuir con la información necesaria para que la institución de salud y la familia puedan tener una instancia de colaboración hacia los padres con hijos recién nacidos hospitalizados, para prevenir y disminuir el estrés parental que esta instancia provoca.



II.- MARCO REFERENCIAL

II.1 Marco Teórico.

El estudio se sustentará en la Teoría de Enfermería “Adopción del Rol Materno-Convertirse en Madre” de Ramona T. Mercer, enfermera teórica graduada en la escuela de Enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama) quien se ha especializado en la relación madre-hijo y la importancia del profesional de enfermería en este periodo,(36) más tarde en el año 2003 realizó cambios y denominó “Convertirse en madre” donde se realiza una mirada a la maternidad, considerada como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La manera en que la mujer defina los acontecimientos estará determinada por un núcleo del sí mismo y a través de la socialización que esta realice a lo largo de su vida. Las percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad estarán influenciadas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo (36).

METAPARADIGMAS SEGÚN TEORÍA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO:

Persona: La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influenciar por ambos.

Salud: La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud anterior, actual y futura.

Entorno: Mercer lo definió según Bronfenbrenner (fuente teórica de Mercer) como el desarrollo de la persona no puede considerarse independiente del entorno,

existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos.

Enfermería: Las enfermeras son las responsables de promover la salud de familias y niños y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para estas pacientes (37)

Estadios de la adquisición del rol maternal (38)

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

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

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

d. Personal: o de identidad de rol, se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal

Mercer propuso cambios adiciones a su teoría en las fases descriptivas al proceso de convertirse en madre y agrego las siguientes etapas (2003)

- 1.- Compromiso y preparación (embarazo)
- 2.- Consecución, practica y recuperación física (2 primeras semanas)
- 3.- Normalización (segunda semana a 4 meses)
- 4.- Integración de la identidad maternal (aproximadamente 4 meses)

Conceptos principales y definiciones de R. Mercer

“El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres” (39).

Basó su teoría en distintos factores que intervienen en la dupla madre-hijo, se menciona que la adopción del rol materno es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo desde que se concibe a un hijo hasta que este niño ya es capaz de ser más independiente y en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, y aprende las tareas de cuidado de este rol (36).

Características asociadas a la madre

Mercer comienza mencionando características de la madre que influyen en este nuevo papel (40), es así como habla de la Identidad materna, que es tener una visión interiorizada de sí misma, otra característica es la percepción de la experiencia del nacimiento constituida por la percepción de esta mujer durante el parto y el nacimiento de su hijo(36), también menciona el autoconcepto como la percepción general del yo, que incluyen la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima, y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal. También menciona la flexibilidad, es decir, los roles no están fijados, por tanto, carece de importancia qué persona asume y cumple los distintos roles (30), la flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta a medida que aumenta el desarrollo de esta, aquí se sostiene que las madres mayores poseen el mejor potencial para responder de modo menos rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias. Otro concepto son las actitudes respecto a la crianza que posea la madre, es decir aquellas creencias maternas sobre la manera de criar a su hijo (29).

También se menciona la tensión debida al rol, identificada como el conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno, ansiedad según Mercer es “una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación”. Contraria a esta, encontramos la gratificación-satisfacción donde existe alegría, recompensa o placer experimentado por esta madre en la relación con su hijo al cumplir las tareas normales de la maternidad. Otra característica es la unión, que se constituye en un elemento del rol parental y de la identidad, se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo (40).

Características asociadas al padre

Para Mercer, el padre o compañero, es el que contribuirá al proceso de adopción del rol materno como ninguna persona podría hacerlo, ya que, las interacciones que realice este padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción de este rol materno (35)

Características en la relación madre- padre

Mercer en su teoría de la adopción del rol materno, define la relación madre – padre, como la percepción que tienen ambos de la relación de pareja donde incluye, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos, dando como resultado la vinculación materna con el niño desarrollándose dentro del campo emocional de la relación de pareja(35) .

Características asociadas al niño

No se puede olvidar al protagonista y causante de todas estas características en los padres, que es el recién nacido, que a pesar de que muchos de estos niños son prematuros no dejan de tener características que los hacen únicos, uno del otro, por lo que Mercer también hace referencias a características del niño, que en este contexto permiten enfrentar este nuevo suceso a los padres, es así como destaca el temperamento del niño, como instancia importante ya que existen

temperamentos fáciles y difíciles, manifestados desde muy pequeños, siendo estos últimos los más relacionados con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre, los cuales pueden ser difíciles de interpretar por esta, lo que crea sentimientos de incompetencia y frustración además de las distintas enfermedades que pueden afectar el estado de salud del niño que interfieren en la unión de ellos.

Características asociadas a la familia

La familia se constituye en la red de apoyo más directa a la madre y a la cual sin duda requerirán en algún momento, Mercer et al, en 1986 mencionan a la familia como “un sistema dinámico que incluye subsistemas : individuos (madre, padre, niño) y grupos de pares (Madre- padre; madre-niño, y padre-niño) dentro del sistema general de la familia. El funcionamiento de la familia resulta ser la visión individual de las actividades y relaciones entre las familias y sus subsistemas, y las unidades sociales más amplias, es decir las redes de apoyo social (31).

Ramona Mercer observó que existe una gran cantidad de factores que influyen a las madres y padres en su rol ya sea de forma directa o indirecta, entre los que se encuentran, la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud(21).

Es necesario mencionar que para Mercer es importante tanto el estrés como el apoyo social y la autoestima de los padres para asumir este proceso. Para la autora el **stress** se define, como aquellos “sucesos de la vida percibidos de modo positivos y negativo, y variables ambientales”(35) así como, **apoyo social**, es “ la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan”, y la **autoestima**, constituye “ la percepción del individuo de cómo los otros lo ven y a la autoaceptación de estas percepciones”

De acuerdo a lo anterior, el apoyo social lo divide mercer en las siguientes cuatro áreas:

- 1.- Apoyo emocional: “sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido”
- 2.- Apoyo informativo: “ayuda al individuo a solucionar problemas por si solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación”
- 3.- Apoyo físico: tipo directo de ayuda
- 4.- Apoyo de valoración: “informa a la persona sobre cómo se está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás”. (35)



II.2 Marco Empírico

A continuación se presentan diversos estudios revisados y disponibles en distintas bases de datos en relación al estrés de padres de recién nacidos hospitalizados, cabe destacar que en asociación con autoestima y el apoyo social percibido no se encontraron, pero se destacan los más relevantes que hacen mención a estas dos últimas variables. Los descriptores utilizados fueron estrés en padres, Recién Nacidos, autoestima y apoyo social. Estos arrojaron que el estrés en padres de niños hospitalizados ha sido investigado en diversos países. En Chile, se encontró un estudio que valida la escala de estrés en madres de Recién Nacidos hospitalizados en UCI-NEO, realizado por enfermeras chilenas (41).

En Concepción, Jofré y Henríquez (41), llevaron a cabo un estudio, cuyo propósito fue determinar el nivel de estrés de las madres de los recién nacidos hospitalizados en la UCI-NEO. Ellas validaron en nuestro país la "Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal" mediante la Escala de Estrés Maternal, elaborada por la misma investigadora antes mencionada, sobre la base de una escala, realizada en USA en 1987. Esta escala permite identificar el grado de estrés en las madres, calificándola en dos condiciones: niveles estresantes y niveles muy estresantes, de este estudio se concluyó que el 51,4% presenta niveles estresantes y 48,6% niveles muy estresantes, al desarrollar las subescalas se pudo observar que en lo concerniente a Ambiente el 63,2% presento niveles muy estresantes, en relación al Aspecto de RN un 68,8% niveles muy estresantes, al analizar el Rol materno el 80% presento niveles muy estresantes, y por último en la Comunicación con el equipo el 88,6 niveles estresantes y el 11,4% niveles muy estresantes, lo que evidencia el hecho que aunque el nacimiento de un nuevo ser es un acontecimiento esperado tanto para los padres como para la familia, genera un cierto nivel de estrés en las madres, y más aún cuando el RN nace antes de lo esperado, este permanece hospitalizado y no puede permanecer al lado de su familia. En este estudio las subescalas resultaron con relacion estadísticamente significativa al ser relacionadas entre ellas, con excepción de la

relacionada con el personal que no resulto significativo, ya que, los padres manifiestan sentimientos positivos hacia el equipo de salud.

Miles, Funk, Calson, fueron los pioneros en estudiar los aspectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal que son estresantes para los padres, como las hospitalizaciones prolongadas, exposición a un ambiente implementado con máquinas, y el aspecto que presenta su pequeño y frágil Recién Nacido (23)

Ochoa y Polaino-Lorente (42) en España en 1999 realizaron un estudio para evaluar el estrés parental, donde validaron la escala de Miles, trabajaron con 242 padres de niños que estuvieran hospitalizados por un mínimo de 7 días, en donde se observó que la totalidad de padres presentó niveles medios-altos y altos, es decir, 3.22 en una escala de 5 puntos de estrés, durante la hospitalización de su hijo, cabe destacar que las áreas donde se encontró mayor estrés es en la subescala de rol de los padres obteniendo 4.1 puntos y comunicación con el personal con un 3.6 puntos, además de las preguntas que generan más estrés fueron las que hace referencia a los procedimientos invasivos, seguido por el número de personas que trabajan en la UCI-NEO.

Marín y Menéndez en el 2011 (43), estudiaron el estrés, ansiedad, y depresión en madres de niños con Malformación congénita mayor (MCM), utilizando la escala de Miles para estrés, sus resultados muestran una media de edad de 24 años y de predominio dueñas de casa (52%), el 47% eran primerizas. De estas el 88% manifestaba recibir apoyo familiar. En la escala de estrés se encontró que en la subescala del Rol de madre-padre, les resulto muy estresante, donde destacan la pregunta de “No poder alimentar a su RN” “No saber cómo ayudar a su hijo” “No poder sostenerlo”. En la subescala de Relación con el equipo los resultados arrojaron un estrés moderado, en donde las preguntas que más generan dificultad son “El personal usa palabras técnicas”; “El personal muestra preocupación por su RN”. Este estudio encontró relaciones estadísticamente significativas entre estrés y

ansiedad, y esta con depresión en ausencia de apoyo familiar durante la hospitalización.

En el Hospital Italiano de Buenos Aires, Ruiz, Ceriani y Rodriguez (27) estudiaron el impacto de un programa de intervención psicológica sobre el nivel de estrés (Escala de estrés Parental) y depresión (Inventario de depresión de Beck) en madres durante la hospitalización de su hijo en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se trabajó con grupo control y otro de intervención. Los resultados presentaron que el nivel de estrés y depresión fueron significativamente más bajos, en el grupo de intervención, el 62% del grupo control resulto extremadamente estresante versus el grupo de intervención con un 6.4%. Además dentro de la escala de estrés parental la subescala que genero mayor nivel de estrés fue apariencia de su RN, siempre superior en el grupo de control, seguido de la interacción o rol de los padres, mientras que lo menos estresante era lo referente a la comunicación del equipo, destaca además la relación estadística obtenida entre estrés y depresión ($p=0,001$)

En el 2015 León Martín en Madrid (44) realizó una intervención psicológica a padres que constituían 35 familias cuyos hijos se encontraban en unidad de cuidados intensivos neonatales, aplicando la misma escala de estrés de Miles utilizada en este estudio, los resultados muestran que para los padres la subescala que genera más estrés es la del Rol materno donde se interroga sobre los sentimientos de no poder cuidar, abrazar o tocar a su RN, seguido del Ambiente que es lo que hace referencia a las luces y ruidos existentes. Los autores de este estudio dentro de sus conclusiones mencionan que el Apoyo social potencia la adaptación de los padres y les protege ante el estrés, reduciendo su impacto, de aquí lo importante de los grupos de apoyo de padres.

Otro estudio realizado por Ambiado, S et al, en el año 2017 en Chile, (45) de carácter descriptivo y transversal, cuyo objetivo era conocer el nivel de estrés de padres de recién nacidos hospitalizados en una UCI-NEO y su asociación con variables clínicas y sociodemográficas. Dentro de sus resultados se aprecia mayor nivel de estrés en las dimensiones: Rol parental ($3,23 \pm 0,92$) y Aspecto y

comportamiento del bebé ($3,22 \pm 0,99$), se observó que la presencia de complicaciones del embarazo, diagnóstico prenatal u días de hospitalización no influyeron en el nivel de estrés, así como, tampoco características del RN (prematurez, patología respiratoria, entre otras). Así concluyeron que los niveles de estrés no presentan diferencias de género y no guardan relación con las variables clínicas estudiadas. Además proponen la necesidad que los profesionales de salud que trabajan en una UCI puedan diseñar intervenciones que tengan como objetivo disminuir el estrés que presentan los padres.

En México en el 2010 (46), Gallegos Martínez, realizó un estudio descriptivo-exploratorio y transversal para evaluar la participación de los padres en el cuidado de su hijo hospitalizado, Mediante muestreo por conveniencia se incluyeron 10 hospitales, del área pública y privado. Dentro de su resultados se puede apreciar que en 7 instituciones (77.7%) se requiere que las madres soliciten autorización a enfermería para entrar a las UCI-NEO. La permanencia de los padres es determinada por el equipo de enfermería en todos los casos y con derecho a cuidado básicos de su hijo.

En Madrid, Villanova et al (47), en el año 2013, describieron los elementos de estrés presentes en padres de prematuros de 1500 gramos, donde se concluyó que el nacimiento de un RN de alto riesgo y con patología importante produce un elevado nivel de angustia en el entorno familiar, sobre todo en la madre, que puede dificultar el vínculo afectivo adecuado para cuidar a su hijo en el plano físico y síquico. Además de destacar que el padre se siente muchas veces excluido de la diada madre-bebé, con la respectiva responsabilidad de tener que apoyar y sostenerse en esta relación.

Castañeda J,(48) en México estudió el apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados, donde destaca que el principal apoyo es el cónyuge siendo esto tanto para madres como padres ya sea de tipo económico o afectivo y que a mayor apoyo percibido, disminuye la desesperanza que presentan estos frente a la hospitalización de su hijo. El tamaño de la red de

apoyo influye de manera positiva en el individuo. El equipo de salud también contribuye al apoyo que perciben los padres. De sus conclusiones destaca la importancia en la labor del equipo médico o de enfermería ya que son los primeros y más cercanos a los padres, propiciando ambientes más acogedores para poder recibir el apoyo por parte del equipo de salud.

Ortiz et al (49), estudiaron el efecto de la hospitalización como factor que interfiere en la formación del vínculo y el apego madre e hijo, se describió que las primeras relaciones que se espera ocurran entre la madre y su hijo, cambian y se convierten en interacciones de una triada o un cuarteto, ya que, se incluye al equipo de salud. El contacto físico entre la madre y el bebé también es habitualmente postergado y este es en muchas ocasiones otorgados por el personal de enfermería en las unidades de cuidado neonatal. Siendo este contacto madre e hijo de vital importancia para el futuro de ambos.

Carneiro et al. (50) concluyeron que el nacimiento de un niño es un acontecimiento importante para la familia, por esta razón es oportuno comprender el proceso por el que los padres pasan y las condiciones que puedan facilitar o limitar esta circunstancia nueva para ellos.

Parra Falcón et al, (29) en Venezuela tras evaluar el estrés en padres (madres y padres) evidenciaron que la mayoría de los padres no presentan manifestaciones emocionales ni cognitivas, causadas por el estrés, que les impidan sobrellevar la situación de salud de su hijo y establecer relaciones interpersonales óptimas con las personas encargadas de brindar cuidados a sus hijos, es decir, el equipo de enfermería. Pero si destaca que el 51.6% de los padres manifiestan que los distraen los ruidos de alarma de la atención para su hijo durante la hospitalización.

La Clínica Universitaria Bolivariana, Giraldo et al (51) identificó el nivel de estrés y los factores relacionados en 50 padres de RN hospitalizados en dicha clínica, utilizando la escala de Miles y Carter PSS: NICU, conocida como Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Se pudo concluir que el 44% de los encuestados señalaban que el nivel de estrés frente a la hospitalización de su

hijo se identificó en el nivel poco estresante, es decir, 22 padres; destaca en las subescalas de estrés, Ambiente que el 66% presentó estrés frente a los ruidos constantes, al evaluar el rol materno se presentó igual resultado en un 32% en poco estresante como en la categoría muy estresante. La pregunta que generó el mayor porcentaje de estrés 90% es “Estar separado de su Hijo”

Jopek A, Gadzinows S y Ska J(52) en Washington, concluyeron en su estudio que el estrés experimentado por los padres de hijos hospitalizados en UCI-NEO está fuertemente relacionado con la ansiedad, la fatiga, la depresión, los factores que causaron el estrés parental más severo fueron los relacionados con dificultad respiratoria del recién nacido, necesidad de soporte mecánico ventilatorio por ende el conocimiento de estas reacciones será útil en la guía que realice el equipo de salud y los cuidados de enfermería centrado en la familia

En Colombia en el año 2012 (53) González et al, buscaron identificar las características estresoras hacia las madres de niños prematuros, la muestra estuvo constituida por 145 madres, donde se utilizó la “Escala de estresores para padres: unidad de cuidados intensivo neonatal”, se observó que el 89% manifestó que fue muy extremadamente estresante la estadía de su hijo en la UCI-NEO, además el 63.4%, ellas refieren estrés al sentirse impotente de brindar atención a su recién nacido. En relación a la actitud del personal el 36.5% señaló que no fue estresante el hecho que el personal manifestara preocupación por la condición de su recién nacido.

En Bogotá, Moreno C, (54) evaluó el efecto de una intervención de enfermería en las fases de consecución, práctica y recuperación física en mujeres en pos-parto con hijos hospitalizados en UCI-NEO a través del proceso de convertirse en madre de Ramona Mercer, ya que, sostiene que la utilización de intervenciones de enfermería basadas en teorías son efectivas para facilitar habilidades de la madre y conocer las distintas etapas del cuidado del niño. Se realizó una pre y post prueba de la cual, se concluyó que la intervención tiene un efecto significativo en

el logro del desarrollo de la identidad materna y la unión o vínculo afectivo con el recién nacido, además de que la presencia de un hijo anterior no aporta significativamente a la nueva experiencia.

En EEUU (Pittsburg) , Nidey , N et al, en el año 2016 (55), trabajaron con 287 padres (madres y padres) de niños con malformaciones orales de 0 a 17 años, con el objetivo de identificar predictores de bienestar psicosocial en los padres. De los resultados se destaca que los padres presentaron una mayor autoestima y una menor preocupación por el juicio negativo, además de presentar una mayor percepción de apoyo social; las madre por su parte referían tener más con quien hablar. Los resultados apoyan un enfoque de intervención basado en la familia más que en forma individual, además de encontrar que las madres y padres difieren en su ajuste psicosocial, mientras que las madres presentan más baja autoestima los padres presentan problemas de internalización.

En México, Aguiñara-Zamarripa et al (56), en el año 2016 describieron el nivel de estrés percibido por los padres en estado crítico en unidad de cuidados críticos neonatales, se trabajó con 45 padres de predominio femenino, de los resultados se observó que a nivel general el 60 % de los encuestados presentó niveles como extremadamente estresante y muy estresante, en relación a aspectos más específicos se encontró que los padres encuentran, poco estresante las que hacen relación con estresores extra personales como : la apariencia débil; la presencia de monitores entre otros; mientras que resultaron más estresantes lo concerniente a estresores interpersonales como que la información de los exámenes no sea suficiente y el sentirse que no hablan mucho con él.

III.- OBJETIVOS

III.1.- OBJETIVO GENERAL

1. Establecer la relación entre el nivel de estrés de padres de Recién Nacidos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del hospital clínico Herminda Martín de Chillán, nivel de autoestima, apoyo social y factores relacionados.

III.2.- Objetivos Específicos:

III.2.1.- Identificar el nivel de estrés de los padres con hijos hospitalizados en UCI-NEO del HCHM de Chillán

III.2.2.- Determinar las características sociodemográficas de los padres de los RN hospitalizados en UCI-NEO del HCHM de Chillán.

III.2.3.- Determinar las características de los RN hospitalizados en UCI-NEO de HCHM de Chillán.

III.2.4.- Identificar nivel de autoestima de los padres del Recién Nacido en UCI-NEO del HCHM de Chillán

III.2.5.- Identificar el nivel de apoyo social de los padres durante la hospitalización de sus hijos en UCI-NEO del HCHM de Chillán

III.2.6.- Establecer la relación del nivel de estrés de los padres de RN hospitalizados en UCI-NEO del HCHM de Chillán y las variables psicosociales (nivel de autoestima y nivel apoyo social).

IV.- VARIABLES DEL ESTUDIO.

Variable Dependiente: (Definición anexo N°3).
• Nivel de Estrés de Padres con hijos Recién Nacidos hospitalizados en UCI-NEO del Hospital de Chillán (Ambiente, Aspecto y comportamiento del RN, Rol de la madre y Comunicación con el personal)
Variables Independientes: (Definición anexo N°2).
<u>VARIABLE SOCIODEMOGRAFICAS:</u>
• Sexo de los padres
• Edad de los padres
• Estado civil de los padres
• Previsión de los padres
• Escolaridad de los padres
• Número de hijos de los padres
• Religión de los padres
• Ocupación de los padres
• Procedencia de los padres
• Ingresos económicos de los padres
<u>VARIABLE DEL RECIEN NACIDO:</u>
• Días de hospitalización • Semanas de Gestación

<u>VARIABLES PSICOSOCIALES</u>
• Nivel de autoestima (anexo N°5)
• Nivel de apoyo social (anexo N° 4)



V.- MATERIALES Y MÉTODOS

V.1.- Diseño de investigación

Cuantitativo, Descriptivo, Correlacional, de Corte Transversal.

V.2.- Población de estudio

Padres (madre y padre) de Recién Nacidos hospitalizados, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, en el año 2015.

V.3.- Unidad de Análisis:

El padre o la madre con hijos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

V.4.- Muestra

Para el cálculo de tamaño de muestra se consideró el número de ingresos del año 2014 que fue de 129 RN. Luego, para conseguir una precisión de cinco unidades en la estimación de una media mediante un intervalo de confianza al 95% bilateral, asumiendo que la desviación estándar típica de la población es de 17.6 unidades en estudio de similares características, fue necesario incluir 50 unidades experimentales en el estudio. Para alcanzar una precisión mayor de las estimaciones, en la medida de los recursos disponibles, se intentará el mayor número de padres, además considerando que la investigación no tiene efectos negativos sobre estos.

V.5 - Criterios de Selección

- **Criterios de inclusión:** Padres de RN hospitalizados en UCI-NEO que acepten participar del estudio

Padres de recién nacidos que lleven más de cinco días hospitalizados

- **Criterios de Exclusión:** Padres con diagnóstico de patología psiquiátrica, debidamente registrada en ficha de recién nacido, registrado por profesional a cargo en la unidad de Obstetricia y Ginecología

V.6- Instrumento

El instrumento recolector de datos estuvo conformado por:

V.6.1.- Cuestionario de antecedentes sociodemográficos. (Anexo 2)

La encuesta fue creada por la autora del estudio para recopilar los datos que se requieran necesarios. Consta de un total de 12 preguntas semi-abiertas y preguntas cerradas, las que abarcaron algunos factores sociodemográficos de los padres como: sexo de los padres, edad, estado civil, previsión, escolaridad, número de hijos, religión, ocupación, procedencia, ingresos económicos.

V. 6.2.- Escala de estrés maternal. (Anexo 3) Elaborada por Jofré y Henríquez en el año 1999 (basado en la escala elaborada por Miles y colaboradores en el año 1993, denominada “Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal”. Validada para la población chilena, con modificaciones luego de la aplicación de la prueba piloto. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de Cronbach de 0.87, que muestra que existe alta confiabilidad entre los ítems. Esta escala es respondida con formato Likert de 4 puntos, que va desde 1 (sin estrés) a 4 (estrés excesivo). El puntaje de esta escala general es máximo de 152 y el mínimo es 38 puntos.

Consta de cuatro sub-escalas que miden el nivel de estrés de las madres frente a:

V. 6.2.1.- Ambiente de la UCI-NEO,

V.6.2.2.- Aspecto y comportamiento del RN,

V. 6.2.3.- Rol de la madre

V. 6.2.4.- Comunicación con el personal.

V.- 6.3.- Escala de autoestima de CooperSmith. (Anexo 5)

Instrumento original de Stanley Coopersmith de 1959 adaptado en Chile por Brinkman H., y Segure T., en 1988(57,58 ,59,60.)

Con una confiabilidad de 0.88 en Chile y de 0.81 en México

Está compuesto por 25 Ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras .La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso .Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total así como puntajes separados en Tres áreas:

PERSONAL: El cual se refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

SOCIAL: Se encuentra constituido por ítems que se refieren a las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos

FAMILIAR: Se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

El puntaje máximo total es de 100 puntos y mínimo de 25 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4.

La interpretación de este puntaje es en base a los cuartiles donde los extremos, miden la alta y baja autoestima, y los cuartiles centrales miden la media de autoestima.

Clave de respuesta:

Ítems Verdaderos: 1,4, 5, 8, 9, 14, 19,20.

Ítems Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25

Subescalas:

Personal: (13 ítems) 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25

Social: (6 ítems) 2, 5, 8, 14, 17,21.

Familiar: (6 ítems) 6, 9, 11, 16, 20,22.

Categorías de Autoestima Total

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 24 Nivel de Autoestima Bajo

25 a 49 Nivel de Autoestima Medio

50 a 74 Nivel de Autoestima Medio alto

75 a 100 Nivel de autoestima Alto.



Categorías para las sub escalas de Autoestima

Personal:

De 0 a 12 Nivel de Autoestima Bajo

13 a 25 Nivel de Autoestima Medio

26 a 38 Nivel de Autoestima Medio alto

39 a 52 Nivel de autoestima Alto.

Social:

De 0 a 5 Nivel de Autoestima Bajo

6 a 11 Nivel de Autoestima Medio

12 a 17 Nivel de Autoestima Medio alto

18 a 24 Nivel de autoestima Alto

Familiar

De 0 a 5 Nivel de Autoestima Bajo

6 a 11 Nivel de Autoestima Medio

12 a 17 Nivel de Autoestima Medio alto

18 a 24 Nivel de autoestima Alto

V.-6.4.- Escala de MOS de Apoyo Social (anexo 4)

El cuestionario MOS es un instrumento de Sherbourne y cols. aplicado en pacientes del Medical Outcomes Study, largamente utilizado y confiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. (61,62,63,64).

Este Test, permite investigar 4 dimensiones de Apoyo:

1.- Apoyo Emocional / Informacional: La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

2.- Apoyo Instrumental: La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Preguntas: 2- 5-12-15

3.- La interacción social positiva: La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.

Preguntas: 7 –11 –14 – 18

4.- Apoyo Afectivo: Las expresiones de amor y de afecto.

Preguntas: 6 – 10 – 20

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems.

El Apoyo Social es Escaso cuando el Índice es inferior a 57 puntos.

Habrà Falta de Apoyo Emocional cuando la puntuación sea menor a 24.

Habrà Falta de Apoyo Instrumental cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà Falta de Interacción Social cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà Falta de Apoyo Afectivo cuando la puntuación sea menor a 9.



VI.- RECOLECCIÓN DE DATOS:

VI. 1.- Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo durante octubre 2014 y febrero 2015, durante el horario de visita de los padres en la unidad de UCI-NEO del HCHM de Chillán después de recibir la autorización por el comité de ética del Hospital.

La modalidad de aplicación del instrumento a los padres fue a través de la investigadora en aquellos que sus hijos cumplieran un periodo mínimo de permanencia 5 días, con previa aprobación verbal y escrita de participar en el estudio. Todos los cuestionarios fueron etiquetados con un número de folio que permitio mantener el anonimato y privacidad de los encuestados.

Un porcentaje menor de los padres rechazaron la aplicación de la encuesta durante su horario de visitas.

VI.2- Control de Calidad.

Para garantizar la validez y la confiabilidad de los datos se realizó:

VI.2.1.- Prueba piloto: Para control y calidad de los datos se desarrolló una prueba piloto en la unidad de intermedio neonatal del HCHM de Chillán, por ser un grupo que posee características similares a las del universo en estudio, con el fin de validar contenido del instrumento recolector de datos, determinar tiempo de respuesta y detectar posibles errores de redacción y de atingencia cultural.

Consistió en aplicar el instrumento de estudio a 15 madres o padres de RN hospitalizados, quienes aceptaron participar de la actividad firmando un consentimiento informado. Previo a la aplicación de los instrumentos se explica la modalidad de respuesta de cada uno de ellos. El instrumento fue respondido en la unidad o en la sala de espera durante el horario de visita.

El tiempo de respuesta oscilo entre 15 a 30 minutos, donde se presentaron diversas modalidades de aplicación, algunos familiares solicitaron la lectura de los

instrumentos, mientras que otros solicitaban realizarlo de forma independiente, el mayor porcentaje de padres solicitaba solo asesoría para la respuesta de los instrumentos. Lo que sugirió adoptar esta última modalidad en la muestra definitiva.

VI.2.2.- Medición de Confiabilidad: De todas las escalas utilizadas en este estudio, se realizó a través del cálculo del coeficiente alfa de crombach, obteniéndose los siguientes valores

- Escala de estrés :0,951
- Escala de autoestima : 0,823
- Escala de apoyo social : 0,927

VII.-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

a) Se comenzó con análisis descriptivo univariado de las variables biosociodemograficas que se presentan a través de tablas de frecuencia medidas de resumen según el tipo de variables. También se realizó un análisis completo de la variable principal, tanto del valor global como análisis de cada dimensión (considerándola en su valor original cuantitativo como en su categorización propuesta por la autora de este estudio)

b) Luego se procedió con estadística bivariada entre la variable principal y las variables biosociodemograficas, para comparar medias se utilizó la prueba t y ANOVA, para analizar asociación entre variables cuantitativas se utilizó coeficiente de correlación lineal de Pearson o de Spearman. En los casos que no se cumplieron los supuestos, se utilizaron las pruebas no paramétricas correspondientes a Coeficiente de Correlación de Spearman (para ver si las variables cuantitativas estaban asociadas). Los contrastes se consideraron significativos al 5%, para el análisis se utilizó el software estadístico y SPSS 22

VIII.-CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación fue presentada al Comité de Ética de la Universidad de Concepción, posteriormente al del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. Los aspectos éticos fueron evaluados según los criterios de Ezequiel Emanuel (65) ya que proporcionan un marco sistemático y racional para determinar si la investigación clínica es ética, estos requisitos son universales no limitados de respuesta a una tragedia, escandalo o problema específico, ni limitado por país o grupo de investigadores.

VALOR: La investigación a realizar busca generar evidencias respecto de la importancia de la valoración de la experiencia de los padres de RN hospitalizados, y comprensión de sus necesidades por parte del profesional de enfermería y el equipo en general, además permitirá efectuar intervenciones de acuerdo a lo detectado.

VALIDEZ CIENTIFICA: el estudio se desarrolló a partir de un objetivo claramente planteado y viable, con una metodología estructurada, legítima y aplicable a la población. El análisis se ejecutó a partir de los programas SPSS, el cual incluye todas las pruebas estadísticas utilizadas en la investigación.

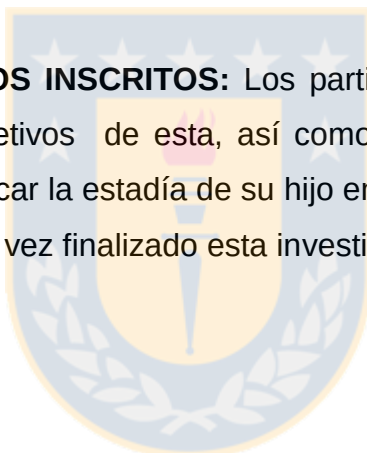
SELECCIÓN EQUITATIVA DEL SUJETO: La selección de los sujetos a encuestar se realizó de forma aleatoria y equitativa; la oportunidad de participar en esta investigación queda sujeta a la voluntad de cada padre.

PROPORCION FAVORABLE DE RIESGO-BENEFICIO: La investigación no implicaba riesgos para los padres al contestar las encuestas, así como, tampoco para su hijo en la atención otorgada a él en la UCI- NEO, es favorable para los padres que el staff de enfermeras está preocupado por el cuidado integral de su familia.

EVALUACION INDEPENDIENTE: La investigación contó con la autorización del Comité de Ética, de la Universidad de Concepción, así como, del Comité de Ética del Hospital Herminda Martin de Chillán.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: A cada sujeto seleccionado se le informo mediante el consentimiento informado los objetivos del estudio, procedimiento de medición de las variables, el carácter voluntario de su participación, anonimato, garantía de confidencialidad de los datos aportados y la opción de rechazar o abandonar el estudio sin dar razones de su decisión, no recibimiento de pago, remuneración, ni estipendio asociado a la participación en el estudio y el derecho a la información respecto a las mediciones de las variables en estudio. Se dio por aceptada la participación, con la firma al pie del documento. (Anexo 1)

RESPECTO A LOS SUJETOS INSCRITOS: Los participantes de la investigación estarán al tanto de los objetivos de esta, así como si en el transcurso de ella deseen retirarse, sin perjudicar la estadía de su hijo en la unidad, además de tener acceso a los resultados una vez finalizado esta investigación.



IX.-RESULTADOS:

El estudio comprendió a 51 madres y padres de RN hospitalizados en UCI-NEO del HCHM de Chillán que fueron encuestados durante los meses de octubre de 2014 hasta febrero del 2015

Tabla N° 1 Distribucion nominal y porcentual de variables sociodemográficas

(Perfil de la muestra)

Variable		N	Porcentaje
Sexo	Mujer	25	49 %
	Hombre	26	51 %
Estado Civil	Soltero	19	37,3 %
	Casado	14	27,5 %
	Conviviente	18	35,3 %
Nivel Educativo	Básico	5	9,8 %
	Media	30	58,8 %
	Superior	16	31,4 %
Previsión	Fonasa	42	82,4 %
	Isapre	6	11,8 %
	Otro	3	5,9 %
Número de Hijos	1 hijo	28	54,9 %
	2 hijos	15	29,9 %
	3 hijos	6	11,8 %
	4 hijos	2	3,9 %
Ocupación	Dentro de la casa	16	31,4%
	Fuera de la casa	35	68,6%
Religión	Profesa	34	66,7 %
	No Profesa	17	33,3 %

Ingreso económico	Menos del mínimo	9	17,6%
	Mínimo	17	33.,3%
	Mayor al mínimo	25	49%
Lugar de Residencia	Urbano	36	70,6%
	Rural	15	29,4 %

Fuente: Mendez, K. Nivel de estrés relacionado con autoestima y apoyo social percibido por padres de recién nacidos hospitalizados en unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital de Chillan año 2015.

Edad de los padres	Sexo	Minimo	Maximo	Mediana
	Mujer	20 años	42 años	29 años
	Hombre	20 años	53 años	32 años

Fuente: ídem tabla 1

En relación a la edad de los padres se puede observar que hubo número similar de varones y damas encuestados, con una media de edad de 29 años y su nivel educacional era de predominio enseñanza media, un mayor porcentaje además profesaba una religión, y era de procedencia urbana. Cabe señalar que por ser un hospital público se encontró un mayor porcentaje de padres pertenecientes a sistema público de salud.

Tabla N° 2 Distribucion nominal y porcentual de variables sociodemográficas. Variables del Recién Nacido: Edad gestacional y Días de Hospitalización

Variable		N°	Porcentaje
Edad Gestacional	Menor de 30 semanas	18	35,3%
	Entre 30 y 35 semanas	17	33,3%
	Mayor de 35 semanas	16	31,4%

Fuente: ídem tabla 1

Variable	Máximo	Mínimo	Mediana	Media
Número de días	57	5	8	11

Fuente: ídem tabla 1

Se observo similitud de semanas de gestacion de los RN, además de encontrarse con una media de 11 días de hospitalización.

En relación a la variable Dependiente Nivel de Estrés se obtienen los siguientes resultados:

Tabla N° 3

Nivel de estrés Total en los padres y/o madres de RN

Variable	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	Mediana	Media
Nivel de Estrés	55	147	23	99	100,2

Fuente: ídem tabla 1

De acuerdo el puntaje promedio presentado por los padres de RN, ellos están presentando un nivel Moderado de estrés total dentro de un rango de 0 a 156 puntos , ya que, desde 79 a 117 puntos se categorizan los resultados como nivel de estrés moderado.



Tabla N°4 Distribucion nominal y porcentual de categorías de estres

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nada de estrés	0	0%
Estrés leve	12	23,5 %
Estrés moderado	27	52,9%
Estrés excesivo	12	23,5%
Total	51	100,0%

Fuente: ídem tabla 1

De la tabla anterior se desprende que todos los padres encuestados presentan algún nivel de estrés, como se puede ver más del 50 % está en estrés moderado.



Distribucion del Nivel de estrés Parental según Subescalas

En base a los valores obtenidos se realizó análisis por subescalas, es decir Ambiente, Aspecto del Recién Nacido, Rol Materno, Comunicación con el Personal.

Para establecer los rangos de cada sub escala se utilizó la mediana obtenida para cada una como punto central, luego para el rango del primer nivel “estresante” se utilizó el mínimo posible para la sub escala hasta la mediana; para el rango del segundo nivel “muy estresante” se continuó desde el número después de la mediana hasta el máximo posible de la sub escala.

Tabla N°5

Tabla de Frecuencia de la subescala Ambiente de la escala de estrés parental

Nivel de Estrés	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel estresante	28	54,9	54,9
Nivel muy estresante	23	45,1	100,0
Total	51	100,0	

Fuente: ídem tabla 1

Habiendo categorizado la variable en sus dos niveles, estresante y muy estresante, se obtuvo una distribución parecida, siendo levemente mayor, la categoría de estresante lo que considera características relacionadas el ambiente de UCI-NEO por parte de los padres.

Tabla N° 6

Tabla de Frecuencia de la Subescala Aspecto del Recién Nacido de la escala de estrés parental

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel estresante	27	52,9	52,9
Nivel muy estresante	24	47,1	100,0
Total	51	100,0	

Fuente: ídem tabla 1

Recategorizando la variable siguiendo el mismo criterio anterior, se obtuvo que los padres declararon que el aspecto de su hijo hospitalizado les resultaba estresante, presentando una pequeña diferencia de 5 puntos con la categoría muy estresante.

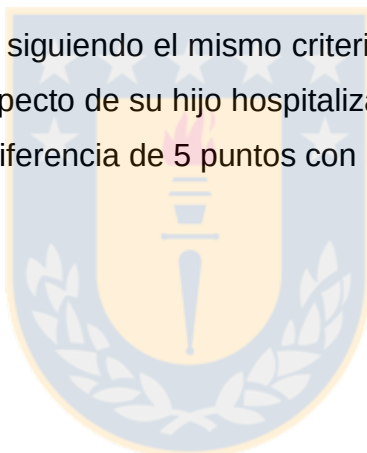


Tabla N° 7

Tabla de Frecuencia de la Subescala Rol materno de la Escala de estrés parental

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel estresante	27	52,9	52,9
Nivel muy estresante	24	47,1	100,0
Total	51	100,0	

Fuente: ídem tabla 1

La presente subescala presenta los mismos valores que la subescala anterior, expresando una pequeña diferencia entre las categorías descritas, declarando que el rol de padre-madre les resulta mayoritariamente estresante a los padres.

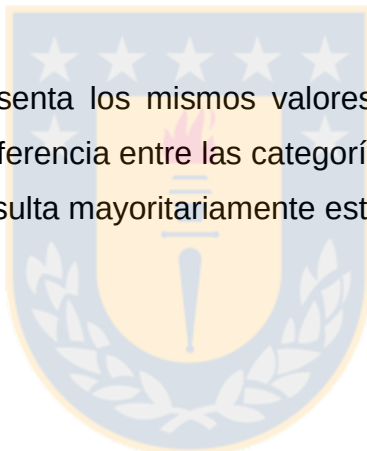


Tabla N° 8

Tabla de Frecuencia de la Subescala Comunicacion de la escala de estrés parental

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel estresante	26	51,0	51,0
Nivel muy estresante	25	49,0	100,0
Total	51	100,0	

Fuente: idem tabla 1

La frecuencia en ambas categorías resultaron muy parecidas con una mínima diferencia, demostrando que la experiencia general de la hospitalización y la comunicación con el personal de la UCI-NEO es una experiencia estresante para los padres

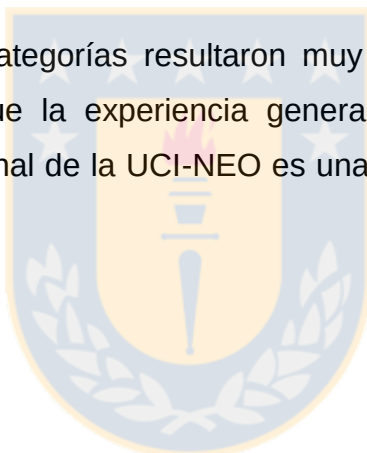


Tabla N° 9

Preguntas de la escala de estrés parental con mayor y menor frecuencia de respuestas en padres de RN hospitalizados en UCI-NEO del HHM de Chillan.

Pregunta	Media	Desviación estándar
Al ser separado de su RN.	3,4	0,844
No saber cómo ayudar a su RN durante este tiempo	1,4	0,765

Fuente: ídem tabla 1

La situación que generó mayor estrés en los padres consultados fue cuando fueron separados de su recién nacido para ser hospitalizado. Por otro lado la situación que generó menos estrés en los padres es no saber cómo ayudarlos durante el tiempo de la hospitalización.

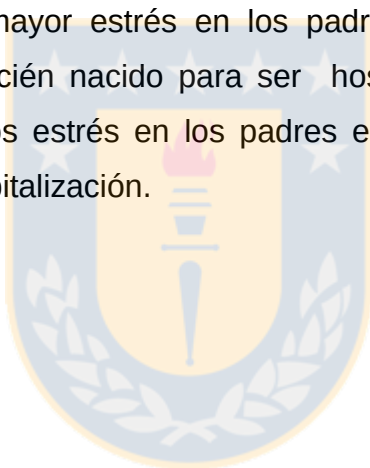


Tabla N°10

Resultados del Nivel de estrés según antecedentes sociodemográficos de padres de RN hospitalizados en UCI-NEO del HHM de Chillan.

V. estrés V. S-D		N	Estres (Media)	Desviación estándar	Sig. Estadi.
Estado civil	soltero	19	92,32	21,55	0,268
	Conviviente	14	105,29	22,4	
	Casado	18	98,94	23,7	
Previsión	Fonasa	42	99,52	23,08	No se realizó
	Isapre	6	87,33	21,2	
	Otro	3	101,67	21,54	
Religión	Profesa	34	100,74	22,93	0,264
	no profesa	17	93,18	22,16	
Ocupación	dentro del hogar	16	99,81	24,00	0,73
	fuera del hogar	35	97,49	22,46	
Procedencia	urbano	37	100,30	23,50	0,29
	Rural	14	92,71	20,36	
Ingreso Económico	Menor del mínimo	9	103,11	22,98	0,76
	Mínimo	17	98,00	26,78	
	mayor al mínimo	25	96,60	20,29	
Edad gestacional	Menos 30	18	92,83	22,20	0,20
	30-35	17	106,12	16,92	
	Mayor 35	16	95,88	27,35	

Fuente: ídem tabla 1

Los antecedentes sociodemográficos de los padres no presentaron relación con el nivel de estrés declarado, que resultó en la categoría de estrés moderado

Tabla N°11

Nivel de estrés según sexo de los padres de Recién Nacidos hospitalizados
UCI-NEO del HHM de Chillan.

Variable	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	Mediana	Media
Nivel de Estrés Madres	61	147	21,9	106	103,12
Nivel de Estrés Padres	55	146	23,7	91	93

Fuente: ídem tabla 1

En la tabla anterior se puede observar que del 50 % de las madres, obtuvo un puntaje mayor a 106 puntos, mientras que el resto de las madres obtuvo puntaje menor a 105 puntos lo que significa que el gran porcentaje mostraba un nivel elevado de estrés moderado.

En los padres a diferencia de las madres el 50 % de ellos obtuvo 91 puntos, puntaje menor que el observado en las madres, pero igualmente según los valores, manifiestan un nivel de estrés moderado.

Ambos padres se encuentran en nivel de estrés moderado, (entre 79 y 117 puntos) observándose que el nivel de padres es menor que el observado en las madres.

Tabla N° 12

Nivel de Estrés según días de hospitalización de los RN en UCI-NEO del HHM de Chillan

Correlaciones				
			Días de Hosp	Estrés Total
Rho de Spearman	Días de Hospitalización	Coeficiente de correlación	1,000	-0,295*
		Sig. (bilateral)		0,036
		N	51	51



*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Al analizar correlación entre estrés de los padres de RN hospitalizados en UCI-NEO y los días de hospitalización de estos, se encontró una correlación negativa y significativa (r de Spearman = -0,30; $p=0,036$), es decir a mayor días de hospitalización menor es el estrés de los padres.

Tabla N° 13

Escala de frecuencia de Autoestima total de CooperSmith en padres de RN hospitalizados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Autoestima baja	11	21,6	21,6
Autoestima media	32	62,7	84,3
Autoestima media alta	8	15,7	100
Autoestima alta	0	0	100,0
Total	51	100,0	

Fuente: ídem tabla 1

Se puede observar que la mayoría de los padres se encuentran con una autoestima media, llamando la atención que el 84,3% de los padres se encuentran con una autoestima media-baja durante la hospitalización

Cabe destacar que autoestima no presenta una distribución del punto de vista estadístico normal.

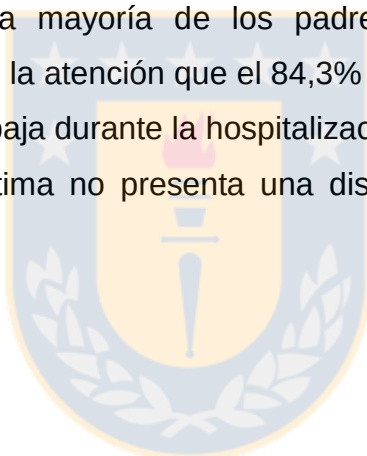


Tabla N ° 14

Frecuencia en categoría PERSONAL de la Escala de Autoestima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel de autoestima personal bajo	22	43,1	43,1
Nivel de autoestima personal medio	21	41,2	84,3
Nivel de autoestima personal medio alto	8	15,7	100,0

Fuente: ídem tabla 1

De la tabla anterior se puede concluir que el 84.3 % de la población encuestado manifestó una autoestima de medio a bajo en la subdimension Personal, lo que implica características propias y cómo se percibe frente a situaciones de tipo personal.

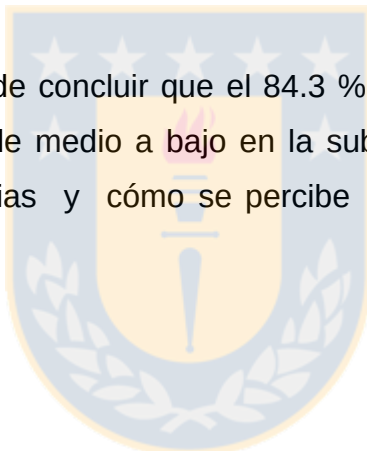


Tabla N° 15

Frecuencia en categoría SOCIAL en la Escala de Autoestima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel de autoestima social bajo	10	19,6	19,6
Nivel de autoestima social medio	16	31,4	51,0
Nivel de autoestima social medio alto	25	49,0	100
Total	51	100,0	100,0

Fuente: ídem tabla 1

De esta tabla se puede observar que prácticamente la mitad tuvo un nivel de autoestima medio alto y el restante se subdividió en nivel medio y bajo. Cabe destacar que prácticamente el 20 % presentó Autoestima bajo.

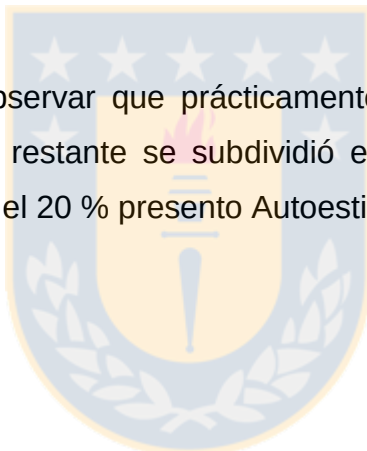


Tabla N° 16

Frecuencia en categoría FAMILIAR en la Escala de Autoestima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nivel de autoestima familiar bajo	6	11,8	11,8
Nivel de autoestima familiar medio	23	45,1	56,9
Nivel de autoestima familiar medio alto	21	41,2	98,0
Nivel de autoestima familiar alto	1	2,0	100
Total	51	100,0	100,0

Fuente: ídem tabla 1

Al analizar la autoestima desde la dimensión familiar se observó que cercano al 87 % de los padres presento Nivel de autoestima Familiar de medio a medio alto, lo cual se observa como favorecedor ante la experiencia de un hijo hospitalizado

Tabla N° 17

Apoyo social percibido por los padres de RN hospitalizados en UCI-NEO.

Variable	N	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	Mediana	Media
Apoyo social	51	21	95	18,7	83	77,7

Fuente: ídem tabla 1

El apoyo social total es escaso cuando el resultado es menor a 57 puntos. En este caso la gran mayoría de los encuestados resultaron con un apoyo social suficiente (77.7%).



Tabla N°18

Apoyo social percibido según dimensiones en padres de RN hospitalizados en UCI-NEO

Dimensión	N°	Falta de Apoyo	%	Suficiente Apoyo	%
Apoyo Emocional	51	12	23,5	39	76,5
Apoyo Instrumental	51	9	17,6	42	82,4
Interacción Social Percibida	51	9	17,6	42	82,4
Apoyo Afectivo	51	3	5,9	48	94,1

Fuente: ídem tabla 1

De la tabla anterior se desprende que en todas las subcategorías del apoyo social se encontró que los encuestados se consideran con un suficiente apoyo, lo cual es favorable ante las experiencias estresantes

Tabla N°19

Resumen relación entre variables Nivel de estrés y las variables apoyo social y Autoestima en padres de RN hospitalizados

<u>Nivel de Estrés</u>	<u>Apoyo Social</u>	<u>Autoestima</u>
Estrés Parental Total	$\rho = 0.350$ ($p = 0.012$)	$\rho = -0.055$ ($p = 0.702$)n.s.
Subescala Ambiente	$\rho = 0.267$ $p = 0.058$ n.s.	$\rho = -0.39$ ($p = 0.784$)n.s.
Subescala Aspecto del RN	$\rho = 0.371$ ($p = 0.007$)	$\rho = -0.087$ ($p = 0.543$)n.s.
Subescala Rol Materno	$\rho = 0.401$ ($p = 0.004$)	$\rho = -0.040$ ($p = 0.780$)n.s.
Subescala Comunicación con el Personal	$\rho = 0.023$ ($p = 0.875$)_n.s	$\rho = 0.018$ ($p = 0.898$)n.s.

Fuente: ídem tabla 1

ρ = coeficiente ordinal Rho De Spearman

De la tabla anterior se puede ver que la variable apoyo social presenta relación estadística con las subescalas de Aspecto del RN y la subescala de Rol materno de la escala de Estrés Parental Total.

No se obtuvo relación entre la variable de estudio(nivel de estrés) y el nivel de autoestima

Tabla N°20

Relación entre las subescalas de la Escala de Estrés Parental y dimensiones de Autoestima.

Nivel de estres parental			Nível de autoestima			
			Total	personal	social	Familiar
Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)			$\rho = -0.055$ ($p = 0.702$)n.s.			
Rho de Spearman	Ambiente	Coeficiente de correlación		-0,112	-0,004	0,078
		Sig. (bilateral)		0,436	0,979	0,584
		N		51	51	51
	Aspecto del RN	Coeficiente de correlación		-0,103	0,003	-0,093
		Sig. (bilateral)		0,473	0,981	0,518
		N		51	51	51
	Rol Madre-Padres	Coeficiente de correlación		-0,152	0,058	0,099
		Sig. (bilateral)		0,288	0,685	0,490
		N		51	51	51
	Comunicación personal	Coeficiente de correlación		0,089	-0,034	-0,040
		Sig. (bilateral)		0,536	0,814	0,780
		N		51	51	51

Fuente: ídem tabla 1

Al relacionar las cuatro subescalas de la escala de estrés parental con la variable autoestima no se obtuvo relación estadísticamente significativa con ninguna de las dimensiones de esta variable.

Tabla N°21

Relación entre la subescala Ambiente de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social

			Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Afectivo	Interacción Social Positiva
Rho de Spearman	Ambiente	Coeficiente de correlación	0,275	0,162	0,246	0,289*
		Sig. (bilateral)	0,051	0,255	0,082	0,040
		N	51	51	51	51

Fuente: idem tabla 1

Al analizar la subescala **ambiente** de la escala de nivel de Estrés Parental con las dimensiones de la variable apoyo social, se encuentra relación estadísticamente significativa en la dimensión de interacción social positiva



Tabla N° 22

Relación entre la subescala Aspecto del RN de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social

			Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Afectivo	Interacción Social Positiva
Rho de Spearman	Aspecto RN	Coeficiente de correlación	0,377**	0,315*	0,310*	0,324*
		Sig. (bilateral)	0,006	0,024	0,027	0,020
		N	51	51	51	51

Fuente: idem tabla 1

Al analizar la relación entre la subescala de Aspecto del RN de la escala de estrés parental con la variable Apoyo en sus distintas dimensiones se encontró que todas presentaron relación estadísticamente significativa.

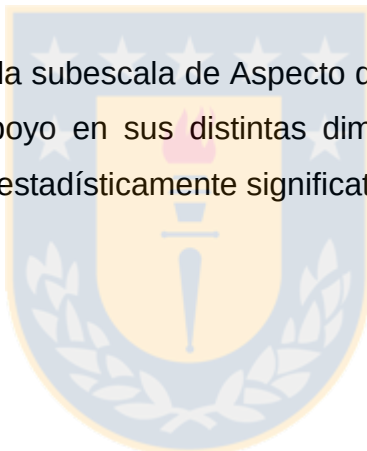


Tabla N° 23

Relación entre la subescala Rol Materno de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social

			Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Afectivo	Interacción Social Positiva
Rho de Spearman	Rol Materno	Coeficiente de correlación	0,425 ^{**}	0,399 ^{**}	0,336 [*]	0,341 [*]
		Sig. (bilateral)	0,002	0,004	0,016	0,014
		N	51	51	51	51

Fuente: idem tabla 1

En la subescala del Rol materno de la escala de estrés parental y la variable apoyo social, se encontró relación estadísticamente significativa en todas las dimensiones del apoyo social.



Tabla N°24

Relación entre la subescala Comunicación con el Equipo de Escala de Estrés Parental y dimensiones de Apoyo Social

			Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Afectivo	Interacción Social Positiva
Rho de Spearman	Comunicación con el Equipo	Coeficiente de correlación	0,016	0,060	0,076	-0,031
		Sig. (bilateral)	0,910	0,675	0,598	0,829
		N	51	51	51	51

Fuente: ídem tabla 1

La sub escala de Comunicación de la escala de estrés parental con la variable apoyo social no presenta relación estadísticamente significativa en ninguna de sus dimensiones.



X. DISCUSIÓN.

En la UCI-NEO del HHM de Chillán, se observa una población de recién nacidos en donde los padres pasan un periodo a veces prolongado de tiempo, se debe señalar que de la población encuestada hubo un porcentaje similar de mujeres y varones, con una leve superioridad en número de varones de un 2%. La edad promedio de los padres fue, 29 años para las madres, y 32 años para los padres. El nivel educacional de los padres es de predominio enseñanza media completa. La mayoría de los padres se encontraba casado o conviviendo, condición importante ya que, como señala Mercer es el padre quien diluye la tensión y facilita la adopción del rol materno, además de que el 54.9% solo tenía 1 hijo del cual ocuparse, destaca además de que el 66.7% de ellos manifiesta adherencia a alguna religión.

La mayoría de los padres encuestados (82.4%) pertenece al sistema FONASA y un 68,6% manifiesta que tienen una ocupación fuera del hogar, el lugar de residencia de los padres resultó ser urbano lo que es beneficioso por la cercanía y el traslado al momento de visitar a su hijo.

En relación a la edad gestacional de los recién nacidos se pudo observar que hubo similitud de porcentajes en las tres categorías establecidas, menor de 30 semanas (35%) ,30 a 35 semanas (33%) y mayor a 35 semanas (31%). La hospitalización de los RN tuvo una media de 11 días de un rango entre 5 y 57 días, Mercer menciona en su teoría que la presencia de patologías por parte del RN provocan la separación entre madre e hijo, e interfieren en su vinculación madre-hijo

En relación a la variable de estudio “Nivel de estrés parental” que presentaban los padres se observó un predominio en el nivel de estrés moderado (52,9%), y sólo un 23,5% con niveles de estrés excesivo, resultados similares a los obtenidos por Ochoa et al(42) quien encontró que la totalidad de la muestra de sus padres presentaron niveles medios altos, con igual característica de tiempo mínimo hospitalizado, a diferencia de lo encontrado por Giraldo et al(51) quien encontró

que el 44% de sus encuestados presentó niveles poco estresantes frente a la hospitalización de su hijo y contrario a lo presentado por Jofré,(41) quien obtuvo que el 48,6% de su muestra declaraban niveles muy estresantes, lo cual representa el doble de este estudio. Lo anterior puede deberse al avance de la tecnología, al mejoramiento de las relaciones entre equipo médico y padres lo cual incide en una mayor confianza en el sistema de salud que redundaría en un menor nivel de estrés que lo observado en estudios anteriores.

Dado que el nivel de estrés es levemente mayor en las madres que en los padres, como epidemiológicamente se viene presentando, dado que los trastornos ansiosos son una patología mas prevalente en mujeres que hombres. De acuerdo a lo mencionado por Ramona Mercer, (38) quien plantea que la mujer está en este proceso de convertirse en madre, para lo cual necesita interaccionar con su hijo, lo cual se encuentra interrumpido por la hospitalización (37) y los padres asumirían un rol de apoyo frente a este proceso.

Al evaluar las distintas sub escalas de nivel de estrés parental, se observa que en la subescala **ambiente** de las UCI-NEO se encontró que un 45,1% de los padres lo considera muy estresante condición similar a la encontrada por Parra Falcón(30) en el 2009 y Jofré(41) en 2002, quienes obtuvieron que el 51.6% y el 63,2% respectivamente de los padres, manifiestan molestias en relación a los ruidos y alarmas de los monitores que distraen la atención a su hijo, representando niveles muy estresantes. Condición apoyada por los estudios de Ruiz y Ceriani (28) (2005), Giraldo (51) en el 2013, y Aguiñara-Zaparripa (2016) donde también destacan las características del ambiente que generan mayor estrés

Respecto a la subescala **aspecto del recién nacido**, en la cual se evalúan características propias de él, como su color, tamaño entre otros. Se observó que el 47,1% de los padres lo considera muy estresante, coincidente con lo presentado por Jofre(40) como también por Ruiz y Ceriani(28) en donde la apariencia débil del niño genera mayor nivel de estrés, lo cual es esperable al pensar que un niño hospitalizado en UCI-NEO es sometido a gran cantidad de

procedimientos y equipos para poder dar solución a los graves problemas que presentan, Mercer (30) menciona que los RN pueden enviar mensajes difíciles de reconocer por los padres lo que crea sentimientos de incompetencia y frustración en ellos considerando que el niño se convierte en un compañero activo de la madre en el proceso de convertirse ya que influye en este rol, pero a su vez se ve afectado por él, según la teorista.

Al analizar la subescala **rol de los padres**, se hace referencia al contacto directo de los padres con su hijo, obteniéndose un 47.1% de los padres siente como muy estresante su rol ante la hospitalización de su RN, resultados similares a los encontrados por Ochoa(42), Marín(43), León Martín(44), y González(53), donde el mayor estrés manifestado por los padres era el referente a la alimentación de su hijo, y a la imposibilidad de poder otorgar los cuidados a sus recién nacidos. Mercer destaca en su teoría que la mujer pasa por estadios con el fin de interiorizar su rol y (38) adquiere confianza en la medida que abraza, cuida y protege a su hijo de manera continua, identificado como etapa personal.

En relación con la subescala de **comunicación** con el equipo de salud el 49 % los padres manifiestan un nivel muy estresante, también observado por Ochoa en España, (42) principalmente cuando se informa a los padres del estado y evolución de sus hijos. Contrario a esto Jofré (41) encontró que sólo un 11,4% de los padres se encontraba en niveles muy estresantes en lo referente a la comunicación, resultados similares a los de Ruiz (28), González (53), Ambiado (45) que también resultaron poco estresantes.

Carneiro, Leite, Sousa et al (50), mencionan en su estudio que es importante conocer el proceso que viven los padres para así poder facilitar esta nueva etapa para ellos, la que sin duda beneficiará a la pareja para enfrentar de mejor manera esta nueva etapa. Al respecto Mercer (34) menciona que son los profesionales de enfermería los encargados de facilitar el proceso de “convertirse en Madre”

Es importante destacar que la pregunta que genera mayor estrés tanto a madres como a padres es “el ser separado de su hijo” al igual que en el estudio de

Ambiado (45), sin duda alguna, que el ser separado de su hijo recién nacido genera desconcierto e incluso sentimientos de depresión y desamparo.

Al asociar el nivel de estrés de los padres con las características sociodemográficas, en su mayoría no se obtuvo asociación estadísticamente significativa, destacando que la mayoría de ellos independiente del sexo o del estado civil que presenten, poseen un nivel de estrés moderado. En relación a los días de hospitalización se observó una relación inversa y significativa, es decir, a más días hospitalizados, los padres presentaron menos estrés distinto a lo encontrado por Ambiado(45) en Chile donde no resultó con significancia estadística

En relación a la evaluación de la **Autoestima** general se puede observar que el 84.3 % de los padres posee una autoestima de nivel bajo y media, no habiendo declaración en la categoría de autoestima alta, lo cual coincide con lo obtenido con Ortiz y Carrillo(49) en el 2006, quienes estudiaron el estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados las que presentaron altos niveles de estrés asociado a pobres niveles de autoestima, lo que ratifica que la hospitalización de un hijo es una instancia de debilitación y mucha frustración, ya que se limita el contacto físico y el cuidado es dado por el equipo de salud. Así también Nidey (55) en EEUU en el 2016, observó baja autoestima en madres a pesar de contar con personas con las cuales puede contar.

Es necesario mencionar que la autoestima es la autopercepción que tiene cada individuo de sí mismo, y de acuerdo a lo que menciona Mercer (34) incide en el rol de convertirse en madre-padre lo cual se puede mejorar con intervenciones en la etapa de hospitalización del hijo recién nacido, como se realizó en Buenos Aires (28) donde se evaluó un programa de intervención y de control y el grupo intervenido mostró evidentes mejoras.

A su vez la evaluación de la **autoestima** se desarrolló en tres dimensiones, las cuales son: Autoestima Personal, Autoestima Social y Autoestima Familiar, al relacionarla con la variable Estrés parental no se encontró relación estadística significativa con ninguna de las sub escalas de Estrés.

En relación al **apoyo social** percibido se observó que más del 50% de los padres manifiesta un apoyo general suficiente, manifestado además en las cuatro dimensiones de esta variable, importante dato, ya que, al ser analizado con el Nivel de estrés de los padres resulta estadísticamente significativo y similar con el estudio de Castañeda(48) donde menciona que el apoyo social es un amortiguador de la desesperanza y actúa de forma inversamente proporcional en los padres con hijos hospitalizados, además de ser principalmente brindado por el padre.

Cabe destacar que una de las dimensiones más valoradas por los padres fue la dimensión de Apoyo afectivo relacionada con la subescala de Aspecto del RN de la escala de estrés parental, coincidente con lo mencionado por León Martín(44) en Madrid que menciona que el apoyo potencia la adaptación de los padres y les protege del estrés, además de resultar estadísticamente significativa las dimensiones de apoyo instrumental, apoyo afectivo y apoyo social positivo la cual implica la expresión de amor y afectos que tiende a darse principalmente entre las parejas, lo cual es planteado por Mercer(34) como un aspecto importante en el proceso de convertirse en madre-padre al declarar que es el cónyuge (pareja) quien apoya con mayor empatía en este proceso.

Otra dimensión del **apoyo social** con resultado estadísticamente significativo fue **Rol materno** de la subescala de estrés parental con las cuatro dimensiones del apoyo social, Mercer destaca en sus postulados que el apoyo, es la real ayuda que reciben los padres, además de la evaluación de esta en su rol de convertirse en madre, coincidente con lo mencionado por Marin en el 2011, en donde encontró relación estadísticamente significativa entre estrés y depresión, presente cuando hay ausencia de apoyo familiar durante la hospitalización.

La dimensión del **apoyo social** llamada, Interacción social positiva, resulta estadísticamente significativa , con la subescala de **Ambiente** de Estrés parental que hace referencia a la cantidad de personas con las que cuentan los padres para poder conversar la situación vivida, muchos padres requieren la cercanía del resto de su familia o de más integrantes de su red de amigos para sentirse más aliviado de la situación de tener a su hijo hospitalizado, y son el equipo de enfermería el encargado de educar y modificar las normas de acceso para beneficiar la disminución del estrés, es así como Ambiado en su estudio concluyo que es necesario que el equipo de salud puedan diseñar intervenciones que disminuyan el estrés que presentan los padres



XI.-CONCLUSIONES

Posterior a la realización de esta investigación se puede concluir que:

Los padres contaban con una edad promedio aproximado de 30 años, la mayoría con pareja, alrededor de la mitad de ellos tenía un hijo más aparte del niño hospitalizado, la mayoría perteneciente al sistema público de salud y residían en sector urbano y profesaban adherencia a una religión.

Las características sociodemográficas de estos, no presentó asociación estadísticamente significativa con el nivel de estrés por ellos declarados.

Los RN hospitalizados se distribuían de manera similar en las categorías establecidas desde menores de 30 semanas hasta mayores de 35 semanas, y el promedio de hospitalización fue 11 días de un rango de 5 a 57 días.

El apoyo social es una variable predictora del nivel de estrés en padres de RN específicamente la categorías de aspecto del RN y Rol materno, considerando que la mayoría de ellos tenía un nivel de estrés moderado

Menos de un cuarto de ellos presentaron nivel de estrés excesivo, que al comparar con estudios similares se observa una importante reducción de niveles de estrés muy estresante, lo que puede estar relacionado con el mejoramiento de las relaciones entre el equipo y la familia, propiciado por las distintas iniciativas ministeriales de apoyo al desarrollo de los niños y potenciado por el avance de la tecnología que incide en la mayor generación de confianza en los padres.

De las distintas sub-escalas que se evaluaron para estudiar el nivel de estrés parental, se obtuvo resultados similares de nivel muy estresante con rangos entre 45,1% y 47% dando cuenta que cercano a la mitad de los padres consideraban muy estresante la experiencia de tener un hijo hospitalizado en UCI-NEO, informando que dentro de la subescala de ambiente lo que más impresiona tiene relación con los monitores y sus alarmas, respecto a la subescala de aspecto del RN resultó más estresante el observar a su hijo conectado a un ventilador mecánico, en la sub-escala de rol de los padres, resultó más estresante el estar

separado de su hijo y no saber cómo ayudarlo; y en la sub-escala de comunicación con el equipo les resultó estresante cuando el personal les informaba sobre resultados de tratamientos y exámenes.

Es importante reflexionar que la otra mitad de los padres que declararon que la experiencia de hospitalización les resultó solo estresante tiene relación con que ellos declaran menor estrés al sentirse apoyado por el equipo de salud al explicarle con palabras claras la condición de su hijo y al ser acompañados al momento de la visita.

En relación a la variable autoestima en su nivel general, los padres presentaron en su mayoría un nivel, bajo-medio que al no presentar asociación estadísticamente significativa con la variable estrés parental hace suponer que es una condición propia de los padres, tal vez, anterior a la hospitalización de su hijo, ya que, no se ve asociada a esta experiencia, o tal vez a la proyección que realizan los padres respecto a posibles secuelas derivadas de la gravedad de su hijo.

Ramona Mercer menciona que la etapa de postparto es una instancia de muchas inseguridades y de nuevos planteamientos por lo que es difícil poder aumentar la autoestima, más aun, cuando no se ha creado el vínculo materno, por la hospitalización de su RN.

La variable apoyo social en sus cuatro dimensiones presento relación estadísticamente significativa con las subescalas de estrés parental que hacen referencia al aspecto del RN y al Rol materno, condiciones importantes ya que los padres al ver a su hijo conectado y con elementos invasivos, buscan y necesitan que su entorno les minimicen sus temores, además de sentirse incapaz de proteger a su RN, según Mercer la mujer alrededor de los cuatro meses de vida de su hijo logra la integración de la identidad materna, tiempo en el cual necesita de las redes de apoyo con las que pueda contar.

Al analizar la dimensión ambiente de la escala de estrés parental se observó relación estadística con la dimensión apoyo social positivo que evalúa la

disponibilidad de amistades o familiares para poder contar con ellos ante instancias tan significativas como lo es el riesgo vital de un miembro de la familia aun cuando no ha llegado al seno familiar.



XII.- RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

De la presente investigación se pueden extraer aspectos claves a considerar, tales como:

El instrumento utilizado para esta investigación resulta valido para medir estrés, sin embargo debe considerarse la modalidad y el momento para su aplicación, debido al difícil momento que están viviendo los padres.

Se sugiere continuar con el estudio del apoyo social relacionado con el estrés y analizar quienes constituyen las redes de apoyo para estos padres, además de investigar respecto a proyecciones de vida de los padres por los hijos hospitalizados.

Seria conveniente continuar con evaluaciones en relación a la autoestima de los padres ya que esta puede verse influenciada en el momento de la hospitalización de su hijo recién nacido.

Se sugiere reestructurar protocolos de visita y acompañamiento para el resto de la familia.

Se recomienda estimular la investigación centrada en la familia como un componente más de la planificación de enfermería clínica, utilizando teorías propias de nuestro quehacer, para fortalecer los antecedentes empíricos que deben fundamentar el desarrollo de nuestra disciplina.

Preparar a los profesionales de enfermería y al resto del equipo en su conjunto, en temas de manejo de estrés, mayor aun teniendo en cuenta que muchas veces se enfrenta a situaciones de salud muy difíciles.

El apego tanto de madres como de padres puede atenuar los miedos y por ende el estrés que genera una hospitalización tan prematura del recién nacido, por lo que se hace indispensable implementar el programa canguro.

Programar actividades básicas (muda de sus hijos; control de temperatura, entre otras) que permitan el aprendizaje y conocimiento por parte de los padres y así mejorar su autoestima.

Implementar métodos de evaluación de calidad en la atención.

Seria acertado que los equipos de enfermería pudieran tener la disponibilidad horaria para realizar acompañamiento diario a madres y padres en su proceso hospitalario, y que las intervenciones no invasivas que se le realicen a los recién nacidos puedan ser realizadas en conjunto o con la ayuda de uno de ellos.



XIII.- LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

Falta de bibliografía que reúna las variables estrés con apoyo social y autoestima en padres de recién nacidos.

Por ser cuatro instrumentos de aplicación les genera a los padres cierto rechazo por el tiempo a utilizar.

XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Montevideo: OMS. Oficina Regional para las Américas; c2000-2017. La mortalidad infantil se redujo a más de la mitad en diez años, pero persisten las disparidades entre países de las Américas; 2012 Nov. 20; [about 1 screens]. Available from: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=605:la-mortalidad-infantil-se-redujo-a-ma%C2%A1s-de-la-mitad-en-diez-anos-pero-persisten-las-disparidades-entre-paa%C2%ADses-de-las-americas&Itemid=0
- ² Estadísticas del Centro de Responsabilidad de Pediatría 2014, 2015. Hospital Herminda Martin de Chillán
- ³ Tesis Electrónicas UACH [Internet]. Valdivia: Universidad Austral de Chile [2004]. Condicionantes y caracterización del estrés, en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados; Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmb764c/doc/fmb764c.pdf>
- ⁴ Shudy M, Almeida ML, Ly S, Landon C, Groft S, Jenkins TL, Nicholson CE. Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. Pediatrics [Internet]. 2006 Aug. ; 118(3): 203-218. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/118/Supplement_3/S203.full.pdf
- ⁵ Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba [2012]. Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología; Available from: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/palacio_diaz_maria.pdf
- ⁶ Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichan [Internet]. 2013 Apr. 13(1): 69-80. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2104/2998>

⁷ Rossel K, Carreño T, Maldonado ME. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. Rev. Chil. Pediatr. [Internet]. 2002 Ene.73 (1): 15-21. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004

⁸ Caballero Muñoz, E. Fernández Díaz. Tratado enfermería cuidados críticos pediátricos neonatales. Versión web, capítulo 164: la familia en el entorno de cuidados críticos

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>

⁹Guimón J. Winnicot y la Psiquiatría Relacional. Avances en Salud Mental Relacional [Internet]. 2010 Dec.9 (2): 1-10. Available from:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1078/1027>

¹⁰Bascuñan ML. El apego temprano de madre e hijo. Medwave [Internet]. 2006 May; 6(4). Available from:

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1989>

¹¹ Winnicott D. Preocupación Maternal Primaria, en Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Barcelona 1956. Laia.(consulta el 29 de abril de 2015)

Disponible: <https://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2012/10/winnicott-estudios-de-pediatria-cap-14.pdf>

¹² Aguayo F, Correa P, Cristi P. Encuesta IMAGES Chile. Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género [Internet]. Santiago: CulturaSalud/EME; 2011 Dec. 107 p. Available from:

https://drive.google.com/file/d/0B3FLbfBc-N_YTc2NTRiN2YtMmQ4NS00ZGQ5LTg5NjltZTdiMzY5MDBiYTQw/view

¹³ Maldonado M, Lecannelier F. El padre en la etapa perinatal. Perinatol Reprod

Hum [Internet]. 2008 Apr. - Jun.; 22(2): 145-154. Available from:

<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Elpadreenlaetapaperinatal.pdf>

¹⁴ Viera M. La iniciativa de humanización de cuidados neonatales. Rev. Chil. Peditr. [Internet]. 2003 Mar. 74(2): 197-205. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009

¹⁵ Mata-Méndez M, Salazar-Barajas M, Herrera-Pérez L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2009 Jan. - Apr. 17 (1): 45-54. Available from:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>

¹⁶ UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo. Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral [Internet]. Ginebra: OMS; 2008. 51p. Available from:

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3_slides.pdf

¹⁷ MINSAL, Orientaciones Hospital Amigo, Chile 2007.(en línea)(consulta el 29 de abril de 2015) Disponible:

<http://www.ssmmsoc.cl/tmparchivos/trnsparente/participacionciudadana/HospitalAmigo/HospitalAmigo.pdf>

¹⁸ Repositorio Institucional UCAM [Internet]. Murcia: Universidad Católica de Murcia [2014]. Apego, Resiliencia y Enfermería; Available from:

<http://repositorio.ucam.edu/jspui/bitstream/10952/1265/1/TFG%20Escudero%20Campillo%20c%20Vanesa.pdf>

¹⁹ Greisen G, Mirante N, Haumont D, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr. [Internet]. 2009 Nov. 98(11): 1744-1750. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19650839>

²⁰ MINSAL. Manual de Procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología. Año 2013 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2014 135p. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014.pdf>

²¹ Biblioteca del congreso nacional de chile.Legislacion de chilena.
Disponible: file:///C:/Users/12791073-1/Downloads/LEY-20379_12-SEP-2009.pdf

²² Chile Crece Contigo. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2012. 232p. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>

²³ Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parent stressor scale: neonatal intensive care. Nurs. Res. [Internet]. 1993 May. - Jun. 42(3): 148-152. Available from: } <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8506163>

²⁴ Chile Crece Contigo. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 238p. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

²⁵ Caruso A. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2010. Chapter, Evaluación Psicológica del estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos (UCIN). La adaptación de la escala de estrés parental: Unidad de cuidados intensivos neonatológicos (PSS: NICU); p. 437-439. Available from: <https://www.aacademica.org/000-031/923.pdf>

-
- ²⁶ Guerra JC, Ruiz de Cárdenas CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. Av. Enferm. [Internet]. 2008 Oct. XXVI (2): 80-90. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12901/13502>
- ²⁷ Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4th ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 1989. 1220 p.
- ²⁸ Ruiz AL, Ceriani JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Arch. Argent. Pediatr. [Internet]. 2005 103(1): 36-45. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n1/v103n1a08.pdf>
- ²⁹ Parra FM, Mondaca Z, Oviedo SJ, Marquina M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. Index Enferm. [Internet]. 2009 18(1): 13-17. Available from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n1/r6804.php>
- ³⁰ Mercer RT. First-time motherhood: Experiences from teens to forties. New York: Springer Publishing Co.; 1986. 384 p.
- ³¹ Donley MG. Attachment and the emotional unit. Fam. Process. [Internet]. 1993 Mar. 32(1): 3-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8319797>
- ³² Mercer RT. Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present. New York: Springer Series; 1995. 388 p.
- ³³ Egan MF. El ABC del cuidado de enfermería en los bebés prematuros extremos. Estadísticas, clasificación y recepción en sala de partos. Enfer. Neonatal [Internet]. 2008 1(4): 8-12. Available from: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/El%20ABD%20del%20cuidado%20de%20enfermeria%20en%20los%20bebes%20prematuros%20extremos.pdf>

³⁴ Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [Internet]. Montreal: Universidad de Montreal; c2005-2017. Programas de apoyo parental y resultados en los niños. 2010 Mar. [about 1 screens]. Available from: <http://www.encyclopedia-infantes.com/habilidades-parentales/segun-los-expertos/programas-de-apoyo-parental-y-resultados-en-los-ninos>

³⁵ Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [Internet]. Montreal: Universidad de Montreal; c2005-2017. Programas de apoyo parental y resultados en los niños. 2010 Mar. [about 1 screens]. Available from: <http://www.encyclopedia-infantes.com/habilidades-parentales/segun-los-expertos/programas-de-apoyo-parental-y-resultados-en-los-ninos>

³⁶ Marriner T, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2011. 388 p.

³⁷ Programa de Enfermería [Internet]. Popayán: Universidad del Cauca [2005]. Teorías y modelos de enfermería; Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

³⁸ Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. [Internet]. 2006 35(5): 568-582. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958712>

³⁹ Marriner T, Raile M. Adopción del rol maternal: Convertirse en madre. Modelos y teorías en enfermería. 6th ed. Madrid: Elsevier; 2006. 617 p.

⁴⁰ Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. Revista Cuidarte [Internet]. 2011 ; 2(1): 195-201. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/62>

-
- ⁴¹ Jofré V,E, Henríquez E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, 1999. Cienc. Enferm. [Internet]. 2002 Jun. 8(1): 31-36. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100005
- ⁴² Ochoa, B y Polaino-Lorente, A. Estrés de los padres de niños hospitalizados en la clínica Universitaria de Navarra. España. 1999. Rev. Esp. Pediatr. ISSN. 0034-947x n. 328. pp. 345-349 Disponible: <http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1894/1/pag345.49.pdf>
- ⁴³ Marin D, Menéndez C. Estrés, ansiedad y depresión en madres de niños con Malformación Congénita Mayor (CMC) internados en la UCIN del Hospital Garrahan. Medicina Infantil [Internet]. 2011 Mar. 18(1): 10-17. Available from: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2011/xviii_1_010.pdf
- ⁴⁴ León B, Poudereux M, Giménez C, Belaústegui A. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. Mafre Medicina [Internet]. 2015; 16(2): 130-139. Available from: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART7043/sistema.pdf>
- ⁴⁵ Palma I , Von Wussow K , Morales B, Cifuentes R , Ambiado T . Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. Rev. chil. pediatr [online]. 2017, vol.88, n.3, pp.332-339. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-062017000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004>
- ⁴⁶ Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Silvan-Scochi CG. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol. Reprod. Hum. [Internet]. 2010 Apr. - Jun. 24(2): 98-108. Available from:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102b.pdf>

⁴⁷ Villanova F, Cuellar-Flores I, Eimil B, Palacios I. El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso. Clínica Contemporánea [Internet]. 2013. 4(2): 171-183. Available from: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a7.pdf>

⁴⁸ Castañeda J. El Apoyo Social como Amortiguador de la Desesperanza en Padres de Niños Hospitalizados. Psicología Iberoamericana [Internet]. 2006 Dec. 14(2): 36-45. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321005>

⁴⁹ Ortiz JA, Borre A, Carrillo S, Gutiérrez G. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. Rev. Latinoam. Psicol. [Internet]. 2006; 38(1): 71-86. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n1/v38n1a05.pdf>

⁵⁰ Carneiro KM, Meirelles EM, Sousa M, Arruda R, Mesquita G. Experiencia de madres durante el período del internamiento del recién nacido en la unidad de terapia intensiva neonatal. Enfermería Integral [Internet]. 2007 Dec. ; 80: 23-28. Available from: <http://www.enfervalencia.org/ei/80/80.pdf>

⁵¹ Giraldo DI, Lopera FA, Duque Y, Londoño A, Gaviria C; Restrepo Á, Aguirre MF. Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Horiz. Enferm. [Internet]. 2012 ; 23(3): 13-22. Available from: http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/23-3/estres_factores.pdf

⁵² Jopek A, Gadzinowska-Szczucinska J, Szczapa T. Evaluation of stress responses in parents of newborns hospitalized in the Intensive Care Unit. Ginekol. Pol. [Internet] 2009 May. 80(5): 367-373. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19548457>

-
- ⁵³ González DS, Ballesteros NE, Serrano MF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de Cuidados Intensivos. Rev. Ciencia y Cuidado [Internet] 2012 Jul. 9(1): 43-53. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986747>
- ⁵⁴ Intellectum [Internet]. Bogotá: Universidad de La Sabana [2013]. Intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto; Available from: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/8493/Claudia%20Mariana%20Moreno%20Mojica%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ⁵⁵ Acce Nidey N, Moreno Uribe L, Marazit Psychosocial well-being of parents of children with oral clefts. Child Care Health Dev. 2016 Jan;42(1):42-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26302988>
- ⁵⁶ Aguiñaga-Zamarripa M, Reynaga-Ornelas L, Beltrán-Torres A. Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2016; 24(1): 27-35. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161f.pdf>
- ⁵⁷ Lara MA, Verduzco MA, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. Rev. Latinoamericana de Psicología [Internet]. 1993; 25(2): 247-255. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525207>
- ⁵⁸ Canto HG, Castro EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2004 Jul. – Dec. 9(2): 257-270. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>

-
- ⁵⁹ Alvarado AM, Guzmán E, González MT. Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en Psicología [Internet]. 2005 Jul. - Dec. 10(2): 417-428. Available from: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2014/12/Tratamiento-Obesidad-y-Autoestima.pdf>
- ⁶⁰ Brinkmann H, Segure T, Solar MI. Adaptación, Estandarización y Elaboración de Normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Rev. Chilena de Psicología [Internet]. 1989. 10(1): 73-87. Available from: http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf
- ⁶¹ Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc. Sci. Med. [Internet]. 1991. 32(6): 705-714. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>
- ⁶² Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia [Internet]. 2005 Apr. 6(1): 10-18. Available from: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
- ⁶³ Garmendia ML, Alvarado ME, Montenegro M, Pino P. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Rev. Med. Chile [Internet]. 2008. 136: 169-178. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/art05.pdf>
- ⁶⁴ Londoño NH, Rogers H, Castilla JF, Posada SL, Ochoa NL, Jaramillo MA, Oliveros M, Palacio JE, Aguirre-Acevedo DC. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research [Internet]. 2012 Jan. - Jun. 5(1): 142-150. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>

⁶⁵ Lolas F, Quezada A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. 1th ed. Santiago: Serie Publicaciones. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. Chapter, ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos; p. 84-97.



XV.- ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.

Estimado(a) señor(a):

Este estudio busca determinar el nivel de estrés de padres de recién nacidos hospitalizados en UCI-NEO, relacionado con la autoestima y el apoyo social percibido

Siendo seleccionados a participar de esta investigación padres de Recién Nacidos cuyos hijos permanezcan más de cinco días hospitalizados en el Hospital de Chillán. Ese grupo aportará información necesaria para poder, en un futuro próximo, brindar un apoyo más completo durante la hospitalización de sus hijos por parte de la enfermera y el equipo de salud, en el ingreso a la anterior unidad.

Todos los participantes que escojan participar de esta investigación continuarán con la misma atención y beneficios acostumbrados en neonatología del Hospital de Chillán.

Se aplicaran instrumentos auto administrado en sala de espera de dicha unidad, a quienes den su consentimiento y que deseen participar.

La participación NO incluye uso de medicamentos o procedimientos dolorosos y su participación no conlleva riesgo para su hijo. En el caso de que no desee participar, la atención por parte de los profesionales de salud de Neonatología no se verá afectada de ningún modo.

Si desea participar es pertinente hacerle saber que cuenta con derechos tales como:

- Recibir respuesta ante cualquier duda que le surja sobre la investigación, riesgos, beneficios y otros relacionados con el estudio.
- Libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que haya perjuicio en su atención de salud.
- Seguridad de que su identidad está protegida y es de carácter confidencial toda la información entregada por usted.
- Contar con copia del consentimiento.
- Al finalizar este estudio usted recibirá la información de los resultados finales y personales si lo desea, a través, de hacerle llegar resultados obtenidos

Solicito su participación voluntaria a este estudio.

Gracias.

E.U: Karim Méndez Astudillo Fono contacto: 89062092

C.E: karimmendez@hotmail.com

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FACTORES BIODEMOGRAFICOS

Responda las siguientes preguntas marcando con una “X” o según corresponda:

1.- sexo	Hombre	
	Mujer	
2.- Edad (cumplidos):		
3. Estado Civil :	Soltero	
	Conviviente	
	Casado	
4. Previsión	Fonasa	
	Isapre	
	Otros	
5.- Escolaridad:	Básica	
	Media	
	Universitaria	
6.- Número de hijos:		
7.- Religión:	Profesa	
	No profesa	
8.- Ocupación:	Dentro de la casa	
	Fuera del hogar	
9.- Procedencia:	Urbano	
	Rural	
10.- Ingresos económicos:	Menos del mínimo	
	Mínimo	
	Más del mínimo	
11.- Edad gestacional:	Menor de 30 semanas	
	Entre 30 y 35 semanas	
	Mayor de 35 semanas	
12.- Días de Hospitalización: (Días exactos)		

ANEXO 3: ESCALA DE ESTRÉS MATERNAL ELABORADA POR JOFRÉ (1999)

ESCALA DE ESTRÉS EN LOS PADRES CON RN EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Abajo se presenta una lista de varias situaciones ambientales y sonidos que comúnmente se encuentran en una UCIN. Me gustaría saber desde su punto de vista en cuan estresante son para usted estas situaciones y sonidos.

Marque aquel que represente mejor su nivel de estrés

1.- Nada de estrés: la experiencia no provoco que usted se sintiera, tenso, ansioso o perturbado

2.- Estrés leve: la experiencia provoco en usted cierto grado de tensión, que no interfiere en su rutina o actividades diarias.

3.- Estrés moderado: la experiencia provoco en usted, tensión, ansiedad que interfiere en alguna de sus rutinas diarias

4.- Extremadamente estresante: la experiencia la perturba y causa mucha ansiedad que interfiere con toda su actividad o rutina diaria.

	1	2	3	4
1.- La presencia de monitores y equipo				
2.- El ruido constante de monitores y equipos				
3.- Los ruidos repentinos de las alarmas y monitores				
4.-La cantidad de gente que trabaja en la unidad				

Abajo se presenta una lista de ítems que pueden describir el aspecto de su Rn mientras usted lo visita, así como algunos de los procedimientos a los cuales ha sido sometido su hijo (a)

	1	2	3	4
1.- Tubos o equipos (sondas, cables, electrodos) en o cerca de mi RN.				
2.- Hematomas (moretones) cortes o incisiones en mi RN.				
3.- El color poco común de mi Rn (se ve pálido, Amarillo).				

4.- Los movimientos respiratorios de mi RN.				
5.- Cambios bruscos en el color de mi RN (se pone pálido).				
6.- Mi RN detiene la respiración.				
7.- El pequeño tamaño de mi RN.				
8.- El que mi Rn esté conectado a un ventilador o a una máquina que respira por él.				
9.- Ver agujas y tubos puestos en mi RN.				
10.- El que mi RN sea alimentado a través de un tubo o sonda.				
11.- Cuando mi RN parece tener dolor.				
12.- Cuando mi RN llora por largos periodos.				
13.- Cuando mi Rn parece asustado.				
14.- Cuando mi RN parece cansado o agotado.				
15.- La apariencia débil de mi RN.				
16.- Cuando mi RN tiene movimientos espasmódicos				
17.- El que mi RN no sea capaz de llorar como otros RN.				

Ahora queremos preguntarle cómo se siente sobre su propia relación con su Rn y su rol como padre

	1	2	3	4
1.- Al ser separado de su RN.				
2.- El no poder amamantar a su RN.				
3.- Poder de cuidar a su RN (bañarlo, cambiarle pañales).				
4.- No poder abrazar a su RN cuando usted quiera.				
5.- No poder compartir al RN con otros miembros de la familia.				
6.- No poder proteger a mi RN de los procedimientos dolorosos.				
7.-Tocar o abrazar a su RN.				

8. .El personal está más cerca de su RN que Usted.				
9.-No saber cómo ayudar a su RN durante este tiempo.				

También estamos interesados en conocer si usted experimentó algún estrés relacionado con el comportamiento del personal de la unidad (médicos, enfermeras y personal auxiliar) y su comunicación con él.

	1	2	3	4
1.- El personal me explica las cosas.				
2.- El personal usa palabras técnicas y/o médicas.				
3.- Cuando me informa sobre los exámenes y tratamientos que le realizan a mi RN.				
4.- Que el personal me acompañe cuando visito a mi RN.				
5.- La cantidad de información recibida por diferentes miembros del personal				
6.-Cuando me informen sobre los cambio en el estado de mi RN.				
7.- El persona muestre preocupación por su RN.				

	1	2	3	4
Usando la misma escala, indique cuan estresante ha sido en general la experiencia de hospitalizar a su RN en UCI-NEO				

ANEXO 4 : CUESTIONARIO MOS PARA INVESTIGAR APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el nº de amigos y familiares

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6-Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

ANEXO 5: INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

El instrumento consta de 25 preguntas que se deben responder de acuerdo a si usted se identifica o no con cada afirmación en terminos de si; no; ni si ni no. No hay respuestas buena o malas lo que interesa es conocer que es lo que habitualmente siente o piensa.

FAVOR MARCAR LA OPCION CON UNA "X"	SI	NI SI, NI NO	NO
1.- GENERALMENTE LOS PROBLEMAS ME AFECTAN POCO			
2.- ME CUESTA MUCHO TRABAJO HABLAR EN PUBLICO			
3.- SI PUDIERA, CAMBIARIA MUCHAS COSAS DE MI			
4.-PUEDO TOMAR UNA DECISIÓN FACILMENTE			
5.-SOY UNA PERSONA SIMPATICA			
6.-EN MI CASA ME ENOJO FACILMENTE			
7.-ME CUESTA TRABAJO ACOSTUMBRARME A ALGO NUEVO			
8.- SOY POPULAR ENTRE LAS PERSONAS DE MI EDAD			
9.-MI FAMILIA GENERALMENTE TOMA ENCUESTA MIS SENTIMIENTOS			
10.-ME DOY POR VENCIDO MUY FACILMENTE			
11.-MI FAMILIA ESPERA DEMASIADO DE MI			
12.-ME CUESTA MUCHO TRABAJO ACEPTARME COMO SOY			
13.-MI VIDA ES MUY COMPLICADA			
14.-MIS COMPAÑEROS CASI SIEMPRE ACEPTAN MIS IDEAS			
15.- TENGO MALA OPINION DE MI TRABAJO			
16.- MUCHAS VECES QUISIERA IRME DE MI CASA			
17.-CON FRECUENCIA ME SIENTO A DISGUSTO EN MI TRABAJO/ESTUDIO			
18.-SOY MENOS GUAPO/BONITA QUE LA MAYORIA DE LA GENTE			
19.-SI TENGO ALGO QUE DECIR, GENERALMENTE LO DIGO			
20.-MI FAMILIA ME COMPRENDE			
21.-LOS DEMAS SON MEJOR ACEPTADOS QUE YO			
22.-SIENTO QUE MI FAMILIA ME PRESIONA			
23.-CON FRECUENCIA ME DESANIMO CON LO QUE HAGO			
24.-MUCHAS VECES ME GUSTARIA SER OTRA PERSONA			
25.-SE PUEDE CONFIAR MUY POCO EN MI			

ANEXO 6:

DEFINICIÓN DE VARIABLES: DEFINICIÓN NOMINAL (DN) Y DEFINICIÓN OPERACIONAL (DO)

Variable dependiente: Nivel de estrés de padres de recién nacidos hospitalizados en unidad de cuidados

Definición Nominal: Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal.

Definición Operacional: para su medición se utilizara la escala de estrés materna que mide el nivel de estrés total y en sus cuatro categorías(ambiente, aspecto del RN, Rol de la madre-padre, comunicación con el equipo)

Variable Independiente:

Sociodemográficas

1.- Sexo:

Definición Nominal: Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.

Definición Operacional: Las categorías de esta variable serán hombre, mujer

2.- Edad:

Definición Nominal: Años de vida del padre o madre desde el nacimiento hasta el momento de ser encuestado

Definición Operacional: Edad en años

3.- Estado civil.

Definición Nominal: Situación civil del encuestado

Definición Operacional: Soltero, casado, conviviente

4.- Previsión:

Definición Nominal: Garantías de salud a la cual se adscribe el encuestado

Definición Operacional: FONASA, ISAPRE, otro.

5.- Escolaridad:

Definición Nominal: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.

Definición Operacional: básica, media, universitaria

6.- Número de hijos:

Definición Nominal: Número de hijos al momento de la entrevista

Definición Operacional: Número de hijos.

7.- Religión:

Definición Nominal: Resulta ser la creencia de tipo religioso que tiene la persona al momento del estudio

Definición Operacional: profesa, no profesa

8.- Ocupación:

Definición Nominal: Actividad a la que se dedica el encuestado ya sea dentro o fuera del hogar.

Definición Operacional: Dentro del Hogar, Fuera del Hogar.

9.- Procedencia:

Definición Nominal: Lugar de residencia estable del encuestado.

Definición Operacional: Urbano, rural

10.- Ingresos económicos:

Definición Nominal: Salario total recibido por el grupo familiar del encuestado.

Definición Operacional: Menos del mínimo, mínimo, más del mínimo.

Variables del Recién Nacido

1.- Edad gestacional:

Definición Nominal: Edad en semanas del nacimiento del recién nacido hospitalizado hasta el momento de la encuesta.

Definición Operacional: Menor a 30 semanas, entre 30-35semanas, mayor a 35 semanas

2.- Días de Hospitalización:

Definición Nominal: número en días de permanencia del recién nacido. En la UCI-NEO.

Definición Operacional: Números exactos

Variables Psicosociales

Autoestima:

Definición Nominal: Evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a si mismo

Definición Operacional: Se utilizara la escala de autoestima de coopersmith para obtener el valor total y de las tres áreas descritas: autoestima personal, autoestima familiar, autoestima social.

Apoyo social:

Definición Nominal: El apoyo social es información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosas en el receptor

Definición Operacional: Se utilizara la escala de apoyo social de MOS para obtener el valor total y de las áreas descritas,apoyo social emocinal, apoyo social instrumental, apoyo social interaccion social,apoyo afectivo.

CARTA COMITÉ ETICA HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN

91

ANEXO 8:

CARTA COMITÉ DE ETICA UNIVERSIDAD DE CONCEPCION



FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO

Concepción, Agosto, 19, de 2015

Ref: Resolución N° 007-15

Señor,
Karín Méndez Astudillo
Tesisista Programa Magister en Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente

De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de su Proyecto de Investigación, titulado "Nivel de estrés relacionado con autoestima y apoyo social percibido por padres de recién nacidos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Chillán", enviado al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

La evaluación es la siguiente:

En relación al Protocolo:

Es un protocolo parcialmente claro, siendo necesarias una mejor presentación y precisión en los argumentos.

El estudio es importante que se lleve a cabo, aporta al conocimiento científico, considera la relación costo-beneficio.

El título es claro.

La metodología utilizada garantiza la obtención de resultados válidos y cumplimiento de objetivos planteados, faltando mayor claridad y precisión en la presentación de las escalas y en el instrumento recolector de datos para ser respondidos por los participantes del estudio.

El problema al que se quiere dar respuesta requiere una mayor precisión en los argumentos que respaldan la idea; es claro en relación a la justificación de su realización; posee respaldo teórico, consistente con los aspectos centrales del estudio. La revisión bibliográfica es relacionada al tema y actualizada, faltando mayor información bibliográfica respecto de los tres conceptos involucrados.

Los objetivos están claramente formulados, teniendo la metodología propuesta algunos aspectos que mejorar, para responder a esos objetivos. Falta definir algunas variables.

La muestra es parcialmente adecuada para asegurar resultados científicamente válidos.

En la metodología se especifica la forma en que se analizará la información obtenida.

Describiendo claramente criterios inclusión y exclusión; y las personas seleccionadas se relacionan con la interrogante.

Da cuenta parcial respecto de que los riesgos para los participantes se han minimizado y son razonables en relación a los beneficios potenciales del estudio; también explicar más claramente que los beneficios son mayores que los riesgos y que todos los participantes se

beneficiarán de forma justa del estudio. Presenta Consentimiento Informado parcialmente completo.

Se sugiere: Especificar con claridad cuál será el Universo; Los conceptos autoestima, estrés y apoyo social deben respaldarse con más información bibliográfica y analizar cómo se comportarían en el problema a estudiar. Mejorar la redacción de los aspectos éticos. La carta Gantt especificar mas claramente.

En relación al Consentimiento Informado:

Esta incluido un Consentimiento Informado para los/as participantes.

La redacción es parcialmente clara; el lenguaje es de fácil comprensión.

Falta mencionar la Institución que lleva a cabo el estudio

Menciona el nombre del(a) investigador(a) a cargo del estudio. Explica de manera clara el por qué se realiza y los objetivos del estudio. Explicaclaramente en qué consistirá la participación así como los beneficios para los participantes, así como los beneficios directos para éstos. Falta informar la duración de la participación en el estudio.

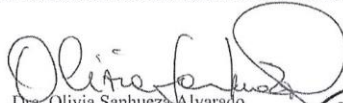
Explica claramente que la participación es voluntaria, faltando mencionar que el/la participante ha dado su consentimiento voluntariamente, sin que haya sido forzado u obligado; omitiendo que el participante se puede retirar en cualquier momento sin que ello afecte el tratamiento o calidad de paciente. Falta mencionar que la participación no tendrá retribución económica.

Explica claramente cómo será mantenido el anonimato y la confidencialidad de la información, faltando mencionar que sólo será usada para el estudio indicado y no para otros estudios.

Debe contener todos los nombres, RUTs y datos de contacto del/los investigador/es a cargo del estudio. Faltan los datos de cómo y a quién y contactar del Comité Ético Científico que lo aprobó, nombre, dirección, mail, teléfono de contacto.

Faltan los espacios correspondientes, para el nombre, RUTs, fecha y firma delospadres, falta nombre y firma del testigo. Como se trata de menores de edad, falta incluir la firma y nombre y RUT de tutores legales.

En base a lo anterior, la conclusión de la evaluación de este Comité es: CORREGIR


Dra. Olivia Sanhueza-Alvarado
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción



cc: Dra. Sandra Valenzuela S.: Directora Programa Magister en Enfermería
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2015.

Por el desarrollo libre del espíritu
Facultad de Enfermería · Fono (56-41) 2207065 · Ciudad Universitaria · Concepción · mail: agayoso@udec.cl

Página 2