

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**INCERTIDUMBRE Y ESTRÉS EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN UNA UCIN**

**Tesis para obtener el Grado de
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

Presenta:

LE. Cynthia Yohana Díaz Santiago

Directores:

MCE. Amelia Hernández de la Cruz

MCE. Celia del Carmen Solís Gómez

Villahermosa, Tabasco.

Noviembre 2020.



Of. No. 0652/DACS/JAEP
29 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Cynthia Yohana Díaz Santiago
Maestría en Enfermería
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Asunción Ramírez Frías, Dra. María Asunción Vicente Ruiz, M. en C. José María Castro Morales, Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez y la M.A.E. Carmen De la Cruz García, impresión de la tesis titulada: **"Incertidumbre y Estrés en Padres de Recién Nacidos Hospitalizados en una UCIN"**, para sustento de su trabajo recepcional de la *Maestría en Enfermería*, donde funge como Directoras de Tesis la M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz y la M.CE. Celia del Carmen Solís Gómez.

Atentamente


Dra. C. Miriam Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- M.C.E. Amelia hernández De la Cruz.- Directora de Tesis
C.c.p.- M.C.E. Celia del Carmen Solis gomez ,.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. María Asuncion Ramirez Frías.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Maria Asuncion Vicente Ruiz.- Sinodal
C.c.p.- M. en C., JOSe Maria Castro Morales.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Maria Trinidad Fuentes Alvarez.- Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 29 del mes de octubre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Incertidumbre y Estrés en Padres de Recién Nacidos Hospitalizados en una UCIN"

Presentada por el alumno (a):

Díaz	Santiago	Cynthia Yohana
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

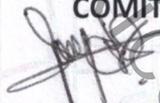
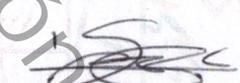
1	8	1	E	5	8	0	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

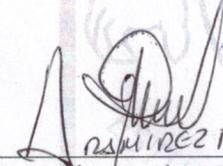
Aspirante al Grado de:

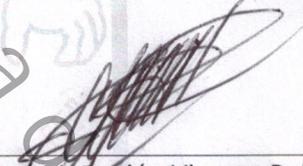
Maestro en Enfermería

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

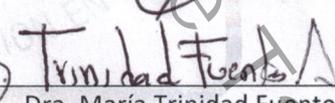
COMITÉ SINODAL


M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz

M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez
Directoras de Tesis


Dra. María Asunción Ramírez Frías


Dra. María Asunción Vicente Ruiz


M. en C. José María Castro Morales


Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez


M.A.E. Carmen De la Cruz García



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 05 del mes de noviembre del año 2020, el que suscribe, C. Cynthia Yohana Díaz Santiago, alumno del programa de la maestría en enfermería, con número de matrícula 181E58014 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Incertidumbre y Estrés en Padres de Recién Nacidos Hospitalizados en una UCIN"**, bajo la Dirección de la MCE Amelia Hernández de la Cruz y la MCE Celia Solís Gómez, conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: chinita_chatto@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente de este.

Cynthia Yohana Díaz Santiago

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD

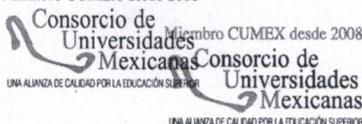


JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134

Miembro CUMEX desde 2008



www.ujat.mx

Dedicatorias

A Dios, por que las veces que me sentí desfallecer, recordé e imploré sus promesas y hoy ese anhelo es una realidad.

A mi madre, por ser la primera en confiar en mí, apoyar mis proyectos académicos y cuidar de mis hijos incansablemente.

A mis hijos, Héctor Julián y Cielo Nazareth.

A los padres y recién nacidos que participaron en este estudio, así como a mis futuros pacientes durante mi trayectoria profesional.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Agradecimientos

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, especialmente a la División Académica de Ciencias de la Salud y a cada uno de los profesores que contribuyeron a mi formación académica.

Agradezco profundamente al Hospital Regional de Alta Especialidad, Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez, y a su personal administrativo que encabeza el Dr. Juan Antonio Torres Trejo, director; Dr. Cristo Miguel Flores Padilla, jefe de enseñanza e investigación y a la MCE. Guadalupe Cerino Pérez, subdirectora de enfermería.

A la Lic. Zoila Zamora Ramos, jefa de recursos humanos de dicho hospital, por su compromiso con los trabajadores para superarse.

A las MCE. Nallely García Hernández y ME. Magali Guzmán, por su motivación para emprender esta travesía y llegar hasta el final.

ÍNDICE

	Contenido	Pág.
Capítulo I		
Introducción		1
1.1. Descripción del problema		1
1.2. Objetivo general		4
1.3. Objetivos específicos		4
1.4. Marco teórico		5
1.4.1. La incertidumbre		5
1.4.2. La incertidumbre como factor estresante		6
1.4.3. La incertidumbre frente a la enfermedad		6
1.4.4. Teoría original de Merle Mishel (TOIM)		7
1.5. El estrés		11
1.5.1. Fases del estrés		12
1.5.2. Fisiología del estrés y eje hipotalámico - hipofisario – adrenal		13
1.5.3. Efectos nocivos del estrés		14
1.5.4. Factores desencadenantes del estrés en el entorno hospitalario		14
1.6. Clasificación del recién nacido		18
1.7. La unidad de cuidados intensivos neonatales: un entorno inesperado		19
1.8. Definición de términos		20
1.8.1. Estructura Conceptual - Teórica – Empírica		23
1.9. Artículos relacionados		24
1.9.1. Estudios sobre incertidumbre		24

1.9.2. Estudios sobre estrés	25
Capítulo II	
Metodología	29
2.1. Diseño	29
2.2. Población, muestra y muestreo	29
2.3. Criterios de inclusión y exclusión	30
2.4. Selección de participantes	31
2.5. Procedimiento de recolección de la información	32
2.6. Instrumentos y mediciones	33
2.7. Consideraciones éticas	35
2.8. Plan de tabulación y análisis de datos	38
Capítulo III	
Resultados	39
Capítulo IV	
Discusión	45
Capítulo V	
Conclusiones	48
Limitaciones de estudio	49
Recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas	52
Apéndices	61
A. Consentimiento informado	61
B. Cédula sociodemográfica	62

C. Escala de Incertidumbre en la Enfermedad-Forma padres/hijos (PPUS-PARENT/CHILD FORM)	63
D. Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU)	65
E. Características sociodemográficas de los padres por edad y años de estudio	67
F. Características sociodemográficas de los padres participantes	67
G. Características biofísicas de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN	68

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Resumen

Introducción: La paternidad y la maternidad, constituyen una etapa novedosa de la vida que puede acompañarse de serias e inimaginables dificultades, como lo es el nacimiento de un hijo en condiciones de salud desfavorables y una prolongada hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), lo cual es de gran impacto social y emocional para los padres y las familias. Ante esta situación, los padres tienen el arduo reto de encontrar un equilibrio entre las demandas que les exige el ambiente y los recursos con los que cuentan (capacidades cognitivas); para así, adaptarse de manera positiva a sus actividades y roles. Por lo que, se hace necesario que el profesional de enfermería especializado sea capaz de identificar oportunamente las necesidades, síntomas físicos y emocionales de estrés, promover el bienestar y la adaptación a las tensiones e incertidumbre originadas en los padres por la hospitalización del recién nacido en la UCIN. La Teoría Original de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel (TOIM), permite a la enfermera explicar el modo en que los padres procesan cognitivamente los fenómenos asociados a la enfermedad. Así mismo, la escala del estrés parental (EP) de Margaret Shandor Miles, es de utilidad para determinar el estrés que tienen los padres al enfrentarse a la hospitalización de un recién nacido en la UCIN.

Objetivos: Determinar la relación que existe entre incertidumbre y estrés en padres de recién nacido hospitalizados en la UCIN del Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

Población y métodos: estudio descriptivo, correlacional y transversal. Muestreo a conveniencia en 73 padres y madres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN de un hospital de tercer nivel; se aplicó una ficha de datos sociodemográficos de los padres y de datos biofísicos del recién nacido, así como dos cuestionarios en escala tipo Likert integrados por la escala de la incertidumbre frente a la enfermedad modo padre e hijos (PPUS:

PARENT/CHILD FORM) y la escala de estrés parental (PSS: NICU). Tipo de análisis: SPSS 15.0, estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: la media más alta para la escala de incertidumbre está en el factor ambigüedad, mientras que para la escala de estrés parental la media más alta correspondió a la dimensión aspecto y comportamiento del recién nacido, encontrándose una relación negativa entre las variables de incertidumbre y estrés.

Conclusiones: Aunque la hospitalización de un hijo recién nacido en la UCIN es una situación que genera incertidumbre y estrés en los padres, se concluye que no hay relación entre las dos variables de estudio, lo anterior pudiera explicarse en razón de que la muestra es muy pequeña, por lo que se sugiere la utilización de muestras más amplias en lo futuro.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo I

Introducción

1.1. Descripción del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la familia “como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Existen diversas situaciones y entornos que propician incertidumbre y estrés en el ser humano. La paternidad y la maternidad, como parte de una etapa novedosa de la vida familiar que si bien trae consigo mucha algarabía, también puede acompañarse de serias e inimaginables dificultades, como lo es el nacimiento de un hijo en condiciones de salud desfavorables y en consecuencia una prolongada hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), situación que implica un gran impacto social y emocional para los padres y las familias, esta última desde su papel primordial e imprescindible en el ambiente hospitalario del paciente recién nacido (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014), dado que la complejidad y diversidad de la unidad cuidados intensivos generan en el núcleo familiar crisis emocional” (citado en Bautista, Arias, & Carreño, 2016).

Por otra parte es importante considerar que el afrontamiento para adaptarse ante a una situación no esperada, el desconocimiento de la enfermedad, la interrupción de la triada madre – padre e hijo, los cambios abruptos de vida habitual, como las distancias consideradas del hogar al hospital y viceversa; carga financiera, pérdida salario paterno o materno; merma de contacto diario familiar con los otros hijos, red social y gran aislamiento, son factores que influyen en la pérdida del control, interfiriendo con la ejecución de las actividades de la vida diaria; por lo que los padres tienen el arduo reto de encontrar un equilibrio entre las demandas que les exige el ambiente y los recursos con los que cuenta; para así, adaptarse de manera

positiva ante esta situación, además de reestructurar sus actividades y roles (Villamizar et al., 2014).

Según la OMS cada año nacen 15 millones de prematuros en el mundo y 11 millones de niños mueren por complicaciones en el parto. La tasa de nacimientos prematuros en 184 países es de un 5% a 18% y de estos más del 80% ocurren entre las 32 y 37 semanas de gestación (Alvarez & Pérez, 2017). La edad materna avanzada y los problemas de salud materna como la diabetes, la hipertensión y un mayor uso de las técnicas de reproducción asistida, dan lugar a tasas altas de embarazos múltiples, aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término e infecciones que predisponen los nacimientos prematuros (Moguel et al., 2017).

En México, el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes (InPer, 2017) informó que la ocupación en los servicios de terapias intensiva e intermedia neonatales excedieron su capacidad máxima alcanzando cifras de ocupación del 97%, generando la necesidad de habilitar espacios adicionales para atender la demanda. Dentro de las principales causas de atención hospitalaria se encontraron: ictericia neonatal, inmadurez extrema, prematurez, trastornos de dificultad respiratoria, retardo del crecimiento fetal, desnutrición, traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo, malformaciones congénitas cardiovasculares, sepsis bacteriana del recién nacido, sobrepeso al nacer y trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido.

Las investigaciones sobre la estancia total prolongada y estancia promedio en la UCIN, son aún limitadas, pero mayormente oscila entre 3 y 30 días. Los costes económicos varían notablemente dependiendo el lugar geográfico, el tipo de institución hospitalaria y las necesidades de acuerdo a la severidad de la enfermedad (Medina et al., 2015). Así mismo el tiempo de estancia hospitalaria depende de varios factores, como la comorbilidad, el grado de

severidad de la enfermedad y sus complicaciones, no solo generando costos elevados para la familia, sino también representando un alto porcentaje del presupuesto de los hospitales, lo que tiende a aumentar con el tiempo. Una UCIN puede implicar entre un 22 y 34% de los costos hospitalarios totales, la estancia prolongada (mayor de 13 días) representa el 7,3% del total de admisiones y consume el 43,5% de días-cuna de una UCIN (Mendoza, Arias, & Osorio, 2014).

En la UCIN, el recién nacido recibe atención especializada acorde a las necesidades de salud; sin embargo, no son consideradas las necesidades de los padres, quienes debido a las condiciones de salud de sus hijos manifiestan alteraciones psicoemocionales como estrés e incertidumbre, estas situaciones al prolongarse pueden repercutir sobre su salud física, psíquica y conductuales, ya que en el contexto de la enfermedad, la familia sufre y se enferma junto con el paciente recién nacido, lo que le sucede a uno de los miembros de la familia, afecta de diferentes maneras a los integrantes que la conforman. El profesional de Enfermería ejerce un papel protagónico, derivado de su rol profesional “El cuidado” y las características de sus funciones, debido a que es el cuidador de salud que permanece más tiempo junto al paciente recién nacido y su familia, detectando oportunamente y comprendiendo los sentimientos y emociones que presentan los padres de los neonatos hospitalizados para brindar atención integral y de alta sensibilización (Acosta & Cabrera, 2016).

Derivado de lo anterior se considera necesario que el profesional de enfermería especializado sea capaz de identificar estas necesidades y promover el bienestar y adaptación a las tensiones e incertidumbre originadas en los padres por la hospitalización del recién nacido en la UCIN (Acosta, Cabrera, Basante, & Jurado, 2017). Dado que la Teoría Original de la incertidumbre frente enfermedad de Merle Mishel (TOIM), permite a la enfermera explicar el modo en que las personas procesan cognitivamente los fenómenos asociados a la enfermedad

en los entornos agudos y crónicos favoreciendo la medición de la incertidumbre que estos procesos generan por medio de la Escala de Incertidumbre en la enfermedad-forma padres/hijos. Mientras que la Escala del estrés parental PSS: NICU (1987) nos permite identificar la autopercepción del estrés de los padres asociado a la hospitalización del RN en la UCIN.

Por lo antes expuesto se planteó la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el nivel de incertidumbre y estrés en los padres de los recién nacido hospitalizados en la UCIN del HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez?

1.2. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre incertidumbre y estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN del HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

1.3. Objetivos específicos

- Evaluar la incertidumbre en los padres de los recién nacidos hospitalizados
- Describir el estrés en los padres de los recién nacidos hospitalizados

1.4. Marco teórico

1.4.1. La incertidumbre.

El Diccionario de la Real Academia (DRA, 2019) define a la incertidumbre como la falta de certeza. De acuerdo con Castel (2014) es una situación de gran vulnerabilidad social, en la que no se puede decir que sucederá el día de mañana; si el futuro es incierto, significa que lo peor tampoco es seguro, y que dependerá también, en parte de lo que se haga o no en el presente para orientar su trayectoria. En el ámbito educativo Arboleda (2015) cataloga la incertidumbre como una eventualidad fenomenológica, caótica, en la que se hace difícil y complejo predecir la evolución de los procesos educativos y de aprendizaje. En economía, Nemiña (2015) denomina incertidumbre a aquella circunstancia en la cual los actores no pueden predecir ni asignar probabilidades de los resultados, ya sea porque no conocen las consecuencias de los cursos de acción o porque poseen información limitada de los procesos productivos.

Según Mishel (1988) la incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad, esta aparece cuando la persona no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.

Los padres con hijos hospitalizados experimentan sensaciones que desestabilizan su entorno, que a su vez generan inseguridad o intranquilidad; éstos se incrementan si existe desconocimiento sobre la evolución del evento clínico por tanto se sugiere que la valoración debe ser holística: comprendiendo desde la concepción que tiene la persona sobre la enfermedad de su hijo, el entorno, los cuidados individualizados que recibe y su propia salud.

Conforme con el modelo teórico de Mishel, la adaptación ocurre frente a la enfermedad como resultado de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo; de cualquier modo, es posible realizar intervenciones específicas que minimicen la incertidumbre, mejorando el afrontamiento.

1.4.2. La incertidumbre como factor estresante

El estrés es considerado como el proceso o reflejo que se activa cuando una persona percibe una situación o acontecimiento complejo como amenazante o desbordante de sus recursos (Campo, Amador, Alonso, & Ballester, 2018; B. López, Carmona, & Ponce, 2019). Frecuentemente los hechos que lo activan están relacionados con cambios que exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto posicionan en peligro su bienestar personal (dentro de las características que más comúnmente contribuyen a la condición estresante de una determinada situación encontramos: falta de información, ambigüedad, falta de habilidades o conductas para enfrentar y manejar la situación, alteración de condiciones biológicas del organismo, duración de la situación de estrés y por supuesto la incertidumbre entendida como la probabilidad de que un evento ocurra, sea o no predecible. Esta incertidumbre puede provocar retraso en los procesos de valoración que crean sentimientos de desesperanza, y finalmente, confusión (Pérez, García, García, Ortiz, & Centelles, 2014).

1.4.3. La incertidumbre frente a la enfermedad.

De acuerdo con Álvarez y Pérez (2017) la incertidumbre es “la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, por lo que surge una interpretación subjetiva del contexto de la salud” Flórez, Montalvo y Romero (2018) refieren que es “la inhabilidad para determinar el significado de los eventos

relacionados con la enfermedad, y se presenta en situaciones de enfermedad, caracterizadas por ser ambiguas, complejas e impredecibles o cuando la información proporcionada a los pacientes es inconsistente o no está disponible”.

1.4.4. Teoría original de Merle Mishel (TOIM).

En el ámbito de la salud, la teoría de Merle Mishel (TOIM) es una teoría de rango medio, con alto valor heurístico y práctico que trata de explicar la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad experimentado por las personas o por alguno de sus familiares con enfermedades graves, agudas y crónicas. Fue publicada por primera vez en 1988, con el objeto de evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad y basada en modelos ya existentes del procesamiento de la información de Warburton (1979), en el estudio de la personalidad de Budner (1962), el estudio del estrés, la valoración y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984).

Mishel en su teoría, define a la incertidumbre como: La inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos asociados con una enfermedad; ocurre en situaciones donde se deben tomar decisiones, sin embargo, la persona es incapaz de asignar valores definitivos a objetos o eventos y de predecir consecuencias con exactitud, en muchas ocasiones derivado de la falta de información y conocimiento. A consecuencia, también ocurre una incapacidad para determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad o predecir con precisión qué resultados se obtendrán (Burbano & Sánchez, 2017; Johnson y Hurtado, 2017).

Cuando la persona enferma y su familia se hunden en la incertidumbre, son muchas las preguntas sin respuesta respecto a la enfermedad, diagnóstico, complicaciones, tratamiento, e incluso mal pronóstico o temor a la muerte. Mishel plantea cuatro supuestos en su teoría, los

dos primeros se refieren a la conceptualización de la incertidumbre dentro del procesamiento de la información, y los últimos dos, reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés y en los modelos de afrontamiento, relación lineal a la que le sigue la adaptación.

Supuesto 1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa una inadecuación subjetiva del esquema cognitivo existente, el objetivo es contribuir a la interpretación de los hechos manifestados y consecuentes de la enfermedad.

Supuesto 2. La incertidumbre es una experiencia propiamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora.

Supuesto 3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo, del resultado propuesto de los esfuerzos del afrontamiento ya sea como para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, o bien para ver la incertidumbre como una oportunidad y protegerla.

Supuesto 4. La relación entre el caos de la enfermedad, la incertidumbre (valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación), es lineal y unidireccional, que va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación, por lo que las fuentes de estructura deberán favorecer la manifestación de emociones e identificar situaciones de estrés y desadaptabilidad (Johnson & Hurtado, 2017).

El marco estructural de la teoría consta de tres elementos principales: Antecedentes de la incertidumbre, proceso de valoración y afrontamiento de la enfermedad. En los antecedentes de la incertidumbre, se refiere a la forma, composición y estructura del marco de estímulos que se perciben, estos a su vez presentan una tipología de síntomas, familiaridad y coherencia entre lo esperado y experimentado en los hechos que resulten de la enfermedad (Álvarez & Pérez, 2017). Los estímulos son procesados por el personal para construir un esquema cognitivo para las circunstancias de enfermedad; en la experiencia de la enfermedad la

incertidumbre tiene cuatro formas: 1. Ambigüedad, relacionada con el estado de enfermedad. 2. Falta de claridad, con relación al tratamiento y sistema de cuidado. 3. Falta de información, acerca del diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. 4. Falta de imprevisibilidad, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico (Suarez, Carvajal, & Serrano, 2018; Velandia, Bautista, Amaya, Arévalo, & Bayona, 2019). Para este estudio la hospitalización del recién nacido en la UCIN representa el estímulo de la incertidumbre, representado por el desconocimiento de los padres ante el proceso de enfermedad – hospitalización de su hijo recién nacido, que al ser experimentada por los padres puede generar respuestas negativas o positivas dependiendo de la familiaridad que se tenga con los hechos.

En el proceso de valoración, la incertidumbre, se percibe como un estado neutro, ni positivo, ni negativo. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos, la inferencia y la ilusión. La inferencia, es la evaluación de la incertidumbre utilizando experiencias anteriores, que se forma a partir del individuo, que incluye la capacidad de inventiva adquirida. La ilusión es una creencia que nace de la incertidumbre y que considera los aspectos positivos de una situación. En este proceso de evaluación, la incertidumbre se interpreta como peligro o como oportunidad. Vista como peligro, se da cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo, lo contrario, la incertidumbre vista como oportunidad, es fruto de la ilusión, aunque la inferencia también puede conducir que la persona valore la situación como si se pudiesen obtener resultados positivos (Gómez, Castillo, & Alvis, 2015).

Durante este proceso, la incertidumbre está determinada por las capacidades cognitivas de la persona; es decir, las habilidades que posea para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación Mishel, 1998; (citado en Bailey & Stewart, 2014). El estrés ha sido reconocido en diversos estudios como una respuesta innata

ante situaciones de salud desconocidas, derivado de la interpretación subjetiva de incertidumbre de los padres con respecto a la enfermedad, tratamiento y hospitalización de su hijo recién nacido que puede ser positiva o negativa. Por tanto, cuanto más tiempo dure la incertidumbre relacionada con la hospitalización del recién nacido, más inestable será el modo de funcionamiento de los padres, y si ésta es percibida de forma negativa puede conducir a pensamientos molestos o diversos trastornos emocionales. (Berrocal, Giovanni, & Sonini, 2016; Goodin, Jiménez, Estévez, & Sandres, 2016).

El afrontamiento es el tercer elemento de la teoría de Mishel, está determinado por las fuentes de estructura; es decir, los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos; se produce de dos modos y ambas conducen a la adaptación. Si la incertidumbre se canaliza como peligro, el afrontamiento se divide en acción directa, vigilancia, búsqueda de información para planear, promover y ejecutar estrategias, control del sistema afectivo por medio de la fe, desprendimiento de todo lo que le pesa, angustia o abruma y apoyo psicológico. Mientras tanto, si la incertidumbre se canaliza como una oportunidad, el afrontamiento ofrece una especie de barrera con el fin de conservarla y protegerla (Mercado, 2017).

La fuente de estructura está representada por las determinantes sociodemográficas, ya que en gran parte las habilidades del procesamiento de información de los padres se deberán a dichas determinantes, las creencias y los valores personales; cuando estos son excedidos por la sobrecarga, desconocimiento de información, esta capacidad cognitiva reduce las habilidades de los padres para percibir el marco de estímulos lo que puede aumentar el grado de incertidumbre (Montalvo et al., 2016).

Cuando la fuente de estructura está representada por la confianza que le genera el personal multidisciplinario, y en especial, por la enfermera neonatóloga, los padres podrán

reformular un nuevo sentido de la crisis que están viviendo, pasando de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de una nueva forma de ver los hechos, transformándolos en oportunidades para emplear estrategias de afrontamiento para controlar el estrés y las respuestas emocionales y disminuir así el grado de incertidumbre y encontrar la adaptación al proceso de enfermedad (Bernuy, Uriarte, & Mesta, 2017).

Es importante destacar que cada elemento de la Teoría de Mishel está interrelacionado y puede estar afectado por los otros. Si bien es cierto, para este estudio se consideró al estrés dentro de la valoración como respuesta a la incertidumbre como un peligro, no necesariamente tendrá como resultado algo negativo, también puede generar en los padres una ilusión y dar un resultado positivo; esto dependerá en gran medida del afrontamiento (estrategias de movilización, de afectación-control, amortiguadoras); es decir, de las capacidades cognitivas y de las fuentes de estructura que posean los padres.

1.5. El estrés

Para la OMS (citado en Zárate, Cárdenas, Acevedo, Sarmiento y Andréa 2014) el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Cuando se presenta una crisis de estrés, reside un recurso que mantiene en alerta ante los cambios ambientales que pueden implicar un peligro para el individuo, anticipando las necesidades y los recursos necesarios para afrontarlo. Desde esta perspectiva fisiológica, autores como Selye (citado en Cruz, 2018), a quién se le conoce como el padre del estrés y quien también lo denominó como Síndrome General de Adaptación, describió el estrés como detonante de un conjunto de reacciones que implican respuestas conductuales y fisiológicas (neurales, metabólicas y neuroendocrinas) que permiten al organismo responder al agente o factor estresor de la manera más adaptada posible.

Otros autores definen el estrés como un estado desagradable de estimulación que ocurre cuando las personas perciben que un suceso o una condición que amenaza su habilidad para afrontar una situación cómoda y eficazmente. Situaciones abrumadoras que por las exigencias del medio son amenazantes para su integridad o la de los suyos e implican atentar contra su bienestar mental, físico y emocional (Tobo, Bentacur, & De la Cruz, 2017). Lemos (2015) lo considera un fenómeno social, y por su naturaleza, un fenómeno psicofisiológico; originado de la relación particular entre las demandas de una situación y los recursos de afrontamiento de una persona, en donde el sujeto valora como superior la demanda que su capacidad para afrontarlo. Este proceso de valoración hace referencia al proceso cognitivo o interpretación de manera individual en el que las personas evalúan la situación, en secuencia, lo anterior, inducirá al estrés.

1.5.1. Fases del estrés.

Las fases que cursa el organismo cuando se enfrenta a situaciones en las que la presencia del agente agresor dura mucho tiempo o es muy frecuente y produce estrés son: Fase 1: fase de alarma, el organismo se prepara para hacer frente a la agresión; hay descarga de adrenalina y otras hormonas; Fase 2: fase de resistencia, se hace frente a la agresión mediante modificaciones del organismo en la sangre, el plasma, el miocardio, la mucosa gástrica y la corteza suprarrenal, lográndose la adaptación, y Fase 3: fase de agotamiento, se pierde la capacidad inicial para mantener la adaptación, dando lugar a la vulnerabilidad del organismo, principalmente a las enfermedades, tarde o temprano el organismo nos pasa factura de estos constantes y desgastantes episodios de estrés (Cruz, 2018).

1.5.2. Fisiología del estrés y el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal.

La fisiología del estrés radica primero en la recepción del agente estresor y filtro de información por el tálamo, acto seguido, la corteza prefrontal y el sistema límbico realizan un diagnóstico diferencial entre la situación actual y las anteriores, ya que las reacciones se harán con base a lo ya vivido, y finalmente se activa la respuesta del organismo con la amígdala y el hipocampo, debutando así el complejo hipotálamo hipofisario. El Eje Hipotalámico – Hipofisiario – Adrenal (HHA) también llamado Eje Hipotalámico - Pituitario -Adrenal, es activado por el sistema límbico, específicamente la amígdala o botón de pánico, ya que activa inmediatamente al eje HHA, por lo tanto, es el responsable de generar la cascada de reacciones químicas ante situaciones de estrés (De Nicola, 2015).

Las neuronas parvocelulares del núcleo paraventricular hipotálamo (PVN) son estimuladas para secretar el factor de corticotropina (CRH) y vasopresina (AVP), que a su vez libera y activa la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) por parte de la adenohipófisis, viajando estas por el sistema porta a la corteza de las glándulas suprarrenales, en la zona fascicular para sintetizar y liberar glucocorticoides (GCs) como el cortisol, en la zona glomerulosa de la corteza suprarrenal se sintetiza y libera mineralocorticoides como la aldosterona. Simultáneamente entra en acción el eje simpático – suprarrenal – medular, que se encarga de la liberación de catecolaminas como la adrenalina (A) y noradrenalina (NA), provocando efectos como broncodilatación, dilatación pupilar, aumento de la frecuencia cardíaca, del gasto cardíaco y la frecuencia respiratoria, al igual que del catabolismo (proceso de generación de energía corporal), y que el flujo sanguíneo se redistribuya al corazón, cerebro y los músculos, disminución de la motilidad gastrointestinal (Reguera, 2015).

1.5.3. Efectos nocivos del estrés.

Los efectos del cortisol incluyen la producción de glucosa, exacerbación de la irritación gástrica, incremento en la producción de urea y de la liberación de ácidos grasos en el sistema circulatorio. Susceptibilidad al proceso aterosclerótico y de la necrosis no trombótica del miocardio, la supresión de mecanismos inmunes sin que exista un estímulo causante, supresión del apetito, exacerbación del herpes, y asociación con sentimientos de depresión, desesperanza, indefensión y pérdida de control. Afección en la memoria, las espinas dendríticas (sitios de contactos entre neuronas) se atrofian. Su función es la génesis de la memoria y el aprendizaje. El glutamato, es un aminoácido, que cuando se produce en exceso, se vuelve altamente neurotóxico, este al unirse a los receptores de mineralocorticoides (MRc) actúa como un neurotransmisor del sistema nervioso y se libera por acciones de los glucocorticoides (Saavedra, Díaz, Zuñiga, Navia, & Zamora 2015).

1.5.4. Factores desencadenantes del estrés en el entorno hospitalario

Diversos autores han estudiado los factores asociados al estrés durante la hospitalización de un hijo (Campo et al., 2018), mencionan que la separación del hijo, la limitación de la participación y decisiones para los cuidados que se le brindan a los recién nacidos en la etapa de internamiento, la perturbación del rol parental, temor y dolor por la pérdida de la salud de su hijo, y en el peor de los casos, un pronóstico desfavorable, son factores desencadenantes de estrés. Por otra parte Alvarado, Gamboa, Trujillo y Rodríguez (2017) consideran como causantes de estrés, el diagnóstico clínico del neonato, edad de las madres al momento de la hospitalización del hijo, el nivel educativo, estrato socioeconómico y antecedentes de ansiedad y del ambiente hospitalario como situaciones estresantes de la UCIN, información médica ambigua y distanciamiento del sitio de residencia

Para Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016) el estrés se debe a factores interpersonales, como los estresores del ambiente psicosocial de la UCIN, relacionadas con el personal de la UCIN y con su hijo; factores extrapersonales; los estresores del ambiente físico de la UCIN, como sonidos y aspectos de la unidad, la apariencia y conducta del neonato; y los factores ambientales que suceden en el interior de la UCIN, tanto físicos como psicosociales, es decir pueden ser tanto inter como extrapersonales a la vez.

Ramírez, Navarro, Clavería, Molina y Cox (2018) clasifican los factores estresores como, factores derivados del niño, de los padres, del ambiente y derivados del equipo clínico.

Factores derivados del niño. Es la apariencia física del neonato enfermo, la conexión en su cuerpo con equipos electromédicos: monitores, ventiladores, sensores, uso de dispositivo invasivos, como los catéteres conectados a las bombas de infusión continua y los síntomas propios de la enfermedad, estas imágenes de su hijo es un escenario impactante, desconocido, inesperado, y hasta en algunas veces desalentador, lo que disminuye la capacidad de adaptación de los padres

Factores derivados de los padres. Aquellos atribuidos, ya sea al padre o a la madre, como cuidador (es) o persona (s) encargada del cuidado de los neonatos hospitalizados. El factor más importante para detonar el estrés parental (EP), es la alteración o interrupción del triángulo paterno - materno e hijo. Se presenta disfunción familiar, sentimientos, precepciones de culpa, frustración, ansiedad, ira, miedo. La pérdida del rol parental (RP), es un propiciador de estrés, relacionado con la separación de su hijo y con la incapacidad de cuidarlo y protegerlo (Alvarado et al., 2017).

La madre y el neonato. Las madres sienten la urgente y gran necesidad de recuperarse de sus limitaciones físicas tras el nacimiento de su hijo, para así poder recuperar su rol de madre en función de cuidadora y protectora. Poseen desesperadamente el deseo de estar con su

hijo neonato, de estar clara y sencillamente informadas del estado de salud de su hijo. La pérdida de control y hasta un estado de choque en la madre también se debe al desconocimiento del nuevo rol, lo que interfiere con la ejecución de actividades básicas cotidianas, incrementado así la dependencia de otras personas y dificultando el cuidado que solo una madre es capaz de dar (Sánchez, Leal, Pastor, & Díaz, 2017).

El padre y el neonato. Es necesario insertar una mirada a la figura masculina, con el objetivo arraigar los lazos emocionales, entre padres e hijos, que están en riesgo de ser afectados por el período de hospitalización, rutinas impuestas por la institución, el estado clínico de la madre y el neonato para enfrentarse a los escenarios novedosos e impactantes de la UCIN, que requieren una intervención y abordaje por el equipo multi e interdisciplinario, pero en especial de personal de enfermería, siendo precisamente quienes en definitiva son las primeras personas con las que establece el primer contacto el padre. También se presentan dificultades para el padre para que acuda a las visitas a la UCIN diariamente en los horarios establecidos, ya que su responsabilidad laboral se lo impide. El padre es consciente que debe regresar a laborar, ya que de ahí también hace su rol como proveedor de recursos económicos para la familia y para solventar los gastos de la enfermedad de su hijo (Izquierdo & Ferrer, 2018).

Los padres son de gran importancia para la evolución favorable de los neonatos, como el crecimiento y desarrollo, el sueño y del comportamiento psicosocial, así como en la reducción de la estancia hospitalaria. Los padres idealizan al personal de enfermería como una gran fuente de apoyo y es ahí donde el profesional, tienen la oportunidad de interactuar y animar a los padres a visitar y a participar en el cuidado de su hijo neonato enfermo (Hearn, Clarkson, & Day, 2020)

Factores derivados del ambiente. afirma que la carencia de la infraestructura adecuada e insumos como medicamentos y otros recursos necesarios; horarios estrictos de visita, acceso exclusivo de padres, limitando así a los integrantes del núcleo familiar, como los hermanos e incluso abuelos y tíos, son causantes de estrés parental (Aguñaga et al., 2016). El ingreso a la UCIN debe ser irrestricto, a puertas abiertas a los padres y que no sean considerados una visita sino parte del equipo, de esta manera se contribuye a minimizar estrés y se cumple con los derechos número 8 y 9 de los neonatos, planteados por la UNICEF y que tratan respectivamente de la información, participación y toma de decisiones de parte de la familia sobre la salud de su hijo neonato y de estar acompañado por su familia todo el tiempo posible (Gómez, Rosas, Leonel, & Rojo, 2015).

Factores derivados del equipo clínico. El acompañamiento y el apoyo hacia los padres durante el proceso enfermedad – hospitalización, dependen de la organización del equipo multidisciplinario que se ocupan físicamente del niño. La enfermera neonatal realiza diversos roles vinculados, tales como asistencial y de apoyo emocional; educador; comunicador y de interacción padres – enfermera profesional. El personal de enfermería desarrolla mecanismos para el establecimiento del vínculo materno y el apego de los padres con el neonato, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización. Enseña a los padres que deben cumplir con las estrictas políticas de atención de esta área con el fin de salvaguardar la salud de su hijo y de los otros neonatos que allí se encuentran y brindar tarto gentil en todo momento.

Los médicos neonatólogos, brindan el informe sobre la evolución de su paciente neonato, utilizando un lenguaje sencillo, para el entendimiento de los padres, como también del aspecto del neonato, el equipo y ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos. Esto les ayudará a sentirse más tranquilos y que se vayan acostumbrando a ello, mientras dure la

hospitalización en esa área. Hearn et al. (2019) a través de su estudio, comparte la experiencia de los padres, que refirieron, que las enfermeras y el personal de la UCIN los ayudaron a erradicar la incertidumbre y la falta de conocimiento, pero sobre todo a desempeñar su rol de cuidadores.

1.6. Clasificación del recién nacido

López y García (2016) describen el período neonatal como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. De acuerdo con la guía para el manejo integral del recién nacido grave, la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2014) [OPS & OMS] estandarizaron conceptos para categorizar a los neonatos por peso, por edad gestacional y ambas. Según el peso al nacer, los neonatos se clasifican en, peso bajo al nacer (PBN) de 500 a 2,499 gr; peso muy bajo al nacer (BMPN) de 500 a 1,499 gr, y peso extremadamente bajo al nacer (PEBN) de 500 a 999 gr. La UNICEF, 2010; (citado en Gómez, 2016) clasifica al grupo de neonatos prematuros de la siguiente manera: entre 31 y 36 semanas de gestación (SDG) se refiere a prematurez moderada, entre 28 y 30 SDG a prematurez extrema y cuando el nacimiento se produce antes de las 28 SDG, es considerada prematurez muy extrema.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 SEGOB (2016), para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida clasifica a los recién nacidos: recién nacido inmaduro, cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 500 a 1,000 gr; recién nacido pretérmino (RNPT), aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas, o que pese menos de 2,500 gr; recién nacido a término (RNT) de 37 a menos de 42 semanas de gestación, o que pese más de 2.500 gr; recién nacido postérmino (RNPosT), al producto de la concepción con

42 o más semanas completas de gestación (294 días o más), cuando se desconoce la edad gestacional se valora al recién nacido con métodos clínicos como el Capurro y Ballard.

1.7. La unidad de cuidados intensivos neonatales: un entorno inesperado.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 (Secretaría de Salud, 2013) para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales, la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN), es el área del hospital, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica inmediata e intensiva a pacientes en estado agudo crítico y posibilidades razonables de recuperación, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

Montes, Quiroga, Rodríguez y Sola, miembros del capítulo de Enfermería del SIBEN (2016) definen la UCIN, como un lugar de alta complejidad, donde los neonatos permanecen hospitalizados para recibir intervenciones diagnósticas y terapéuticas, que permitan restablecer su salud en la medida de lo posible; siendo a la vez, un entorno con profesionales de salud, con perfil especializado, equipamiento de alta tecnología, ruidos, luces, y una normatividad propia, que resulta amenazante para la estabilidad del ambiente familiar. Es así como la hospitalización neonatal interfiere en diferentes grados con el vínculo entre el neonato y su familia, debido a que es frecuente que en las UCIN existan modalidades que tienden a restringir la presencia de los padres y la familia junto al niño enfermo.

La NOM-025-SSA3-2013, señala como candidatos para su estancia en la UCIN, a todos aquellos pacientes menores de 30 días de vida extrauterina, que presenten inestabilidad de algún aparato o sistema que comprometa la vida, que requieran apoyo mecánico de ventilación y tengan posibilidades de recuperación, además de alguna de las siguientes

condiciones: nacido a término, gravemente enfermo; prematuro o que presente desnutrición intrauterina con peso menor de 1,500 gr al nacer; malformaciones congénitas mayores que sean compatibles con la vida; urgencias quirúrgicas; tumores; errores innatos del metabolismo e intoxicaciones. En México, las enfermedades que propician mayores ingresos a las UCIN son el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), sepsis, neumonía y asfisia perinatal, así como las complicaciones propias de la prematurez (Alonso, González, Pérez, & Fernández, 2017)

El personal de enfermería que labora en la UCIN debe contar con especialidad en medicina neonatal o en su caso, licenciatura con título expedido por una institución de educación superior o institución de salud reconocida con la finalidad de que detecten de manera oportuna las reacciones del neonato ante los tratamientos, además de ser competente para fusionar el saber, las habilidades y aptitudes para brindar cuidados especializados, holísticos y humanizados al neonato y a sus padres (Daus, 2018).

1.8. Definición de términos

Incertidumbre. De acuerdo con la teoría de Mishel es la capacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán (Bailey & Stewart, 2014). Fue medida a través de la escala de Incertidumbre en la enfermedad-forma padres/hijos, adaptada al español, diseñada por Merle Mishel en 1988.

Capacidades cognitivas. Definida como las habilidades de los padres para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación de enfermedad de su hijo neonato (Bailey & Stewart, 2014). Considerando para este estudio el

estrés como una respuesta cognitiva presentada por los padres ante la hospitalización del neonato a la sala de UCIN.

Fuentes de la estructura. Fue considerada como los recursos existentes para atender a los padres en la interpretación del marco de estímulos (Bailey & Stewart, 2014). Para este estudio se tomaron en cuenta los recursos que poseen los padres los cuales fueron identificados a través de la cédula de datos sociodemográficos.

Factor ambigüedad. Considera a los estímulos relacionados con el estado de la enfermedad. Valorada mediante la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad-Forma padres/hijos, adaptada al español (Suarez et al., 2018).

Factor falta de claridad. Considera a los estímulos relacionados con el tratamiento y sistema de cuidado. Valorada mediante la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad-Forma padres/hijos, adaptada al español (Suarez et al., 2018).

Factor falta de información. Considera a los estímulos relacionados con el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. Valorada mediante la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad-Forma padres/hijos, adaptada al español (Suarez et al., 2018)

Factor imprevisibilidad. Considera a los estímulos relacionados con el curso de la enfermedad y el pronóstico. Valorada mediante la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad-Forma padres/hijos, adaptada al español (Suarez et al., 2018)

Estrés. Se definió como un estado de estimulación desagradable que ocurre cuando los padres de los recién nacido enfermos perciben el proceso de enfermedad - hospitalización como una situación que amenaza sus capacidades cognitivas (habilidades) para afrontarlo eficazmente (Tobo et al., 2017). Medido con la Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PPS: NICU siglas en inglés), desarrollada por Margaret Shandor Miles, RN, Ph.D en 1993.

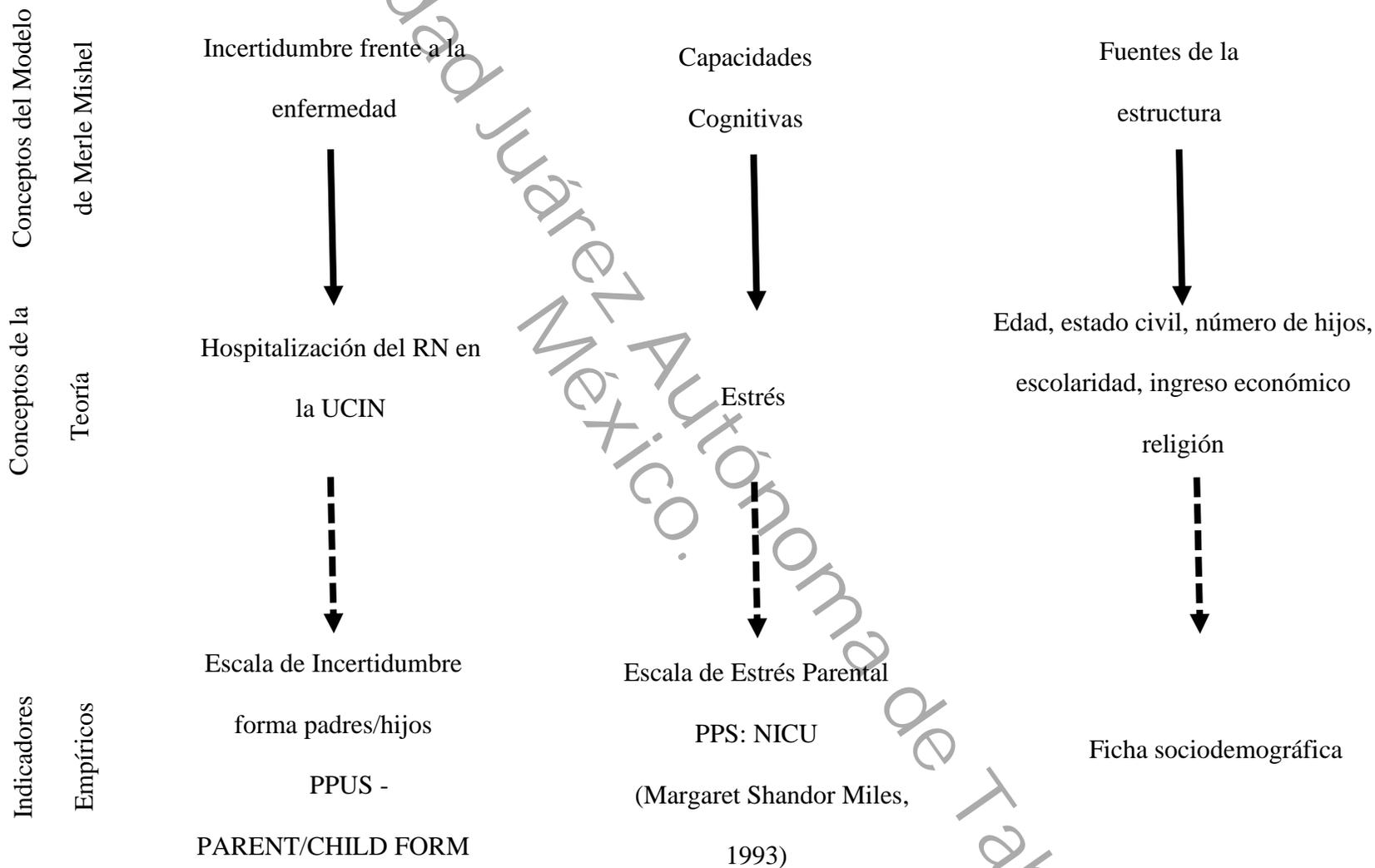
Recién nacido (RN). Persona recién nacida hasta los 28 días de vida (SSA, 2016).

Padres de los recién nacidos. Cuidador principal, para este estudio será considerado el padre o la madre (Olza, Palanca, González-Villalobos, Malalana, & Contreras, 2014).

UCIN. Considerada como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Alta Especialidad Gustavo A. Rovirosa Pérez, Centro, Tabasco. Lugar que ofrece servicios de alta complejidad al recién nacido en estado crítico (Acosta et al., 2017)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

1.8.1. Estructura Conceptual - Teórica – Empírica de Merle Mishel.



1.9. Artículos relacionados

1.9.1. Estudios sobre incertidumbre.

Bolívar y Montalvo (2016) en un estudio analítico de corte trasversal, con 117 padres (79 madres y 38 padres) de recién nacidos prematuros hospitalizados en tres UCIN de Cartagena, Colombia, incluyó información sociodemográfica, el perfil biofísico del recién nacido pretérmino (RNPT) y los resultados de la Escala de incertidumbre de Mishel. Concluyeron que existe un nivel de incertidumbre alto en el 49.3% de las madres y en el 52.6% de los padres, solo el 2.5% de las madres y el 2.6% de los padres, presentaron bajos niveles de incertidumbre. Los límites inferiores de las *OR* de las variables de los padres que se asociaron con la incertidumbre fueron: *OR* = 2.5 no tener pareja; *OR* = 2.3 tener escolaridad secundaria, y *OR* = 2.8 pertenecer al estrato socioeconómico 1 y 2. En las variables del RNPT se relacionaron con incertidumbre el peso <1500 gr y la asistencia ventilatoria mecánica, con límites inferiores de las *OR* = 1.9 y 1.3, respectivamente.

Velandia et al. (2019) a través de su investigación mixta, en una clínica de Cúcuta, Colombia, demostraron los siguientes resultados: La incertidumbre global en la población encuestada fue: regular, con un 57%, alto en un 36 %, solo el 7% presento nivel bajo; las categorías cualitativas fueron: experiencia difícil, imprevisibilidad, vínculo parental, apoyo, calidad de la atención, espiritualidad, esperanza y experiencia única. La muestra cuantitativa estuvo conformada por 285 padres de niños de 0 -14 años internados en las UCIN y en la UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos), y 10 informantes claves en el componente cualitativo.

Se realizó una búsqueda en las diferentes bases de datos electrónicas: EBSCO, PubMed, SciELO, CONRICyT, ScienceDirect y Scopus; previamente, se recurrió al buscador web Google Académico; sin embargo, no se encontraron artículos de incertidumbre frente a la

enfermedad forma padres/hijos con el grupo etario objeto de este estudio, por lo que se pretende contribuir a futuras investigaciones científicas.

1.9.2. Estudios sobre estrés.

Wormald et al. (2015) investigaron el estrés en 273 padres de 218 recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) hospitalizados, mediante un estudio observacional, multicéntrico, transversal, realizado en 12 unidades de neonatología de 4 países de América del Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Perú) pertenecientes a la Red de Neocosur. El estrés parental fue medido a través de la escala Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) y utilizaron pruebas *t* de Student o Anova para muestras independientes, corrección de Bonferroni o Scheffé para comparaciones múltiples y correlación de Pearson para variables continuas. Los resultados mostraron que el estrés parental total promedio fue de $\bar{X} = 3.1$ ($DE = 0.8$), el estrés parental total fue más alto en las madres que en los padres ($p = 0.011$) con un mayor riesgo de estar altamente estresadas ($OR = 3.35$). La subescala rol parental fue la puntuación más alta con 3.6, del cual los ítems con mayor puntuación fueron: estar separado de su hijo (4.2), no poder alimentarlo (3.8) y no ser capaz de protegerlo del dolor y de los procedimientos dolorosos (3.8). Con relación a la subescala aspecto y comportamiento los más estresante para los padres fue ver tubos y equipos cerca de su hijo o puestos en él (3.3), ver agujas y tubos puestos en su hijo 3.3) y la apariencia débil de su hijo (3.1). El requerimiento de apoyo ventilatorio ($p = 0.02$); así como tener un menor nivel educacional ($p = 0.034$), estar desempleado o ser amas de casa ($p = 0.024$), se asociaron a mayor estrés parental.

Aguiñaga et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo, correlacional en la UCIN de UMAEHGP48 del IMSS de la ciudad de León, Guanajuato; México, en 45 padres o madres de neonatos en estado crítico con 24 horas o más de estancia hospitalaria; con la finalidad de

describir el nivel de estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante la hospitalización en la UCIN. Utilizaron para la medición la Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit). Categorizando el nivel de estrés en cinco niveles: No estresante, Poco estresante, Moderadamente estresante, Muy estresante y Extremadamente estresante. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas. Mostrando como resultados que el nivel de estrés percibido por los padres en relación a los Aspectos y sonidos de la unidad y Apariencia y conducta del niño en su mayoría fueron poco estresante con promedio mínimo de 1.60 ($DE=0.63$) y máximo de 3.66 ($DE=0.90$), en los ítems de apariencia de las heridas, cortadas o incisiones y tubos y equipos en o cerca del bebe, fue percibido por los padres como moderadamente estresante con un promedio máximo de 3.66; respecto al nivel de estrés de los padres vinculado con Relaciones y rol de los padres y Comunicación con el personal, se encontraron niveles poco estresantes con promedios entre 2.0 ($DE=0.63$) y 2.62 ($DE=0.68$); sin embargo, en rubro de Comunicación con el personal se encontró alto nivel de estrés con promedios entre 4.0 ($DE=0.82$) y 4.17 ($DE=0.80$); en cuanto a los aspectos de Información insuficiente relativa a exámenes y tratamientos; el Tiempo insuficiente para comunicar la información; y la Diferencia en la información proporcionada acerca de su bebe. En cuanto a Sentimientos expresados en relación a los ítems, Sentirse inútil acerca de cómo ayudar a su bebe durante la hospitalización y Habla conmigo mucha gente diferente, los niveles de estrés alcanzado por los padres fueron moderados.

Palma, Von, Morales, Cifuentes y Ambiado (2017) elaboraron un estudio descriptivo transversal, con el fin de conocer el nivel de estrés de padres de recién nacidos hospitalizados en una UPCN Nivel III en la clínica INDISA de la región metropolitana de Chile, donde participaron 100 padres y madres de 59 recién nacidos hospitalizados, de los cuales 57% eran

madres y 43% padres. El instrumento utilizado fue Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante X^2 para las variables discretas y *t Student* para las variables continuas. Los resultados mostraron que el estrés parental promedio fue de 2.87, $DE=0,69$. La subescala que más altos puntaje obtuvo fue la de relación con el neonato y el rol parental (3.23, $DE=0.92$) y la de Aspecto y Comportamiento del neonato (3.22, $DE=0.99$). El ítem con mayor puntaje obtenido correspondió a Estar separado de mi bebé de la subescala Relación con el bebé y rol parental (4.2, $DE=0.99$), seguido de Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebe del dolor y procedimientos dolorosos (4.0, $DE=1.29$) y Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé en esta etapa (3.8, $DE=1.26$).

Sánchez et al. (2017) realizaron un estudio descriptivo transversal, con 24 padres de neonatos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, España, en el cual determinaron los aspectos que influyeron en la percepción de estrés general en padres y madres con hijos ingresados. El instrumento de medición para estrés el estrés parental fue el de la Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). Las variables que predijeron el estrés general fueron las dimensiones de aspecto y comportamiento del recién nacido (AC) y papel de la madre (PM) ($R^2=0,357$; $F(2,21) = 5,822$; $P = 0,010$).

López, Carmona y Ponce (2019) mediante su estudio cuantitativo, transversal, observacional y comparativo, identificaron los estilos de afrontamiento que utiliza la madre adolescente para enfrentar la crisis, así como determinaron las fuentes de estrés identificadas por la madre adolescente ante la hospitalización de su hijo en la UCIN. Con una muestra de 63 sujetos calculada con la fórmula para poblaciones cuantitativas finitas y constituida por mujeres adolescentes (rangos de edad 12 a 19 años) con hijos hospitalizados en la UCIN de un hospital de tercer nivel de atención en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México. El estrés parental

fue medido a través de la escala Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) adaptados por López, Carmona y Ponce 2016. Los principales resultados en relación con el estrés percibido fueron, que las madres adolescentes perciben la internación de sus hijos en la UCIN como un suceso moderadamente estresante ($M= 3.19$, $DE=.899$). Destacaron los sucesos cuando parece que mi bebé tiene dolor, ver agujas y tubos puestos en mi bebé y cuando mi bebe se ve triste; de la dimensión aspectos y sonidos de la UCIN ($M=2.54$, $DE= 1.03$) destacaron los ruidos constantes de aparatos y equipo y los sonidos repentinos de los aparatos.

Campo et al. (2018) a través de su estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, evaluaron el nivel de estrés que reportan las madres y su relación con variables sociodemográficas y clínicas, en relación con varios elementos estresores. En 58 madres de recién nacidos críticos ingresados en la terapia intensiva neonatal del Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa, La Habana; Cuba. Las subescalas denominadas relación con el neonato y rol parental y aspecto y comportamiento del neonato arrojaron los puntajes más altos de estrés con $3,42 \pm 0,90$ y $2,96 \pm 1,70$, respectivamente.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología utilizada para este estudio. Primero se realiza una descripción del diseño de investigación, población, muestreo y muestra; criterios de inclusión y exclusión; así como la selección de los participantes. También se describen el procedimiento de recolección de datos, los instrumentos y mediciones, las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

2.1. Diseño

El diseño utilizado para esta investigación fue, transversal, descriptivo correlacional. Transversal, porque las variables se midieron en un período de tiempo determinado. Descriptivo correlacional, porque describe las variables del estudio y el grado de relación existente entre ellas (Grove, Gray, & Burns, 2016).

2.2. Población, muestra y muestreo

La población de estudio, fueron los padres y madres que tuvieron hospitalizado a su hijo recién nacido, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A. Rovirosa Pérez, en el trimestre de septiembre - noviembre de 2019. La UCIN, se encuentra dividida en dos áreas, UCIN 1, donde permanece el paciente durante su etapa más crítica de hospitalización y UCIN 2, a su vez subdividida en dos áreas; un área de terapia intermedia y una de crecimiento y desarrollo; la cual cuenta con 15 y 8 cunas térmicas de calor radiante respectivamente para dar servicio a los RN de alto y mediano riesgo.

Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia. El tamaño de la muestra fue de 73 padres (padre/madre) de recién nacidos hospitalizados y 73 recién nacidos ingresados en la UCIN.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

En este estudio se incluyeron a todos los padres y/o madres de los recién nacidos pretérminos, términos y postérminos, cuya gestación osciló de 28 - 42 SDG o que pesaran \geq 1000 - 4000 grs. Se ha demostrado que la mayor sobrevivencia de los recién nacidos prematuros oscila entre las 28 - 37SDG (Castro, Salas, Acosta, Delgado, & Calvache, 2016).

En este estudio se excluyeron a los padres y/o madres de los recién nacido prematuros extremos, cuya gestación abarcó de las 22 - 28 SDG o que su peso al nacer fue de 500 - 1,000 gr, dado que estos recién nacidos presentan múltiples complicaciones a corto plazo durante la hospitalización, por lo tanto, es el subgrupo con menores tasas de supervivencia, y representa la principal causa de morbilidad asociada con la alta tasa de prematuridad (Ticona, Huanco, & Ticona, 2015).

También se excluyó a los padres y/o madres de los recién nacido con genopatías, tomando en cuenta que la susceptibilidad a la malformación varía con el estadio del desarrollo embrionario, período donde la sensibilidad para el daño es elevada. Sus manifestaciones varían desde defectos en el tubo neural, paladar, corazón y en el sistema urogenital, donde no todas son viables y las que sí lo son, implican años de tratamientos y cirugías reconstructivas (González, Rubianes, & Sobrevilla, 2019). De igual forma fueron excluidos los padres y/o madres de los recién nacidos con diferente lengua; tomando en cuenta que el entrecruzamiento de lenguas interfiere en la vertiente comunicacional; si bien, compartimos el basamento del idioma español, no existe un umbral para la lengua, se puede aislar la gramática, pero no el

léxico, menos aún el campo asociativo y connotativo. Las diferencias lingüísticas y sus significados otorgados interfieren en el entendimiento y la comunicación asertiva (Giammatteo, 2016).

2.4. Selección de participantes

Los participantes del estudio fueron seleccionados con base a los criterios selección. Se solicitó el censo de pacientes de la UCIN con el servicio de trabajo social y se cotejaba con la carpeta de ingresos y egresos que registra el personal de enfermería de la UCIN. El abordaje de los padres y madres se realizó por grupos; el primer grupo se realizó con 15 padres y/o madres, previo o posterior a la hora de visita programada por la institución hospitalaria. Se procedió a la presentación formal del investigador principal y dos auxiliares, se dio a conocer el objetivo de la investigación y posteriormente se les extendió una invitación para colaborar de manera voluntaria con este proyecto mediante el consentimiento informado, mismo que a su vez se extendió a sus respectivas parejas (padre o madre del recién nacido hospitalizado que por razones laborales o de salud no se encontraban en el momento del primer contacto). También se informó de lo valioso de su participación, la gran aportación para este estudio y que no entorpecería el tiempo de visita programado para estar con sus pacientes, ni tendría ninguna repercusión en el tratamiento de sus hijos en caso de no querer participar. Se calendarizó por grupos de padres o madres diarios (no más de 15), en la hora y lugar acordado para la aplicación de la encuesta. Para facilitar la ubicación del aula, se citaba en el cuarto piso de pediatría, y posteriormente se les conducía al aula ubicada en segundo piso. En situaciones, donde algún participante no asistió a la sesión de encuesta, se le reprogramó para la aplicación en la misma modalidad en la que fueron aplicadas al resto de los seleccionados.

2.5. Procedimiento de recolección de la información

La recolección de datos se efectuó por el investigador principal y dos auxiliares de investigación, con grado de Licenciatura en Enfermería. Una semana antes del inicio del trabajo de campo, se les entrenó en cuanto al tiempo aproximado de respuestas, contenido de los instrumentos; así como, de algunas circunstancias relevantes que pudiesen presentarse durante el la recolección de datos y algunos elementos como la secuencia y la coherencia al conducir la sesión. Una vez capacitados se corroboró el entendimiento y preparación para la aplicación de los instrumentos bajo estricto apego a los lineamientos éticos y consentimiento informado de los participantes.

Los datos se recolectaron previa autorización de las autoridades de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y del Hospital Regional de Alta Especialidad, Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez. Para la aplicación de las encuestas se solicitó un aula de enseñanza del hospital, ya que estos cuentan con aire acondicionado, pupitres, pizarrón blanco, cañón y equipo de audio, condiciones que favorecieron el confort y la comodidad de los participantes para que respondieran las encuestas.

Durante la aplicación de las encuestas se proporcionó a cada uno de los participantes todas las encuestas en un sobre cerrado, lápiz con punta, tabla de plástico con clip y gomas de borrar. Los instrumentos se aplicaron en una sesión, con duración aproximada de 50 a 60 minutos. El orden de aplicación de las encuestas fue: presentación del investigador principal y los auxiliares de la investigación, socialización del propósito de la investigación, solicitud de participación en el estudio, lectura y firma del consentimiento informado (Apéndice A), y finalmente la aplicación de ficha sociodemográfica, cuestionario de incertidumbre frente a la enfermedad y cuestionario de estrés parental. Cada cuestionario se leyó en voz audible, simultáneamente se proyectaron en pantalla las escalas con las opciones de respuesta de cada

instrumento respectivamente, de esta forma, los participantes respondieron y avanzaron con sincronidad colectiva el llenado correcto de las encuestas.

2.6. Instrumentos y mediciones

Para ésta investigación se utilizaron tres instrumentos, los cuales se describen a continuación:

Para la medición de las variables sociodemográficas se utilizó una cédula de identificación (Apéndice B), que contiene datos como: edad en años, sexo, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación, lugar de procedencia, sueldo mensual aproximado.

La incertidumbre fue medida mediante la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad-Forma padres/hijos, adaptada al español. La escala originalmente denominada Parent's Perception Uncertainty in Illness Scale (PPUS, por sus siglas en inglés), fue diseñada por Merle Mishel (1983). La versión original de la escala en inglés se tradujo al español, siendo aprobada por la autora. Esta escala mide la incertidumbre generada en las distintas etapas de la hospitalización relacionadas con cuatro factores, ambigüedad, falta de claridad, falta de información e imprevisibilidad. Incluyendo 31 ítems que refirieron como los padres se sintieron en ese momento con su hijo recién nacido hospitalizado y fue hetero-administrada por el investigador. Esta escala está compuesta por 4 factores (Apéndice C).

El factor ambigüedad se conformó por 13 ítems (3,4, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22 y 24). El segundo factor, fue la falta de claridad, que incluyó 9 ítems (1, 5, 7, 10, 25, 26, 29, 30 y 31). Respecto al factor de falta de información, fueron 5 ítems (2, 6, 9, 11 y 14), y por último el factor dimensión, es imprevisibilidad, con 4 ítems (19, 23, 27 y 28). Cada pregunta tuvo un patrón de respuesta de tipo Likert, donde 1 corresponde a muy de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 indeciso, 4 en desacuerdo y 5 muy en desacuerdo. El puntaje mínimo es 31 y el

máximo de 155. Para determinar el nivel de incertidumbre (NI) se trabajaron los siguientes puntos de cortes: Puntaje de corte calificación bajo NI < 60 puntos; Puntaje de corte calificación regular NI = 61-89 puntos y Puntaje de corte calificación alto NI > 90 puntos. Esta escala ha mostrado tener buenos índices de validez y consistencia interna global, entre 0.81-0.93. Consistencia interna para cada uno de los componentes factores de la escala, alfa de Cronbach de 0.87 para el factor ambigüedad; 0.81 para el factor baja claridad; 0.73 para el factor falta de información y 0.72 para el factor impresibilidad (Suarez et al., 2018).

El estrés se midió a través de la Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PPS: NICU siglas en inglés), desarrollada por Margaret Shandor Miles, RN, Ph.D. (1993). Este instrumento mide la percepción de los padres acerca de los estresores provenientes del ambiente físico y psicológico de la UCIN (Apéndice D). Esta escala está compuesta por cuatro dimensiones, primera dimensión: aspectos visuales y sonoros (5 ítems), analiza la percepción por parte de los padres del ambiente de la UCIN; segunda dimensión: apariencia y comportamiento del recién nacido (19 ítems), se refirió al estado en el que se encuentra físicamente y a los cuidados que requirió; tercera dimensión: alteración del rol parental (10 ítems), trata de la situación en la hospitalización y la alteración de los vínculos entre padres e hijos y cuarta dimensión: relación con el personal (11 ítems). La escala es autoaplicada y heteroadministrada.

Las respuestas de los ítems fueron respuestas cerradas, presentados en escala de medición ordinal tipo Likert, donde los ítems de cada dimensión se midieron con una puntuación del 0 - 5; donde, 1= No ha sido estresante, 2= bajo estrés, 3= moderado estrés, 4= mucho estrés, 5= extremo estrés. Banda, Fustamante y Rodríguez (2016) categorizaron los siguientes puntajes de corte para medir el estrés y su intensidad. Para estimar el nivel global de estrés se sumaron los valores obtenidos y se clasificaron según la siguiente escala: 37 - 63

puntos = No estresante, 64 - 110 puntos = Un poco estresante, 111 puntos = Moderadamente estresante, 112 - 148 puntos = Muy estresante, 149 - 185 puntos = Extremadamente estresante.

El instrumento también nos permite estimar el nivel de estrés según las dimensiones:

En la dimensión ambiente de la UCIN los puntajes son: 6 - 11 puntos = No estresante, 12 - 17 puntos = Un poco estresante, 18 puntos = Moderadamente estresante, 19 - 24 puntos = Muy estresante y 25 - 30 puntos = Extremadamente estresante. En la dimensión aspecto y comportamiento del recién nacido los puntajes de corte son: 13 - 25 puntos = No estresante, 26 - 38 puntos = Un poco estresante, 39 puntos = Moderadamente estresante, 40 - 52 puntos = Muy estresante y 53 - 65 puntos = Extremadamente estresante.

En la dimensión rol de los padres, los cortes son: 7 - 13 puntos = No estresante, 14 - 20 puntos = Un poco estresante, 21 puntos = Moderadamente estresante, 22 - 28 puntos = Muy estresante y 29 - 35 puntos = Extremadamente estresante.

Finalmente, en la dimensión comunicación y comportamiento del personal los cortes son: 11 - 21 puntos = No estresante, 22 - 32 puntos = Un poco estresante, 33 puntos = Moderadamente estresante, 34 - 44 puntos = Muy estresante y 45 - 55 puntos = Extremadamente estresante. Este instrumento posee niveles aceptables de consistencia interna (Alpha de Cronbach = .90) y ha sido utilizado principalmente en pacientes pediátricos y neonatales. También incluyó una pregunta abierta, con el fin de poder evaluar el estrés desde un enfoque cualitativo (Aguñaga, et al., 2016).

2.7. Consideraciones éticas

Esta investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Gobernación, 2014).

Artículo 13. Debido a que el ser humano fue sujeto de estudio, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. Se adaptó a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. En su fracción V. Contó con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizó la investigación, en los términos dispuestos por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables (Apéndice G). VI. Fue realizada por profesionales de la salud al que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actuó bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que contó con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantizaron el bienestar del sujeto de investigación. VII. Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad.

Artículo 21. El consentimiento informado se consideró existente, cuando el sujeto de investigación recibía una explicación clara y completa, de tal forma que comprendiera aspectos como: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II. Los procedimientos que se emplearon y su propósito; III. Las molestias o los riesgos esperados; IV. Los beneficios que se obtuvieron; V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; VI. Se garantizó respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; VIII. La seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la

confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; IX. El compromiso de que se proporcionó información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando; X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tuvo derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que lo ameritarán, directamente causados por la investigación, y XI. En el caso de que hubieran existido gastos adicionales, éstos serían absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22. El consentimiento informado se formuló por escrito y reunió los siguientes requisitos: I. Fue elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables; II. Fue revisado y, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud; III. Indicó los nombres de dos testigos; IV. Fue firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación.

Artículo 114.- Para efectos de este reglamento se consideraron profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, enfermería, trabajo social, y que cumplieron con las disposiciones legales aplicables, como de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

Artículo 119. Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar al Comité de Investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 120. El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la

confidencialidad a que tienen derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además, deberá entregar una copia de estas publicaciones a la Dirección de la Institución (Secretaría de Salud, 2014).

2.8. Plan de tabulación y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0. El nivel de significancia para todas las pruebas estadísticas fue de 0.5. Se realizaron tablas de frecuencia, medidas tendencia central, media, desviación estándar, una Chi cuadrada, así como una prueba estadística de correlación y regresión lineal.

Previo el análisis de los datos se exploró la distribución de datos para las variables de estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov con Corrección de Lilliefors. Los resultados muestran que la mayoría de los datos no presentan normalidad ($p < .05$), por lo que se decidió el uso de pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos planteados (Grove, Gray & Burns, 2016).

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen las características sociodemográficas de la población de estudio, la consistencia de los instrumentos, estadísticas descriptivas que dan respuesta a los objetivos y principales variables de estudio, así como las estadísticas inferenciales.

Características sociodemográficas de los padres participantes

La muestra estuvo conformada por 73 padres participantes de los cuáles, la edad promedio fue de 27.45 años, con una mínima de 16 y máxima de 49 años, en relación al grado de instrucción se encontró una media de 10.5 años. En cuanto al sexo se encontró que el 58.9 % son mujeres y 41.1 % hombres; 58.9% viven en unión libre y 35.6% casados reportando un promedio de 1.25 hijos ($DE = 1.48$); el 49.3% se desempeña como ama de casa y el ingreso familiar promedio es de \$3, 336.77 ($DE = \$2, 175.01$ pesos). La religión que predominó fue la católica con 53.4%. La mayoría de los participantes son procedentes de los municipios de nuestro estado con 84.9% y 1.4% procedentes de otro estado (Apéndice H).

Características biofísicas de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN

Participaron en el estudio 73 RN hospitalizados en el área de UCIN. Los resultados muestran que el promedio de días de estancia del recién nacido fue de 9.7 días, 61.6% de los participantes fueron RNPT, 24.7% RNT y 3.7% RNPE; de los cuáles 49.3% se reportaron con estado de salud delicado y 32.9% grave; 28.8% necesitaron ventilación mecánica, 24.3% requirieron de oxígeno suplementario y 12.3% de CPAP nasal de burbuja. En cuanto al patrón nutricional 39.7% se encontraban en ayuno con sonda orogástrica, 32.9% se alimentaba a

través de sonda orogástrica, 20.5% por succión y 4.1% se encontraba con alimentación mixta (succión y sonda orogástrica). Para recibir terapia de infusión intravenosa 65.8% requirió de la instalación de un catéter umbilical, 9.6% catéter venoso central de doble lumen, 6.8% catéter percutáneo, 13.7% catéter venoso periférico corto, 1.4% dos catéteres (central y periférico) y 2.7% no tenían ningún tipo de catéter. La farmacoterapia utilizada como medida terapéutica fue antibióticos 16.4%, citrato de cafeína 6.8%, vitaminas y bacilos 8.2%, dos o más medicamentos 63.8%, otros tipos de fármacos 1.4% y ningún fármaco el 4.1% (Apéndice I).

Confiabilidad interna de los instrumentos

En la Tabla 1, se pueden observar los coeficientes de confiabilidad (Alfa de Cronbach) de los instrumentos.

Tabla 1

Confiabilidad interna de los instrumentos

Instrumentos	No. de reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de incertidumbre frente a la enfermedad (forma padre/hijo)	31	.82
Factor ambigüedad	13	.81
Factor falta de claridad	9	.49
Factor falta de información	5	.57
Factor imprevisibilidad	4	.50
Escala de estrés parental	45	.94
Dimensión ambiente de la UCIN	5	.86
Dimensión aspectos y comportamiento del recién nacido	18	.93
Dimensión rol de los padres	10	.83
Dimensión comunicación y comportamiento del personal	11	.91

Nota: n = 73

Los índices obtenidos se consideran aceptables (Burns & Grove, 2015) para la Escala de incertidumbre frente a la enfermedad - forma padres/hijos de Mishel, los resultados de

confiabilidad en forma global son aceptables; se observan coeficientes más bajos a los reportados en otros estudios, para las subescalas: Dimensión falta de claridad, Dimensión falta de información, Dimensión imprevisibilidad. En cuanto a la Escala de Estrés Parental son congruentes con los reportados en estudios previos y consistentes con la prueba piloto.

Estadísticas descriptivas

Distribución de las variables

En la Tabla 2 se muestran las estadísticas descriptivas de las variables continuas del estudio, así como el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para normalidad. Los resultados muestran anormalidad de los datos, debido probablemente al tamaño de la muestra por lo que se sugiere aumentar el tamaño de la misma.

Tabla 2

Estadísticas descriptivas y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov para normalidad

Variable	\bar{x}	DE	D ^a	p
Edad del padre/madre	27.4	7.6	.105	.044 ^c
Años de estudio	10.5	3.4	.171	.000 ^c
Días de internamiento del RN	9.7	9.4	.028	.000 ^c
EG del RN	2.1	0.6	.324	.000 ^c
PPS: NICU	103.8	42.1	.116	.016 ^c
PPUS	94.4	16.3	.078	.200 ^c

Nota: $n=73$, *Escala 0-100, RN = Recién Nacido, EG = Edad Gestacional, PPS: NICU = Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, UCIN = Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, PPUS = Parent's Perception Uncertainty in Illness Scale.

El instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad está compuesto de cuatro factores: ambigüedad, falta de claridad, falta de información e imprevisibilidad. Mientras que la escala de estrés parental está integrada por 4 dimensiones: ambiente de UCIN, apariencia y

conducta del RN, dimensión rol de padres y dimensión conducta y comunicación con el personal. En la Tabla 3 se puede observar que la media más alta para la escala de incertidumbre está en el factor ambigüedad; esto se debe a que los participantes no están seguros de la gravedad del estado de salud de sus hijos, si el tratamiento es el adecuado y cuál será su evolución. Para la escala de estrés parental la media más alta corresponde a la dimensión aspecto y comportamiento del recién nacido, lo que sugiere que los factores más estresantes para los padres están relacionados con los tubos o aparatos presentes en el RN y las condiciones físicas de salud. Para la pregunta ¿Qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN? la media fue de 3.7 ($DE=1.4$).

Tabla 3

Datos descriptivos de las variables de estudio

Variable	Mín	Máx	M	DE
Incertidumbre Frente a la Enfermedad				
Factor Ambigüedad	17	63	39.8	9.6
Factor Falta de claridad	13	39	26.7	5.4
Factor Falta de Información	6	25	15.0	4.0
Factor Imprevisibilidad	4	20	12.8	3.5
Escala de Estrés Parental				
Dimensión Ambiente de UCIN	.00	24	11.2	6.0
Dimensión Aspecto y Comportamiento del RN	3	83	41.5	23.0
Dimensión Rol de Padres	2	50	31.0	10.2
Dimensión Conducta y Comunicación con el Personal	.00	54	20.1	14.6
¿Qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN?	0	5	3.7	1.4

Nota: n=73, Min= Mínimo, Max= Máximo, M=Media, DE= Desviación Estándar.

Estadística inferencial

Relaciones entre las variables de estudio

Con la finalidad de identificar las relaciones entre las variables principales del estudio (incertidumbre y estrés parental) representadas en la Tabla 4, se realizó un análisis de correlación bivariada, para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 4

Correlación de Spearman

Variable	1	2	3	4	5
1.SUM_Ambiente de la UCIN	1	.562**	.421**	.210	-
2.SUM_Aspecto y Comportamiento del RN	.562**	1	.624**	.452**	-
3.SUM_Rol del Padre/Madre	.421**	.624**	1	.293*	-
4. SUM_Comunicación y Comportamiento	.210	.452**	.293*	1	-
5. SUM_Incertidumbre	-.123	-.117	-.047	-.176	1

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Nota: $n = 73$; PPUS = Parent's Perception Uncertainty in Illness Scale (Miles, RN, Ph.D, 1993); Escala de Incertidumbre en la Enfermedad – Forma Padres/Hijos [(PPUS); (Mishel, 1983)]

Se observa que la dimensión Ambiente de la UCIN se relaciona positiva y significativamente con la dimensión Aspecto y Comportamiento del RN y la dimensión Rol de los Padres; es decir, que la estancia del RN en la UCIN representa mayor riesgo de procedimientos invasivos, graves condiciones de salud del RN (que dan referencia de gravedad), impotencia por no poder cuidar a su hijo y mayor nivel de estrés.

Las dimensiones Aspecto y Comportamiento, Rol de los Padres, Comunicación y Comportamiento con el Personal se relacionaron entre ellas significativa y positivamente lo que sugiere que, a mayores dispositivos terapéuticos, menor capacidad sienten los padres de cumplir con su rol de cuidador, mayor demanda de explicación requieren por parte de los profesionales y mayores puntajes de estrés y viceversa.

La dimensión Rol de Padres y, Comunicación y Comportamiento con el personal, se relacionan positiva y significativamente; es decir, entre mayores puntajes de estrés en la función del rol de padre, mayor estrés en la comunicación entre padres y personal y viceversa.

En cuanto al propósito del estudio que, era describir la relación existente entre la incertidumbre y el estrés de los padres de los recién nacidos hospitalizados en una UCIN, se obtuvo una correlación negativa.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo IV

Discusión

El propósito general de este estudio fue comprobar la relación existente entre la incertidumbre y el estrés de los padres de los recién nacidos hospitalizados en una UCIN, en la cual se obtuvo una correlación negativa.

Con la finalidad de responder al primer objetivo que enuncia evaluar la incertidumbre en los padres de los recién nacidos hospitalizados, encontramos que la media más alta para la escala de incertidumbre está en el factor ambigüedad; esto se debe a que los participantes no están seguros de la gravedad del estado de salud de sus hijos, si el tratamiento es el adecuado y cuál será su evolución, resultados que debido a las carencias de datos estadísticos de las variables no se logran discutir.

En cuanto al estrés en los padres de los recién nacidos mencionado en el segundo objetivo, la media más alta corresponde a la dimensión aspecto y comportamiento del recién nacido, lo que sugiere que los factores más estresantes para los padres están relacionados con los tubos o aparatos presentes en el RN y las condiciones físicas de salud. Datos consistentes con Wormald et al., (2015), quienes reportan con relación con la dimensión Aspecto y Comportamiento que lo más estresante para los padres fue ver tubos y equipos cerca de su hijo o puestos en él (3.3), ver agujas y tubos puestos en su hijo (3.3) y la apariencia débil de su hijo (3.1). Por su parte Palma et al., (2017), reportan que la sub escala de Aspecto y Comportamiento del bebé” ($3,22 \pm 0,99$) arrojó los puntajes más altos de estrés. Coincidiendo también con Sánchez et al., (2017), quienes obtuvieron una puntuación media-alta, en las dimensiones Aspecto y Comportamiento de su bebé; con López et al., (2019), quienes destacaron los sucesos: cuando parece que mi bebé tiene dolor, ver agujas y tubos puestos en mi bebé y cuando mi bebe se ve triste; de la dimensión aspectos del recién nacido. Y con

Campo et al., (2018), quienes en el Aspecto y comportamiento del bebé, arrojaron los puntajes más altos de estrés con $\pm 1,70$. En cambio Aguiñaga et al., (2016) reportaron que los padres refirieron en su mayoría poco estresante con promedio mínimo de 1.60 ($DE=0.63$) y máximo de 3.66 ($DE=0.90$) en la Apariencia y Comportamiento del recién nacido.

Para la pregunta ¿Qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN? la media fue de 3.7 ($DE=1.4$), estos datos coinciden con los reportados por Palma et al., (2017), “¿Qué tan estresante fue en general para Ud. la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCI?”, con un promedio de $3,59 \pm 1,07$, con Sánchez et al., (2017), quienes refieren en cuanto al ítem final de la escala que mide el estrés general experimentado por los padres/madres durante el periodo de hospitalización de sus hijos en la UCIN, que se obtuvo una puntuación alta y con Campo et al., (2018), con un nivel de estrés total que correspondió a un promedio de $3,18 \pm 0,18$.

Como hallazgo encontrados en el presente trabajo se observa que la dimensión de la UCIN se relacionó con la dimensión Ambiente de la UCIN se relacionó positiva y significativamente con la dimensión Aspecto y Comportamiento del RN y la dimensión Rol de los Padres; por tanto la estancia del recién nacido en la UCIN incrementa el riesgo de procedimientos invasivos, condiciona una situación de salud grave del recién nacido, impotencia por no poder cuidar a su hijo y por consiguiente mayor nivel de estrés.

Las dimensiones Aspecto y Comportamiento, Rol de los Padres, Comunicación y Comportamiento con el Personal, se relacionaron entre ellas significativa y positivamente lo que sugiere que, a mayores dispositivos terapéuticos, es menor la capacidad sentida de los padres de poder cumplir con su rol de cuidador, aumentando la demanda de explicaciones por parte de los profesionales y mayores puntajes de estrés y viceversa.

La dimensión Rol de Padres y, Comunicación y Comportamiento con el personal se relacionan positiva y significativamente; es decir, entre mayores puntajes de estrés en la función del rol de padre, mayor estrés en la comunicación entre padres y personal y viceversa, por tratarse de un estudio sin datos estadísticos previos de esta asociación no se logran discutir.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo V

Conclusiones

La conclusión de este estudio se desprende de los resultados que nos muestran una visión del panorama que viven los padres y madres de RNPT hospitalizados en la UCIN, la experiencia de tener a su hijo recién nacido hospitalizado significa para ellos adentrarse en un contexto desconocido y agresivo, por ser un espacio saturado de elementos desconocidos para ellos (monitores, ventiladores mecánicos, alarmas -tanto visuales como auditivas), en donde los profesionales trabajan al ritmo de las necesidades prioritarias de los pacientes y los parámetros establecidos por la institución. Concluimos que los padres cuidadores en su mayoría son mujeres madres cuyo promedio de edad es de 27.45 años, ubicándolas en la etapa vital de adulto joven, con una media de 10.5 de instrucción educativa, cuyo estado civil mayormente referido corresponde a unión libre, su principal ocupación es ama de casa, con un ingreso económico familiar promedio de \$3,336.77 y que profesan la religión católica. El promedio de días de estancias del RN fue de 9.7 días, en su mayoría RNPT provenientes de municipios del estado, reportados como delicados, en ayuno, con catéter venoso umbilical y tratados con antibiótico terapia.

La causa más relevante de incertidumbre fue la ambigüedad, esto podría estar determinado por el nivel de instrucción educativo de los padres/madres participantes o la comunicación brindada por el talento humano que labora en la UCIN; debido a que estos son aspectos que modifican de forma positiva o negativa la percepción de la situación. Mientras que la causa más relevante de estrés fue la relacionada con el aspecto y comportamiento del RN, manifestado por la carga emocional que significa para los padres el ver a sus hijos rodeados/invadidos por equipos desconocidos totalmente hasta ese momento.

Aunque la hospitalización de un hijo recién nacido en la UCIN es una situación que genera incertidumbre y estrés en los padres, se concluye que no hay relación entre las dos variables de estudio, lo anterior pudiera explicarse en razón de que la muestra es muy pequeña, por lo que se sugiere la utilización de muestras más amplias en lo futuro.

Teniendo en cuenta estas conclusiones es fácil pensar que, a las intervenciones necesarias en el niño, es necesario y útil añadir una intervención a nivel familiar, enfocada a minimizar el impacto emocional del ingreso a la UCIN, situación que requiere por parte del profesional de enfermería un acompañamiento parental con el fin de brindar la información y el apoyo necesario para la mejor comprensión del curso y evolución de la enfermedad y de la condición de salud del bebé; porque el enfrentar a los padres a situaciones que no conocen y no logran comprender del todo, se ven imposibilitados para establecer un patrón, lo que conlleva a confusión e inseguridad sobre el avance en el tratamiento provocando mayores niveles de incertidumbre.

Se pudo evidenciar, que el modelo teórico se representa en la población de estudio en la incertidumbre identificada, que se manifestó primordialmente por la ambigüedad referida por los padres ante la hospitalización del hijo y el desconocimiento de esta experiencia, mismos que son susceptibles de mejorar el afrontamiento y adaptación a la situación mediante intervenciones de tipo familiar; destacándose en este caso el papel del profesional de enfermería a lo largo del proceso como acompañante y fuente cercana de apoyo.

Limitaciones de estudio

Dentro del período de aplicación de la muestra, la UCIN no estuvo a su capacidad máxima lo que limitó que la muestra fuera muy pequeña.

Los escasos estudios encontrados en las diferentes bases de datos sobre la variable incertidumbre en poblaciones similares a las del presente estudio, muestran los resultados en porcentajes, lo que limita la comparación de los resultados.

Los hospitales gubernamentales del estado que tienen servicios de UCIN en el estado no autorizaron la realización del estudio en esas unidades.

Recomendaciones

La presente investigación permitió identificar la necesidad de fortalecer las capacidades cognitivas a través de la enfermería basada en la evidencia (EBE) mediante la implementación de programas de educación parental consistentes en intervenciones tempranas centradas en la familia, mismas que ayudarán a disminuir la incertidumbre y el nivel de estrés en los padres pese al proceso de hospitalización; de esta manera se protegería la salud psíquica - emocional - física de los padres contribuyendo a la mejora del ejercicio profesional y la calidad asistencial.

Para ello podemos partir de la experiencia que tienen países como Europa y Brasil, que han implementado modelos en el cuidado integral de los RN hospitalizados, denominados Cuidados en el Desarrollo y la familia (CCD), el Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado Neonatal (NIDCAP por sus siglas en inglés); así como, el Modelo de Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia (CCPF), los cuales proponen un enfoque innovador para la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud, siendo protagonizados por la colaboración entre los profesionales de salud, los pacientes y sus familias, siendo esta última una fuente primaria de apoyo para sus hijos (Harillo, Rico & López, 2017); Simphronio, Ferreira, & Mandetta, 2016).

Por lo que se sugiere a la unidad administrativa la formación y transformación de un equipo multidisciplinario integrado por trabajo social, médico neonatólogo psicólogo y

enfermera especialista que se personalicen en acoger a la familia en la UCIN, adoptando la filosofía de una asistencia centrada en la familia, que plantean la atención individualizada y la invaluable interacción dinámica de la familia; que permita la accesibilidad a la UCIN de los padres las 24 horas; la interacción con otros miembros de la familia (hermanos, abuelos); la participación de los padres en la toma de decisiones y cuidados del RN; considerar también, la posibilidad de brindar la información médica a otros familiares en determinadas situaciones; el apoyo psicológico a la familia, desde el ingreso y durante la hospitalización del RN a la UCIN así como en situaciones de fallecimiento del RN y del cual carece esta área.

Así mismo, se propone diseñar programas de educación continua para todo el equipo de salud que labora en éstas áreas, que permitan la implementación y permanencia de la asistencia centrada en la familia.

Referencias bibliográficas

- Acosta, M., & Cabrera, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal : un estudio de revisión documental. *Revista UNIMAR*, 34(1), 193-199. Recuperado de <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/unimar/article/view/1144/pdf>
- Acosta, M., Cabrera, N., Basante, Y., & Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Universidad y Salud*, 19(1), 17-25. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.65>
- Aguñaga, M., Reynaga, L., & Beltrán, A. (2016). Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(1), 27-35. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2593.2565>
- Alonso, L., González, L., Pérez, F., & Fernández, D. (2017). Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales TT - Attachment in early postpartum: comparison between mothers of infants admitted to the Obstet. *Enfermería Global*, 16(45), 295-308. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.236701>
- Alvarado, J., Gamboa, E., Trujillo, S., & Rodríguez, S. (2017). Síntomas depresivos en familiares cuidadores de recién nacidos en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y factores asociados. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(2), 140-147. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.140>
- Alvarez Yañez, D. M., & Pérez Bayona, C. L. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Avances en Enfermería*, 35(1), 77-86.

- <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.52586>
- Arboleda, A. (2015). La escuela bajo los preceptos de la teoría del caos: Incertidumbre, caos, complejidad, lógica difusa y bioaprendizajes. *Revista Biociencias*, 6(1), 91-103.
<https://doi.org/10.37467/gka-revedu.v6.360>
- Bailey, D., & Stewart, J. (2014). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En *Modelos y teorías en enfermería* (8a ed, pp. 540-551). Madrid.
- Banda, C., Fustamante, M., & Rodríguez, E. (2016). *Factores ambientales y estrés en madres de neonatos hospitalizados en unidades de cuidado intensivos e intermedios. Tesis de pregrado*. (Universidad Nacional de Trujillo.). Recuperado de dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5740/1690.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Bautista, L., Arias, M., & Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Bernuy, M., Uriarte, S., & Mesta, R. (2017). Nivel de incertidumbre del familiar frente a la enfermedad, Unidad de Shock trauma - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 4(2), 18-25.
<https://doi.org/10.35383/cietna.v4i2.16>
- Berrocal, C., Giovanni, F., & Sonini, N. (2016). Contribuciones de la medicina psicosomática a la medicina clínica y preventiva. *Revista anales de Psicología*, 32(3), 828-836.
Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n3/clinical3.pdf>
- Bolívar, L., & Montalvo, A. (2016). Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm*, 34(2), 360-367.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a16>

- Burbano, C., & Sánchez, L. (2017). Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 176-183.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.004>
- Campo, A., Amador, R., Alonso, R., & Ballester, I. (2018). Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), ISSN 1561-3062. Recuperado de
<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/347/277>
- Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72(1), 15-24. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.03.18>
- Castro, Ó., Salas, Í., Acosta, F., Delgado, M., & Calvache, J. (2016). Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. *Revista de Pediatría*, 49(1), 23-30.
<https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.02.002>
- Cruz, G. (2018). Desestigmatizando la Función del Estrés. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 604-620. Recuperado de
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65292>
- Daus, M. (2018). Enfermería neonatal , intervención y estimulación temprana : un camino conjunto para el cuidado del crecimiento y el desarrollo. *FUNDASAMIN*, 23, 21-27.
- De Nicola, A. (2015). *Mecanismos neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática*. Recuperado de
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/3057/Ciencia_e_Investigacion_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Diccionario de la Real Academia Española. (2019). Incertidumbre. Recuperado 21 de marzo de 2020, de <https://dle.rae.es/incertidumbre>
- Flórez, I., Montalvo, A., & Romero, E. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el

- tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en Enfermería*, 36(3), 283-291. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66508>
- Giammatteo, M. (2016). Los desencuentros de la lengua cultural. *Comunicaciones en Humanidades*, 5, 175-180. Recuperado de <http://revistas.umce.cl/index.php/Comunicaciones/article/view/1254/1259>
- Gómez, C., Rosas, M., Leonel, S., & Rojo, A. (2015). Resultados Neonatales en Embarazo Pretérmino Tardío, Término Temprano y Término Completo. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 32(2), 69-75. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152c.pdf>
- Gómez, I., Castillo, I., & Alvis, L. (2015). Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*, 15(2), 210-218. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.5>
- Gómez, M. (2016). El sentido de vida de las madres de niños prematuros internados en unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33(1), 5-19. <https://doi.org/10.1123/jsep.30.s1.s28>
- González, I., Rubianes, A., & Sobrevilla, A. (2019). Prevalencia y riesgo de malformación congénita en mujeres gestantes expuestas a plaguicidas. en el Hospital Regional de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 5(2), 48-52. <https://doi.org/10.35563/rmp.v5i2.63>
- Goodin, A., Jiménez, E., Estévez, R., & Sandres, L. (2016). Revisión Resumen. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(5), 83-97. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69197>
- Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2016). *Investigación en Enfermería Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (sexta edic). España.
- Harillo, D., Rico, J. I., & López, Á. (2017). The philosophy of the developmental centred care

- of the premature infant (NIDCAP): A literature review. *Enfermería Global*, 16(4), 577-589. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>
- Hearn, G., Clarkson, G., & Day, M. (2020). The Role of the NICU in Father Involvement, Beliefs, and Confidence. *Advances in Neonatal Care*, 20(1), 80-89. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000665>
- InPer. (2017). *Informe de autoevaluación del director general del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes*. Recuperado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/INFORME-DE-AUTOEVALUACION-2015.pdf>
- Izquierdo, L., & Ferrer, M. (2018). Las experiencias del padre en las Ucin: una revisión desde la perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 55-69. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16102>
- Johnson, M., & Hurtado, P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y Enfermería*, 23(1), 57-65. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000100057>
- Lemos, M. (2015). La teoría de la alóstasis como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de Psicología*, 31(2), 452-461. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>
- López, B., Carmona, B., & Ponce, G. (2019). Estilos de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(1), 41-51. Recuperado de <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/274>
- López, J., & García, E. (2016). Programa de Actualización Continua en Neonatología. En *Alimentacion en el recién nacido*. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf

- Medina, M., Sánchez, A., García, E., Díaz, E., Fernández, J., Mendoza, E., & Sandoval, L. (2015). Factores de riesgo neonatales asociados a prolongación de estancia promedio por GDR en Neonatología del HRDT 2011-2014. *Revista ECIPerú*, 12(1), 57-62. <https://doi.org/https://doi.org/10.33017/RevECIPeru2015.0009/>
- Mendoza, L., Arias, M., & Osorio, M. (2014). Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(2), 164-173. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000200005>
- Mercado, J. (2017). Incertidumbre frente a la Enfermedad: Aporte de Merle Mishel a la Enfermería. *Revisalud Unisucre*, 4072(1), 31-35. Recuperado de <http://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/576/619>
- Moguel, A., Tietzsch, P., Iglesias, J., Bernárdez, I., Ramírez, J., & Braverman-bronstein, A. (2017). en el Hospital Español de México. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(5), 182-188. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp175c.pdf>
- Montalvo, A., Fajardo, H., Angulo, T., Flórez, D., Caffroni, R., & Fajardo, Y. (2016). Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia la promoción de la salud*, 21(2), 114-126. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.9>
- Montes, T., Quiroga, A., Rodríguez, S., Sola, A., & Miembros del capítulo de Enfermería del SIBEN. (2016). Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica : una realidad a mejorar. *Anales de Pediatría*, 85(2), 95-101. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.030>
- Nemiña, P. (2015). Acción económica e incertidumbre: el aporte de Jens Beckert a la sociología económica. *Equidad y Desarrollo*, 23, 9-33. <https://doi.org/10.19052/ed.2884>
- Olza Fernández, I., Palanca Maresca, I., González-Villalobos Rincón, I., Malalana Martínez,

- A. M., & Contreras Sales, A. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología The mental health of the infant in the NICU: a child psychiatry liaison program in Neonatology. En *Revista Iberoamericana de Psicología. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. (Vol. 109). Recuperado de file:///C:/Users/Fam.Salamanca/Downloads/OLZAYCOL2014.psiqneonatolog.(1).pdf
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2014). *Guía para el manejo integral del recién nacido grave*. 588. <https://doi.org/10.1002/ppul.22540>.
- 2.
- Palma, E., Von, F., Morales, I., Cifuentes, J., & Ambiado, S. (2017). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3), 332-339. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004>
- Pérez Núñez, D., García Viamontes, J., García González, T. E., Ortiz Vázquez, D., & Centelles Cabrerías, M. (2014). *Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud Knowledge of stress, health and control belief for primary health care*. 30(3), 354-363.
- Ramírez, M., Navarro, S., Clavería, C., Molina, Y., & Cox, A. (2018). Parental stressors in a Pediatric Intensive Care Unit. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 182-189. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200182>
- Reguera, E. (2015). Apego, Cortisol y estrés en adultos, una revisión narrativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 53-77. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000100005>
- Saavedra, J., Díaz, W., Zuñiga, L., Navia, C., & Zamora, T. (2015). Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. *Morfología*, 7(2), 29-44.

Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/306393447>

Sánchez, M., Leal, C., Pastor, J., & Díaz, J. (2017). Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. *Enfermería Global*, 16(3), 270-280.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256061>

Secretaría de Gobernación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado 31 de mayo de 2020, de Diario Oficial de la Federación website:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014

Secretaría de Gobernación. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado 31 de mayo de 2020, de Diario Oficial de la Federación website:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Secretaría de Salud. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Recuperado 16 de marzo de 2020, de Diario Oficial de la Federación website:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_025_SSA3_2013.pdf

Simphronio Balbino, F., Ferreira Gomes Balieiro, M. M., & Mandetta, M. A. (2016).

Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonata. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>

Suarez, C., Carvajal, G., & Serrano, M. (2018). Escala de incertidumbre en la enfermedad- forma padres/hijos: validación de la adaptación al español. *Enfermería Intensiva*, 29(4),

149-157. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.12.002>

- Ticona, M., Huanco, D., & Ticona, D. (2015). Incidencia , supervivencia y factores de riesgo del recién nacido con extremo bajo peso en un hospital. *Acta Médica Peruana*, 32(4), 211-220. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n4/a04v32n4.pdf>
- Tobo, N., Bentacur, P., & De la Cruz, C. (2017). Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2), 161. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie19-2.eaap>
- Velandia, M., Bautista, G., Amaya, C., Arévalo, J., & Bayona, N. (2019). Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP). *Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados (Universidad de Alicante)*, 55, 256-269. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.22>
- Villamizar, B., Vargas, C., & Rueda, E. (2014). Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. *Revista CUIDARTE*, 5(2), 782. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.93>
- Wormald, F., Tapia, J., Torres, G., Canepa, P., María, G., Rodríguez, D., ... Red Neonatal Neocosur. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(4), 303-309. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.303>
- Zárate, S., Cárdenas, F., Acevedo, C., Sarmiento, M., & Andréa, L. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1181-1213. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy13-3.eepp>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

La Lic. En Enfermería Cynthia Yohana Díaz Santiago, me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado “Estrés e incertidumbre en padres de los recién nacidos hospitalizados en una UCIN”, que realiza para obtener su grado de Maestría en Enfermería. Se me ha informado que voy a contestar tres cuestionarios que describen mis datos personales y las experiencias vividas durante la hospitalización de mi hijo (a), por los cuales no recibiré ningún pago económico, ya que estoy colaborando voluntariamente. La aplicación de los tres cuestionarios será aplicada en las instalaciones del HAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez. Comprendo que mi participación no representa riesgo alguno hacia mi familia o mi persona. Me explicó que los datos sobre mi participación serán absolutamente confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en el momento que yo lo decida, así también que puedo negarme a responder alguna pregunta que me incomode. Una vez finalizado el estudio, dará a conocer los resultados a la institución hospitalaria, conservando siempre el anonimato de los participantes.

He leído y comprendido detenidamente la información antes descrita. Por lo tanto, otorgó mi consentimiento pleno para participar en este estudio. Se me hace entrega de una copia de este formato.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

Testigo 1

Testigo 2

Villahermosa, Tabasco a _____ de _____ del 2019

Apéndice B

Cédula sociodemográfica

No. de Ficha Sociodemográfica:

Fecha de la Encuesta:

DATOS DEL PADRE O MADRE		
Nombre completo:		
Sexo:	Edad:	
Estado civil:	Religión	
Número de hijos (no contando al hijo que se encuentra hospitalizado en estos momentos):	Ingreso económico mensual aproximado:	
Ocupación:	Escolaridad en años de estudio:	
Lugar proveniente (donde vive actualmente):		
DATOS DEL RECIÉN NACIDO (EXCLUSIVO PARA LOS INVESTIGADORES)		
Cuna: _____ Peso: _____	Fecha de nacimiento: _____ Fecha de ingreso: _____ Días de internamiento: _____	Diagnóstico Médico (incluye edad gestacional): _____
PATRÓN RESPIRATORIO Específica circulando y rellena cada fase ventilatoria según sea el caso.	Casco cefálico _____ l/min Puntas nasales _____ l/min Cpap nasal _____ cmh ₂ O/____ peep _____ Ventilación Mecánica Modo _____ Presión inspiratoria _____ Fio2% _____ Ninguno _____	Sello pleural _____ Específica: Unilateral Bilateral
PATRÓN NUTRICIONAL Encierra y rellena la cantidad del aporte.	Ayuno _____ ¿cuántos días? + LIV _____ ml/hr Alimentación por SOG _____ Alimentación por succión _____	Alimentación mixta: SOG _____/succión _____ NPT _____ ml/hr Ninguno
TIPO DE CATÉTER Encierra según sea el caso.	C. Venoso Periférico C. Venoso Umbilical C. Arterial	C. Percutáneo C. Central Ninguno Dos accesos venosos
FARMACOTERAPIA E INFUSIONES CONTÍNUAS Encierra según sea el caso.	Antibióticos Antifúngicos Bacilos y vitaminas Cafeína	Inmunoglobulina Sedación Sustancias vasoactivas Dos o más
ESTADO DE SALUD Exclusivo para investigador principal.	Estable Delicado	Grave Muy grave

Apéndice C

Escala de incertidumbre en la enfermedad-forma padres/hijos

(PPUS-PARENT/CHILD FORM)

No. de cuestionario:

INSTRUCCIONES: Por favor lea cada enunciado. Tome el tiempo necesario y piense sobre lo que dice cada enunciado. Escriba una “X” bajo la columna que indique de mejor manera como se está sintiendo sobre su hijo HOY. Si usted está de acuerdo con un enunciado debe entonces marcar “Totalmente de acuerdo” (TA); “De acuerdo” (A); Si usted no está de acuerdo debe marcar “Totalmente en desacuerdo” (TD); “No estoy de acuerdo” (NA). Si usted está indeciso de cómo se siente su hijo, entonces marque “Indeciso” (I) en ese enunciado. Por favor responda todos los enunciados.

ITEM		TA	A	TD	NA	I
1.	No sé qué le ocurre a mi hijo					
2.	Tengo bastantes dudas sin responder					
3.	No estoy seguro (a) si la enfermedad de mi hijo (a) está empeorando.					
4.	Aún no tengo claro cómo será la severidad del dolor de mi hijo (a).					
5.	Las explicaciones que me dan sobre mi hijo (a) son confusas para mí.					
6.	Me queda claro el propósito de cada tratamiento que se le realiza a mi hijo (a).					
7.	No tengo claro cuando esperar que se le hagan cosas a mi hijo (a).					
8.	Los síntomas de mi hijo (a) continúan cambiando impredeciblemente.					
9.	Entiendo todo lo que se me explica.					
10.	Los doctores me dicen cosas que pueden tener muchos significados.					
11.	Puedo predecir cuánto durará la enfermedad de mi hijo (a).					
12.	El tratamiento de mi hijo (a) es muy difícil de entender.					
13.	Es difícil saber si los tratamientos o las medicinas que mi hijo (a) está recibiendo le ayudan.					
14.	Hay tantos tipos diferentes de personal que no me queda claro quién está a cargo de qué.					
15.	Por la imprevisibilidad de la enfermedad de mi hijo (a) no puedo hacer planes a futuro.					
ITEM		TA	A	TD	NA	I
16.	El transcurso de la enfermedad de mi hijo (a) está en constante cambio, tiene días buenos y días malos.					
17.	Me es confuso como manejaré el cuidado de mi hijo (a) después de que salga del hospital.					
18.	No está claro que le va a ocurrir a mi hijo (a).					

19.	Usualmente sé si mi hijo (a) va a tener un día bueno o malo					
20.	Los resultados de los exámenes de mi hijo (a) son inconsistentes.					
21.	La efectividad del tratamiento de mi hijo (a) no está determinada.					
22.	Es difícil determinar cuánto tiempo transcurrirá antes de que pueda cuidar a mi hijo (a) por mis propios medios.					
23.	Por lo general puedo predecir el curso de la enfermedad de mi hijo (a)					
24.	Lo que mi hijo (a) puede y no puede hacer mantiene cambiando a causa del tratamiento.					
25.	Estoy seguro de que no le encontrarán más cosas malas a mi hijo (a).					
26.	Los doctores no le han dado a mi hijo un diagnostico específico.					
27.	El dolor físico de mi hijo (a) es predecible, sé cuándo se va a poner mejor o peor.					
28.	El diagnóstico de mi hijo (a) es definitivo y no cambiará.					
29.	Puedo contar con las enfermeras cuando las necesite.					
30.	La seriedad de la enfermedad de mi hijo (a) ha sido determinada.					
31.	Los doctores y enfermeras usan lenguaje coloquial para que pueda entender lo que están diciendo.					

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Apéndice D

Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU)

No. de cuestionario:

Instrucciones: Coloque una X, en el número que mejor describa qué tan estresante ha sido cada experiencia para usted. Los siguientes números indican los niveles de estrés: 1= No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso. 2= Un poco estresante. 3= Moderadamente estresante. 4= Muy estresante. 5= Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión. Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, circulé NA "no aplicable".

DIMENSION: AMBIENTE DE LA UCIN							
		NA	1	2	3	4	5
1.	La presencia de los monitores y los aparatos.						
2.	Los ruidos constantes de monitores y aparatos.						
3.	Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor.						
4.	Los otros bebés enfermos en la habitación.						
5.	El gran número de personas trabajando en la unidad.						
DIMENSION: ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DEL R.N.							
		NA	1	2	3	4	5
1.	Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé.						
2.	Moretones, cortadas o incisiones en mi bebé.						
3.	El color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo).						
4.	La forma de respirar anormal o poco usual de mi bebé						
5.	Ver un cambio repentino de color en mi bebé (por ejemplo, ponerse pálido o azul).						
6.	Ver a mi bebé dejar de respirar.						
7.	El pequeño tamaño de mi bebé.						
8.	El aspecto arrugado de mi bebé.						
9.	Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé.						
10.	Ver agujas y tubos puestos en mí bebe.						
11.	Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso.						
12.	Cuando mi bebé parecía tener algún dolor.						
13.	Mi bebé llorando por largo tiempo.						
14.	Cuando mi bebé parecía asustado.						
15.	Cuando mi bebé parecía triste.						
16.	La apariencia débil de mi bebé.						
17.	Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé.						
18.	Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés.						
19.	Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho.						

DIMENSION: ROL DE LA MADRE/PADRE							
		NA	1	2	3	4	5
1.	Estar separado de su bebé						
2.	No alimentar yo misma a mi bebé						
3.	No ser capaz de abrazar a mi bebé yo misma (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo).						
4.	No ser capaz de coger en brazos a mí bebe cuando quiera.						
5.	A veces, olvidar cómo es mi bebé.						
6.	No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia.						
7.	Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos.						
8.	Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos.						
9.	Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy.						
10.	Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa						
DIMENSION: COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL							
		NA	1	2	3	4	5
1.	El personal explicando las cosas muy rápidas.						
2.	El personal usando palabras que no entiendo.						
3.	Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé						
4.	Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé						
5.	Que no hablen conmigo lo suficiente.						
6.	Muchas y distintas personas (doctores, enfermeras, otros) hablándome.						
7.	Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad.						
8.	No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé.						
9.	Que el personal parezca preocupado sobre mi bebé.						
10.	Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación.						
11.	Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales.						
12.	Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN.	NA	1	2	3	4	5

Margaret S. Miles, RN, PhD. 1987, Carrington Hall, CB 7460, Escuela de Enfermería Universidad de North Carolina, Chapel Hill, NC

27599-7460

Apéndice E