

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTRES DE PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES

POR
LUXANA REYNAGA ORNELAS

TESIS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Materno Infantil: Pediatría

JUNIO, 1996

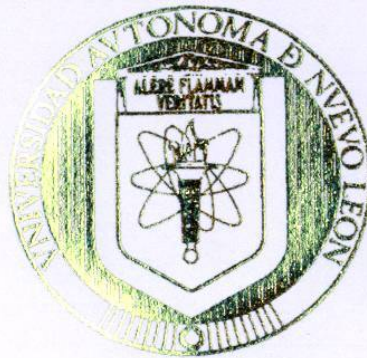
TM
RJ253
.5
R4
c.1



1080072453

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**ESTRES DE PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES**

Por

LUXANA REYNAGA ORNELAS

Como requisito parcial para obtener el **Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA**
con **Especialidad en Materno Infantil: Pediatría**

Junio, 1996

TH

RJ 253

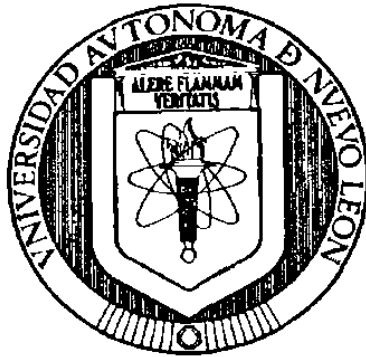
.5

R4



(72453)

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTRES DE PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES

Por

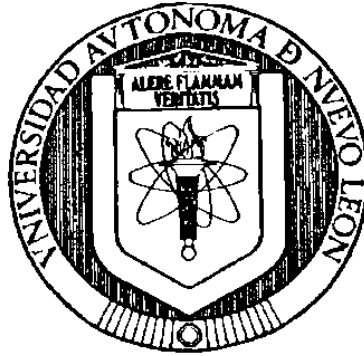
LUXANA REYNAGA ORNELAS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Materno Infantil: Pediatría

Junio, 1996

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTRES DE PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES

Por

LUXANA REYNAGA ORNELAS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Materno Infantil: Pediatría

Asesor: Lic. Dora Elia Silva Luna. M.S.P.

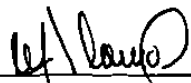
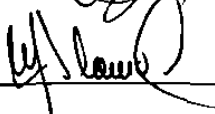
Junio, 1996

ESTRES DE PADRES EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES

Aprobación de la Tesis:



Asesor de la Tesis



Secretario de Postgrado

DEDICATORIA

Porque nunca me dejaste sola, porque siempre me llevaste de Tu mano, porque sin Ti no soy nadie ni sé a donde ir, Te ofrezco, **Señor**, todo mi tiempo, y todos mis esfuerzos para que la realización de este trabajo sea en beneficio de los pacientes y de mi profesión, Gracias.

Para **Gerardo**, mi amigo del alma, mi compañero, motivo principal de mi vida. Por su apoyo a toda hora, su confianza, y sobre todo, por su paciencia. Corazón, este trabajo es para ti con todo mi amor.

Como un pequeño tributo a la dedicación, al ejemplo, y al amor que todos los días me regalán. A mis padres, **Lupita y Javier**, todo mi cariño y admiración. Durante la estancia lejos de ustedes, al fin comprendo sus desvelos y preocupaciones. Mil gracias por ser mi familia, por una infancia feliz, por mi educación y por esta oportunidad de crecimiento profesional y personal. Los quiero mucho.

A **Lupita y Mayela**, que estuvieron siempre presentes en mi mente y en mi corazón todo este tiempo, les dedico también esta Tesis. No es fácil encontrar amistades auténticas como ustedes, gracias por ser mis hermanas.

AGRADECIMIENTOS

Con respeto y gratitud sincera a la **Lic. Dora Elia Silva Luna, M.S.P.** por haberme acompañado paso a paso desde que llegué a Monterrey; por la manera tan acertada de transmitirme sus conocimientos; por su paciencia, disposición, y amistad en la elaboración de este trabajo. Gracias.

Al **Ing. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph.D.**, por su valiosa asesoría estadística.

Agradezco a la **Lic. Magdalena Alonso Castillo, M.S.P.** y a la **Lic. María Luisa Chávez M.E.**, por sus sugerencias e interés como parte del Comité de Tesis.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**, por el apoyo económico para la realización de mis estudios.

A la Facultad de Enfermería de la **Universidad Autónoma de Nuevo León**, principalmente a todo el personal docente y administrativo de la Secretaría de Postgrado, por haberme abierto sus puertas y hacerme sentir como en casa.

A las **instituciones de salud** donde se realizó el estudio: Hospital Universitario Dr. J. Eleuterio González, Hospital Metropolitano, Hospital Mugerza, y Hospital de la Sección 50 de Maestros por su invaluable ayuda en el desarrollo del mismo.

A la Facultad de Enfermería y Obstetricia de León, y al Instituto de Investigación sobre el Trabajo de la **Universidad de Guanajuato**, por haber sembrado en mí, el espíritu de investigación, superación y amor por mi profesión.

A todos los compañeros del postgrado, por las experiencias inolvidables compartidas, de amistad y apoyo mutuo, principalmente a **Claudia**.

A todos los amigos y las personas que de una u otra manera contribuyeron al desarrollo de este trabajo, en especial a **Karina**.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
DEDICATORIAS	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del Problema.	2
1.2 Hipótesis.	5
1.3 Objetivos.	6
1.4 Importancia del Estudio	6
1.5 Limitaciones del Estudio.	8
1.6 Definición de Términos	8
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	10
2.1 El Estrés y su Clasificación	10
2.2 El Estrés Paterno y la Enfermera de la UCIN	13
2.3 Modelo de Sistemas de Neuman	17
2.4 Estudios Relacionados.	24
3. METODOLOGIA	30
3.1 Sujetos.	30
3.2 Instrumento	31
3.3 Procedimiento	32
3.4 Estrategias de Análisis.	34
3.5 Etica del Estudio.	36

4. RESULTADOS	38
4.1 Datos Demográficos e Información General de la Población Estudiada.	38
4.1.1 Datos de los Padres	38
4.1.2 Datos del Niño	40
4.2 Descripción de los Estresores Interpersonales y Extrapersonales	42
4.2.1 Estresores Extrapersonales	42
4.2.2 Estresores Interpersonales	44
4.2.3 Estresores Adicionales.	46
4.3 Confiabilidad de la Escala	47
4.4 Análisis Estadístico	48
5. DISCUSION	55
5.1 Conclusiones.	61
5.2 Recomendaciones	63
REFERENCIAS	66
APENDICES	71
APENDICE A.- ESCALA PARA ESTRES DE PADRES CON NIÑOS EN UCIN	72
APENDICE B.- PERMISO PARA UTILIZAR EL INSTRUMENTO.	78
APENDICE C.- AUTORIZACION DE LA INSTITUCION	80
APENDICE D.- PROGRAMA DE CAPTURA DE DATOS	82
APENDICE E.- RESUMEN AUTOBIOGRAFICO.	85

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Características Sociodemográficas de los Padres.	39
II. Datos Generales del Neonato.	40
III. Diagnósticos Médicos de los Neonatos.	41
IV. Puntajes Promedio de Estrés de los Padres por los Factores Ambientales (Métrica 1)	43
V. Coeficientes de Confiabilidad (alfa de Cronbach) para la Escala Total y sus Subescalas EEP:UCIN Utilizando Ambas Métricas	47
VI. Correlaciones Inter-Escala para las Subescalas EEP:UCIN, utilizando ambas Métricas.	48
VII. Análisis de Varianza de Características Sociodemográficas de los Padres. Métrica 1	49
VIII. Análisis de Varianza de Características Sociodemográficas de los Padres. Métrica 2	50
IX. Valores de las Características Sociodemográficas Significativas Subescala de Comunicación y Relaciones con el Personal, Métrica 1	51
X. Valores de las Características Sociodemográficas Significativas Subescala de Apariencia y Conducta del Niño, Métrica 2.	52
XI. Valores de las Características Sociodemográficas Significativas Subescala de Comunicación y Relaciones con el Personal, Métrica 2	53

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo de Sistemas de Neuman	21
2. Adaptación del Modelo de Sistemas de Neuman.	23
3. Puntajes Promedio de Subescalas EEP:UCIN	45
4. Factores Ambientales Calificados por los Padres en el Nivel 5 "Extremadamente Estresante"	46

RESUMEN

Luxana Reynaga Ornelas

Fecha de Graduación: Junio 1996

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: ESTRES DE LOS PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

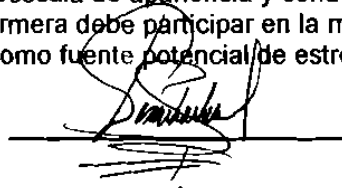
Número de páginas: 86 Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en Materno-Infantil: Pediatría.

Area de estudio: Enfermería Pediátrica

Propósito y Método del Estudio: Con la creación de las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) y el incremento de tecnología sofisticada se ha logrado disminuir notoriamente la mortalidad neonatal; paralelamente los padres están obligados a permanecer por largos periodos en un ambiente desconocido y extraño. Según el Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 1995), los factores extrapersonales e interpersonales del ambiente pueden llegar a desestabilizar el sistema del cliente provocando una reacción de estrés. Con la finalidad de identificar los factores del ambiente de la UCIN que actúan como estresores para los padres, se llevó a cabo un estudio descriptivo, correlacional y transversal, en UCIN de cuatro hospitales del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. Un total de 94 sujetos de ambos sexos y edades desde 15 hasta 49 años fueron captados. La Escala de Estresores de Padres de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (EEP:UCIN), realizada por M. Miles en 1993 fué utilizada, calificando mediante una escala de Likert de cuatro niveles, desde no estresante hasta extremadamente estresante.

Contribuciones y conclusiones: Se exploraron tipos de estresores extrapersonales: aspecto y sonidos de la unidad, y apariencia y conducta del niño; los padres los calificaron como moderadamente estresantes ($M= 2.95$ y $M= 3.14$ respectivamente). De los estresores interpersonales, la relación y rol de padres resultó con los niveles más altos de estrés ($M=3.7$). En general la experiencia de tener a su hijo internado en una UCIN fué para los padres muy estresante. Algunas características de los sujetos contribuyeron significativamente a la diferencia en su percepción del estrés en cuanto a la subescala de comunicación y relaciones con el personal ($p<0.022$, en métrica 1; $p<0.01$, en métrica 2); y en cuanto a la subescala de apariencia y conducta del niño ($p=0.007$, en métrica 2). Se sugiere que la enfermera debe participar en la modificación de políticas para considerar a la UCIN como fuente potencial de estrés para los padres.

FIRMA DEL ASESOR:



CAPITULO 1

INTRODUCCION

La salud constituye un fenómeno complejo. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de un "estado de bienestar completo físico, mental y social, y no sólo de la ausencia de enfermedad." La salud a menudo se evalúa considerando la mortalidad y la morbilidad (Wong, 1995). Mientras que la mortalidad ha ido declinando en los últimos años, el número de muertes durante el primer año de vida es todavía alto. En México, la tasa de mortalidad en menores de un año fue de 20.7 en 1991, y en la ciudad de Monterrey, en 1993, esta cifra alcanzó el 12.7 por 1,000 nacidos vivos registrados. De éstos últimos, la primera causa de muerte (50 por ciento) fueron las afecciones en el periodo perinatal (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 1994, 1995).

El campo de la salud perinatal es prioritario y un enfoque de atención importante para la enfermería pediátrica. De acuerdo con su definición la enfermería pediátrica consiste en "el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales" (Wong, 1995), y tiene su principal responsabilidad en los receptores de sus servicios: el niño y la familia, identificando sus objetivos y necesidades, y planificando intervenciones del mejor modo posible para resolverlos.

Una de las preocupaciones actuales de las enfermeras pediátricas que laboran en las unidades de cuidados intensivos neonatales son los efectos negativos que las características de estas unidades pueden ocasionar a los

neonatos, a las enfermeras, y a los padres. Sin embargo en la implementación de programas preventivos con frecuencia no se consideran las necesidades sentidas por las personas, o las posibles fuentes de estos efectos, razón por la cual se trata de conocer a través de un estudio descriptivo, correlacional y transversal, cuáles son las fuentes del estrés experimentado por los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), como primer paso en el replanteamiento de las intervenciones de enfermería que se llevan a cabo con los padres de los niños.

1.1 Planteamiento del Problema

Desde la creación en Estados Unidos de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) en 1960 y hasta la fecha, el incremento de tecnología médica de punta ha logrado disminuir notoriamente la mortalidad neonatal, salvando la vida a recién nacidos pequeños y más graves después de ser sometidos por semanas o meses a sistemas complejos de soporte vital (Miles et al., 1993; Goodfriend, 1993).

Estas unidades han tenido desde entonces mucha demanda. En Estados Unidos, el 3 por ciento del total de nacidos vivos requiere de cuidados intensivos; en México se desconocen las cifras de requerimiento de servicio debido a que la atención y el concepto que se maneja de alto riesgo perinatal es muy variable (Díaz del Castillo, 1988). De cualquier manera si se aplica el criterio norteamericano en la ciudad de Monterrey N.L., se calcula que serían un total de 826 niños los que habrían requerido atención en los centros especializados con UCIN, de 27,562 nacimientos en 1993 (INEGI, 1994).

Wallace (1991), señala que en E.U. uno de cada cuatro o cinco pacientes adultos en UCI muere en el hospital. En México, Plascencia y cols. (1992) realizaron un estudio de seis meses en un hospital del I.M.S.S. en la ciudad de Aguascalientes, donde describieron una mortalidad de 37 por ciento, y un promedio de vida de siete días en neonatos de riesgo. Estas cifras por sí solas explican el impacto emocional que causa el ingreso de un paciente a una Unidad de cuidados intensivos (UCI), experiencia que pocas familias están preparadas para enfrentar (Wallace, 1991). Los padres de estos niños están obligados a permanecer por largos periodos en un ambiente desconocido y (Miles et al., 1993) que los hace recurrir a conductas inusuales, tales como desconcierto, incapacidad para comprender la información y ajustarse psicológicamente a lo vivenciado (Wallace, 1991).

Behrman (1973), menciona que la habilidad para soportar el estrés emocional y la conducta definitiva está influenciada por muchos factores, algunos modificables y otros no. Roberts y Edwards (1975), afirman que el estrés fisiológico de los padres, es provocado en gran medida por la visualización del niño rodeado de equipo de monitoreo, o paralizado y sujeto a un ventilador; Miles y cols.(1993), coinciden con lo anterior, en que la apariencia del niño con tubos y líneas intravenosas experimentando procedimientos dolorosos es una de las principales fuentes de estrés de los padres.

Otra de las situaciones que pueden actuar como estresantes para los padres es que no disponen de formas habituales de prestar asistencia a sus hijos; percibiéndose innecesarios como padres, y la atmósfera de la UCIN los asusta, pudiendo provocar dificultades psicosociales que han sido consideradas como crisis emocionales agudas (Goodfriend, 1993) (Roberts y Edwards, 1975).

Wallace (1991), y Miles y cols. (1993), señalan que la falta de espacio físico y privacidad, la constante actividad y el tránsito de personal, equipo de monitoreo continuo, tiempo restringido de visita y observación de otros niños en estado grave son características del ambiente de la UCIN referidos como estresantes para los padres. En el hospital Universitario de la ciudad de Monterrey N.L., México, por ejemplo, solamente hay dos periodos de visita diarios con duración aproximada de una hora. El resto del tiempo los padres no pueden estar en contacto con su hijo y sólo pueden saber su estado por medio del médico residente (García, 1991).

Con apoyo bibliográfico, así como a través de la experiencia profesional, se ha observado que entre los principales aspectos que provocan ansiedad a los padres, está su relación con el equipo de salud y principalmente con la enfermera, ya que es la persona disponible con mayor facilidad y por tanto el blanco de las preocupaciones y quejas de los padres, por no permitirles mayor tiempo con su hijo o darles información adicional. Por su parte, las enfermeras suelen estar muy ocupadas en procedimientos rutinarios altamente especializados, que no les permite dar atención constante a las necesidades de los padres.

En dos estudios realizados a nivel nacional en unidades pediátricas se demuestran altos porcentajes en la calidad de la atención de enfermería (84.9 por ciento) (Ibarra y Bernal, 1992) y de asistencia integral a los recién nacidos (88.2 por ciento) (Gil, 1992). No obstante, aunque se esté impartiendo asistencia de primera calidad, pareciera ser que se deja de lado la asistencia emocional y de relación padres-hijo. Teóricamente es la enfermera la encargada de dar enseñanza y orientación a los padres y su familia (González y Laredo, 1982), sin embargo en la realidad local esta orientación se da en forma aislada, ocasional o únicamente al dar de alta al paciente; por tanto la

comunicación con la familia no está unificada a través de programas sino distribuida entre el equipo de salud; sin que modelos profesionales en particular sean responsables de tal cuidado (García, 1991). Esto puede acrecentar aún más la confusión, ansiedad e incluso los sentimientos de hostilidad en los padres complicando la relación enfermera-padres (Wallace, 1991).

Algunos investigadores norteamericanos han enfocado su atención en las reacciones de los padres hacia este ambiente. Miles y cols., al identificar aspectos de la UCIN que pueden ser fuentes principales de estrés para los padres, elaboraron y validaron un instrumento para medir los estresores. En función de que en México no se han encontrado investigaciones referentes a ello, se consideró importante conocer algunos estresores de los padres en la UCIN, mediante el citado instrumento, bajo la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los principales factores ambientales que influyen en el nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales?

1.2 Hipótesis

Hi.- En el ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales, los factores interpersonales influyen más que los extrapersonales en el nivel de estrés experimentado por los padres durante el internamiento de su hijo.

Ho.- No hay diferencia entre la influencia de los factores extrapersonales y los interpersonales en el nivel de estrés experimentado por los padres durante el internamiento de su hijo.

1.3 Objetivos

Objetivo general: Describir los factores del ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales que actúan como estresores de los padres de neonatos internados en esta unidad.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de estrés que los padres experimentan en relación con el internamiento del niño en una unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Identificar los estresores extra e interpersonales del ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales referidos por los padres como tales.
- Conocer la consistencia interna de la escala para medir el estrés en la población estudiada.
- Conocer las características sociodemográficas de los padres, que se comportan como fuentes de variación del nivel de estrés.

1.4 Importancia del Estudio

Esta investigación, llevada a cabo en un servicio específico del hospital y dirigido hacia la reacción de los padres de un neonato críticamente enfermo, enriquece lo conocido hasta ahora sobre el particular, incluso puede de alguna manera ser extrapolada a otras circunstancias del cuidado de salud, como la hospitalización del niño con enfermedad crónica, el internamiento de un lactante para intervención quirúrgica, entre otros.

Este estudio presenta una ventaja para la enfermera que labora en las unidades de cuidados intensivos, pues identifica hasta qué punto son afectados los padres por los factores inter y extrapersonales de la UCIN como fuente de estrés durante la hospitalización de sus hijos.

Estos conocimientos pueden aplicarse a la práctica proporcionando a la enfermera información que puede utilizar para influir en las políticas y otras decisiones relacionadas con la planificación y prestación de los servicios de atención de salud materno infantil. Los programas de orientación y los modelos del cuidado pueden dirigirse directamente hacia la causa del estrés de los padres.

Proporciona un elemento a los administradores de personal, para ofrecer sistemas de trabajo alternativos que pueden disminuir el estrés de los padres con hijos en UCIN.

El uso de algunos de los conceptos teóricos del modelo de sistemas de Neuman proporcionó la base científica para agilizar la comprensión del fenómeno del estrés ambiental y su efecto en el individuo o cliente.

Desde los años 60's y principalmente en la última década, se ha suscitado un cambio rápido en el desarrollo de tecnologías de salud, con el fin de lograr la sobrevivencia y prolongar la vida; sin embargo no se conoce la repercusión de este avance en el sujeto de atención y su familia. El presente estudio es una aproximación de los efectos negativos que pudiera representar la tecnología, y una llamada a la rehumanización en el cuidado de enfermería que se proporciona.

1.5 Limitaciones del Estudio

-Las características heterogéneas de la población y el criterio para la selección de la muestra estudiada, posibilitan generalizar los resultados sólo a la propia población.

-Las características intrínsecas, experiencias e idiosincrasia del entrevistado respecto a la salud, la enfermedad, la crisis y la muerte, son estresores intrapersonales que no fueron medidos en el estudio.

-El uso de la escala requiere que los sujetos sean alfabetizados, lo que limitó unificar el criterio de aplicación de la misma en el 5 por ciento de la muestra de este estudio.

1.6 Definición de Términos

1. Factores ambientales de la UCIN.- Son los elementos típicos que se dan hacia el interior de la unidad, tanto físicos como psicosociales; se pueden reconocer como factores extra e interpersonales, y son fuentes potenciales de estrés. Cuando producen estrés, se llaman estresores.

**Factores extrapersonales.-* Son los estresores del ambiente físico de la UCIN, que son fuentes potenciales de estrés, tales como los sonidos y aspecto de la unidad, y la apariencia y conducta del neonato (Miles, 1993). Los estresores extrapersonales son fuerzas de interacción del ambiente externo de la UCIN que ocurren fuera de los límites de los padres en un rango distal.

**Factores interpersonales.-* Son los estresores del ambiente psicosocial de la UCIN, en cuanto a experiencias de los padres en las relaciones con

el personal de la UCIN, y con su hijo (Miles et al., 1993). Los estresores interpersonales son las fuerzas de interacción del ambiente externo de la UCIN que ocurren fuera de los límites de los padres, en un rango proximal (Neuman, 1995).

2. Estrés.- Es la respuesta sociopsicofisiológica del organismo ante los estresores ambientales, caracterizada por una sensación de ansiedad, alteración o tensión que experimentan los padres durante el internamiento de su hijo en UCIN (Clancy y McVicar, 1993; Miles et al., 1993).

3. Experiencia estresante: Aquella que causa sentimientos de ansiedad, alteración o tensión a los padres, durante el internamiento de su hijo en UCIN (Miles et al., 1993). Un evento estresante es aquel en el que las demandas del ambiente exceden los recursos adaptativos de un individuo (Monat y Lazarus, citado por Bass, 1991).

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Las situaciones de estrés de los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales requieren de un marco de referencia, que explique científicamente la posición desde la que se analiza el problema. En este estudio se considera importante establecer primero la conceptualización del estrés, a continuación explicar de forma breve la teoría de enfermería en que se fundamenta el problema, y por último mencionar algunos estudios recientemente publicados en relación con el tema.

2.1 El Estrés y su Clasificación

Hans Selye, en 1936, comenzó a utilizar el término con la connotación que tiene en la actualidad; él creyó que cualquier emoción o actividad causa algún grado de estrés; cualquier factor que requiere una respuesta o cambio en el individuo puede producir estrés (Wilson y Kneisl, 1985). En general el punto de vista de Selye se refiere a las manifestaciones con las que el organismo busca una adaptación cuando se enfrenta a cualquier agresión externa, y lo llama *síndrome general de adaptación*. Puede haber situaciones de estrés *agudo*, unido a circunstancias de acción muy intensa pero en un plazo muy breve, y estrés *continuo*, con agresiones menos intensas pero tan persistentes que acaban por producir trastornos graves. El mecanismo fisiológico del estrés es el mismo aunque varía en su intensidad y el tiempo de actuación. La primera

orden parte de la corteza cerebral y acaba en las glándulas suprarrenales; estas glándulas son la zona del organismo más específicamente referida al estrés. De su funcionamiento depende la capacidad de adaptación a situaciones estresantes (Guía de Salud, 1988).

Recientemente Clancy y McVicar (1993), publicaron un artículo de análisis sobre el concepto de estrés. Estas autoras mencionan que en 1966, el trabajo de Lazarus marcó un cambio en el campo de la investigación del estrés, identificando aspectos importantes que lo llevaron a la conclusión de que éste ocurre cuando hay demandas en la persona que exceden sus recursos adaptativos. En 1967, Rehe y Holmes, determinaron que existe un incremento en las enfermedades relacionadas al estrés después de eventos de vida estresantes debido a las grandes actividades realizadas para sobrellevar los cambios adaptativos que requieren; esto lo hicieron mediante la utilización de la Escala de Calificación de Ajuste Social. Es desde este momento cuando inicia la connotación no sólo fisiológica del estrés.

Posteriormente, también citados por Clancy y McVicar (1993), Livingston y Booth en 1985 propusieron que las reacciones de estrés son diferentes debido a las distintas sociedades en que se vive, y el tipo de fluctuaciones dinámicas de los estresores sociales, entre otros.

Algunos autores manejan la ansiedad como sinónimo de estrés, o bien como aspecto subjetivo del estrés (Wilson y Kneisl, 1985); otros autores, no obstante que aceptan la relación del estrés con la ansiedad, afirman que, sin que sean sinónimos, siempre que hay estrés hay ansiedad y no al revés. El estrés es un fenómeno más amplio que engloba distintos síntomas entre los cuales la ansiedad es uno más. También aparecen junto a esta niveles de cansancio, tristeza, angustia o agotamiento tanto físico como mental (Guías de Salud, 1988).

Según algunos autores (Guía de Salud, 1988), ha existido siempre dificultad en diagnosticar el estrés, y más difícil aún, es saber cuál su nivel. Estos autores presentan un intento por objetivar la existencia e intensidad del estrés mediante una escala que, según refieren, sirve para cualquier nivel social y país del mundo. Esta escala recoge las situaciones que con más seguridad producen tensiones y la intensidad que corresponde a cada una de ellas; se divide en tres partes: la primera la constituye la biográfica, la segunda el nivel de estrés en el ámbito de las relaciones sociales, y la tercera, las tensiones que generan sus hábitos personales. Cuando se mide el estrés, es conveniente tener en cuenta que niveles muy bajos no son indicativos de salud o bienestar.

Ya que hasta el momento no existía una definición general acordada del estrés, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó en 1980 el DSM-III (Manual de Diagnóstico y Estadísticos de Desórdenes Mentales), en donde reconoce el papel del estrés ambiental en la influencia de la conducta, y requiere que el clínico colecte datos acerca de las fortalezas adaptativas del cliente, así como síntomas o problemas (Wilson y Kneisl, 1985). En 1994, fue publicado el DSM IV donde se han simplificado y clarificado criterios de clasificación de los trastornos mentales para su uso clínico, educacional y de investigación. En él aparecen dos categorías diagnósticas: trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático (DSM IV, 1995).

Dada la necesidad por definirlo, se buscaron dos de los conceptos de estrés manejados por los autores:

-Estrés es la tensión, ansiedad o fatiga del organismo que se ve obligado a movilizar sus fuerzas de defensa para hacer frente a una situación de peligro. Es un fenómeno de respuesta que se desarrolla ante una situación tensa que le afecta (Guía de Salud, 1988).

-Estrés es la respuesta sociopsicofisiológica a los estresores ambientales. Puede ser visto como la perturbación psicofisiológica de la homeostasis que surge cuando existe un desequilibrio actual o percibido de demandas y capacidades entre el individuo y su ambiente social.

Posteriormente, tomando en cuenta las definiciones anteriores y la descripción de situación estresante que la Dra. Miles maneja en su escala (Ver Apéndice A), se construyó el concepto de estrés más apropiado para el presente estudio:

'Estrés es la respuesta sociopsicofisiológica del organismo ante los estresores ambientales, caracterizada por una sensación de ansiedad, alteración o tensión que experimentan los padres durante el internamiento de su hijo en UCIN' (Clancy y McVicar, 1993; Miles et al., 1993).

2.2 El Estrés Paterno y La Enfermera de la UCIN

En general se conoce que las enfermedades y hospitalizaciones en la niñez se acompañan de una crisis que afecta a todos los miembros de la familia. Si se considera a esta última como un sistema compuesto por partes interdependientes, un cambio en una de sus partes significa el movimiento de las demás.

Normalmente son los padres la fuerza que domina la familia, pero al surgir una enfermedad en el niño, éste se convierte en la fuerza principal y por lo tanto causa en ellos reacciones importantes manifestadas inicialmente por negación e incredulidad, seguidos de ira, culpabilidad, temor, ansiedad o frustración. Al finalizar la crisis aguda pueden presentar depresión, agotamiento físico y mental, y quizá preocupación por la carga financiera que

entraña la hospitalización (Whaley y Wong, 1988; Karchmerk y Atkin, 1988; Schrey y Schrey, 1994).

Los padres que tienen un hijo en la UCIN están frente a una situación probablemente más difícil, relacionada con el apego emocional materno-paterno-infantil (Udaeta, 1988). La posibilidad de muerte o lesiones permanentes los hace pasar por una serie de emociones y etapas del proceso de duelo que no pueden ser ignoradas ni obstaculizadas. El neonato en estas condiciones rompe las expectativas que toda la familia compartía acerca de una resolución satisfactoria del embarazo (Karchmerk y Atkin, 1988; Hayward et al., 1988). Algunos autores sugieren que ningún evento es tan estresante para los padres, como la admisión de un hijo a la UCIN (Miles, et al., 1984; Steele, 1987; Riddle et al., 1989; Curley, 1993).

Behrman (1973), señala que para que los padres puedan desempeñar un buen papel en la relación con su hijo pasarán por cuatro etapas: a)Preparación para la posible muerte, b)Aceptación del hecho de que no han procreado un niño sano, c)Reanudación del proceso de relación con su hijo y, d)Aprendizaje de las necesidades especiales del niño.

Sherman, citado por Udaeta (1988) coincide con Behrman, pero omite la etapa tercera. Wong (1995), por su parte, menciona que las tareas de los padres de un lactante de alto riesgo son:

- Actuar en los momentos críticos que rodean al parto.
- Reconocer que la vida del bebé está en peligro y que podría morir, y empezar el proceso de elaboración de duelo.
- Reconocer y hacer frente a los sentimientos de falta de preparación y culpa por no tener un hijo sano.
- Adaptarse al ambiente de cuidados intensivos neonatales.
- Reanudar las relaciones con el bebé y empezar el papel de cuidador.

-Adaptarse a la pérdida, en caso de muerte neonatal.

La situación de crisis puede ser aún más difícil ya que generalmente la madre y el hijo son hospitalizados por separado. Existe un periodo en el que el padre tiene por sí solo la responsabilidad de mantenerse informado y en contacto con el recién nacido y comunicarle a la madre su evolución, darle confianza y apoyo y al mismo tiempo manejar su propia ansiedad (Udaeta, 1988). Se sugiere además, que el padre ha comenzado a tener un papel más amplio en la crianza de los hijos y está actualmente más involucrado en el cuidado del niño hospitalizado (Miles et al., 1984).

De igual manera, la madre experimenta no solamente privación del contacto con su hijo, sino lo que ha sido considerado como una crisis emocional aguda, influenciada por muchos factores: su relación con la propia madre, con la familia, sus tradiciones culturales, sus experiencias con embarazos previos, entre otros. Además, frecuentemente es el único miembro de la familia que no conoce a su hijo y esto la afecta en menor o mayor grado, llegando algunas veces a dificultar los lazos afectivos y su conducta materna hacia el niño (Behrman, 1973), la distancia entre la madre y el hijo, aumenta el problema (Kenner, 1990).

Whaley y Wong (1988), resumen la participación de enfermería como apoyo en: 1) Fomentar las relaciones familiares, 2) Proporcionar apoyo emocional y 3) Aportar información. Aunado a lo anterior, la enfermera además está llamada a mantener un entendimiento cercano con los familiares del neonato que está a su cuidado (Keith y Edwards, 1975).

Aún cuando ninguna persona en particular se hace responsable de la educación a los padres (García, 1991), sigue siendo la enfermera el profesional que tiene mayor posibilidad de interrelación con los mismos, ya que permanece las 24 horas del día con el neonato, y se espera que desde la primer visita

informe sobre el aspecto del niño, los equipos que se usan con él y algunos otros datos sobre el ambiente general de la unidad de cuidados intensivos.

Teóricamente, durante la estancia del neonato en la unidad, la enfermera debe puntualizar sobre los aspectos positivos de la conducta y el estado del recién nacido, alentar al contacto físico con los padres, solicitar para el niño juguetes y ropa, comentar sobre los horarios de visita y comida y contestar todas las dudas de los padres; todo esto tratando de fortalecer las relaciones entre el neonato y sus progenitores (Whaley y Wong, 1988).

Sin embargo, una participación como la descrita, adquiere matices diferentes en un ambiente tan estresante como el de las UCIN. El paciente, los padres y la enfermera actúan y luchan constantemente contra la tensión.

Debido a la orientación de estas unidades hacia las crisis y a salvar la vida del niño, el personal puede no tener el tiempo necesario para proporcionar cuidado enfocado a los padres. Estos se vuelven exigentes, pueden malinterpretar la información, desobedecer indicaciones, sobrepasar el tiempo de visita, tener su "informador preferido", aislarse o separarse de su hijo, y algunas veces agredir al personal de enfermería. La enfermera, por su parte, reacciona de diversas maneras: ya sea positivamente, tolerando y comprendiendo la conducta de los padres, o en forma negativa, llegando a la apatía como medio de defensa personal, involucrándose demasiado en los conflictos de la dinámica familiar, o simplemente, manteniendo a los padres "fuera del camino" (Miles et al., 1989; Wallace, 1991; Adler, 1991).

Las familias son identificadas en la literatura como consumidoras de espacio en la unidad, y del tiempo valioso de las enfermeras (Griffin, 1990). Dealey, citado por Jacono y cols. (1990) sugieren que la familia es vista muchas veces como una extensión del paciente, en vez de que el paciente sea visto como una extensión de la familia.

Otros factores que afectan la relación enfermera-padres son: falta de personal, exceso de trabajo, carencia de recursos materiales, inadecuada distribución de tareas, entre otros (Huerta et ál., 1991). La participación de la enfermera es disminuida algunas veces debido a limitaciones en el espacio de la unidad, miedo a que los padres puedan interferir, sin saberlo, en el tratamiento del niño, o a que ellos piensen que exista falta de personal (Griffin, 1990).

Como se ha visto, el papel de la enfermera de cuidados intensivos no es fácil; como elemento clave de la unidad, debe conocer sus limitaciones y dentro de ellas hacer todo lo posible para proveer confort y reasegurar mediante su cuidado y consideración, la recuperación del neonato (Keith y Edwards, 1975) y la adaptación de su familia. Los periodos de visita deben aprovecharse para un contacto intenso con el fin de ayudar a los padres a entender y sobrellevar los aspectos de la experiencia de UCIN (Miles et al., 1991).

Las técnicas de intervención preventiva y educativa a los padres deberán incorporarse de algún modo a las actividades asistenciales de la enfermera en la UCIN (Karchmerk y Atkin, 1988) .

2.3 Modelo de Sistemas de Neuman

Una de las teorías de enfermería más aplicables a la situación de estrés que experimentan los padres de niños hospitalizados, es la teoría de la Dra. Betty Neuman. Esta teoría surgió en 1974 de observaciones, experiencias clínicas y síntesis de otros teoristas. Se deriva de las ciencias filosóficas de Chardin acerca de la totalidad de la vida, la filosofía de Marx sobre la unitaridad del hombre y la naturaleza, las teorías de campo de Corno, y de Gestalt sobre la interacción entre persona y medio ambiente (Fawcett, 1984).

La Teoría General de Sistemas y de sistemas abiertos de Edelson y Bertalanffy respectivamente, así como la conceptualización del estrés de Selye, sirvieron como punto de partida para la implementación de la teoría de sistemas de Neuman al fenómeno de enfermería (op. cit., 1984).

Es comprensible que el Modelo de Sistemas de Neuman, con su naturaleza multidimensional, estructura, enfoque holístico y sistémico se haya convertido en una opción atractiva para muchos trabajadores de la salud. Su contribución primaria ha sido pragmática y ha probado ser una guía útil en educación, administración, práctica e investigación en enfermería principalmente, en muchos lugares de la Unión Americana (Fawcett 1984; Neuman, 1990).

Es congruente con las tendencias de la sociedad sobre el cuidado de enfermería, enfocándose al cuidado secundario y terciario, con expectativas futuras para la prevención primaria. Ha sido empleada también en varios sitios del Reino Unido, en Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Intensivos Neonatales, donde se promueve su uso mediante cursos clínicos especializados enfocados al cuidado a corto plazo, que aumentarán el uso futuro del modelo (Salvage y Turner, 1989).

Desde la perspectiva de sistemas, los fenómenos se consideran como un conjunto de elementos que interactúan entre sí dentro de una frontera capaz de filtrar las entradas y salidas hacia el sistema y desde él. Los sistemas están ordenados jerárquicamente y poseen subsistemas y suprasistemas. Si son abiertos, podrán importar productos (entrada), reorganizarlos (proceso) y arrojarlos fuera de él (salida). Cuando la información de salida es monitorizada de regreso al sistema como entrada se conoce como "retroalimentación", la cual producirá un cambio en el patrón general de desempeño del mismo y así como un equilibrio dinámico con su entorno (Hall y Reeding, 1990).

En general, Neuman, al querer aplicar su teoría se interesa en el fenómeno del estrés y la reacción hacia éste que surge de la interacción del sistema del cliente con el ambiente externo e interno (Neuman, 1995).

Para revisar brevemente la teoría de Neuman se mostrará su perspectiva sobre los conceptos básicos considerados como "parámetros de la ciencia de enfermería" desde la década pasada. Estos son: individuo o cliente, enfermería, medio ambiente y salud (op cit., 1995).

El individuo o cliente es un compuesto de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales que actúan cada uno como subsistemas y forman la totalidad del cliente. El cliente como sistema está compuesto por una estructura básica que contiene los factores necesarios de supervivencia. Esta estructura básica cuenta con protectores para cada uno de sus subsistemas que le ayudan a la retención y al logro y mantenimiento de su estabilidad e integridad. El individuo está considerado como un sistema abierto, en total intercambio con el ambiente (Neuman, 1989).

La Enfermería, para la autora, es una profesión única que se preocupa de todas las variables que afectan la respuesta de un individuo a los estresores del ambiente. El objetivo principal de la acción de la enfermera es asistir a individuos, familias y grupos para que logren y mantengan el nivel máximo de bienestar total mediante intervenciones dirigidas a la reducción de los factores de estrés y las condiciones adversas que pueden afectar el funcionamiento óptimo en una situación dada del cliente.

El medio ambiente según Neuman, está definido como los factores internos y externos o influencias que rodean el sistema del cliente. Estas influencias ambientales se consideran estresores; el resultado de la interacción de los estresores con las variables del sistema determina que sean dañinos o benéficos. Los estresores intrapersonales son internos al sistema del cliente;

los estresores interpersonales y extrapersonales son externos al cliente y pueden estar inmediatos o lejanos al mismo. Los intercambios con el ambiente deben identificarse y evaluar su influencia potencial o actual en el sistema del cliente, ya que pueden causar síntomas de reacción e influenciar la reconstitución o recuperación que sigue al tratamiento de estos síntomas.

Es importante considerar también el tiempo de ocurrencia del estresor, la condición pasada y presente del cliente, la naturaleza y la intensidad del estresor y la cantidad de energía requerida por el cliente para ajustarse a éste (Neuman, 1989).

El ambiente único que se origina de la interacción de determinados estresores internos y externos con el sistema del cliente en una situación particular dada, que requiere la movilización dinámica e inconsciente de todas las variables del cliente hacia su estabilidad e integridad, y su predisposición, constituye una característica importante de esta teoría y se llama "ambiente creado".

La Salud, considerada por la autora desde la perspectiva de sistemas, es vista como un continuo de bienestar a enfermedad. Los estadios finales son dicotómicos: el bienestar es un estado de saturación o inercia libre de necesidades; la enfermedad es un estado de insuficiencia donde las necesidades no han sido satisfechas.

A manera de representación simbólica de la teoría y con el fin de facilitar su comprensión véase el Modelo de Sistemas de Neuman en la Figura 1 (Neuman, 1995).

El individuo está representado por una serie de círculos concéntricos. El círculo más interno y central contiene todas las características (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales) comunes a todos los organismos e indispensables para sobrevivir, pero que al mismo tiempo

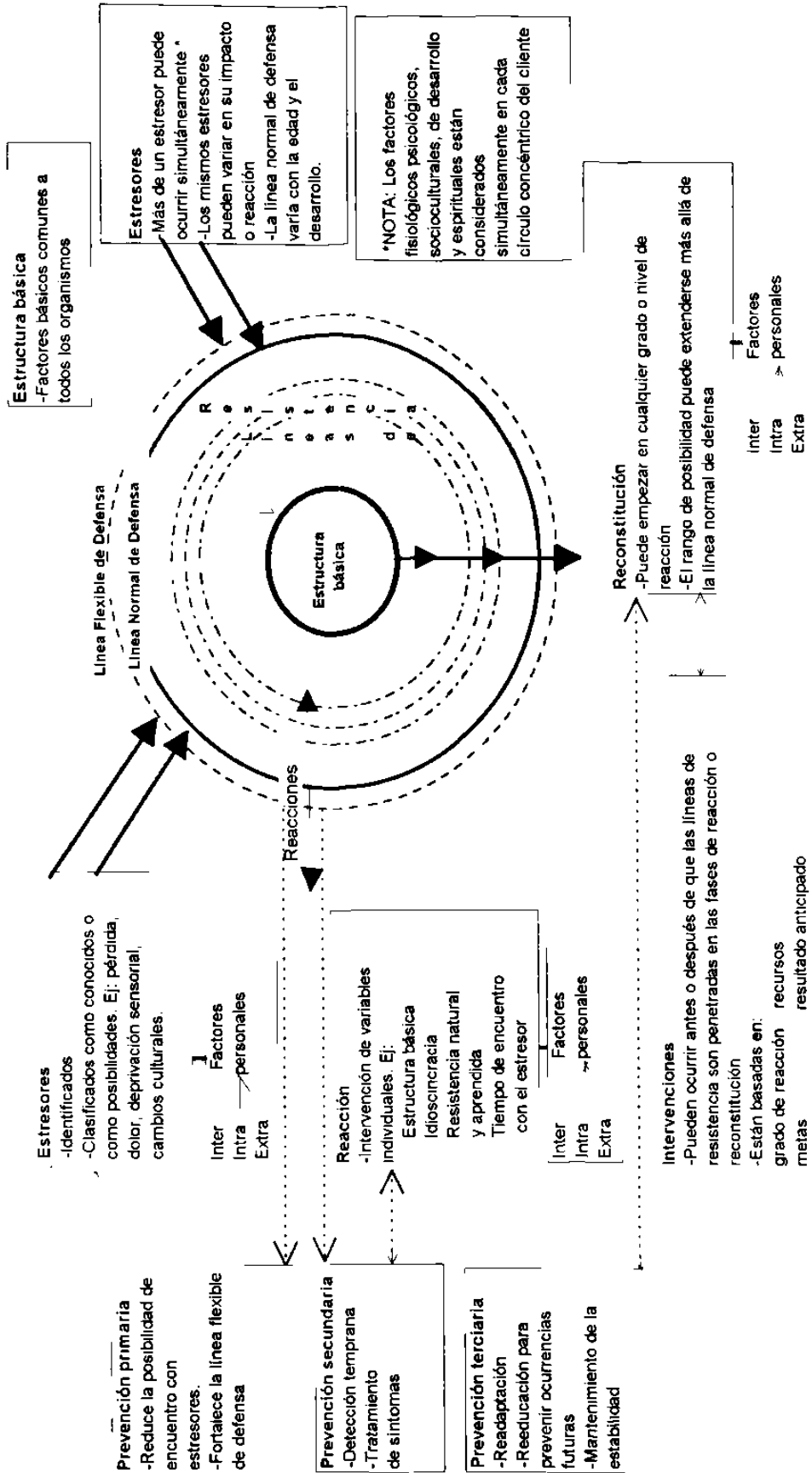


Figura 1. Modelo de Sistemas de Neuman, (Neuman, 1995)

determinan un ser particular y único. Aquí se almacenan los recursos de energía disponibles o las "armas" para sobrevivir al medio ambiente, como por ejemplo: la estructura genética, la estructura del ego, los conocimientos, constitución física, y se denomina Estructura Básica.

La estructura básica no se enfrenta directamente con los estresores ambientales; posee una serie de mecanismos protectores representados como anillos sucesivamente mayores. Los anillos protectores más inmediatos a la estructura básica son las llamadas líneas de resistencia. Su función es estabilizar el sistema del cliente cuando el estresor ha traspasado las dos líneas anteriores, hasta reestablecer su potencial normal de defensa o línea normal de defensa. El anillo protector más inmediato al contacto con las fuerzas estresoras es la línea flexible de defensa, que actúa como amortiguador de la línea normal de defensa.

Cuando el impacto de los estresores penetra la línea normal de defensa, el cliente presenta síntomas de inestabilidad o enfermedad en diversos grados, lo que se denomina reacción al estresor. En este momento las líneas de resistencia se encargan de regresar paulatinamente a la línea normal de defensa en un proceso llamado reconstitución de la estabilidad del sistema del cliente.

La enfermera realiza sus intervenciones ya sea antes de que ocurra la reacción (prevención primaria), fortaleciendo las líneas de resistencia cuando la reacción ya ha ocurrido (prevención secundaria), o bien, participando en la reconstitución de la estabilidad del sistema del cliente (prevención terciaria).

En la Figura 2, se describen los conceptos del modelo que se tomaron en cuenta para este estudio bajo la aceptación de que con el nacimiento de un hijo críticamente enfermo y su admisión al ambiente de la UCIN, se crea un potencial significativo de rompimiento de las líneas flexible y normal de defensa

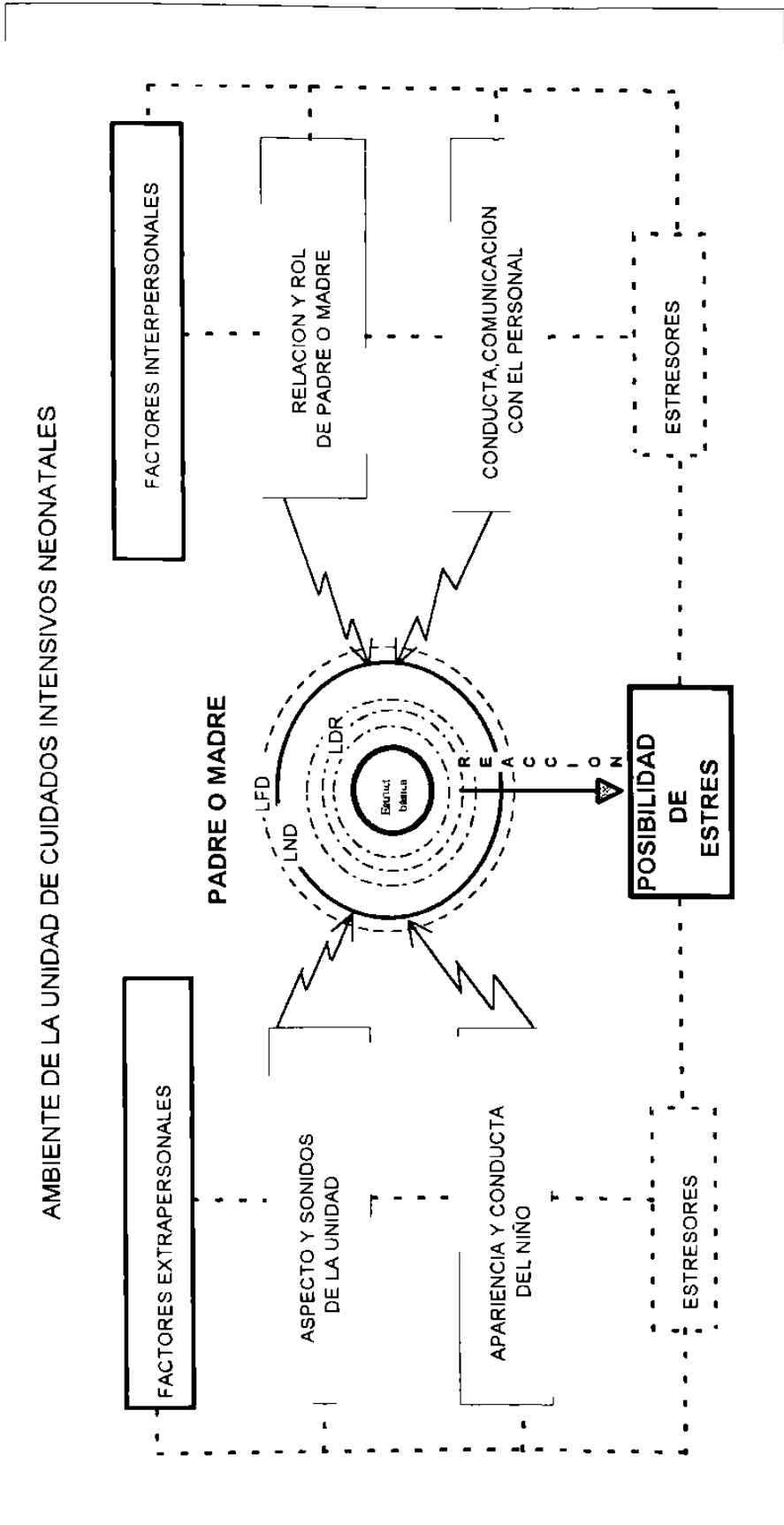


Figura 2. Adaptación del Modelo de Sistemas de Neuman por Reynan L., 1996.

del cliente (en este caso del padre o de la madre). Los factores del ambiente extrapersonal e interpersonal de la unidad lo exponen a experiencias inesperadas, que pueden llegar a desestabilizar su sistema completo, provocando una reacción de estrés. Cada padre, como cliente, pone a funcionar sus líneas individuales de resistencia para enfrentar con variada intensidad, la experiencia.

Se acepta que están implicadas en la reacción anterior las características particulares fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales de los padres, así como el tiempo de encuentro con el estresor en el ambiente interno y externo; sin embargo, en el presente estudio se describen únicamente los factores del ambiente externo, llámense interpersonales y extrapersonales, que actúan como estresores en las UCIN.

No es el objetivo del presente estudio describir el proceso de reacción a estos estresores, ni la influencia de las características particulares (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales) de los padres en su respuesta de estrés.

2.4 Estudios Relacionados

Con el fin de conocer las fuentes del estrés de los padres dentro de una unidad de cuidados intensivos, las enfermeras norteamericanas al desarrollar un cuerpo de conocimientos iniciaron con reportes, que analizan las unidades pediátricas (UCIP.) y posteriormente realizaron los de las unidades neonatales (UCIN) (Miles et al., 1984, 1989, 1991, 1993; Riddle et al, 1989; Carter y Miles, 1989; Heuer, 1993).

Jay, referido por Riddle y cols. (1989), observó que los padres parecían estar inmóviles e incapaces de acercarse a su niño, concluyó que su mayor

estresor era la transición de su papel como padres de un niño sano para tomar el papel de padres de un niño enfermo. Miles en 1979, por su parte, identificó tres fuentes potenciales de estrés: miedo acerca del resultado de la admisión (especialmente miedo a daño cerebral o muerte), ansiedad acerca del ambiente nuevo y extraño de la UCI, y preocupación con respecto a su papel paterno. Otra fuente fue sugerida por Lewandowski en 1980, quien encontró que ciertos estímulos ambientales en la UCI, tales como el aspecto del niño cubierto con equipo y tubos y los sonidos, eran la principal fuente de estrés (Miles et al., 1989).

Más adelante, Miles clasifica a los estresores de los padres en a) Personales: los que incluyen características personales y familiares que los padres traen consigo hacia la nueva experiencia; b) Situacionales: los que incluyen variables relacionadas con el niño y su enfermedad; y c) Ambientales: estímulos de estrés que surgen de las características físicas y psicosociales de la UCI. Dentro de estos últimos se consideran como físicos: la apariencia del niño y su conducta, la apariencia y sonidos de la unidad, y los procedimientos realizados al niño. Los aspectos psicosociales incluyen: la relación padres-hijo (papel de los padres) y la relación padres-personal (conducta y comunicación con el personal). Estos hallazgos se realizaron mediante el desarrollo de un instrumento, el PSS:PICU, acrónimo de las siglas "Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit" (Escala de estresores para padres: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos), el cual fue validado y probado para su confiabilidad (op.cit., 1989).

Posteriormente, en un estudio realizado en varias universidades estadounidenses (North Carolina at Chapel Hill, Kansas, Marquette Case Western, St.Louis) utilizando las siguientes escalas: PSS:PICU, la Escala de Estado de ansiedad (State-trait Anxiety Scale), la Escala de revisión de

experiencias de vida, y un cuestionario de experiencias personales; en 510 padres mostró: una variable personal (estado de ansiedad), dos variables situacionales (percepción de la severidad y tipo de admisión) ; y tres variables ambientales (alteración del rol paterno, respuesta emocional y conducta del niño, y apariencia del niño). Dichas variables son las que pueden predecir las respuestas de estrés de los padres en el niño hospitalizado en UCIP. (op cit., 1989).

Cuatro de estos estudios llevados a cabo en unidades pediátricas (Miles et al., 1984, 1989; Riddle et al., 1989; Heuer, 1993) fueron realizados con padres con edades promedio casi similares de 30 a 32 años; la mayoría de ellos de raza blanca, nivel de educación de preparatoria o mayor, y un promedio de estado socioeconómico de clase media baja. Dos de estas investigaciones fueron comparativas entre el nivel de estrés materno y paterno, sus resultados sugirieron que la experiencia total de los padres en la UCIP es estresante, no obstante que en algunos aspectos del ambiente, como la relación padre-hijo, obtuvieron puntajes mayores las madres que los padres ($F(1,35)=14.99, p<0.001$), (Miles et al., 1984); o bien, puntajes promedio más altos en las madres dentro de cinco de las siete subescalas, a comparación de los padres: Conducta y Emociones del Niño ($p<0.00001$), Alteración del Rol de Padres ($p<0.0003$), Procedimientos ($p<0.00001$), Apariencia del Niño ($p<0.006$), y Aspecto y Sonidos (0.03);(Riddle et al., 1989).

En el estudio de Heuer (1993), la Alteración en el Rol de Padres arrojó los puntajes más altos de estrés, sin embargo, esta no fue un área de estrés significativo para los padres ($M=2.16$; $D.E.=1.36$). Aunque las madres y los padres identificaron los procedimientos como estresantes, los padres calificaron la succión como significativamente más estresante para ellos que para las madres ($F=4.20, p=0.05$). Hallazgos adicionales fueron las

preocupaciones expresadas por los padres en relación con las restricciones de visita y la dificultad para manejar información de varios médicos diferentes (Heuer, 1993).

En 1991, Miles y cols. realizaron una adaptación del PSS:PICU para aplicarlo en unidades de cuidado intensivo neonatal, y lo llamaron: PSS:NICU (EEP:UCIN, 'Escala de estresores de padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales'); sus resultados sugieren que los padres experimentan ansiedad y estrés mayor durante la primera semana de hospitalización de su hijo. Las respuestas de estrés pueden influir en su habilidad para escuchar las explicaciones, tomar decisiones e involucrarse con el niño. Encontraron también, que el ambiente de la UCIN puede estar relacionado a la ansiedad durante este periodo. Por otro lado, puede ser que los padres más ansiosos, vean el ambiente de la UCIN más estresante. En relación a esto, los aspectos del ambiente de la unidad más estresantes para su población de estudio fueron los referidos a la Alteración de la Relación Padres-hijo ($M=3.06$), (Miles et al., 1991).

Es hasta 1993, cuando se publicó la escala neonatal documentando tanto su validez como su confiabilidad (alfas de Cronbach de 0.94 y 0.89)(Miles et al., 1993). De los reportes encontrados que utilizaron la escala para neonatos EEP:UCIN, uno fue realizado con 79 madres y 43 padres. Las edades promedio de los padres fueron de 27 años, la mayoría de raza blanca, casados, con nivel educativo de 13.5 años en promedio. Sus hijos tenían un promedio de 31 semanas de edad gestacional, peso promedio de 1,662 gramos y diagnósticos principalmente debidos a complicaciones de la prematuridad. Las subescalas que obtuvieron mayores puntajes de estrés fueron: Alteraciones en el Rol de Padres ($M=3.5$, $DE=1.13$) y Apariencia y Conducta del Niño ($M=3.2$, $DE=0.90$); Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los

puntajes de estrés experimentado y los puntajes del estado de ansiedad ($r=0.52$, $P<0.001$) (Miles et al., 1991).

Otro estudio comparó la respuesta de estrés de 23 padres y 23 madres de niños prematuros hospitalizados en UCIN, la mayoría casados, de raza blanca, con promedios de edad de 28 años, y de escolaridad 14 años. La edad gestacional promedio de sus niños fue de 31 semanas, y un peso de 1,722 gramos. La mayoría de ellos nacidos en el mismo hospital donde se realizó el estudio, y un poco más de la mitad lo hicieron por medio de cesárea.

Sus resultados sugieren que los padres perciben la mayor cantidad de estrés en relación con el Rol de Padres ($M=2.96$), después en relación con el Aspecto y Sonidos de la UCIN ($M=2.56$), y por último en relación a la Apariencia del Niño ($M=2.29$). Los padres fueron entrevistados en dos tiempos, y tanto las mujeres como los hombres percibieron al ambiente más estresante en la primera entrevista ($F=4.80$, $p=0.11$); las madres percibieron mayor estrés general que los padres ($F=3.57$, $p=0.032$); y no hubo diferencias significativas entre madres y padres a través del tiempo ($F=2.82$, $p=0.065$). (Miles et al., 1992).

Lamentablemente no se han localizado publicaciones científicas a nivel nacional en México, que muestren los aspectos que para los padres significan un mayor grado de estrés en la admisión de sus hijos a este tipo de unidades, sin embargo, sus reacciones podrían ser diferentes a las de la población norteamericana en base a las peculiares normas de vida, diferente idiosincracia y sociocultura.

Con todo lo anteriormente expuesto se puede deducir que los padres de un niño en UCIN, experimentan sentimientos de ansiedad, angustia y estrés emocional diferentes y aún mayores que la hospitalización ordinaria de un niño, y a los cuales muy pocos están preparados para enfrentar.

Los acontecimientos en la unidad no siguen una secuencia lógica, no se ajustan a un marco de referencia previo y por lo tanto, aunque luchan por comprender lo que está sucediendo, parecen aturdidos y a menudo malinterpretan la información, sus percepciones de los hechos son imprecisos y algunas veces pueden tener conductas inusuales, enojo, acusaciones o demostraciones de frustración que muestran su incapacidad para adaptarse a la situación.

Por otro lado, las UCIN no son lugares tranquilos ni privados; hay actividad constante, el equipo de monitoreo está siempre presente alrededor del paciente con un cúmulo de datos, sonidos y pantallas. La mayoría de las veces es abrumador ver la falta de espacio físico y de privacidad. El tiempo de visita es muy variado, de aproximadamente cinco a 10 minutos cada hora en algunos hospitales, sólomente dos horas al día en otros, con el propósito de permitir la asistencia ininterrumpida del paciente y de "proteger" de la carga emocional abrumadora que sería para los padres una visita prolongada (Wallace-Barnhill, 1991).

CAPITULO 3

METODOLOGIA

El diseño de la investigación es descriptivo, correlacional y transversal (Polit y Hungler, 1991).

3.1 Sujetos

La población de estudio la constituyeron los padres de los neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos de cuatro diferentes hospitales de tercer nivel ubicados dentro del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, N.L.

El tamaño de la muestra fue de 94 padres. La selección de los sujetos fue por conveniencia, de acuerdo con su asistencia a las horas previamente fijadas para la visita y la información médica.

Los criterios para incluir a los sujetos fueron: padre o madre del neonato que estaba siendo atendido en la unidad de cuidados intensivos en las instituciones de salud seleccionadas, por más de 24 hrs. y menos de seis días en el lapso de 1 de agosto de 1995 al 1 de febrero de 1996.

Los criterios de exclusión de los sujetos fueron: aquellos cuyos hijos hubieran estado en una situación crítica especial en el momento de la encuesta (procedimientos invasivos, agravamiento); también se excluyó del estudio a los padres cuyos hijos eran ingresados a las unidades de cuidados intensivos después de algunos días de nacidos, o bien, aquéllos que eran reingresados a

la unidad. Del mismo modo se excluyeron a los padres de los niños que habían sido trasladados desde otra unidad de cuidados intensivos, ya sea de un hospital local o foráneo. Estos casos fueron excluidos debido a que se consideraron posiblemente expuestos a estresores intrapersonales adicionales no medidos en el estudio.

3.2 Instrumento

El instrumento utilizado en el estudio se llamó EEP:UCIN: "Escala de estresores para padres: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal" (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit : PSS:NICU); elaborada y validada en North Carolina, E.U. por la Dra. Margaret Miles, publicada en 1993, donde se refiere un coeficiente alfa mayor de .70 y una consistencia interna de .94; el instrumento fue traducido por la autora de esta investigación y su certificación estuvo a cargo de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Nuevo León. (sellado y signado en el Apéndice A)

El instrumento consta de 38 ítems de respuesta cerrada, presentados en escala de medición ordinal tipo Likert de seis niveles , donde cero significaba que el ítem no fue experimentado hasta 5, significando un ítem extremadamente estresante; de la siguiente manera: 0. No ha experimentado, 1.No estresante, 2.Un poco estresante, 3.Moderadamente estresante, 4.Muy estresante, 5.Extremadamente estresante. De este modo se mide qué tan estresantes son para los padres, las características del ambiente físico y psicosocial de la UCIN

De las 38 respuestas, seis correspondieron al aspecto y sonidos de la unidad (ítems 18 a 23), 13 a la apariencia y conducta del neonato (ítems 24 a 36), siete a la relación con el niño y el papel de padres (ítems 37 a 43), 11 a la

comunicación con los padres y conducta del personal (ítems 44 a 54), y un ítem de estrés general. Los ítems del uno al 17 se refirieron a datos demográficos y de información general de los padres y de los niños (edad, sexo, ocupación, peso, diagnóstico, etc.). El total de respuestas que debió contestar el sujeto fue de 55 (Ver Apéndice A). En la parte final del instrumento, se dejó un espacio libre para que los sujetos especificaran alguna otra situación estresante.

3.3 Procedimiento

En la aplicación del instrumento, el investigador participó de manera directa cuando al sujeto se le dificultaba responderlo por sí mismo o en el caso de analfabetismo. Posterior a la autorización del instrumento, la recolección de los datos debió extenderse de cuatro hasta seis meses (Agosto 1995 a Enero 1996). Los datos fueron recolectados en cuatro diferentes hospitales de tercer nivel, que numerados: el uno y el tres son de naturaleza pública, el dos de privada, y el cuatro de mixta .

La prueba piloto se realizó en 20 sujetos de dos hospitales diferentes. De acuerdo a sus resultados, no hubo necesidad de hacer cambios substanciales en el instrumento, únicamente se modificó el formato y se agregaron cinco ítems de datos de información general en la primera parte del mismo.

El procedimiento de captación consistió en acudir a las unidades de cuidados intensivos neonatales en los horarios preestablecidos por las instituciones para visitas y dar información médica. En el caso de dos instituciones que no tenían un horario estructurado de visita, se trató de coincidir con el horario de comida del niño, o bien, la hora acostumbrada por los padres para acudir. En estos últimos casos, se dificultó un poco la recolección de los datos, ya que algunas veces era imposible saber

exactamente en qué día y a qué hora acudirían los padres. En ocasiones los padres visitaban a sus hijos los días en que no estaba programada la recolección de los datos.

Los padres fueron entrevistados hasta que su hijo hubiera estado en la unidad por más de 24 horas, menos de siete días, y ellos lo hubieran visitado por lo menos en dos ocasiones. Esto limitó un poco el tamaño de la muestra, debido a que algunas ocasiones, habían transcurrido seis días y los padres no conocían a su hijo o lo habían visitado sólo una vez. Otras veces el neonato fallecía o era trasladado a otro servicio antes de que los padres completaran las dos visitas. En los casos en los que fue posible la aplicación de la encuesta a ambos padres, se procuró la aplicación del instrumento de forma individual y privada para cada uno de ellos.

Las visitas a los diferentes hospitales tenían una duración de dos horas aproximadamente, tres veces por semana. En algunas ocasiones fue necesario la vía telefónica para la información de los ingresos de los neonatos a las unidades.

La aplicación de la encuesta al sujeto, implicó explicar su objetivo y lograr la aceptación. El área física donde se realizaron las encuestas consistió en sala de espera, para una de las instituciones; oficina de trabajo social para otra de ellas; y para el resto, en áreas exteriores a las unidades donde frecuentemente se concentran los padres para obtener información y oportunidad de visita. En todos los casos se buscó un ambiente de privacidad y comodidad para la aplicación. El instrumento se contestó en un lapso variado de 10 a 20 minutos.

La realización de las visitas a los cuatro diferentes hospitales, y la aplicación del instrumento sujeta al número de pacientes, resultó ser un

procedimiento muy costoso y tardado que influyó en el tamaño de la muestra final.

En algunas ocasiones hubo dificultad por parte de los sujetos para la comprensión del concepto de estrés. Generalmente aquéllos con menor escolaridad, fueron los menos familiarizados con la palabra estrés. En estos casos, se explicaba a grandes rasgos su significado, de acuerdo con la definición conceptual de este estudio.

3.4 Estrategias de Análisis

Los datos fueron procesados por computadora mediante el Sistema de Análisis Estadístico (SAS) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) (véase en Apéndice D, el programa de captura de datos). Los resultados se organizaron en tablas y figuras realizadas en Microsoft Excel. Para el texto se utilizó el procesador de palabras Microsoft Works.

Para los datos demográficos generales de los padres y de los niños se utilizaron medidas de estadística descriptiva, tales como frecuencias, medias, y desviaciones estándar.

Para la calificación del instrumento, en este estudio se utilizaron dos formas, nominadas de la siguiente manera: (Miles et al., 1993).

-METRICA 1: Nivel de Ocurrencia del Estrés— es el nivel de estrés producido cuando una situación ocurre. En este caso sólo aquéllos que reportaron tener la experiencia reciben un puntaje en el ítem; aquellos que reportaron que no experimentaron la situación contemplada en el ítem son codificados como perdidos. Los puntajes de la subescala se calculan entonces promediando las respuestas de estrés para los ítems de cada subescala y para la escala total. Es importante mencionar que el denominador para obtener el

promedio para cada subescala es el número de ítems de esa subescala, que fueron experimentados por el padre. Miles y cols. (1993), recomienda su utilización cuando el enfoque es en el ambiente, para obtener una mejor comprensión de la cantidad de estrés que cada aspecto del ambiente engendra. En este estudio, se utilizó este tipo de calificación, en la presentación de los resultados de los puntajes promedio para cada subescala, y en el porcentaje de padres que experimentaron cada ítem o dimensión.

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

Mediante correlaciones de Pearson inter-subescala, y mediante el cálculo del alfa de Cronbach para cada subescala y para la escala total, se conoció la confiabilidad de las mismas para la población estudiada.

Para determinar la posible significancia de las diferencias entre las medias de subescala en relación con algunos fuentes de variación, se utilizó el análisis de varianza y el valor de p.

3.5 Etica del Estudio

De acuerdo a las *Disposiciones generales* del REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD (1994) Título segundo, Capítulo I:

Prevaleció el criterio de respeto a la dignidad del ser humano sujeto de estudio, y a la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13).

Se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación y se procedió cuando se obtuvo la autorización del titular de la institución de atención de salud. (Art. 14 fracc. V y VIII) (Se anexa la única autorización que se realizó por escrito, el resto fue verbalmente) (Apéndice B). Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Art. 16).

Se consideró una investigación de riesgo mínimo pues aunque se aplicaron pruebas psicológicas a individuos, no se manipuló la conducta del sujeto (Art. 17 fracc. II).

Se ofreció una explicación clara y completa de los objetivos, justificación, riesgos y beneficios que podían obtenerse; así como la garantía verbal de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los mismos. Se dio verbalmente libertad para retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, y seguridad de que no se identificaría al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Art. 21 fracc. I,II,III,IV,VI,VII y VIII).

Se notificarán los resultados finales del estudio a las autoridades de las instituciones donde se realizó (Art. 119), así como a la Dra. M.Miles.

Se obtuvo autorizacion firmada por la Dra M Miles para la utilizacion del instrumento (Ver Apendice C)

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados reportados en el presente estudio correspondieron a 94 sujetos adultos, padres o madres de neonatos internados en unidades de cuidado intensivo en las instituciones de salud seleccionadas. El 52 por ciento de los sujetos pertenecen al hospital uno, cuatro por ciento al hospital dos, 37 por ciento al hospital tres, y, seis por ciento al hospital cuatro. Los resultados se presentaron de la siguiente manera: datos demográficos y de información general sobre los sujetos y sus hijos, descripción de los estresores interpersonales y extrapersonales más frecuentemente referidos por los padres, confiabilidad de la escala, y análisis.

4.1 Datos Demográficos e Información General de la Población Estudiada

4.1.1 Datos de los Padres.

La edad de la población estudiada fue de 15 a 49 años, con un promedio de 25.76, encontrándose el mayor porcentaje entre 15 y 24 años(48 por ciento). De los participantes, el 39 por ciento correspondió al sexo femenino y el resto al masculino (61 por ciento). La información general recolectada para los padres se presentó en frecuencias y porcentajes por sexos y totales (ver TABLA I).

TABLA I
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PADRES
 MONTERREY N.L., 1996

CARACTERISTICA	CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	15 - 24	45	48
	25 - 34	39	41
	35 +	10	11
SEXO	Femenino	37	39
	Masculino	57	61
ESTADO CIVIL	Soltero/divorcio	9	10
	Casado	57	60
	Unión libre	28	30
RELIGION	Católica	81	86
	No católica	4	4
	Ninguna	9	10
ESCOLARIDAD	Sin escolaridad	5	5
	Primaria	29	31
	Secundaria	34	36
	Profesional o tec	26	28
OCUPACION	Empleado	44	47
	Hogar	29	31
	Desocupado	7	7
	Comercio	11	12
	Agricultor	3	3

Fuente EEP.UCIN (1996)

N=94

Como se observa, la mayoría de los sujetos encuestados fue de sexo masculino. En general el 61 por ciento casados y el 86 por ciento pertenecen a la religión católica. Puede decirse que la distribución de la población por escolaridad fue equilibrada, y que sólo la mínima proporción no contaba con estudios de ninguna índole (cinco por ciento). En cuanto a la ocupación, se observa que la mayoría se encuentra en la clasificación de "empleado, obrero o jornalero" (un 47 por ciento), el 31 por ciento trabajan en el hogar y solamente un siete por ciento se registró como desempleado.

Es importante señalar que para la mayoría de los sujetos, era su primera experiencia en una unidad de cuidados intensivos, pues se registró que sólo seis sujetos (seis por ciento) habían tenido otro hijo en este tipo de unidades.

Con lo que respecta al pago de la hospitalización, la mayoría de los sujetos (el 82 por ciento) debían responsabilizarse personalmente del mismo.

4.1.2 Datos del Niño.

Fueron registradas algunas características generales de los neonatos internados en las unidades de cuidados intensivos estudiadas (Véase la siguiente TABLA).

TABLA II
DATOS GENERALES DEL NEONATO
MONTERREY N.L., 1996

CARACTERISTICA	CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE PARTO	Normal	34	36
	Cesárea	60	64
No. DE HIJO	1	36	38
	2	27	29
	3	15	16
	4	9	10
	5 +	7	7
E.GESTACIONAL	- 28 sem	5	5
	29 - 36 sem	50	53
	+ 37 sem	39	41
PESO NACER	- 1499 gr	22	23
	1500 - 2499	41	44
	2500 - 3499	17	18
	3500 +	14	15
DIAS HOSPITAL	1 - 2	26	30
	3 - 4	31	36
	5 +	29	31
	s/d	8	3

Fuente: EEP:UCIN (1996)

N=94

Del total de los neonatos a cuyos padres se encuestaron, el 64 por ciento había nacido por medio de cesárea y el resto por parto normal. En el 38 por ciento de los casos el neonato era el primogénito, y en el 29 por ciento el segundo hijo de la pareja.

La mayor parte de los niños fueron de bajo peso, siendo el mayor porcentaje los de 1,500 a 2,499 gramos de peso al nacer. La proporción fue similar para los niños menores (23 por ciento para menos de 1499gr), y para los mayores a este peso (18 por ciento para los de 2,500 a 3499 gramos). Es probable que estos datos concuerden con las edades gestacionales en las que se encontraban los niños al nacer, puesto que en la muestra estudiada, el 53 por ciento de los niños tuvieron entre 29 y 36 semanas de gestación, y el 39 por ciento más de 37 semanas; el resto eran menores de 28 semanas.

Los diagnósticos médicos más frecuentemente encontrados fueron los debidos al síndrome de dificultad respiratoria, ya sea por causa de enfermedad de membrana hialina (48 por ciento de los casos) o por otras causas (32 por ciento); otros diagnósticos menos frecuentes fueron también señalados en la TABLA que sigue.

TABLA III
DIAGNOSTICOS MEDICOS DE LOS NEONATOS
MONTERREY N.L., 1996

<i>DIAGNOSTICO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) por enfermedad de membrana hialina	45	48
Asfixia severa	8	9
Hijo de madre Rh negativo	2	2
Gastrosquisis	1	1
SDR por otras causas	30	32
Cardiopatía congénita	3	3
Neuroinfección	1	1
Neumonía	1	1
Ictericia	1	1
Macrosomía/sepsis	2	2

Fuente: EEP:UCN (1996)

N=94

4.2 Descripción de los estresores extrapersonales e interpersonales

4.2.1 Estresores Extrapersonales

Dentro de las características del aspecto y los sonidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales que fueron valoradas se incluyeron: la presencia de monitores y equipo, los ruidos constantes de los monitores y el equipo, los ruidos súbitos de las alarmas de los monitores, la presencia de otros bebés enfermos en la sala, el gran número de gente que trabaja en la unidad, y el tener una máquina (ventilador) respirando por el bebé. De éstos fue identificado como principal estresor extrapersonal para los padres la *presencia de monitores y equipo*, con un puntaje promedio de 3.05, que significa moderadamente estresante. El puntaje promedio total de estrés para el aspecto y los sonidos de la unidad fue de 2.96, *moderadamente estresante*. (ver TABLA IV).

Es de importancia agregar que para el 31 por ciento de los padres, la experiencia de ver un ventilador respirando por el niño, fue calificada como "extremadamente estresante.

Para las características de la aparición y conducta del niño, así como sus tratamientos, fueron incluidos los siguientes ítems: Tubos y equipo en o cerca de mi bebé, heridas, cortadas o incisiones en mi bebé, el color inusual de mi bebé, los patrones inusuales o anormales de respiración de mi bebé, el tamaño pequeño de mi bebé, la apariencia arrugada de mi bebé, ver agujas y tubos puestos en mi bebé, mi bebé es alimentado por una línea intravenosa o un tubo, cuando mi bebé parece tener dolor, cuando mi bebé se veía triste, la apariencia móvil y débil de mi bebé, los movimientos irregulares o inquietos de mi bebé, y que mi bebé no sea capaz de llorar como los otros bebés. De ellos

fueron identificados como estresores principalmente los *tubos y equipo en o cerca de mi bebé*, y las *agujas y tubos puestos en mi bebé* con puntajes promedio de 3.16 y 3.07 respectivamente, representando moderadamente estresante. Además es relevante mencionar que el 23 por ciento de los padres calificaron la experiencia de ver tubos y equipo en o cerca de su bebé como "extremadamente estresante". El puntaje promedio total para la apariencia y conducta del niño como estresor extrapersonal, fue de 3.14: *moderadamente estresante* (Vease esta TABLA).

TABLA IV
PUNTAJES PROMEDIO DE ESTRES DE LOS PADRES POR
LOS FACTORES AMBIENTALES (Métrica 1)
 MONTERREY N.L., 1996

FACTORES AMBIENTALES UCIN	PUNTAJE		
SUBESCALAS	PROMEDIO	D.E.	NIVEL DE ESTRES
ESTRESORES EXTRAPERSONALES			
-ASPECTOS Y SONIDOS DE LA UNIDAD	2.95	1.2	moderadamente estresante
Presencia de monitores y equipo	3.05	1.35	"
-APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO	3.14	0.1	"
Tubos y equipo en o cerca de mi bebé	3.16	1.49	"
Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	3.07	1.5	"
TOTAL	3.04		"
ESTRESORES INTERPERSONALES			
-RELACIONES Y ROL DE PADRES	3.7	1.09	moder-muy estresante
Estar separado de mi bebé	4	1.24	muy estresante
-COMUNICACION CON EL PERSONAL	2.55	1.16	poco-mod estresante
No hablan conmigo lo suficiente	1.54	1.84	no-poco estresante
TOTAL	3.12		moderadamente estresante
TOTAL (Métrica 1)	3.1	0.84	moderadamente estresante

Fuente: EEP UCIN (1996)

N=86

4.2.2 Estresores Interpersonales

Dentro de las relaciones con su bebé y rol paterno, fueron incluidos los siguientes ítems: Estar separado de mi bebé, no alimentar personalmente a mi bebé, no ser capaz de cuidar por mi mismo a mi bebé, no ser capaz de cargar a mi bebé cuando quiero, sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de los procedimientos dolorosos, sentirme inútil de como ayudar a mi bebé en este tiempo, no poder estar a solas con mi bebé. De los anteriores, fue identificado como mayor fuente de estrés interpersonal, el *estar separado de mi bebé*, con un puntaje promedio de 4.0, es decir, muy estresante. Además, el 48 por ciento de los padres calificó esta experiencia como "extremadamente estresante". Para la subescala total de relación y rol de padres, el puntaje promedio de estrés fue de 3.70, el más alto de todas las subescalas, llegando casi al valor de *muy estresante* (ver la TABLA IV).

La última subescala que valoraba conducta del personal y comunicación, incluyó lo siguiente: el personal explica las cosas muy rápido, el personal utiliza palabras que no entiendo, me dicen cosas diferentes o conflictivas acerca de la condición de mi bebé, que no me digan lo suficiente acerca de pruebas o tratamientos que se han hecho a mi bebé, no me hablan lo suficiente, hay mucha gente diferente que habla conmigo, dificultad para obtener información o ayuda cuando visito o telefono a la unidad, no me siento seguro de que seré llamado si hay cambios en la condición de mi bebé, el personal se ve preocupado por mi bebé, el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca, y el personal actúa como si no entendiera la conducta o las necesidades especiales de mi bebé. De las variables anteriores, fue identificada como mayor estresor interpersonal, *no hablan conmigo lo suficiente*, con un promedio

de 1.54, es decir entre no estresante y un poco estresante. Solamente el 10 por ciento de los padres calificó este ítem como "extremadamente estresante". Esta subescala fue la que obtuvo valores de estrés más bajo, representado por el puntaje promedio más bajo de 2.55, *poco estresante*.

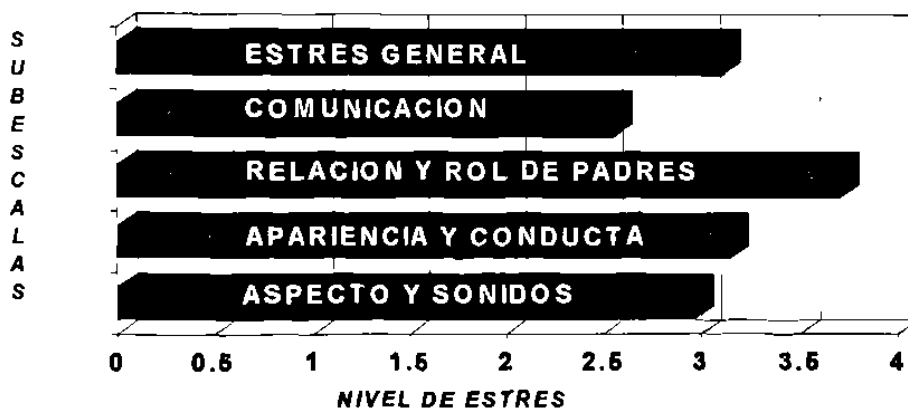
El promedio de los puntajes de las cuatro subescalas para toda la población proporciona el número de 2.57, o sea, entre los niveles de estrés poco y moderado (Métrica 2).

Al final de la escala, está incluido un ítem donde se pide calificar el estrés general provocado por la experiencia de tener un bebé internado en una unidad de cuidados intensivos; el puntaje promedio que resultó de este ítem fue de 4.05, mostrando en general esta experiencia como *muy estresante*. (Métrica 2). El 48 por ciento de los padres calificaron este ítem como "extremadamente estresante".

La siguiente Figura muestra los puntajes promedio obtenidos para cada una de las cuatro subescalas y para el promedio estrés total obtenido en la Métrica 1.

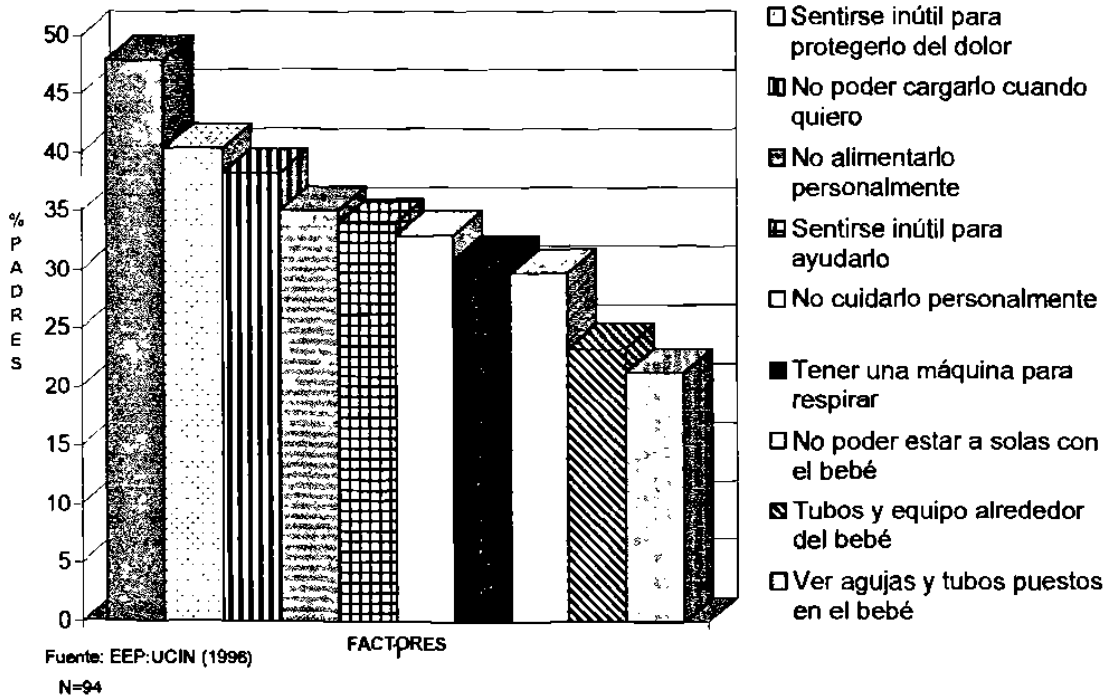
FIGURA 3
PUNTAJES PROMEDIO, SUBESCALAS EEP:UCIN
MÉTRICA 1.

MONTERREY N.L., 1996



La Figura 4, muestra las 10 principales factores calificados por los padres como experiencias, "extremadamente estresantes" (Métrica 1). Cabe mencionar que todos los ítems de la subescala de relación y rol de padres, como factores interpersonales, están incluidos entre ellos.

FIGURA 4
FACTORES AMBIENTALES CALIFICADOS POR LOS
EN EL NIVEL 5: "EXTREMADAMENTE ESTRESANTE"
MONTERREY N.L., 1996



4.2.3 Estresores Adicionales

Al final de la escala, como se puede observar en el Apéndice A, se incluye un ítem para indagar si el sujeto experimentó otras causas de estrés que no se hayan mencionado en la encuesta. Este era contestado opcionalmente por el sujeto. En el estudio hubo 14 personas que lo hicieron, de ellas, nueve del sexo

masculino y nueve casados. Los comentarios más frecuentes fueron los siguientes:

Horario estricto	5 personas
Costos	2 personas
Demandan mayor información	2 personas
Esperar información	1 persona
La unidad es una bomba de tiempo	1 persona
Comentarios no asociados	3 personas

4.3 Confiabilidad de la Escala

En virtud del procedimiento realizado de traducción, certificación y aplicación del instrumento EEP:UCIN en la población estudiada, se buscó conocer la confiabilidad de la escala y de sus subescalas, y se encontró lo siguiente: (Véase TABLA siguiente)

TABLA V
COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD (ALFA DE CRONBACH) PARA LA ESCALA
TOTAL Y SUS SUBESCALAS EEP:UCIN UTILIZANDO AMBAS METRICAS
MONTERREY N.L., 1996

SUBESCALAS	COEFICIENTE ALFA	
	METRICA 1	METRICA 2
ASPECTO Y SONIDOS DE LA UNIDAD	0.6972	0.733
APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO	0.8962	0.8735
ALTERACIONES DEL ROL DE PADRES	0.8789	0.8895
COMUNICACION CON EL PERSONAL	0.8853	0.8759
TOTAL	0.9309	0.9333

Fuente: EEP:UCIN (1996)

N=94, Métrica 1; N=86, Métrica 2

Hacia el interior de la misma escala se correlacionaron los dos tipos de medición, tanto en las subescalas como en la escala total mediante el uso de la *r* de Pearson, resultando una consistencia interna fuerte, al menos para esta población. Esto se presenta a continuación.

TABLA VI
CORRELACIONES INTER-ESCALA PARA LAS SUBESCALAS
EEP:UCIN, UTILIZANDO AMBAS METRICAS
MONTERREY N.L., 1996

<i>EEP:UCIN</i> SUBESCALAS	<i>SUBESCALAS EEP:UCIN</i>			
	ASPECTO Y SONIDOS	APARIENCIA DEL NIÑO	RELACION PADRES	COMUNICACION CON PERSONAL
METRICA 1 (Nivel de Ocurrencia del Estrés)				
APARIENCIA DEL NIÑO	0.55 p=.000			
RELACION DE PADRES	0.53 p= .000	0.65 p=.000		
COMUNICACION CON PERSONAL	0.31 p=.004	0.33 p=.002	0.44 p= .000	
TOTAL	0.75 p=.000	0.81 p= .000	0.85 p= .000	0.7 p= .000
METRICA 2 (Nivel Total de Estrés)				
APARIENCIA DEL NIÑO	0.61 p=.000			
RELACION DE PADRES	0.52 p=.000	0.59 p=.000		
COMUNICACION CON PERSONAL	0.4 p=.000	0.31 p=.002	0.4 p= .000	
TOTAL	0.79 p=.000	0.9 p=.000	0.8 p= .000	0.57 p=.000

Fuente: EEP:UCIN (1996)
 N=94

4.4 Análisis Estadístico

Los resultados del estudio permitieron aceptar la hipótesis de investigación: 'en el ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales, los factores interpersonales influyen más que los extrapersonales en el nivel de estrés experimentado por los padres durante el internamiento de su hijo', esto en función de la variabilidad entre los promedios de estrés en cada subescala;

donde el rol de padres (estresor interpersonal) obtuvo el mayor puntaje promedio.

Para conocer el comportamiento de las características sociodemográficas como fuente de variación del estrés en función de cada subescala, se efectuó un análisis de varianza bajo las dos métricas. Algunas de estas características son parte de la estructura básica del cliente.

En la TABLA siguiente se destaca en la métrica uno sólo la subescala de Comunicación y Relaciones con el Personal ($p=0.02$), en la cual el 34.95 por ciento de las respuestas de estrés de los sujetos pueden ser atribuidas al estado civil ($p=0.002$), ocupación ($p=0.038$) y edad ($p=0.035$).

TABLA VII
ANALISIS DE VARIANZA DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PADRES
METRICA 1. MONTERREY N.L. , 1996

FUENTE DE VARIACION	GL	APARIENCIA DEL NIÑO		ASPECTO Y SONIDOS		COMUNICACION C/ PERSONAL		RELACION Y ROL PADRES		TOTAL	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
		TIPO DE HOSPITAL	3	1	0.395	0.17	0.916	0.92	0.437	0.1	0.958
SEXO	1	0.48	0.491	1.79	0.185	0.94	0.336	0.73	0.396	1.62	0.207
ESTADO CIVIL	2	1.29	0.283	0.79	0.457	6.91	.002 *	1.32	0.275	3.34	0.041
ESCOLARIDAD	3	0.99	0.404	1.11	0.352	0.45	0.716	0.77	0.517	0.58	0.63
OCUPACION	4	0.84	0.504	0.73	0.577	2.7	.038 *	0.91	0.462	1.85	0.13
EDAD	2	0.16	0.85	0.3	0.744	3.54	.035 *	0.74	0.479	1.43	0.247
EDAD GESTACIONAL	1	2.85	0.065	0.1	0.906	0.3	0.739	0.47	0.624	0.83	0.44
TIPO DE PARTO	1	1.71	0.195	1.53	0.22	0	0.98	0	0.979	0.67	0.414
TOTAL	18	1.25	0.252	0.74	0.761	2	.022 *	0.86	0.625	1.38	0.176
(explicativo/total)(100)			25.08		16.53		34.95		18.78		26.92
MEDIA GENERAL			3.14		2.95		2.55		3.69		3.09

Fuente: EEP UCIN (1996)

N=86

(*) Resultados significativos

En la métrica dos, aparece además de la subescala de Comunicación y Relaciones, la subescala de Apariencia y Conducta del Niño (ver TABLA VIII). En la primera ($p=0.01$), no aparece relación con la edad, se ratifican estado civil ($p=0.005$) y ocupación ($p=0.001$). Se encontraron la escolaridad ($p=0.042$) y el sexo ($p=0.002$), como factores de estrés, con un valor explicativo de 34.4 por ciento. En la segunda, las variables escolaridad ($p=0.009$) y edad gestacional ($p=0.007$) fueron significativas, con un valor explicativo del 35.3 por ciento.

En forma global, la variabilidad explicada por las características mencionadas, fue mayor en la métrica dos.

TABLA VIII
ANALISIS DE VARIANZA DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PADRES
METRICA 2 MONTERREY N.L., 1996

FUENTE DE VARIACION	GL	APARIENCIA DEL NIÑO		ASPECTO Y SONIDOS		COMUNICACION C/ PERSONAL		RELACION Y ROL PADRES		TOTAL	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
TIPO DE HOSPITAL	3	2.28	0.097	1.48	0.92	0.97	0.413	0.07	0.977	0.94	0.427
SEXO	1	0.51	0.483	2.55	0.115	9.95	0.002 *	0.75	0.388	2.71	0.103
ESTADO CIVIL	2	0.71	0.495	0.8	0.452	5.71	0.005 *	0.54	0.582	1.8	0.172
ESCOLARIDAD	3	4.13	0.009 *	2.17	0.096	2.87	0.042 *	1.08	0.364	3.88	0.012 *
OCUPACION	4	0.63	0.64	1.36	0.257	4.88	0.001 *	1.27	0.287	1.81	0.135
EDAD	2	0.05	0.946	0.01	0.987	2.74	0.071	0.38	0.682	0.23	0.792
EDAD GESTACIONAL	1	5.3	0.007 *	0.05	0.951	0.09	0.91	0.61	0.548	1.72	0.186
TIPO DE PARTO	1	1.16	0.285	0.36	0.553	2.78	0.1	0.12	0.728	0.07	0.797
TOTAL	18	5.3	0.007 *	1.15	0.323	2.19	0.010 *	1.08	0.387	1.85	0.034 *
(explicativo/total)(100)			35.33		21.66		34.46		20.6		30.79
MEDIA GENERAL			2.51		2.65		1.65		3.57		2.58

Fuente: EEP:UCIN (1996)
N=94

(*) Resultados significativos

Para analizar los resultados anteriores más profundamente, sólo se contrastaron entre sí las características sociodemográficas significativas. De esta contrastación, para la Métrica 1, los valores en la subescala de Comunicación y Relación con el Personal se muestran en la TABLA siguiente.

TABLA IX
VALORES DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SIGNIFICATIVAS
SUBESCALA DE COMUNICACION Y RELACIONES CON EL PERSONAL
METRICA 1. MONTERREY N.L., 1996

VARIABLE	NIVEL DE ESTRÉS				
	N	PROMEDIO	D.E.	F	p
EDAD(años) 1. 15 - 24 2. 25 - 34 3. 35 +	40	2.9	1.1	1 vs. 3 5.64	0.02
	36	2.3	1.1		
	10	1.7	0.7		
ESTADO CIVIL 1.SOLTERO 2.CASADO 3.UNION LIBRE	9	3.4	0.8	1 vs. 2 11.88	0.001
	53	2.2	1	2 vs. 3 4.23	0.04
	24	2.8	1.2	1 vs. 3 3.80	0.055
OCUPACION 1.EMPLEADO 2.HOGAR 3.DESOCUPADO 4.COMERCIO 5.AGRICULTOR	42	2.2	0.9	1 vs. 4 7.20	0.009
	25	2.9	1.3		
	6	2.5	0.8		
	10	3.07	1.3		
	3	1.9	0.8		

Fuente: EEP:UCIN (1996)

N=86

De la tabla anterior fue posible establecer algunas relaciones que enriquecieron los resultados. Se pudo constatar que los sujetos menores de 25 años, mostraron un nivel más alto de estrés (moderado), en comparación con los sujetos mayores de 35 años (poco) ($p=0.02$). En cuanto al estado civil, presentaron mayor estrés los sujetos solteros que los casados ($p=0.001$) y en

unión libre ($p=0.055$); los sujetos casados reportaron menor estrés aún que los que se registraron en unión libre ($p=0.04$).

Para los datos obtenidos sobre la ocupación de los sujetos, se mostró un nivel mayor de estrés en los comerciantes (moderado), que en los empleados u obreros (poco) ($p=0.009$).

Cuando se realizaron los mismos contrastes para los valores de las características sociodemográficas significativas de la subescala Apariencia y Conducta del Niño con la métrica dos, resultó lo señalado en la siguiente TABLA.

TABLA X
VALORES DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SIGNIFICATIVAS
SUBESCALA DE APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO
METRICA 2. MONTERREY N.L., 1996

VARIABLE	NIVEL DE ESTRES						
	N	PROMEDIO	D.E.		F	p	
ESCOLARIDAD	1.SIN ESCOL	5	1.7	0.63	1 vs. 4	7.68	0.007
	2.PRIMARIA	29	2.1	0.76	2 vs. 4	8.05	0.006
	3.SECUNDARIA	34	2.5	0.95			
	4.REP/PROF.	26	2.9	1.2			
EDAD GESTACIONAL	1. - 28 SEM	5	3.4	1.1	1 vs. 2	3.95	0.05
	2. 29 - 36 SEM	50	2.6	1	1 vs. 3	7.97	0.006
	3. 37 +	39	2.1	0.8	2 vs. 3	4.03	0.04

Fuente: EEP.UCIN (1996)

N=94

Se determinó de esta manera que los sujetos de mayor escolaridad, es decir aquéllos que reportaron tener estudios de preparatoria, carrera técnica o profesional, presentaron niveles mayores de estrés (moderado), a comparación de los sujetos con estudios de primaria ($p=0.006$), y los que no tienen estudios ($p=0.007$). En lo referente a la edad gestacional como una fuente de variación

que explica las diferencias entre las medias dentro de esta subescala, resultó que los padres cuyos hijos eran menores 28 semanas de edad gestacional, presentaron mayores niveles de estrés (moderado), en comparación con los sujetos cuyos niños nacieron entre las 29 y 36 semanas ($p=0.05$), y en comparación a aquéllos con niños de 37 semanas y más ($p=0.006$).

La subescala de Comunicación y Relaciones con el Personal, volvió a ser tomada para los contrastes de los valores para la métrica 2 (TABLA que sigue).

TABLA XI
VALORES DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SIGNIFICATIVAS
SUBESCALA DE COMUNICACION Y RELACIONES CON EL PERSONAL
METRICA 2. MONTERREY N.L., 1996

VARIABLE	NIVEL DE ESTRES						
	N	PROMEDIO	D.E.	F	p		
SEXO	1.FEMENINO	37	1.5	0.8	9.95	0.002	
	2.MASCULINO	57	1.7	0.79			
ESTADO CIVIL	1.SOLTERO	9	2.1	1.2	1 vs. 2	11.27	0.001
	2.CASADO	57	1.5	0.7	1 vs. 3	6.45	0.01
	3.UNION LIBRE	28	1.6	0.7			
OCUPACION	1.EMPLEADO	44	1.5	0.65	1 vs. 2	11.26	0.001
	2.HOGAR	29	1.6	0.87	1 vs. 4	6.68	0.01
	3.DESOCUPADO	7	1.7	0.92	2 vs. 3	3.58	0.06
	4.COMERCIO	11	2.1	0.97	2 vs. 5	4.73	0.03
	5.AGRICULTOR	3	1.3	0.36			
ESCOLARIDAD	1 SIN ESC.	5	1.5	0.72	2 vs. 4	8.56	0.004
	2.PRIMARIA	29	1.4	0.68			
	3.SECUNDARIA	34	1.7	0.91			
	4 PREP/PROF.	26	1.7	0.76			

Fuente: EEP:UCIN (1996)

N=94

La primera característica contrastada fue el sexo de los sujetos, donde se encontraron niveles muy bajos para ambos, y sin embargo se pudo entrever un mayor estrés para el sexo masculino en relación con el sexo femenino ($p=0.002$). Con respecto al estado civil, se observó que los sujetos solteros se estresan levemente más que los casados ($p=0.001$) y los que viven en unión libre ($p=0.01$). En lo que se refiere a la escolaridad, los sujetos con estudios de preparatoria, carrera técnica o profesional, presentaron niveles ligeramente más altos de estrés que los sujetos con estudios de primaria ($p=0.004$). La ocupación fue la última característica tomada en cuenta para la contrastación, en ella se verificó que los sujetos que se dedican al comercio presentaron niveles ligeramente mayores de estrés en comparación con los sujetos empleados u obreros ($p=0.01$). Los sujetos dedicados al hogar se estresan más que los empleados ($p=0.001$) y que los agricultores ($p=0.03$), pero ligeramente menos que los desempleados ($p=0.06$).

CAPITULO 5

DISCUSION

Los resultados de este estudio apoyan la literatura que sugiere que la admisión de un hijo a una UCIN es estresante para los padres (Miles et al., 1984; Steele, 1987; Miles et al., 1989; Riddle et al., 1989). Según Neuman (1995), el movimiento continuo de las líneas de resistencia para adaptarse a los factores de un ambiente tan complicado y diferente, y para el mantenimiento de la línea normal de defensa, ponen al cliente en una situación de estrés; cuando ocurre una experiencia particular en la UCIN, el estrés paterno es de intensidad moderada (promedio 3.1), mientras que el estrés total del ambiente es menor (promedio 2.57), ya que estos estresores no ocurren con gran frecuencia. Estos hallazgos coinciden con Miles y cols.(1991, 1993), que obtuvieron valores similares en ambas mediciones (3.1 y 2; 3.1 y 2.6, respectivamente).

El aspecto y los sonidos de la unidad es un estresor extrapersonal moderado (promedio 2.96), valor ligeramente más alto a lo reportado por otros (de 2.5 a 2.7) (Miles y cols., 1991, 1992, 1993). El principal estresor de esta subescala resulta ser la *presencia de monitores y equipo*, como experiencia moderadamente estresante ($M=3.05$), similar a un estudio anterior (promedio de 2.8) (Miles et al., 1993). El hecho de que estos valores sean escasamente diferentes a los del presente estudio puede ser atribuido a que en las unidades

estadounidenses se explica el equipo a los padres una vez que su hijo es admitido a la unidad (Heuer, 1993).

Miles reporta que la subescala de apariciencia y conducta del niño resulta moderadamente estresante (Miles et al., 1991, 1992). Los resultados del presente son consistentes con esto (promedio 3.1), dado que se encontró que a menor edad gestacional de su hijo, el padre experimenta un mayor grado de estrés ($p=0.007$). En otros estudios esta subescala se califica como poco estresante (Miles et al. 1992; Heuer, 1993). Los contrastes entre estos resultados pueden deberse a los esfuerzos de enfermería por reducir los estresores comunes que los padres han identificado en estudios anteriores (Heuer, 1993). Los principales estresores extrapersonales, como son *tubos y equipo en o cerca de mi bebé*, y *agujas y tubos puestos en mi bebé* se califican como moderadamente estresantes y son ratificados por los puntajes promedio obtenidos en una investigación anterior (3.3 y 3.6) (Miles et al., 1993). Del mismo modo Heuer (1993), reporta estos dos ítems como los más estresantes para su población.

La estructura básica del sujeto tiene cierta influencia en el nivel de estrés experimentado por los padres en esta subescala de apariciencia y conducta del niño (valor explicativo 35.3 por ciento); para esta población, a mayor escolaridad, se reporta un mayor nivel de estrés ($p=0.009$). Esto puede explicarse porque los años de estudio no proveen necesariamente al sujeto de recursos para enfrentar mejor una enfermedad crítica. Pero sí le permite identificar la severidad y los riesgos de la misma.

Cuando el neonato es admitido a una unidad, es separado de sus padres, obligándolos a confiar ciegamente en el personal (Kenner, 1990); pueden sentirse forzados a renunciar a una posición de control (Steele, 1987), muchas veces se sientan a un lado y raramente se les piden sus opiniones (Miles et al.,

1984); como consecuencia de ello, el sistema del padre o la madre es amenazado en su estabilidad (Neuman, 1995) y puede sobrevenir un conflicto en su rol. En este estudio, y corroborado por la literatura, los estresores interpersonales de relaciones y rol de padres muestran el nivel de estrés más alto de todas las subescalas (promedio 3.70). Lo mismo ocurre con los valores reportados por otros autores (intervalo de 2.96 a 3.6) en los niveles promedio de estrés (Miles et al., 1991,1992,1993; Heuer, 1993). Entre los ítem calificados como más altos, reportados por Miles y cols. (1993), el *estar separado de mi bebé* es señalado como una experiencia muy estresante para los padres (promedio 4.1), valor similar al obtenido en esta población (promedio 4). Kenner (1990) ratifica lo anterior cuando señala que la separación es asustante para cualquiera, pero especialmente para los padres a quienes se les ha anticipado una ocasión feliz y disfrutable.

Otros de los estresores extrapersonales son los determinados por la comunicación y las relaciones con el personal. Esta subescala tiene los valores promedio de estrés más bajos de las cuatro subescalas (promedio 2.55) significando estrés poco a moderado. Los resultados son variables en la literatura puesto que mientras unos los reportan moderadamente estresantes (Miles et al., 1989,1991;Curley citado por Heuer, 1993), otros los encuentran como el área de menor estrés y hasta no estresantes (Heuer, 1993). Existe la posibilidad de que estos resultados difieran por la capacidad de las enfermeras de algunas unidades para pasar más tiempo con los padres (Heuer, 1993); sin embargo, en las unidades del estudio se cree que estas experiencias resultaron poco estresantes porque en realidad las relaciones del personal de enfermería con los padres es mínima o nula. De acuerdo con Griffin (1990), las enfermeras son enseñadas a valorar la organización y la eficiencia en ellas y en sus colegas; el sistema se enfoca en la habilidad técnica y premia su

alcance, en cambio, las necesidades de los padres no son tan premiadas. El personal no tiene o no busca el tiempo necesario para proporcionar cuidado enfocado a los padres porque está muy ocupado en salvar la vida del niño (Miles et al., 1989). De esta manera, las acciones de enfermería pueden crear una barrera interpersonal de comunicación (Kenner, 1990).

En este estudio, el principal estresor interpersonal con respecto a comunicación y relaciones con el personal, aunque con valor bajo, es el de *no hablan conmigo lo suficiente*. Diez por ciento de los padres lo calificaron como extremadamente estresante. Esto coincide con lo referido por Schrey y Schrey (1994), padres de un neonato en UCIN, que mencionan: "Necesitan hablar con nosotros. Ahora. Hablen con nosotros. Cada minuto de conjeturas y de tratar de leer su cara parece una eternidad. Es una tortura. Aún si no están seguros todavía, necesitamos que hablen con nosotros, no enfrente de nosotros. Eso construye la confianza. Nos ayuda a ajustarnos a lo imposible de creer".

De acuerdo con Neuman (1995), la estructura básica o central de los padres, consiste de factores básicos comunes para sobrevivir, características físicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales que se convierten en sus recursos de energía, fortalezas o debilidades como líneas de resistencia que apoyan a la propia estructura básica y protegen la integridad del sistema. Las diferencias en el estrés percibido por una experiencia dada en la UCIN (Métrica 1) en la comunicación y relaciones con el personal, dependen de estos recursos de energía y características únicas del sujeto. En este caso los casados se estresan menos que los solteros ($p=0.001$) y los que viven en unión libre ($p=0.04$); los comerciantes se estresan más que los empleados y obreros ($p=0.009$) y, los jóvenes se estresan más que los maduros ($p=0.02$). Estos estresores tienen un valor explicativo del 24.95 por ciento del estrés total de la escala ($p=0.02$).

Tomando en cuenta la medición del estrés total del ambiente de comunicación y relaciones con el personal de la UCIN (Métrica 2), dos de las variables que influyen en la intensidad del estrés percibido por los padres ($p=0.01$), muestran comportamientos similares: el estado civil ($p=0.002$) y la ocupación ($p=0.38$). Además, se determina la variable escolaridad: a mayor escolaridad mayor estrés ($p=0.009$); y la variable de sexo: los padres se estresan ligeramente más que las madres ($p=0.002$). Este último hallazgo significativo difiere de lo encontrado por otros autores (Riddle et al., 1989; Miles et al., 1984), donde se comenta que aunque la experiencia es estresante para ambos grupos, las madres tuvieron un promedio significativamente mayor que los padres. No obstante, Heuer (1993), encuentra que los padres califican la experiencia general del cuidado intensivo como más estresante que las madres.

De lo anterior se puede deducir que en general, el número de enfrentamientos previos con estresores, proporcionan mayores recursos de energía a los padres a través del tiempo. Con respecto al estado civil, como lo menciona Kenner (1994), la presencia de una pareja que apoye al padre o madre durante estos momentos, ayuda a sobrellevar la experiencia; como lo comentan Schrey y Schrey (1994), la pareja tiende a comportarse como una unidad: "...Por favor, no nos separen como padres. Necesitamos el uno del otro. Necesitamos recargarnos en la fortaleza del otro. Necesitamos compartir esta pesadilla juntos. Separarnos sólo aumenta nuestro miedo. Sólo astilla las pocas habilidades de manejo que nos quedan ...".

Según la Guía de Salud (1988) Las ocupaciones que implican una responsabilidad muy fuerte, sobre todo que obliguen a cambios frecuentes de domicilio, horario o ambiente, hacen a las personas más propensas al estrés.

No se encontró literatura disponible para confrontar los hallazgos de escolaridad.

Ninguno de los factores del ambiente de la UCIN alcanzaron puntajes promedio dentro de la categoría de extremadamente estresantes. Esto coincide con todos los autores anteriormente referidos que han utilizado la escala, quienes además sugieren que este hallazgo puede ser atribuido al plan de muestreo: los padres fueron abordados para participar en el estudio sólo si no parecían estar especialmente estresados o la condición de su hijo estuviera relativamente estable en ese momento, y que el niño hubiera estado en la unidad por lo menos 24 horas. También puede contribuir a los puntajes moderados, la percepción de los padres de estar recibiendo buena calidad en el cuidado (Riddle et al., 1989).

Al responder a la pregunta abierta de algún estresor adicional, los padres se enfocaron principalmente a tres aspectos: el horario estricto, los costos, y la demanda de mayor información. Estas respuestas coinciden con Heuer (1993), cuya población de estudio se preocupa en primer lugar de las restricciones de la visita en la UCI, pues aunque exista la política de las 24 horas de visita, no hay un lugar para que los padres permanezcan, la visita se restringe en los reportes, en las admisiones, en las rondas y en los procedimientos críticos. En segundo lugar, la información inconsistente se reporta como otra preocupación. En este sentido Kenner (1990), señala la necesidad de información como la principal categoría de preocupaciones paternas en la UCIN. Por su parte Hickey y Rykerson (1992), reportan dentro de las diez necesidades básicas de los padres, la de recibir información frecuente y exacta, y la de estar con su hijo el mayor tiempo posible.

Schrey y Schrey (1994) comentan al respecto: "...¿Para qué son esas pruebas? ¿Qué piensan encontrar? Nos piden ayudar a nuestro niño; podemos oírlo

llorar detrás de esas puertas, y no tenemos una buena razón del por qué. Por favor díganos por qué están haciendo esas cosas...recuerden que estamos tratando de aprender información compleja en un momento del tiempo de gran dolor e inversión emocional. Sean minuciosos pero simples. Díganoslo otra vez, quizás otra vez y otra vez, cuando podamos escuchar mejor. Probablemente tengamos miedo a preguntar, o a creer que sabemos y realmente no sabemos. No paren de explicarnos...".

Finalmente, con respecto a la escala, los coeficientes de confiabilidad (alfa de Cronbach) para este estudio (0.93 para la métrica 1 y de 0.93 para la métrica 2) tienen valores muy similares a los alcanzados por Miles y cols. (1993), tanto en cada una de sus subescalas como en la escala total (0.94 para la métrica 1 y de 0.89 para la métrica 2) .

5.1 Conclusiones

Los resultados de este estudio demuestran que en el ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales, los factores interpersonales influyen más que los intrapersonales en el nivel de estrés experimentado por los padres durante el internamiento de su hijo, lo que permite aceptar la hipótesis planteada en ese sentido.

Respecto a los estresores extrapersonales dados por la UCIN, estos muestran niveles moderados de estrés. No así los interpersonales, donde fluctúa entre los cuatro niveles, excepto extremadamente estresante (nivel cinco).

Para los padres la experiencia de tener a su hijo hospitalizado en la UCIN es muy estresante.

La *presencia de monitores y equipo* de la UCIN se identifica como el principal estresor extrapersonal para los padres en la subescala de **Aspecto y Sonidos de la Unidad**, y los *tubos y equipo en o cerca de mi bebé* y *tubos y agujas puestos en mi bebé* en la subescala de **Apariencia y Conducta del Niño**.

El principal estresor interpersonal dentro de la subescala de **Relación y Rol de Padres** es *estar separado de mi bebé*. Y dentro de la subescala **Comunicación y Relación con el Personal**, el principal estresor identificado es *no hablan conmigo lo suficiente*.

La Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (EEP:UCIN), es consistente. Para esta población presenta un coeficiente de confiabilidad bastante aceptable (alfa de Cronbach 0.93). Así también, el uso de las métricas 1 y 2 no presentó discrepancias importantes.

Uno de los estresores adicionales que reportan los padres se refiere al horario estricto de visita que prevalece en algunas instituciones del estudio, y a la demanda de mayor información sobre la condición de su hijo.

El estudio deja entrever aspectos demográficos del individuo que están asociados al estrés experimentado por los padres, en algunas de las subescalas, como son edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

El tipo de institución hospitalaria no tiene una influencia significativa para la experiencia del estrés de los padres cuando su hijo es hospitalizado en la UCIN.

El uso de los conceptos de *estresores extra e interpersonales* del Modelo de Sistemas de Neuman mediante la escala EEP:UCIN para el estudio del estrés paterno, permite abordar y comprender dicha problemática en instituciones de tercer nivel.

5.2 Recomendaciones

Es conveniente utilizar los conceptos aquí incluidos, y el resto del Modelo de Sistemas de Neuman para el estudio del fenómeno del estrés de los padres en UCIN.

En futuros estudios, ahondar sobre las preocupaciones, necesidades, y actitudes de los padres y de las enfermeras hacia su participación en el cuidado, así como sobre el efecto de las características individuales de los padres y el nivel de estrés que experimentan, tales como sexo, edad, escolaridad, ocupación, etc.

Realizar estudios para conocer la influencia de los factores del ambiente intrapersonal en la respuesta de estrés de los padres en las UCIN, durante el internamiento de su hijo.

Hacer una réplica del estudio, comparando las subescalas en muestras homogéneas y de mayor tamaño.

Utilizar la escala de estresores para padres de unidades de cuidados intensivos pediátricos. El criterio de análisis (métrica 1 o métrica 2) está sujeto a los intereses del investigador, ya que cada uno de ellos tiene un propósito diferente.

La UCIN debe ser reconocida como fuente potencial de estrés para los padres. Un paso importante es la evaluación crítica de la filosofía, las políticas y procedimientos que obstaculizan el involucramiento paternal (horarios de visita). Las enfermeras deben tomar decisiones basadas en las necesidades de los padres, no en inclinaciones personales o en rutinas hospitalarias. Es importante la provisión del personal adecuado para permitir a las enfermeras

tiempo y energía emocional para satisfacer las necesidades de los padres en la UCIN (Griffin, 1990).

Las enfermeras quizá no puedan eliminar el estrés paterno, pero pueden hacerlo manejable eliminando los estresores innecesarios y reduciendo el impacto de los estresores extrapersonales (Riddle et al., 1989). El involucrarse personalmente en actividades orientadoras sobre el aspecto, equipos y procedimientos comúnmente llevados a cabo en la unidad dirigido por la enfermera a los padres de todo paciente que ingresa, sin excepción, es el segundo paso para la resolución de la problemática.

Para incidir sobre los estresores interpersonales, la enfermera puede ayudar a los padres en la revisión y utilización de su rol paterno, mediante programas en los cuales estará siempre disponible para las situaciones que surjan durante el internamiento del bebé. Para ello se recomienda la realización estudios de intervención, como:

- 1) El *cuidado centrado en la familia*; denominación que se le ha dado a la filosofía de trabajo en la que los padres participan activamente en el cuidado de su hijo. Algunos cuidados de los padres realmente toman muy poco tiempo, como dar y clarificar información, anticipar y reconocer sus miedos, convertirse en una escuchadora activa, y abogar por ellos. La evolución de una relación terapéutica así, requiere de esfuerzo constante y de compromiso con el cuidado de los padres. Los efectos negativos pueden ser reducidos y hasta eliminados cuando se pone énfasis en proporcionar *cuidado neonatal centrado en la familia*. El resultado a largo plazo podría ser una interacción padres-hijo positiva y saludable, y una unidad familiar funcional, saludable (Kenner, 1990).
- 2) El llamado "*rooming in*" como complemento de lo anterior.-

consiste en el establecimiento de cuartos sencillos o dobles cerca de la unidad de cuneros para la estancia de los padres uno o dos días anteriores al alta. Una enfermera es asignada a cada familia (Hayward et al., 1988). Esta modalidad puede ser aplicada en las instituciones privadas.

3) *El Modelo de Participación Mutua en el Cuidado de Enfermería.*- es un marco recomendado que clarifica el rol de los padres, apoya su involucramiento en el cuidado del niño y aumenta la confianza paternal en la realización de su rol en el ambiente extraño de la UCIN. La relación enfermera paciente está caracterizada por un alto grado de empatía para el padre, relaciones de igualdad entre el padre o madre y la enfermera, y el compartimiento recíproco del conocimiento. Es decir: igual poder, independencia mutua y satisfacción mutua (Curley, 1993).

REFERENCIAS

- Adler D.C. Enfermería de Cuidados Intensivos. En: Shoemaker, Ayres, et al. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2a.ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana. p.1529. (1991).
- Bass S.L. What do parents need when their infant is a patient in the NICU?. Neonatal Network. 10(4): 25-33. (1991)
- Behrman, R.E. (Ed.).Neonatology. Diseases of the Fetus and Infant. U.S.A : The C.V.Mosby Company. p 121 (1973).
- Carter, M.C., Miles M.S. The parental stressor scale: pediatric intensive care unit. Maternal-Child Nursing Journal, 8 (3), pp 187-97.(1989).
- Clancy J., McVicar A. Subjectivity of stress. British Journal of Nursing., 2 (8), pp 410-7. (1993)
- Curley M. Caring for parents of critically ill children. Critical Care Medicine. 21(9) Suppl s386 (1993)
- Diaz del Castillo, J. Pediatría Perinatal (3a. ed.). México: Interamericana. (1988).
- DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Pierre Pichot, coordinador general. Edición Española. Editorial Missel. 4a Ed. España. (1995).
- Fawcett, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. [Análisis y evaluación de los modelos conceptuales de enfermería]. U.S.A.: FA Davis Company.(1984).
- García Vega, M. Impacto de la orientación proporcionada a padres de niños con enfermedad de membrana hialina. Tesis inédita de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México. (1991).
- Gil, C.R. Asistencia Integral del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales por el personal de enfermería. [Memorias] Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional, Sonora, México. (1992).

- González A.G. y Laredo M.L. Propuesta sobre un modelo de atención de enfermería para el paciente prematuro al servicio de neonatología del Hospital Universitario. Tesis inédita de Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L., México. (1982).
- Goodfriend, M.S. Tratamiento de la vinculación reactiva del lactante en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Pediatrics (ed.esp.), 35 (1) pp 51-5. (1993).
- Griffin, T. Nurse barriers to parenting in the special care nursery. J Perinat Neonatal Nurs. 4(2): 56-67. (1990)
- Guía de Salud. Estrés. Todo para vencerlo. México: Vitalidad. (1988)
- Hall, J.E. y Reeding, W.B. Enfermería en Salud: Un Enfoque de Sistemas. México: Organización Panamericana de la Salud. (1990).
- Hayward E.A., Jones-Kelley S., Sikora M. Rooming in: A preventative health care measure in the neonatal intensive care unit. Neonatal Network, 7(3) 29-34 (1988).
- Heuer, L. Parental stressors in a pediatric intensive care unit. Pediatric Nursing. 19(2): 128-131. (1993)
- Hickey A.P., Rykerson S. Caring for parents of critically ill infants and children. Family Issues in Critical Care. Critical Care Nursing Clinics of North America. 4(4):565-71. (1992)
- Huerta G.O., González G.B., Morales F.A, et al. Valoración de la relación enfermera paciente en algunos servicios de pediatría. [Memorias] Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Regional, México D. F. (1991).
- Ibarra Q.M. y Bernal M.B. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería según el proceso, en los diferentes servicios del departamento de pediatría. [Memorias] Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No.46, Gómez Palacio, Durango, México. (1992).
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México.(1994).
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario Estadístico del Estado de Nuevo Leon. México.(1995).

- Jacono J., Hicks G., Antonioni C, et al. Comparison of perceived needs of family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. Heart Lung. 19 : 72-8. (1990)
- Karchmerk, S. y Atkin L.C. Salud Mental y Salud Perinatal. En: L.C.Atkin, M.Arcelus, A.Fernández, K.Tolbert (Eds.), La Psicología en el Ambito Perinatal (pp.16-17). México: Instituto Nacional de Perinatología.(1988).
- Keith D.R. y Edwards J.M. Pediatric Intensive Care. Philadelphia : J.L.B.Lippincott company. (1975).
- Kenner, C. Caring for the NICU parent. J Perinat Neonatal Nurs. 4(3) : 78-87 (1990)
- Ley General de Salud Actualizada. Editorial Porrúa. (1994)
- Miles, S.M., Spicher Ch., Hassanein S.R. Maternal and paternal stress reactions when a child is hospitalized in a PICU. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 7 : 333-42. (1984)
- Miles S.M., Carter M.C., Riddle I., Hennessey J., Williams E.T. The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. Maternal-Child Nursing Journal. 18 (3) pp 199-206.(1989).
- Miles S.M., Carter M.C., Williams E.T., Hennessey J., Riddle I.I. Toward an understanding of parent stress in the pediatric intensive care unit: overview of the program of research. Maternal-Child Nursing Journal, 18 (3) p 181-5.(1989).
- Miles S.M., Funk S.G., Kasper M.A. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. ACCN Clin Issues Crit Care Nurs 2 (2), pp346-54 (1991).
- Miles S.M., Funk S.G., Kasper M.A. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. Research in Nursing and Health 15, pp 261-9 (1992).
- Miles S.M., Funk S.G., Carlson J. Parental stressor scale: neonatal intensive care unit. Nursing Research, 42 (3), pp 148-52. (1993).
- Neuman B. The Neuman Systems Model. En Parker M. (Ed.) Theory for Practice. (pp 257). U.S.A.: National League for Nursing.(1990).

- Neuman B. The Neuman Systems Model . En: Neuman B., Systems and Nursing: Conceptualization of the Neuman Systems Model. (pp 17-22).(1980).
- Neuman B. The Neuman Systems Model . En Neuman B. (Ed.) 3a.ed. EUA: Appleton & Lange. (1995)
- Polit, D. Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4a.ed. México: Interamericana. (1991)
- Plascencia C.D., Moreno S.A., Ramirez, et al. Mortalidad neonatal: causas y promedio de vida en el Hospital General de Zona No. 1. [Memorias] instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes. (1992).
- Riddle I.I., Hennessey J., Eberl, T.W. et al. Stressors in the perceived mothers and fathers. Maternal-Child Nursing Journal. 18(3):221-234.(1989)
- Roberts, KD, Edwards MJ. The Patient's Family. Pediatric Intensive Care. 2a.ed. Philadelphia: Lippincot Company. (1975)
- Salvage, J. y Turner C. Brief abstracts: The Neuman Model use in England. En Neuman B., Systems and Nursing: conceptualization of the Neuman system model. pp.445. (1989)
- Schrey Ch., Schrey, M. A Parents' perspective. Our needs and our message . Critical Care Nursing Clinics of North America, 6 (1):113-9. (1994)
- Steele H.K. Caring for parents of critically ill neonates during hospitalization: Strategies for health care professionals. Maternal-Child Nursing Journal 16 (1): 13-27. (1987)
- Udaeta, E. Vida y Muerte en la UCIN En L.C.Atkin, M.Arcelus, A.Fernández, K.Tolbert (Eds.), La Psicología en el Ambito Perinatal. México: Instituto Nacional de Perinatología. pp 229-46. (1988).
- Wallace, Barnhill. Problemas Psicológicos de los Pacientes, las Familias y los Profesionales de la Salud. En: Shoemaker, Ayres, et al. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2a.ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana. p.1520. (1991).
- Whaley y Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica. México: Interamericana. (1988).

Wilson S.H., Kneisl R. Psychiatric Nursing. 2a.ed. E:U:A: Addison Wesley Publishing Company. (1985).

Wong, L. Donna. Enfermería Pediátrica. 4a.Ed. España: Mosby/Doyma Libros. . (1995)

APÉNDICES

APENDICE A

ESCALA PARA ESTRES DE PADRES EN UCIN

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POSGRADO

ESCALA DE ESTRES EN PADRES:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

INVESTIGADOR:

LIC. ENF. LUXANA REYNAGA ORNELAS

MONTERREY, N.L. JUL-DIC 1995.



[Handwritten signature]
MEMBRO DE LA COMISION

INTRODUCCION

Las enfermeras y otras personas que trabajan en las unidades de cuidado intensivo neonatal están interesadas en como este ambiente y experiencia afecta a los padres. La unidad de cuidados intensivos es la habitación donde su bebé está recibiendo cuidados. Algunas veces nosotros la llamamos de una manera más corta como UCIN. Nos gustaría saber sus experiencias como padre cuyo hijo está actualmente en la UCIN.

Este cuestionario enlista varias experiencias que otros padres han reportado como estresantes cuando sus hijos estuvieron en la UCIN. Nos gustaría que usted nos indicara lo estresante que cada uno de los ítem enlistados abajo han sido para usted. Si usted no ha tenido la experiencia, puede indicarlo circulando N/A, que significa que "no ha tenido la experiencia" en este aspecto de la UCIN.

Es importante señalar que como estresante, nos referimos a aquella experiencia que la ha causado sentirse ansioso, alterado, o tenso.

Después de conocer lo anterior, si acepta contestar este cuestionario, favor de firmar sobre la siguiente línea

En el cuestionario, circule solamente el número que exprese mejor lo estresante que cada experiencia ha sido para usted desde la admisión de su hijo. Los números indican los siguientes niveles de estres:

- 1 = No estresante (la experiencia no le causó sentirse alterado, tenso, o ansioso)
- 2 = Un poco estresante
- 3 = Moderadamente estresante
- 4 = Muy estresante
- 5 = Extremadamente estresante (la experiencia le causó sentirse alterado, tenso, o ansioso)

Recuerde que si no ha tenido la experiencia, favor de circular N/A "no aplicable"

Ejemplo

Ahora tomaremos un ejemplo: El brillo de las luces de la UCIN.

Si por ejemplo usted sintió que el brillo de las luces en la unidad de cuidados intensivos neonatales es extremadamente estresante para usted, circule el no.5 de abajo:

N/A 1 2 3 4 5

Si usted sintió que las luces no le estresaron en lo absoluto, circule el no.1 de abajo:

N/A 1 2 3 4 5

Si las luces no estaban prendidas cuando usted visitó la unidad, usted circulará N/A

N/A 1 2 3 4 5



ASPECTO Y SONIDOS DE LA UNIDAD

1.La presencia de monitores y equipo	N/A	1	2	3	4	5
2.El ruido constante de monitores y equipo	N/A	1	2	3	4	5
3.El sonido repentino de alarmas de monitor	N/A	1	2	3	4	5
4.Los otros bebés enfermos en la unidad	N/A	1	2	3	4	5
5.El gran número de gente trabajando en la unidad	N/A	1	2	3	4	5
6.Tener una máquina (respirador) respirando por mi bebé	N/A	1	2	3	4	5

APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO

1.Tubos y equipo en, o cerca de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
2.Heridas, cortadas o incisiones en mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
3.El color inusual de mi bebé (por ejemplo pálido o amarillento)	N/A	1	2	3	4	5
4.Los patrones respiratorios inusuales de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
5.El tamaño tan pequeño de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
6.La apariencia arrugada de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
7.Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
8. Que mi bebé sea alimentado por una línea o tubo intravenoso	N/A	1	2	3	4	5
9.Cuando mi bebé parece tener dolor	N/A	1	2	3	4	5
10.Cuando mi bebé se ve triste	N/A	1	2	3	4	5
11.La apariencia debil y móvil de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
12.Movimientos irregulares e inquietos de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
13. Que mi bebé no pueda llorar como otros bebes	N/A	1	2	3	4	5



[Handwritten signature]
COMISION DE CALIFICACION

RELACION CON EL NIÑO Y PAPEL DE PADRES

1. Estar separado de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
2. No alimentarlo personalmente	N/A	1	2	3	4	5
3. No poder cuidarlo personalmente (por ejemplo cambio de pañal, o baño)	N/A	1	2	3	4	5
4. No poder cargar a mi bebé cuando quiero	N/A	1	2	3	4	5
5. Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procedimientos dolorosos	N/A	1	2	3	4	5
6. Sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo	N/A	1	2	3	4	5
7. No poder estar a solas con mi bebé	N/A	1	2	3	4	5

CONDUCTA Y COMUNICACION CON EL PERSONAL

1. El personal explica las cosas muy rápido	N/A	1	2	3	4	5
2. El personal utiliza palabras que no entiendo	N/A	1	2	3	4	5
3. Me dicen cosas diferentes (conflictivas) acerca de la condición de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
4. No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que se hacen a mi bebé	N/A	1	2	3	4	5
5. No hablan conmigo lo suficiente	N/A	1	2	3	4	5
6. Habla conmigo mucha gente diferente (doctores, enfermeras, otros)	N/A	1	2	3	4	5
7. Dificultad para obtener información o ayuda cuando visito o telefono a la unidad	N/A	1	2	3	4	5
8. No me siento seguro de que me van a informar acerca de los cambios en la condición de mi bebé	N/A	1	2	3	4	5



9.El personal se ve preocupado por mi bebé N/A 1 2 3 4 5

10.El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca N/A 1 2 3 4 5

11.El personal actúa como si no entendiera la conducta de mi bebé o sus necesidades especiales N/A 1 2 3 4 5

Usando el mismo tipo de escala, indique para usted, qué tan estresante ha sido en general, la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCIN

N/A 1 2 3 4 5

Gracias por su ayuda. Ahora, si hay cualquier cosa más que haya sido estresante para usted durante el tiempo en que su bebé ha estado en la unidad de cuidados intensivos, utilice el reverso de la hoja para discutirlo.



APENDICE B

PERMISO PARA UTILIZAR EL INSTRUMENTO

PERMISSION TO USE RESEARCH INSTRUMENT

To: Lic. LUXANA REYNAGA ORNELAS

Ciudad de Monterrey, Nuevo León, México.

Autlán #365 - "D". Colonia Mitras Sur. c.p. 64020 (no telephone number

(GIVE COMPLETE ADDRESS)

(from the school of nursing, at Universidad Autónoma de Nuevo León)

(PHONE NUMBERS)

(918)348 18 47. Fax no.(918)3488943

From: Margaret S. Miles, RN, PhD, FAAN
Professor, Department of Women and Children's Health
School of Nursing, CB 7460, Carrington Hall
The University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, NC 27599-7460

RE use of instrument named below:

PSS: NICCA

_____ I hereby give my permission for you to copy (or retype) my instrument for use in your research. This permission is valid only for the study named in your letter.

_____ I request that you send me an abstract or complete copy of the results of your study when completed.

_____ I request that you send me a copy of the raw data (the completed instruments) along with selected demographic data on each subject upon completion of the study. This data will be used solely for purposes of further evaluation of the psychometric properties of the instrument. Any publications resulting from this psychometric analysis will not include your name in the publication unless this has been negotiated.

_____ I am not able to release the above instrument for public use at this time as we have not completed the development of the tool.

Margaret S Miles
Margaret S. Miles

I agree to the above conditions for use of the instrument:

[Signature]
Signature of investigator

... Date March 5, 1996.

Please sign, make a copy, and return original to me before proceeding with your research. Thank you.

APENDICE C

AUTORIZACION DE LA INSTITUCION



LIC. LUXANA REYNAGA ORNELAS
Secretaría de PostGrado
Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.
PRESENTE.-

Lic. Reynaga Ornelas:

Se le comunica que el Comité de Investigación ha aprobado su protocolo de investigación titulado:

“ESTRES DE PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”

Esta SubDirección enviará su registro ante la Secretaría de Salud para su trámite legal. Estamos seguros de que usted como responsable del proyecto, salvaguardará los derechos y el bienestar de los pacientes involucrados.

Su proyecto quedó registrado en esta Secretaría con la clave EF95-035. Este número es necesario para la autorización de los servicios de apoyo a la investigación.

Atentamente.-
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, N.L., 13 de julio de 1995


DR. JUAN MONTES VILLARREAL
Secretario de Investigación.



SUBDIRECCION DE INVESTIGACION
Y ESTUDIOS DE POSTGRADO

APENDICE D

PROGRAMA DE CAPTURA DE DATOS

PROGRAMA DE CAPTURA DE DATOS

```
data estres; /* C:\SAS\ASESORES\LUXANA1.SAS */
infile 'estres1.dat' lrecl = 150;
options nodate pagesize = 65;
title 'Investigacion de la Lic. Luxana Reynaga Ornelas';
title2 ' Estres de Padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales';
input x01 - x55 ;
label
  x01 = 'No de encuesta'
  x02 = 'Hospital'
  x03 = 'Edad en años'
  x04 = 'Sexo'
  x05 = 'Estado civil'
  x06 = 'Religion'
  x07 = 'Escolaridad'
  x08 = 'Ocupacion'
  x09 = 'Tipo de parto'
  x10 = 'No de hijo'
  x11 = 'Edad gestacional'
  x12 = 'Peso al nacer'
  x13 = 'Peso actual'
  x14 = 'Diagnostico medico'
  x15 = 'Dias de hospitalizacion'
  x16 = 'Habia tenido otro hijo en UCIN?'
  x17 = 'Los costos de hospitalizacion del niño seran cubiertos por:?' ;
IF X18 EQ 0 THEN S1X18 = .; IF X18 NE 0 THEN S1X18 = X18;
IF X19 EQ 0 THEN S1X19 = .; IF X19 NE 0 THEN S1X19 = X19;
IF X20 EQ 0 THEN S1X20 = .; IF X20 NE 0 THEN S1X20 = X20;
IF X21 EQ 0 THEN S1X21 = .; IF X21 NE 0 THEN S1X21 = X21;
IF X22 EQ 0 THEN S1X22 = .; IF X22 NE 0 THEN S1X22 = X22;
IF X23 EQ 0 THEN S1X23 = .; IF X23 NE 0 THEN S1X23 = X23;
IF X24 EQ 0 THEN S1X24 = .; IF X24 NE 0 THEN S1X24 = X24;
IF X25 EQ 0 THEN S1X25 = .; IF X25 NE 0 THEN S1X25 = X25;
IF X26 EQ 0 THEN S1X26 = .; IF X26 NE 0 THEN S1X26 = X26;
IF X27 EQ 0 THEN S1X27 = .; IF X27 NE 0 THEN S1X27 = X27;
IF X28 EQ 0 THEN S1X28 = .; IF X28 NE 0 THEN S1X28 = X28;
IF X29 EQ 0 THEN S1X29 = .; IF X29 NE 0 THEN S1X29 = X29;
IF X30 EQ 0 THEN S1X30 = .; IF X30 NE 0 THEN S1X30 = X30;
```

```

IF X31 EQ 0 THEN S1X31 = .; IF X31 NE 0 THEN S1X31 = X31;
IF X32 EQ 0 THEN S1X32 = .; IF X32 NE 0 THEN S1X32 = X32;
IF X33 EQ 0 THEN S1X33 = .; IF X33 NE 0 THEN S1X33 = X33;
IF X34 EQ 0 THEN S1X34 = .; IF X34 NE 0 THEN S1X34 = X34;
IF X35 EQ 0 THEN S1X35 = .; IF X35 NE 0 THEN S1X35 = X35;
IF X36 EQ 0 THEN S1X36 = .; IF X36 NE 0 THEN S1X36 = X36;
IF X37 EQ 0 THEN S1X37 = .; IF X37 NE 0 THEN S1X37 = X37;
IF X38 EQ 0 THEN S1X38 = .; IF X38 NE 0 THEN S1X38 = X38;
IF X39 EQ 0 THEN S1X39 = .; IF X39 NE 0 THEN S1X39 = X39;
IF X40 EQ 0 THEN S1X40 = .; IF X40 NE 0 THEN S1X40 = X40;
IF X41 EQ 0 THEN S1X41 = .; IF X41 NE 0 THEN S1X41 = X41;
IF X42 EQ 0 THEN S1X42 = .; IF X42 NE 0 THEN S1X42 = X42;
IF X43 EQ 0 THEN S1X43 = .; IF X43 NE 0 THEN S1X43 = X43;
IF X44 EQ 0 THEN S1X44 = .; IF X44 NE 0 THEN S1X44 = X44;
IF X45 EQ 0 THEN S1X45 = .; IF X45 NE 0 THEN S1X45 = X45;
IF X46 EQ 0 THEN S1X46 = .; IF X46 NE 0 THEN S1X46 = X46;
IF X47 EQ 0 THEN S1X47 = .; IF X47 NE 0 THEN S1X47 = X47;
IF X48 EQ 0 THEN S1X48 = .; IF X48 NE 0 THEN S1X48 = X48;
IF X49 EQ 0 THEN S1X49 = .; IF X49 NE 0 THEN S1X49 = X49;
IF X50 EQ 0 THEN S1X50 = .; IF X50 NE 0 THEN S1X50 = X50;
IF X51 EQ 0 THEN S1X51 = .; IF X51 NE 0 THEN S1X51 = X51;
IF X52 EQ 0 THEN S1X52 = .; IF X52 NE 0 THEN S1X52 = X52;
IF X53 EQ 0 THEN S1X53 = .; IF X53 NE 0 THEN S1X53 = X53;
IF X54 EQ 0 THEN S1X54 = .; IF X54 NE 0 THEN S1X54 = X54;
IF X55 EQ 0 THEN S1X55 = .; IF X55 NE 0 THEN S1X55 = X55;
/* ***** */
/* DATOS DEL PADRE O LA MADRE:          X03 - X08 */
/* DATOS DEL NIÑO:                      X09 - X17 */
/* ASPECTO Y SONIDOS DE LA UNIDAD:      X18 - X23 */
/* APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO:     X24 - X36 */
/* RELACION CON EL NIÑO Y PAPEL DE PADRES: X37 - X43 */
/* CONDUCTA Y COMUNICACION CON EL PERSONAL: X44 - X54 */
/* ESTRES GENERAL: X55
/* ***** */

```

```

/*
N/A = No ha tenido la experiencia
1 = No estresante
2 = Un poco estresante
3 = Moderadamente estresante
4 = Muy estresante
5 = Extremadamente estresante
*/

```

APENDICE E

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Luxana Reynaga Ornelas

Candidato para el Grado de

Maestro en Enfermería con Especialidad en Materno Infantil: Pediatría

Tesis: ESTRES DE LOS PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en León, Guanajuato el 4 de Marzo de 1970, hija de Francisco Javier Reynaga García y María Guadalupe Ornelas Gutiérrez.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de León de la Universidad de Guanajuato, grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en 1992, primer lugar en la generación. Egresado del curso post-básico de Cuidados Intensivos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en 1994, primer lugar en la generación.

Experiencia Profesional: Asistente de investigación en el Instituto de Investigación sobre el Trabajo de la Universidad de Guanajuato durante el segundo semestre de 1992 y el primer semestre de 1993. Enfermera general en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Mugerza de Monterrey, por un periodo de 8 meses hasta Enero de 1995.

