



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS  
HOSPITALIZADOS EN UNIDADES CRÍTICAS  
PEDIÁTRICAS Y NEONATALES**

**Autores:** DAZA SEPÚLVEDA JENIFER ALEJANDRA

SILVA PACHECO PATRICIA ALEJANDRA.

**Prof. Guía:** Mg. Astudillo Araya Ángela Andrea

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**CHILLÁN 2017**



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por guiar nuestro camino y nuestro actuar. También agradecer a nuestras familias por contenernos, motivarnos y apoyarnos durante este proceso, de igual manera destacar el apoyo de los docentes Sr. José Leiva Caro y la Sra. Carmen Mendoza Muñoz, gracias por guiar el principio de este estudio y enseñarnos el valor de la investigación en el área de la enfermería. A nuestra docente guía, Sra. Ángela Astudillo Araya, infinitas gracias por su paciencia, dedicación y motivación brindada a nosotras durante estos meses, agradecemos a usted por cada observación, cada crítica y cada palabra de aliento que hicieron empoderarnos de nuestra investigación y valorarla cada día más. Agradecer al Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, en especial al Servicio de Pediatría y Neonatología y sus unidades críticas, por brindarnos la oportunidad de poder realizar nuestra investigación en sus dependencias. Al Sr. Echeverría por recibirnos en el COP cordialmente cada día y alentarnos siempre. Por último, nuestro infinito agradecimiento a cada padre y madre que participó voluntariamente en este estudio, por compartir su experiencia y darnos su confianza para poder realizar la presente investigación.

A todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento.

## DEDICATORIAS

Primeramente, dedicar este estudio a Dios por jamás soltarme, porque frente a cada adversidad Él me ha ayudado y bendecido. A mi familia, a mis padres por cada esfuerzo que han realizado para siempre darnos lo mejor a mis hermanos y a mí, por educarme con valores y darme las herramientas para ser una mujer de bien, sepan lo orgullosa que me siento de ser su hija. A mis hermanos, compañeros de mi vida en las buenas y las malas. A mi Cristóbal, que desde lejos ha sido mi motor y mi mayor motivación. A mi pololo por su apoyo, consejos y palabras de ánimo, por su cariño infinito en estos meses de arduo trabajo, por contenerme e impulsarme a sacar lo mejor de mí.

Jenifer Daza Sepúlveda.

Mi tesis la dedico de manera especial a mi madre, que ha sido un pilar fundamental en mi camino universitario y me ha permitido llegar a esta instancia, con su apoyo incondicional y paciencia. A mi padre, abuelo y hermanos, por su apoyo y cariño. A mis hijas Sofía y Valentina que son mi motivación y mi vida. Les agradezco a todos el sacrificio y esfuerzo que han hecho por mí. Quiero que sepan que este logro también es de ustedes.

A todas mis tías que siempre se han preocupado por mí, me han motivado, y han puesto toda su confianza en que terminara mi carrera, a todos mis familiares y a todos quienes me apoyaron y creyeron en mi a lo largo de estos años.

Patricia Silva Pacheco.

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad y la hospitalización son a menudo eventos críticos a los que se enfrenta un niño, la reacción de estrés en toda la familia es común después de una enfermedad o una estancia hospitalaria grave. A pesar de que es el hijo el que está enfermo, toda la familia puede verse afectada. **Objetivo:** Determinar el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Se estudió una muestra de 41 padres en las unidades críticas pediátricas y neonatales del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, que cumplieron con criterios de elegibilidad y que se encontraron presentes durante mayo de 2017. Se aplicó un cuestionario de caracterización y la versión en español de la escala de estrés parental adaptada por Polaino-Lorente y Ochoa. Los datos fueron procesados con SPSS 15.0, realizando pruebas t-student y ANOVA. **Resultados:** El nivel de estrés de los padres es mayor durante la primera semana de hospitalización del niño en los ámbitos de información recibida por parte del personal de salud y la alteración del rol de padres, siendo ambas altamente significativas. En relación al puntaje global de estrés, el 48,8% clasificó el grado de estrés como extremadamente estresante; 29,3% muy estresante; 12,2% moderadamente estresante; y los demás poco y nada estresante. **Conclusión:** Tener un hijo hospitalizado en unidades críticas resulta extremadamente estresante para los padres.

**Palabras clave:** Estrés parental, enfermería neonatal, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Enfermeras Pediátricas, Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

## ABSTRACT

**Introduction:** The illness and the hospitalization are critical events for a child to experience. It is common that the whole family experience a stress reaction after a severe disease or a hospitalization. Even though, the child is the only sick person in the family, the whole family can be affected. **Aim:** The purpose of this research is to determine the level of stress in parents whose children has been hospitalized in neonatal and pediatric critical care unit. **Methodology:** It is a quantitative, descriptive and a cross sectional study. The corpus consist of 41 parents, whose children were hospitalized in neonatal and pediatric critical care unit of Hospital Clínico Herminda Martín in Chillán city. The parents met all the requirements in order to be part of this research and they were present in the hospital during May, 2017. They answered a questionnaire of characterization and the Spanish version of parental stress scale, adapted by Polaino-Lorente & Ochoa. The data was processed using SPSS 15.0, taking t-student test and ANOVA. **Results:** The highest stress level in parents occurs during the first week of the child hospitalization and, It is because of the information they receive from the healthcare staff and because of the alteration in parental role, both of them are highly significant. According to the global stress score, 48,8% reached an extreme stress level; 29,3% were very stressed; 12,2% were moderately stressed; 7,3% reached low stress levels and 2,4% were not stressed at all. **Conclusion:** Having a child hospitalized in neonatal or pediatric critical care unit shows to be extremely stressing for parents.

**Keywords:** Parental stress; Neonatal nursing; Intensive Care Units, Neonatal; Pediatric Nurse; Pediatric Intensive Care Unit.

## ÍNDICE

1.1	ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS.....	10
1.2	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	16
1.4	PROBLEMATIZACIÓN.....	17
1.5	MARCO TEÓRICO.....	17
1.5.1	<i>MODELO Y TEORISTA</i> .....	23
<i>Fig. 1.</i>	.....	26
1.6	MARCO EMPÍRICO.....	27
1.7	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	33
1.7.1	<i>General:</i> .....	33
1.7.2	<i>Específicos:</i> .....	33
<b>II.</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>34</b>
2.1	TIPO DE DISEÑO.....	34
2.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	34
2.3	MUESTRA .....	34
2.4	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	34
2.5	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD .....	34
2.5.1	<i>Inclusión:</i> .....	34
2.5.2	<i>EXCLUSIÓN</i> .....	35
2.6	LISTADO DE VARIABLES.....	35
2.6.1	<i>Variable de estudio</i> .....	35
2.6.2	<i>Variables sociodemográficas del padre o madre:</i> .....	35
2.6.3	<i>Variables en relación al niño y su hospitalización actual</i> .....	35
2.7	DESCRIPCION INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	36
2.7.1	<i>Cuestionario de caracterización de la muestra.</i> .....	36
2.7.2	<i>Escala de estrés parental.</i> .....	36

2.8	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	38
2.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
2.10	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	39
<b>III.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
	<i>Tabla 1-A. Distribución de los padres participantes del estudio según sus características sociodemográficas (sigue).....</i>	<i>40</i>
	<i>Tabla 1-B. Distribución de los padres participantes del estudio según sus características sociodemográficas (continuación).....</i>	<i>41</i>
	<i>Tabla 2-A. Distribución de los padres participantes del estudio según las características de sus hijos y la hospitalización actual .....</i>	<i>42</i>
	<i>Tabla 2-B. Distribución de los padres participantes del estudio según las características de sus hijos y la hospitalización actual (continuación) .....</i>	<i>43</i>
	<i>Tabla 3. Medidas de resumen del puntaje que evalúa estrés parental según número de hijos de los padres participantes del estudio.....</i>	<i>44</i>
	<i>Tabla 4. Medidas de resumen del puntaje que evalúa estrés parental según número de días de hospitalización. ....</i>	<i>45</i>
	<i>Tabla 5. Medidas de resumen del puntaje que evalúa estrés parental según constructo .....</i>	<i>45</i>
	<i>Tabla 6. Frecuencia según puntaje global de estrés parental .....</i>	<i>46</i>
<b>IV.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>47</b>
4.1	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	47
4.2	LIMITACIONES .....	54
4.3	SUGERENCIAS.....	54
4.4	CONCLUSIONES .....	55
<b>V.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>57</b>
<b>VI.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>



ANEXO 1: MATRIZ DE VARIABLES:.....	65
ANEXO 2: SOLICITUD DE AUTORIZACION. ....	67
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA. ....	69
ANEXO 4: PARENTAL STRESSOR SCALE (ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL, PSS).....	71
(M.C: CARTER Y M.S. MILES, 1982) .....	71
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO.....	76

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS

Desde hace muchos años se cree que durante las hospitalizaciones es fundamental curar la enfermedad sin importar el método, ya sea con fármacos o intervenciones quirúrgicas teniendo como única perspectiva la de sanar la enfermedad, sin tener en cuenta las repercusiones psicológicas que las hospitalizaciones en sí provocan en el paciente y su familia, dejando de lado condiciones de bienestar, sin considerarlas durante el proceso de hospitalización <sup>(1)</sup>.

En Chile, durante el año 2013 se registraron 263.996 egresos hospitalarios de niños entre 0 y 14 años por diversas causas <sup>(2)</sup>. El panorama es similar en la región del Bío Bío con 34.713 egresos hospitalarios de niños <sup>(2)</sup>. Siguiendo la tendencia, Chillán, específicamente el Hospital Clínico Herminda Martín, presentó en el año 2013 un total de 2.882 egresos hospitalarios de niños entre 0 y 14 años <sup>(2)</sup>. De esta cantidad, se registraron 148 niños en la unidad de cuidados intensivos de neonatología y 140 correspondientes a la unidad de cuidados intensivos de pediatría <sup>(2)</sup>. Al año 2016, estas cifras se mantienen similares, registrándose en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán 939 egresos, de los cuales 139 corresponden a la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), 144 a la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP), 284 correspondientes a la unidad de tratamiento intermedio (TIM) pediátrico y 372 egresos correspondieron a la unidad de cuidados intermedios neonatales.

La hospitalización de un niño integra 4 dimensiones que se relacionan entre sí. En primer lugar, se encuentra el niño enfermo junto a sus características propias, en segundo lugar, su familia, en tercer lugar, el equipo de salud y en último lugar el hospital. Estas cuatro dimensiones determinan la dinámica que representa la hospitalización infantil <sup>(3)</sup>. Por esta razón, el énfasis en la atención de los padres es un factor importante a considerar durante la estadía hospitalaria, ya que esta, causa una serie de repercusiones e impactos sobre ellos,

tanto psicológicas (ansiedad, estrés), físicas (alteraciones del sueño, relaciones sexuales), u ocupacionales (trabajo, profesión u oficios), que provocan grandes gastos económicos y sociales para la persona, la comunidad y el sistema familiar <sup>(4)</sup>.

Los padres, durante la hospitalización del niño, son propensos a distintos factores que causan el estrés, tales como: ruptura en las relaciones familiares, cambios de roles, problemas de comunicación, incertidumbre frente al diagnóstico médico y temor a la muerte, lo que provoca en ellos, sentimientos de culpa, miedo, nerviosismo, confusión e impotencia frente al sufrimiento. Así mismo, se ha observado la presencia de: desilusión, culpa, tristeza, hostilidad, enojo, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima, por parte de ellos <sup>(4)</sup>.

Estudios han señalado que un alto nivel de estrés parental posterior al nacimiento de un hijo prematuro puede afectar el vínculo madre/hijo y el establecimiento de un apego seguro. El estrés parental y los síntomas depresivos maternos han mostrado ser factores de riesgo para el futuro desarrollo social, conductual y funcional del recién nacido prematuro <sup>(5)</sup>.

La participación de los padres en las unidades críticas neonatales es sumamente escasa, con poco reconocimiento consciente por parte de los padres de éstos niños, por lo cual se denota más hacia el proceso de sufrimiento, lo que no deja de ser importante en un proceso humanizado de cuidado, sin embargo, estos mismos padres perciben la limitación de su participación como algo normalizado, lo ven como parte cotidiana de lo que acontece en la unidad neonatal, se asumen por debajo de la jerarquía hospitalaria y se adaptan a las reglas de una manera no empoderada y no se conciben a sí mismos como sujetos con posibilidades de emancipación y participación activa en el cuidado y decisiones concernientes a sus hijos internados <sup>(6)</sup>.

Ceriani, Cravedi, Rodríguez y Ruiz señalan que, durante el periodo inicial de hospitalización del recién nacido, existe un mayor nivel de estrés materno, en relación al comportamiento y la comunicación con el personal de la unidad de cuidados intensivos

neonatal <sup>(7)</sup>. El personal de Enfermería presenta un rol primordial en el proceso comunicativo, ya que posee el conocimiento necesario para efectuar su labor asistencial a través de los cuidados, logrando establecer mediante la comunicación una relación terapéutica, que enriquezca la atención del niño y el trato a los padres, desde una perspectiva humanizada <sup>(8)</sup>.

Es por ello que identificar los principales factores de riesgo asociados al estrés parental, puede resultar útil para realizar intervenciones tempranas focalizadas, que aporten a la visualización del problema y a la sensibilización por parte del personal de salud que asiste a los niños y sus familias las cuales en este proceso se encuentran altamente vulnerables <sup>(5)</sup>.

En relación a lo anteriormente expuesto, el estudio reúne esfuerzos para proporcionar información que permita conocer el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales y así contribuir a mejorar la atención de enfermería y la incorporación de las familias al cuidado de los niños.

## **1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA**

La enfermedad y la hospitalización son a menudo eventos críticos a los que se enfrenta un niño, la reacción de estrés en toda la familia es común después de una enfermedad, una lesión o una estancia hospitalaria grave. A pesar de que es el hijo el que está enfermo o lesionado, toda la familia puede verse afectada. De igual manera ocurre con el recién nacido prematuro por su situación de salud que requiere cuidados especiales en las unidades de cuidados intensivos neonatales, con hospitalizaciones largas que pueden durar días e incluso meses, y cuyas consecuencias pueden ser la disrupción de la relación padres-hijo, afectando su desarrollo físico y emocional <sup>(9)</sup>. El apoyo social que la familia pueda obtener durante el proceso de enfermedad del hijo y, sobre todo, a lo largo de la hospitalización, es

también un factor importante de cara a la reducción de alteraciones emocionales tanto en los padres como en los hijos <sup>(9)</sup>.

Estudios han indicado la presencia de estrés en padres y madres de niños hospitalizados en unidades críticas. Board y Ryan-Wenger de Estados Unidos, en su estudio titulado “Estrés y síntomas del estrés en madres con hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos” (2003) <sup>(11)</sup>, obtuvieron como resultado que el 90% de las madres padecen estrés durante la hospitalización de sus hijos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, y de ellas el 100% manifestó que la situación que mayor estrés les provocaba era el ver las punciones en sus hijos <sup>(10)</sup>. Las mismas autoras en 2002 en su estudio sobre los efectos a largo plazo de las hospitalizaciones en unidad de cuidados intensivos, percibieron que el funcionamiento de la familia era normal dentro de las primeras 24 horas de la hospitalización y disfuncional de 2 a 4 semanas después del alta. Algunas familias todavía estaban en el rango disfuncional 6 meses después del alta del niño. En el estudio “Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales” de Wormald, Tapia et al. (2015) <sup>(5)</sup>, participaron 12 unidades de neonatología de cuatro países (Argentina, Chile, Paraguay, Perú) que forman parte de la Red Neocosur. Se utilizó la versión validada en español de la escala de estrés parental, diseñada por Miles y Carter (1982). Se obtuvo como resultado que la situación que mayor estrés les provocaba era la alteración del rol parental, obteniendo el puntaje más alto dentro de las 3 subescalas. Dentro de este constructo, los ítems que puntuaron más alto fueron: estar separado de su hijo ( $4,2 \pm 1,1$ ), seguido de no poder alimentarlo ( $3,8 \pm 1,4$ ) y no ser capaz de protegerlo del dolor y de los procedimientos dolorosos ( $3,8 \pm 1,5$ ).

Por otro lado, los resultados de Ruiz A. (2005) <sup>(12)</sup>, reflejan que el ver a otros bebés enfermos en la unidad de cuidado intensivos representaban algún nivel de estrés para las madres. En el estudio “Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización” de Aguiñaga, Reynaga y Beltrán en México (2014) <sup>(13)</sup> el nivel de estrés percibido por los padres fue referido en cinco niveles, No estresante 24%, Poco

estresante 36%, Moderadamente estresante 25%, Muy estresante 10% y Extremadamente estresante 5%.

A nivel internacional, España desde el año 1999, instauró en sus UCIN el modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) que consiste en un sistema de cuidados que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a la familia, entendidos como una unidad, el cual ha generado reacciones positivas tanto para el paciente y su familia como para el personal de salud. Entre sus intervenciones se encuentran la lactancia materna, el método canguro, grupos de apoyo para padres, horarios de visitas de 24 horas en los casos que sea posible e integrar a los padres en los cuidados de sus hijos <sup>(14)</sup>.

En Chile, este tema ha generado interés en ser estudiado para progresar en este ámbito. En el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, la presencia de una psicóloga para acompañar a los padres y madres en el proceso de hospitalización de sus hijos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), ha generado una disminución en los niveles de estrés parental, así como también en las cifras de depresión post parto para las madres <sup>(15)</sup>.

Aunque es un gran avance que se quieran implementar estrategias para disminuir estos niveles de estrés en los padres en varias partes del mundo, lo cierto es que en Chile aun no es una situación aplicable en todas las unidades de cuidados intensivos, dado que se ha investigado y evaluado muy poco sobre este tipo de estrés en las UCIs pediátricas, sin embargo, si se ha evaluado en algunas UCIs neonatales del país, mayoritariamente en el servicio privado. Ejemplo de esto es que en la Clínica Las Condes hace 18 meses miden la satisfacción usuaria de las familias de adultos y niños hospitalizados en unidades críticas, lo que ya ha arrojado resultados, siendo los más relevantes la insatisfacción con el personal en cuanto a su falta de presentación y atención al momento de hablar con la familia, lo que llevó a tomar medidas, resultando la más efectiva la creación de un video donde cada funcionario y profesional de todos los servicios se presenta, indicando nombre, profesión y

cargo dentro del equipo de salud de la unidad, dicho video es difundido en cada televisor dentro de la sala de espera. A su vez el Hospital Clínico de la Universidad Católica (red salud UC CHRISTUS) tras años de investigación acerca de la hospitalización del paciente crítico y el impacto de esta situación en sus familias llegaron a la conclusión que esta conmoción es muchas veces mayor para los familiares que para el paciente, que ven a su ser querido luchando por su vida y a ellos mismos dejando de lado muchos aspectos de su vida en pro del cuidado de su familiar afectado. Es por ello que dicho recinto de salud comenzó el “proyecto de humanización” que tiene por objetivo el perfeccionamiento del equipo de salud para brindar un cuidado humanizado al paciente y a su familia. En este proyecto la líder es una enfermera encargada de humanización, quien educa y supervisa a otras enfermeras en el trato a las familias, para que así estas se sientan más acogidas y más participes en la recuperación de sus seres queridos. Actualmente el equipo de investigación del Hospital Clínico UC se encuentra validando una escala de necesidades para las familias de pacientes críticos adultos, pediátricos y neonatales <sup>(16)</sup>.

Por su parte el Ministerio de Salud (MINSAL) incorporó al Servicio de Salud Metropolitano a 2 psicólogas para educar y empoderar en el rol humanizador al médico y enfermera para que así ellos entreguen de mejor manera la información a las familias de los pacientes hospitalizados, además de lograr una mejor interacción del equipo de salud con las familias de pacientes críticos. Para esto el hospital debe llamar al servicio de salud y agendar una cita y así estas profesionales se dirigen al recinto y educan al personal <sup>(17)</sup>.

Surge la importancia que la salud pública a nivel país también logre recabar información y conocer cifras sobre el estrés de estos padres, con el fin de que posteriormente se puedan considerar recursos para realizar intervenciones enfocadas en ellos, ayudando tanto a los padres como al paciente en estas unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales.

También es importante destacar que en la ciudad de Chillan, el Hospital Clínico Herminda Martín cuenta con la certificación de Hospital Amigo de la familia, asegurando la

compañía de la familia en el proceso de recuperación de los usuarios hospitalizados extendiendo el horario de visitas, a 24 horas al día en unidades pediátricas básicas <sup>(18)</sup>. Además, se integró al equipo de salud de la unidad de cuidados críticos neonatales psicólogas para ayudar a los padres de niños hospitalizados en el proceso de afrontamiento en la recuperación de sus hijos.

Cuando un niño necesita atención médica a causa de prematurez o enfermedades, se presentan acontecimientos que en su mayoría son inesperados y en consecuencia abrumadores para los padres. Es importante para enfermería acompañar a los padres en estos sucesos y así poder analizar la factibilidad de elaborar lineamientos para disminuir el estrés que esto les provoca y así con base en el diagnóstico contribuir a fortalecer la ejecución de programas para ayudar en esta temática.

La importancia para la enfermera o enfermero, y el equipo de enfermería en general, radica en que son los profesionales de salud que más tiempo están en contacto con el paciente y su familia. Son quienes deben otorgar en forma diaria una atención integral a cada paciente, cubriendo sus diversas necesidades y las de quienes los rodean. En este caso, son los padres de los niños hospitalizados a los que muchas veces se dejan de lado, atendiendo solo las problemáticas físicas de sus hijos, sin considerar que su influencia en el menor es determinante en el proceso de sanación del mismo <sup>(19)</sup>. Si se logra identificar los factores estresores en los padres, se puede aplicar acciones para corregir y disminuir esta problemática, con ello se contribuye a brindar una atención de calidad e integral respondiendo a las necesidades y características de la población afectada <sup>(20)</sup>.

### **1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de estrés en los padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales?



#### 1.4 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del grupo de estudio?
2. ¿Cuáles son las características de los hijos del grupo de estudio y su hospitalización actual?
3. ¿Cuál es nivel de estrés en padres con un hijo y padres con 2 o más hijos?
4. ¿El nivel de estrés de los padres aumenta a medida que los días de hospitalización se incrementan?
5. ¿Qué situación es la que genera más estrés en los padres?
6. ¿Cuál es la percepción de los padres del impacto o grado de estrés que les ha causado la hospitalización de sus hijos?

#### 1.5 MARCO TEÓRICO

En los años '30 el investigador Hans Hugo Bruno Selye, comenzó a dar conferencias sobre un síndrome que había llamado su atención durante sus trabajos de laboratorio. Este síndrome era definido por él como “toda reacción a cualquiera de los estímulos que causan disturbio o interfieren con el equilibrio normal fisiológico del organismo” <sup>(21)</sup>. A este síndrome lo llamó estrés. El Dr. Selye, a través de sus investigaciones biológicas, estableció una definición funcional del estrés: “es el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico” <sup>(22)</sup>. En otras palabras: es la suma de todos los efectos inespecíficos (es decir sobre muchos órganos, sin selectividad) de factores (actividad normal, agentes productores de enfermedades, drogas, etc.) que pueden actuar sobre el organismo.

A estos agentes que pueden producir estrés se los denominó alergógenos, para diferenciarlos del resultado de su accionar: estrés. Comprobó que el estrés en el ser humano se manifiesta mediante una serie de alteraciones (estimulación suprarrenal, involución de los órganos linfáticos, úlceras gastrointestinales, pérdida de peso, alteraciones de la

composición química del organismo, entre otras), que juntas conforman un síndrome, -una serie de manifestaciones que aparecen al mismo tiempo-, al que denominó Síndrome General de Adaptación (SGA) <sup>(23)</sup>.

La Real Academia Española define estrés como: “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” <sup>(24)</sup>. El estrés es una “respuesta corporal no específica del organismo, ante una diversidad de exigencia” <sup>(25)</sup>. Existe un estrés físico y estrés psicológico o mental, el físico son las presiones generadas sobre el cuerpo por el ejercicio u otras formas de actividad física, condiciones ambientales extremas (por ejemplo, climas muy calientes o fríos), problemas médicos, o malos hábitos de estilo de vida como el tabaquismo o la falta de sueño adecuado, el segundo se refiere a exigencias emocionales, psicológicas o mentales colocadas en un individuo. El estrés se produce cuando estas presiones exceden la capacidad de un individuo para hacer frente <sup>(26)</sup>. Las interrelaciones que se producen entre la persona y el contexto, en el que está inserto hacen que esta valore lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal <sup>(26)</sup>.

Beatriz Vallejo-Sánchez y Ana M. Pérez-García <sup>(27)</sup>, publicaron un artículo llamado “Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo” en el año 2015. 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 que éste ocurre cuando hay demandas en la persona que exceden sus recursos adaptativos. Rehe y Holmes <sup>(28)</sup>, 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 solamente fisiológica del estrés. Posteriormente, también citados por Clancy y McVicar (1993), Livingston y Booth en (1985) <sup>(29)</sup> 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.

Viéndolo desde otro punto de vista, “cierto nivel de estrés puede ser bueno para el ser humano, para lograr un rendimiento óptimo de activación y respuesta a las demandas”. Sin embargo, “un mayor grado de presión sobre un período de tiempo puede conducir a problemas de salud que pueden incluir cambios mentales, físicos y de comportamiento como ansiedad, trastornos del sueño, cambios de humor, negatividad, dolores de cabeza, e incluso susceptibilidad a adicciones” <sup>(30)</sup>.

El ser padre o madre resulta muchas veces estresante en sí mismo. Desde el embarazo se presentan diferentes niveles de estrés, debido a los cambios físicos y hormonales, los cuales aumentan desde que el bebé nace. Conciliar la vida laboral con el cuidado de los hijos, las preocupaciones, el comportamiento de los niños, entre otras cosas, puede ser una fuente de estrés adicional. Si además le sumamos una hospitalización, mayor resulta este estrés. Algunos autores <sup>(31)</sup>, han encontrado que el nivel de estrés y los síntomas depresivos constituyen los factores con mayor poder explicativo y predictivo respecto de cómo los padres y la familia de los niños afrontará la hospitalización. Todos los padres pasan por etapas de reacciones emocionales que son identificables, Fernández y colaboradores (1999) <sup>(32)</sup>, señalan una secuencia de reacciones frente a un recién nacido prematuro:

- *Primera Etapa:* Conmoción o choque. Es la respuesta inicial de los padres frente a la noticia, se produce una conmoción abrumadora, alteraciones del estado de ánimo y alteración en los patrones de comunicación. Se caracteriza por llanto, sensación de impotencia, quejas somáticas, pérdida de cordialidad con otros e insomnio.
- *Segunda Etapa:* Negación. Muchos padres evitan admitir el problema de su hijo(a), desean liberarse de la situación o negar su impacto. Ocurre lo que se denomina “duelo anticipado”; que corresponde al mayor grado de negación.

- *Etapa de Trueque:* Es intermedia entre la segunda y tercera etapa. Existe un acercamiento a la religión. Se hace un pacto con Dios, se ponen imágenes religiosas en la incubadora o cuna.
- *Tercera Etapa:* Ira, tristeza, culpa y ansiedad. La ira precede a la tristeza y ansiedad y puede ser contra Dios, su destino, e incluso contra el personal de salud del hospital u otras personas cercanas como el cónyuge. La reacción más común es la tristeza, la madre está apesadumbrada y atemorizada. Se evita el contacto con el hijo(a). Al finalizar esta etapa los padres comienzan a visitar juntos a su hijo, vuelve a ellos la esperanza.
- *Cuarta Etapa:* Aceptación. Existe una gradual disminución de la ansiedad y de la intensidad de las emociones. Aumenta la confianza en la capacidad para criar al niño. Demuestran gran interés por aprender rutinas de enfermería. Es la etapa ideal para reforzar la educación especialmente en las madres, en aspectos relacionados con el cuidado y alimentación del recién nacido.
- *Quinta Etapa:* Reorganización o equilibrio. Los padres comienzan a reorganizar su vida con el niño, se integra a los miembros de la familia. Ocurre una diferenciación de los papeles del padre y de la madre.

Los padres con hijos prematuros pueden padecer estrés derivado de la imposibilidad de ejercer su rol, ya que la hospitalización forzosa de un niño o niña y los horarios restringidos de las UCI de neonatología son una situación de crisis que provoca gran impacto emocional. Miles y colaboradores <sup>(33)</sup>, explican que muchos aspectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) son estresantes para los padres, incluyendo las hospitalizaciones prolongadas, exposición a un ambiente implementado con máquinas, y la apariencia de su pequeño y frágil recién nacido. Por esto Miles quiso identificar los factores estresantes para los padres de una UCIN, los niveles de estrés que padecen y su relación con la ansiedad. Utilizando la Escala de Estrés Parental y una escala para evaluar niveles de ansiedad, Miles concluye que la alteración en el rol parental causada por la enfermedad del recién nacido es la situación que genera más estrés. La segunda área más importante que

genera estrés está relacionada con la apariencia y comportamiento del RN. Los niveles de ansiedad son más altos que los normales cuando se relacionan con niveles altos de estrés.

Para el niño, la hospitalización o la enfermedad es un estímulo altamente desencadenante de estrés, el niño no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, ni comprende a qué se debe el dolor que presenta, no entiende por qué sus padres lo abandonan, y porqué se le introduce en un ambiente extraño, privándole de sus amigos, objetos y juguetes. Las reacciones psicológicas de los pacientes pediátricos están influidas por aspectos como el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad del niño, las habilidades de afrontamiento que haya desarrollado o aprendido y frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes médico-hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar <sup>(34)</sup>. Robertson plantea que los niños también pasan por fases de adaptación al proceso hospitalario <sup>(35)</sup>:

- *Fase de protesta*: Esta fase puede durar horas o varios días, el niño tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre responde a sus llantos, por ello se desespera ante una situación desconocida para él, en la que sus protestas y llantos no conducen a la aparición de su madre. El niño llora ruidosamente y se impacienta ante cualquier signo o sonido que pueda anticipar la llegada de la figura materna.
- *Fase de desesperación o depresión*: esta etapa es la continuación de la fase de protesta, se caracteriza por la necesidad del niño continua y consiente de su madre. El niño se encierra en sí mismo y está apático. Es un estado de tranquilidad que algunas veces por error se interpreta como una disminución de la angustia y ansiedad y por lo tanto como una adaptación.
- *Fase de negación*: en esta fase el niño comienza a mostrar más interés por su entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente hace es reprimir sus sentimientos. Parece que el niño no es capaz de soportar la intensidad de la angustia y comienza su acomodación a la situación.

En muchos casos, se plantea que la experiencia del ingreso a la UCI neonatal y pediátrica es más estresante para la familia que para el propio paciente, debido a que se ve obligada a descuidar sus necesidades básicas y termina por afectarse, como, por ejemplo, con poco descanso, alimentación inadecuada, abandono o exceso de trabajo <sup>(36)</sup>. Al mismo tiempo esto genera estrés y alteración en su estado de salud, pues el paciente y sus familiares son seres sensibles y vulnerables que requieren el mayor apoyo posible para enfrentar los cambios que genera esta nueva experiencia. Debido a esto, el paciente pediátrico necesita que el personal de salud cuente con experiencia y diferentes competencias para su cuidado, en especial de los profesionales de enfermería, por ser ellos con quienes más interactúa durante su hospitalización en la UCI, de igual forma a sus padres, quienes se les debe brindar el mayor apoyo posible, para afrontar de la mejor manera las alteraciones físicas y emocionales que se les puedan presentar. Además, el cuidado de pacientes pediátricos es todo un reto, por las limitaciones cognitivas respectivas a la edad y por el compromiso de disminuir los efectos negativos que esta experiencia pueda causar a estos como a su familia. Igualmente, en pediatría es necesario involucrar a la familia en el cuidado, ya que el trabajo en equipo es clave durante el proceso de recuperación de estos pacientes <sup>(36)</sup>.

El tener un hijo prematuro hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN), trae consigo repercusiones tanto en los padres como en su núcleo familiar, según Acosta y Bravo (2016) <sup>(37)</sup>. Esta situación genera sentimientos de estrés, preocupación, inseguridad, tristeza y dolor en ellos. Esto puede deberse a las características que conlleva la hospitalización, para ellos un entorno frío, inhóspito, lleno de equipos, etc., lo que da relevancia sólo a las características físicas en las que se encuentran, sumado a los diversos procedimientos sometidos, los cuales pueden ser dolorosos e invasivos. A modo de sustentar estas afirmaciones, se tomó discursos de padres que han vivenciado estas situaciones: “tener una maquina (ventilador) que respire por mi bebé es muy estresante”. “Me sentí un poco impotente porque estaba en la incubadora y yo no podía hacer nada por ellos, ni siquiera podía tocarlos en las etapas iniciales”. Esta situación genera sentimientos

de estrés, preocupación, inseguridad, tristeza y dolor en ellos. Este hecho ha llevado a que los equipos de salud y a los investigadores a prestar especial atención al bienestar psicológico de los progenitores, evaluando el impacto que tiene en ellos la experiencia de tener un hijo ingresado en una UCI, ideando programas de intervención para brindarles apoyo y creando condiciones ambientales más afables en las UCINs <sup>(38)</sup>.

### **1.5.1 MODELO Y TEORISTA**

La teoría de la comprensión facilitada es una teoría reciente planteada en 2014 por Judy Davidson, Doctora en enfermería (Doctor of nursing practice) estadounidense, quien se desempeña actualmente en el Scripps Mercy Hospital, San Diego, California.

Es una teoría de proposición de mediano rango, esto quiere decir que guía la práctica directamente al individuo. En comparación con las grandes teorías, las teorías de alcance medio se centran en un único aspecto de la práctica y por lo tanto son menos generalizables. Debido a que son de menor alcance y más concretas que las grandes teorías, las teorías de alcance medio también son más fáciles de poner a prueba mediante el uso de métodos de investigación <sup>(39)</sup>.

Dicha teoría es una combinación del modelo de adaptación de Callista Roy <sup>(40)</sup> y la teoría de liderazgo empresarial de Weick <sup>(41)</sup>. De la primera toma el principio de que los miembros de la familia tienen una interrupción en su vida cuando un ser querido es ingresado en la UCI, y para ajustarse a esta disrupción, la familia sufre una compensación, un proceso que puede ser parcial o completo y negativo o positivo, durante este periodo los miembros de la familia luchan por resolver que ha sucedido y como pueden lidiar con este evento. En el desarrollo de la teoría se tomaron atributos de liderazgo empresarial descritos por Weick y se aplicaron a la enfermería, Weick señaló que los líderes empresariales se forman compartiendo la percepción de cómo es el negocio, explicando los productos y los resultados a los empleados de su organización, también evalúan la percepción que tienen

los empleados a través de una retroalimentación continua sobre el desempeño y las expectativas de rol. Weick explicó además que, durante la crisis de una empresa, la capacidad del líder para ayudar a los empleados a encontrar un sentido a la situación era especialmente crítico, porque las acciones tomadas en esta crisis forman la percepción del evento. Weick enfatizó que la reflexión, y una evaluación retrospectiva eran componentes esenciales para el proceso de dar sentido a una situación. Este proceso necesita ser de naturaleza reiterativa, repitiendo el proceso y realizando los cambios necesarios. En el ámbito clínico la enfermera puede asumir un papel similar al de ejecutivo, para ayudar tanto al familiar en su nuevo rol de cuidador como a toda la familia a entender lo que ha sucedido y así lograr salir de la crisis. Combinando estas teorías, la nueva teoría de sentido facilitado, propone que los profesionales de enfermería faciliten el proceso a la familia con una serie de intervenciones. Las intervenciones se centran en proporcionar la información y en educar al familiar sobre cómo realizar las actividades de cabecera. Dado que la condición de un paciente en UCI cambia hora a hora y día a día, el proceso es reiterativo, así como nuevo si se identifican nuevas necesidades. Al final, la adaptación a la enfermedad crítica puede resultar en un afrontamiento correcto o incompleto e inadaptado que pueden generar en el familiar, resultados psicológicos adversos como, por ejemplo, ansiedad, estrés, depresión o estrés postraumático, entre otros <sup>(42)</sup>.

Davidson define la comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, proporcionado apoyo y actividades de cabecera a realizar. Frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer. (Fig.1)

Dado que la presente investigación centra su atención en la familia, específicamente en los padres, se consideró la teoría anteriormente señalada por ser de mediano rango, puesto que, es más específica para los objetivos de esta investigación realizada en unidades críticas,



por ende, con gran importancia en el cuidado de cabecera y el rol de enfermería en este. Además, se priorizó por ser una teoría actual que va acorde a los lineamientos del cuidado de manera holística entregado por el personal de enfermería.

## Teoría de comprensión facilitada

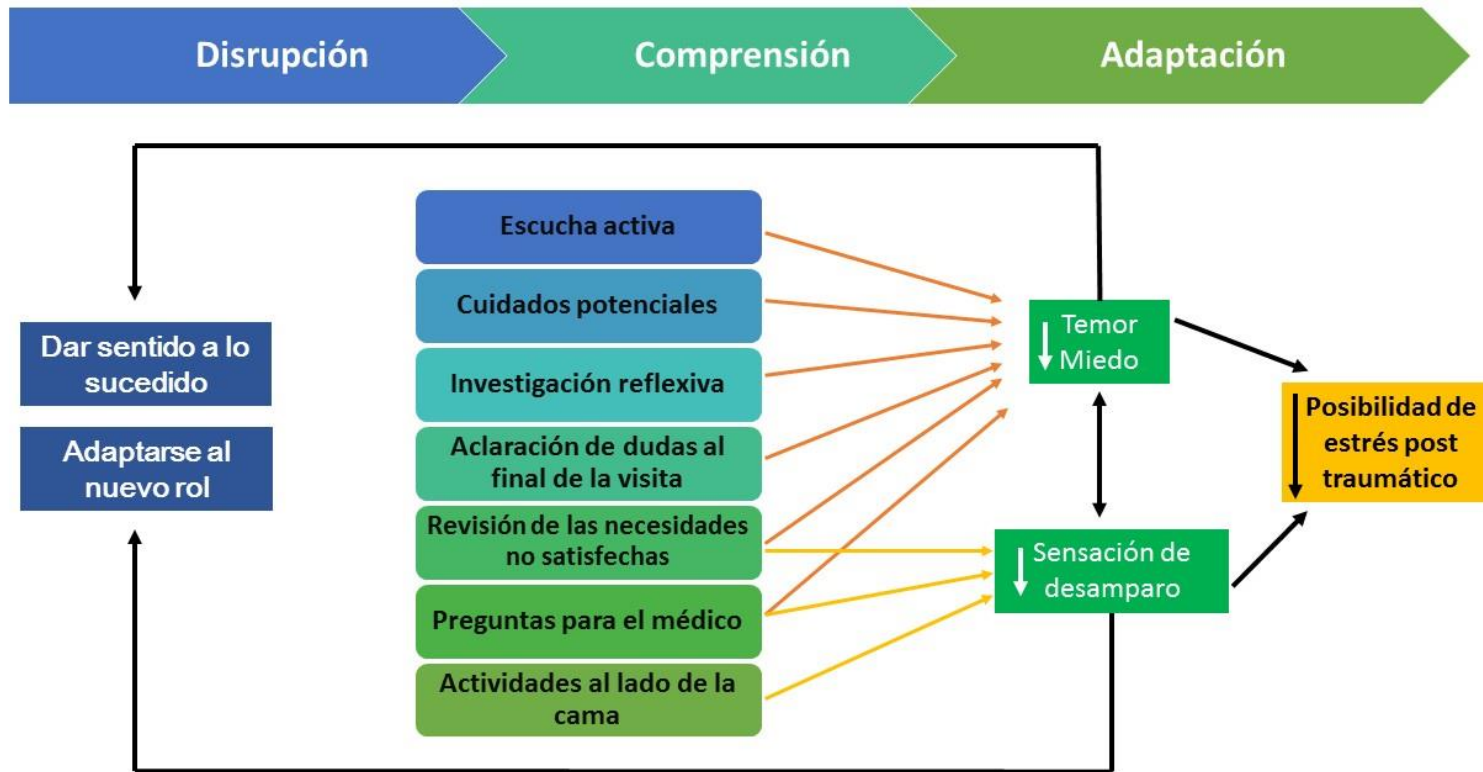


Fig. 1.

## 1.6 MARCO EMPÍRICO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Web of Science, Revista Scielo, entre otros, en las cuales se encontró investigaciones que analicen el nivel de estrés en padre de niños hospitalizados.

López Naranjo, España (2011) <sup>(43)</sup>, realizó un estudio descriptivo transversal llamado “Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psico evolutivo”, con el propósito de evidenciar algunos de los aspectos más relevantes que influyen el grado general de estrés percibido en los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos. El procedimiento para la recolección de datos se realizó a través de una entrevista y la aplicación de la Escala de Estrés Parental. La muestra de padres estuvo compuesta por 60 mujeres y 26 hombre (70,6% y 29,4% respectivamente). Los resultados demostraron que no existen diferencias significativas entre el nivel de estrés de los padres y la edad del usuario pediátrico. En relación al nivel educacional de los padres, se observó que, a mayor nivel de formación, menor es el estrés. Las diferencias son más significativas en los extremos de las variables, es decir, sin estudios y aquellos con estudios superiores. En el estudio se concluyó que en los rangos de edad estudiados (4 a 16 años) no aparecen diferencias en la apreciación de estrés paternos según edad del paciente pediátrico. Paralelamente tampoco se obtuvieron diferencias significativas en la percepción de estrés entre padres y madres.

Se distribuyó a los padres en grupos según su edad (intervalos de 18 a 39 años y de 40 a 65), cuando se analizaron las subescalas del instrumento se encontraron diferencias significativas entre padres jóvenes y mayores en 2 variables: comportamiento del personal sanitario y demandas del sujeto enfermo, en ambas se obtuvo un mayor nivel de estrés en los padres jóvenes. De igual modo se pudo concluir que los resultados inciden en la tendencia de que a mayor nivel de escolaridad, se asocian a menor estrés <sup>(43)</sup>.

González, Ballesteros y Serrano, Colombia (2012) <sup>(44)</sup>, publicaron su investigación denominada “Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino

hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos”, al ordenar los resultados se determinó que el nivel de estrés general presente en las madres de neonatos de pretérmino hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), se encontró que el 89% de la población de referencia manifestó que esta situación fue muy o extremadamente estresante, y solo un 11% como poco o moderadamente estresante. En cuanto a los factores extra personales que influyen en el estrés parental, se evidenció que los ruidos constantes y repentinos de los monitores generan una situación muy o extremadamente estresante para las madres 57.7%. La presencia de monitores y aparatos cerca del bebé también fueron considerados por las madres como extremadamente estresantes en un 27.6%. En cuanto a la presencia de otros bebés enfermos en la habitación se encontró 34% de las madres consideran que no ha sido estresante, aunque el 7% de las madres opinan que fue extremadamente estresante. En relación al factores, aspectos y comportamientos de su bebé se observó que, al reconocer los equipos biomédicos como sinónimo de la gravedad del niño, se encontró que, en promedio, del 45.5% cualquiera de los procedimientos invasivos realizados al bebé es considerado como extremadamente estresante, seguido con un 26.6% como muy estresante.

Según Giraldo y colabores, Colombia (2013) <sup>(45)</sup>, en su estudio “estrés y factores relacionados en padres con hijos en la unidad de cuidado intensivo neonatal”, donde emplearon la Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos (PSS: NICU) modificada. En sus resultados obtuvieron que el nivel de estrés en la subescala relacionada con lo que vieron y escucharon los padres en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal fue poco estresante con 44%. En los ítems “presencia de monitores y aparatos”, “ruidos repentinos de alarmas y monitores”, “ruidos constantes de monitores” y “aparatos y otros bebés enfermos cerca a su hijo” hubo como resultado que el nivel de estrés de estos padres fue de “algún nivel de estrés” con un 60%, 66%, 62% y 53% respectivamente, con una alta significancia estadística ( $p= 0.0004$ ). El nivel de estrés para el subconjunto “comportamiento, aspecto y algunos tratamientos del niño”, fue puntuado como poco estresante para el 34% de los participantes. El nivel de estrés para el Subconjunto “relación

con su hijo y el rol de padres”, puntuó un 32% para poco estresante y 32% para muy estresante. Esta misma variable se cruzó con: estar separado de su bebé, no alimentar a su bebé y no ser capaz de coger a su bebé en brazos; obteniendo significancia estadística, para un valor de  $p < 0.005$ . El nivel de estrés para el comportamiento y comunicación del personal de salud que más frecuente se dio fue poco estresante con 38%. El nivel de estrés general de los padres en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal fue poco estresante para 28%, seguido de extremadamente estresante para 24%.

Durante ese mismo año, Rojas Carrasco, México (2013) <sup>(46)</sup>, en su estudio “Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva”, participaron 50 parejas de padres de niños hospitalizados en unidades críticas, de los cuales el 80% estaban casados, el 64% de estas madres eran dueñas de casas o desempleadas y el 86% de los padres eran trabajadores dependientes, el 40% de las madres tenía estudios de preparatoria y el 30% tenía alguna licenciatura mientras que en caso de los padres solo el 24% tenía cursos de preparatoria y el 26% alguna licenciatura, otro dato sociodemográfico de interés eran las edades de padres y madres, el 40% de ellas tenía entre 30 y 39 años y en el caso de ellos el 46% tenía entre 20 y 29 años. En el estudio se concluyó que tener un hijo con una enfermedad crónica o internado en una unidad de terapia intensiva causa niveles de ansiedad similares en ambos progenitores. Al aplicar la T de Student a la ansiedad-rasgo de las madres y los padres se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas, pues el valor de la T tuvo un nivel de significancia mayor a 0.05. En la ansiedad-estado tampoco se observaron diferencias entre los grupos. Existieron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ) entre la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado tanto en las madres como en los padres. Se observaron diferencias cualitativas entre las puntuaciones totales de los grupos (34.84 de ansiedad-rasgo en las madres y 37.20 en los padres; 53.76 de ansiedad-estado en las madres y 53.42 en los padres). Según los percentiles que Rojas Carrasco obtuvo para este tipo de muestras, la ansiedad en las madres fue de intensidad leve (rasgo) a moderada (estado) y en los padres, de moderada (rasgo) a

severa (estado), sin embargo, las diferencias cualitativas no fueron estadísticamente significativas al comparar los grupos.

El año 2015 Wormald et al. <sup>(5)</sup> realizó un estudio multicéntrico llamado “Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales”, dicho estudio se llevó a cabo en 12 centros de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en 4 países pertenecientes a la Red Sudamericana Neonatal, Neocosur (Argentina, Chile, Paraguay, Perú). Se entrevistaron un total de 273 padres/madres, que tenían una media de 29 años, de la muestra un 72,5% eran mujeres, un 32% solteros, un 43% desempleados y un 3% tenían menos de 8 años de escolaridad (básica incompleta). Dentro de los resultados que arrojó esta investigación destacan: la situación que mayor estrés les provocaba era la alteración del rol parental que tuvo el puntaje más alto dentro de las subescalas. Dentro de esta, los ítems que puntuaron más alto fueron estar separado de su hijo ( $4,2 \pm 1,1$ ), seguido de no poder alimentarlo ( $3,8 \pm 1,4$ ) y no ser capaz de protegerlo del dolor y de los procedimientos dolorosos ( $3,8 \pm 1,5$ ). Para la subescala aspecto y comportamiento, lo más estresante para los padres fue ver tubos y equipos cerca de su hijo o puestos en él, seguido de ver agujas y tubos puestos en su hijo y la apariencia débil de su hijo. Finalmente, en la subescala de vistas y sonidos, el ítem más alto de estrés parental fueron los sonidos repentinos de las alarmas, seguidos del ruido constante de los monitores y equipos y la presencia de monitores y equipos en la UCIN. El estrés parental total (EPT), fue más alto en las madres que en los padres ( $p= 0,011$ ); a su vez, las madres mostraron tres veces mayor riesgo de estar altamente estresadas frente al contexto de la UCIN que los padres ( $OR = 3,35$ ;  $95\% IC: 1,50-7,47$ ). Los padres desempleados o las dueñas de casa se asociaron con un nivel más alto de estrés ( $p= 0,024$ ). En cuanto al nivel educacional, los padres con educación menor de 8 años también mostraron un mayor nivel de estrés ( $p= 0,034$ ). No se encontraron asociaciones significativas entre EPT y paridad, historia de abortos y hospitalización durante el embarazo. Sin embargo, se encontró un mayor EPT en mujeres con embarazos no controlados ( $p= 0,041$ ). Finalmente, aquellas madres/padres que no habían tomado a su hijo en brazos presentaban un nivel más alto de

estrés ( $p < 0,001$ ) y tenían el doble de riesgo de estar altamente estresados ( $OR= 2,13$ ; 95% IC: 1,22-3,74). En relación con el tipo de centro, los padres atendidos en centros públicos ( $n= 165$ ) mostraron un nivel mayor de estrés ( $p<0,001$ ) que aquellos atendidos en los centros privados ( $n= 53$ ).

Recientemente, Aguiñaga, Reynaga y Beltrán <sup>(13)</sup> en su investigación “Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización”, (México, 2016), estudio descriptivo correlacional realizado en una UCIN, los padres de dicho estudio poseían las siguientes características sociodemográficas: El 51% tenían una edad entre 15 y 24 años, el 60% correspondían a mujeres y el 40% a hombres, en cuanto al estado civil el 69% estaba casado, el 85% profesaba la religión católica, el 73% tenía 1 o 2 hijos. Se entrevistó a dichos padres sobre su percepción del estrés interpersonal y extra personal durante el proceso de hospitalización, el nivel de estrés percibido por los padres fue referido en cinco niveles: no estresante 24 %, poco estresante 36%, moderadamente estresante 25%, muy estresante 10% y extremadamente estresante 5%. El promedio de estrés interpersonal fue poco estresante y el de estrés extra personal fue moderadamente estresante. El factor de estrés con mayor puntaje fue el de Conducta y comunicación <sup>(52)</sup>.

En un estudio realizado en el año 2015, España, realizado por Fernández Arizmendi <sup>(47)</sup> en España titulado “Humanizar la atención en las unidades de cuidados intensivos pediátricos: la implicación de los padres en los cuidados”, demostró que, los principales factores estresantes eran: la interrupción del rol por privación de expectativas con respecto al niño, la percepción del mismo rodeado de equipos y alarmas, que señalan el cambio hacia una situación crítica y los procedimientos invasivos. Todo esto se refleja en los padres, junto con la dependencia que tiene su hijo del sistema que le mantiene. El tamaño y aspecto del bebé influye en la situación de estrés que viven los padres. El aislamiento físico y de tareas al no poder alimentar, ocuparse de su bebé o compartirlo con su familia, incrementan la ansiedad que puedan sufrir los padres y podría llegar a modificar el proceso de crianza.

Cintia N. Díaz (Argentina, 2012) <sup>(48)</sup>, en su estudio “Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales”, la muestra se constituyó por 83 madres, 40 hombre y 43 mujeres, el rango de edad fue entre 18 y 55 años con un promedio de 28,71 años, el 55,3% de los padres tenían más de un hijo con un promedio 2 hijos. Se obtuvo como resultados que las fuentes de estrés según la escala PSS: UCIN (Miles, Funk y Carlson, 1993) percibidas por los padres fueron: La relación entre el niño y el papel de ellos desde su rol, en segundo lugar, la apariencia y conducta del niño y en tercer lugar, el aspecto y sonidos del ambiente de la unidad neonatal. Además, se evidencio que la hospitalización del niño y las características del ambiente de la unidad neonatal son las principales fuentes de estrés en los padres varones, mientras que en las madres lo fueron, la conducta y apariencia del recién nacido en la unidad neonatal y la relación del niño con ellos en la construcción del rol de padres.



## 1.7 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

### 1.7.1 General:

1. Determinar el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales.

### 1.7.2 Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas del grupo de estudio, tales como sexo, edad, nivel económico, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, procedencia.
2. Describir las características de los hijos del grupo de estudio y su hospitalización actual, tales como edad, patologías previas, número de hospitalizaciones, conformidad con el horario de visita establecido, la información recibida por parte del personal de salud y la vía de alimentación del niño.
3. Identificar el nivel de estrés en padres con un hijo y padres con 2 o más hijos.
4. Detectar el nivel de estrés de los padres a medida que los días de hospitalización aumentan.
5. Conocer cual situación genera mayor nivel de estrés en los padres.
6. Identificar cuál es la percepción de los padres del impacto o grado de estrés que les ha causado la hospitalización de sus hijos.

## **II. MÉTODOS**

### **2.1 TIPO DE DISEÑO**

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

### **2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo conformada por 82 padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, durante el mes de mayo de 2017. La determinación de la cantidad de padres se asume por la cantidad de camas utilizadas en ese periodo.

### **2.3 MUESTRA**

Se encuestaron a todos los sujetos que cumplieron con los criterios de elegibilidad del estudio y que estuvieron presentes en la sala de espera del Centro de Responsabilidad Pediatría durante el mes de mayo de 2017, correspondiendo a 41 personas.

### **2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Padre o madre de niño(a) hospitalizado (a) en unidades críticas pediátricas y neonatales.

### **2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

#### **2.5.1 Inclusión:**

1. Ser padre o madre de un niño hospitalizado, con una estadía igual o superior a un día.
2. Ser mayor de 18 años al momento de realizar el estudio.

### **2.5.2 Exclusión**

Se determinó por preguntas directas:

1. Ser analfabeto.
2. Padres que estén cursando algún tipo de duelo durante los últimos 6 meses.
3. Padres que presenten depresión u otra enfermedad de salud mental conocida.

## **2.6 LISTADO DE VARIABLES**

### **2.6.1 Variable de estudio**

1. Estrés

### **2.6.2 Variables sociodemográficas del padre o madre:**

2. Sexo.
3. Edad.
4. Escolaridad.
5. Número de hijos.
6. Estado civil.
7. Ocupación.
8. Ingreso económico per cápita.
9. Procedencia geográfica.

### **2.6.3 Variables en relación al niño y su hospitalización actual**

10. Edad del niño
11. Hospitalizaciones previas del niño.
12. Patologías previas del niño.
13. Suficiencia del horario de visita. (suficiente, insuficiente).
14. Información recibida por parte del personal de enfermería.
15. Vía de alimentación que recibe el niño.

Se anexa matriz de variables con descripción conceptual y operacional (anexo1).

## **2.7 DESCRIPCION INSTRUMENTO RECOLECTOR**

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario de caracterización de la muestra y la escala de estrés parental de Miles y Carter.

### *2.7.1 Cuestionario de caracterización de la muestra.*

Cuestionario creado por los autores del estudio, con el objetivo de recolectar información sociodemográfica, así como de sus hijos y la hospitalización actual. El cuestionario cuenta de quince preguntas con respuestas de tipo abiertas y cerradas, referentes a sexo, edad, edad del hijo, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, ingreso económico per cápita, procedencia geográfica, hospitalizaciones previas del niño, patologías previas del niño, suficiencia del horario de visita, información recibida por parte del personal de enfermería, tipo de alimentación que recibe el niño y los días que lleva hospitalizado.

### *2.7.2 Escala de estrés parental.*

La escala de estrés parental o PSS (Parental Stressor Scale), fue creada por dos enfermeras de la escuela de enfermería de la Universidad de Kansas: Margareth Shandor Miles y Melba C. Carter. Es un instrumento de carácter multidimensional, desarrollada para medir y evaluar el estrés relacionado con la permanencia de los padres en las unidades de cuidados intensivos pediátricos <sup>(49)</sup>. Esta escala entiende que experiencia estresante es una vivencia que causa ansiedad o tensión <sup>(50)</sup>.

La versión en lengua castellana <sup>(51)</sup> del instrumento PSS fue validada en España por Polaino-Lorente y Ochoa en 1992 a partir de análisis factorial. El coeficiente alpha global del instrumento original es de 0.99 y el obtenido por los autores de la adaptación alcanza un valor de 0.92.

La versión adaptada consta de 36 ítems, divididos en 6 constructos de estrés parental:

- A. Apariencia física del niño
- B. Tratamiento recibido
- C. Comunicación con el personal sanitario
- D. Conductas y respuestas emocionales del niño
- E. Comportamiento del personal sanitario
- F. Alteración de los roles de los padres/ expectativas de seguimiento.

Además de esta estructuración, se adiciona un último ítem (número 37), que pretende evaluar el impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres estudiados, el cual consiste en una puntuación de estrés parental que es independiente, ya que no forma parte de los constructos.

Los padres deben responder los ítems que contiene el instrumento siguiendo una escala de respuesta con formato Likert, con un espectro de respuesta de seis opciones que oscila desde 0 "Situación no experimentada", 1 "no estresante", 2 "un poco estresante", 3 "moderadamente estresante", 4 "muy estresante" y 5 "extremadamente estresante", entendiéndose que a menor puntaje menor estrés y a mayor puntaje mayor estrés.

La escala ofrece dos formas de puntuación:

1. Global, el cuestionario constituyendo un solo índice. Se debe dividir la suma de todas las respuestas por el número de ítems. De esta forma se obtiene una expresión general de estrés en los padres como consecuencia de la hospitalización.

2. Tomando en cuenta cada subescala por separado. Se debe dividir la suma de los resultados obtenidos en ese constructo por el número de ítems que la componen y que han sido valorados del 1 al 5. De este modo, pueden obtenerse seis índices de estrés en distintas situaciones.

Se anexan ambas escalas (anexo 3 y 4).

## **2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

El levantamiento de datos se realizó en la sala de espera del Centro de Responsabilidad, en condiciones que aseguraron una buena iluminación, silencio y privacidad, evitando que una tercera persona esté presente en el proceso del trabajo de campo. Todos los instrumentos fueron auto administrados por los mismos usuarios, sin la presencia de un intermediario, ya que las respuestas fueron marcadas en forma individual (primera fuente). El procedimiento se realizó en presencia de los investigadores, quienes entregaron instrucciones de manera uniforme para todos los participantes y de manera individual, evitando juicios y sin influir en las respuestas o sugerir respuestas socialmente aceptadas. Todos los entrevistados fueron captados de manera previa o posterior al horario de visita establecido en el servicio.

## **2.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio fue autorizado por El Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, según consta en ORD N° 302 (anexo 6). Todos los padres que participaron en el estudio dieron su consentimiento informado siguiendo lo señalado por el CEC, y como se refleja en los postulados éticos contenidos en la declaración de Helsinki, así como la ley 19.628, la ley 20.120 y en la ley 20.584 <sup>(52), (53), (54)</sup> de la legislación chilena vigente. Los detalles sobre el consentimiento informado figuran en un documento que fue leído y firmado por ambas partes, participante y un miembro del equipo de investigación, explícitamente se señaló que la colaboración es voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en el momento deseado y que los investigadores se comprometen a velar por la confidencialidad de los datos.

Se anexa formato de consentimiento informado (anexo 5).

## **2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Las variables descritas cuantitativas fueron descritas con desviación media y media aritmética. Con el objetivo de comparar los días de hospitalización respecto al número de estrés parental, se aplicó la prueba de ANOVA de un factor, bajo el supuesto de normalidad. En caso de que el supuesto no se cumpla, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis. Se utilizó un número de significación de 0,05. La gestión de datos fue realizada con el paquete estadístico SPSS, versión 15.0 en español.

### III. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 41 padres de niños hospitalizados en las unidades críticas pediátricas y neonatales del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillan. Durante la recolección de los datos, 6 padres voluntariamente decidieron no participar del estudio. En relación a la muestra evaluada, las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1-A, encontrándose que el 51,2% de los padres eran de sexo femenino; el 73,2% informó una edad entre 20 y 34 años, y el 43,9% fue clasificado dentro del quintil 1 y 2.

**Tabla 1-A.** Distribución de los padres participantes del estudio según sus características sociodemográficas (*sigue*).

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	20	48,8
Mujer	21	51,2
<b>Edad del padre o madre (años)</b>		
<20	1	2,4
20-34	30	73,2
35-49	10	24,4
50-64	0	-
<b>Ingreso económico (ingreso per cápita)</b>		
\$ 0 a \$74.969	8	19,5
\$74.970 a \$125.558	10	24,4
\$125.559 a \$193.104	8	19,5
\$193.105 a \$352.743	7	17,1
≥ \$352.743	8	19,5



De acuerdo a las características sociodemográficas que se presentan en la tabla 1-B, se encontró que el 46,3% de la muestra presentan estudios medios; el 70,7% indicó tener un solo hijo; el 51,2% indicó como ocupación el ser trabajador dependiente; el 68,3% procede de zona urbana y el 61% informó ser soltero.

**Tabla 1-B.** Distribución de los padres participantes del estudio según sus características sociodemográficas (*continuación*).

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad (mayor nivel de estudios alcanzado)</b>		
Sin estudios	2	4,9
Estudios básicos	6	14,6
Estudios medios	19	46,3
Estudios superiores	14	34,1
<b>Número de hijos</b>		
1	29	70,7
2	9	22
≥3	3	7,3
<b>Ocupación</b>		
Trabajador independiente	5	12,2
Trabajador dependiente	21	51,2
Dueña de casa	9	22
Estudiante	3	7,3
Cesante	3	7,3
<b>Procedencia</b>		
Urbana	28	68,3
Rural	13	31,7
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	25	61
Casado(a)	13	31,7
Viudo(a)	0	-
Divorciado(a)	1	2,4
Conviviente civil	2	4,9

Con respecto a la muestra estudiada, las características de sus hijos y la hospitalización actual se presentan en la tabla 2-A, encontrándose que el 58,5% de los padres tenían hijos recién nacidos; el 73,2% de los hijos no presentaban hospitalizaciones previas; el 78% no presentaba patologías previas, ya sean crónicas o agudas que requirieron atención de urgencia; por lo que se refiere a la hospitalización actual, el 63,4% de los padres manifestaron que se sentían conformes con el horario de visita establecido por el servicio en las unidades críticas pediátricas y neonatales.

**Tabla 2-A.** Distribución de los padres participantes del estudio según las características de sus hijos y la hospitalización actual

<b>Características del niño</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad del hijo (días, meses, años)</b>		
≤29 días	24	58,5
29 días a 11 meses 29 días	13	31,7
12 meses a 23 meses 29 días	0	-
2 años a 5 años 11 meses 29 días	4	9,8
6 años a 14 años 11 meses 29 días	0	-
<b>Hospitalizaciones previas del niño</b>		
0	30	73,2
1	3	7,3
2	5	12,2
≥3	3	7,3
<b>Patologías previas del niño</b>		
Sí	9	22
No	32	78
<b>Horario de visita</b>		
Suficiente	26	63,4
Insuficiente	15	36,6

Según se muestra en tabla 2-B, respecto de las características del niño y su hospitalización actual, el 85,4% dijo que la información entregada por el personal médico y de enfermería era suficiente; el 90,2% de los niños se alimentaba por vía enteral y el 65,9% se encontraba dentro de su primera semana de hospitalización.

**Tabla 2-B.** Distribución de los padres participantes del estudio según las características de sus hijos y la hospitalización actual (*continuación*)

<b>Características del niño</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Información recibida</b>		
Suficiente	35	85,4
Insuficiente	6	14,6
<b>Tipo de Alimentación</b>		
Enteral	37	90,2
Parenteral	4	9,8
<b>Días de hospitalización</b>		
1-3	12	29,3
4-7	15	36,6
8-11	5	12,2
12-15	2	4,9
≥16	7	17,1

En relación a los puntajes medios de la escala de estrés parental aplicada a la muestra de padres, según se muestra en la tabla 3, se encontró que las mayores diferencias entre aquellos padres que tienen un hijo y los que tiene 2 o más, se encontraron en los constructos de apariencia física del niño ( $2,76 \pm 1,021$  y  $3,19 \pm 1,310$  puntos respectivamente) y comunicación con el personal sanitario ( $2,84 \pm 1,310$  y  $2,49 \pm 1,359$  puntos en cada una). Sin embargo, al análisis de datos estas no resultaron ser significativas.

**Tabla 3.** Medidas de resumen del puntaje que evalúa estrés parental según número de hijos de los padres participantes del estudio.

<b>Nivel de estrés</b>	<b>1 hijo (n=29)</b>	<b>&gt; 1 hijo (n=12)</b>
Apariencia física del niño	2,76 ± 1,021	3,19 ± 1,310
Tratamiento recibido	3,27 ± 0,991	3,03 ± 1,390
Comunicación con el personal sanitario	2,94 ± 0,795	3,24 ± 1,264
Conductas y respuestas emocionales del niño	2,80 ± 1,124	2,59 ± 1,449
Comportamiento del personal sanitario	2,84 ± 1,310	2,49 ± 1,359
Alteración roles de padres/ expectativas de seguimiento	3,38 ± 1,314	3,37 ± 1,106
<b>Puntaje global</b>	4,21 ± 1,013	4,00 ± 1,206

Media aritmética ± desviación típica

En cuanto a los puntajes medios de la escala de estrés aplicada a los sujetos de la muestra según el número de días de hospitalización en Tabla 4, se obtuvo que la mayor diferencia de medias se registró en la comunicación del personal sanitario (3,30±0,985 en padres con niños hospitalizados hasta 7 días y 2,60±0,727 puntos en padres con niños hospitalizados más de 7 días), y en la alteración rol de padres/expectativas de seguimiento (3,83±1,056 con hasta 7 días de hospitalización y 2,54±1,145 con hospitalización superiores a 7 días). Al análisis estadístico, ambos constructos se mostraron altamente significativos con un *p-value* de 0,028 para el primero y 0,001 para el segundo.

**Tabla 4.** Medidas de resumen del puntaje que evalúa estrés parental según número de días de hospitalización.

<b>Nivel de estrés</b>	<b>≤7 días (n=27)</b>	<b>&gt;7 días (n=14)</b>
Apariencia física del niño	3,02 ± 1,139	2,61 ± 1,034
Tratamiento recibido	3,33 ± 1,117	2,95 ± 1,100
Comunicación con el personal sanitario	3,30 ± 0,985	2,60 ± 0,727
Conductas y respuestas emocionales del niño	2,81 ± 1,388	2,62 ± 0,916
Comportamiento del personal sanitario	2,95 ± 1,371	2,36 ± 1,178
Alteración roles de padres/ expectativas de seguimiento	3,83 ± 1,056	2,54 ± 1,145
<b>Puntaje global</b>	<b>4,22 ± 1,121</b>	<b>4,00 ± 0,961</b>

Media aritmética ± desviación típica

Según se aprecia en la Tabla 5, de acuerdo a los puntajes medios de la escala de estrés parental aplicada, las situaciones que más entres generan en los padres son la alteración del rol de padres/expectativas de seguimiento con 3,38±1,241; Tratamiento recibido con 3,20±1,112, y la comunicación con el personal sanitario con 3,03±0,950.

**Tabla 5.** Medidas de resumen del puntaje que evalúa estrés parental según constructo

<b>Constructos escala</b>	<b>Nivel de estrés</b>
Apariencia física del niño	2,88 ± 1,107
Tratamiento recibido	3,20 ± 1,112
Comunicación con el personal sanitario	3,03 ± 0,950
Conductas y respuestas emocionales del niño	2,74 ± 1,215
Comportamiento del personal sanitario	2,72 ± 1,317
Alteración roles de padres/ expectativas de seguimiento	3,38 ± 1,241
<b>Puntaje global</b>	<b>4,15 ± 1,062</b>

Según se ve en Tabla 6, en lo referente al puntaje global de estrés, indicado por los padres, se destaca que el 48,8% de los participantes del estudio clasifican el impacto o grado de estrés que les causó la hospitalización de su hijo como extremadamente estresante; un 29,3% la clasifico como muy estresante, y un 12,2% como moderadamente estresante.

**Tabla 6.** Frecuencia según puntaje global de estrés parental

<b>Nivel de estrés global</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nada estresante	1	2,4
Poco estresante	3	7,3
Moderadamente estresante	5	12,2
Muy estresante	12	29,3
Extremadamente estresante	20	48,8

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar el nivel de estrés de los padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, concretamente, conocer las características sociodemográficas de los padres y las características propias y de salud de sus hijos, respecto a la hospitalización actual, determinar si existen diferencias en el nivel estrés en padres con un hijo y padres con dos o más hijos y si el número de días de hospitalización influye en el nivel de estrés, también que es lo que más estresa a los padres y que tan estresante ha sido para ellos la internación de su pupilo.

De acuerdo al análisis estadístico realizado, al identificar las características sociodemográficas del grupo de estudio, en el variable sexo se pudo observar que, aunque mayoritariamente la muestra se compuso por mujeres, ambos sexos se encontraban en porcentajes muy similares, siendo un 48,8% hombres y 51,2% mujeres, lo que se contrasta con el estudio realizado por López Naranjo (2011) <sup>(43)</sup> donde se vio una gran brecha entre hombres y mujeres que correspondían a 29,4% y 70,6% respectivamente. Igualmente ocurrió en el estudio de Wormald et al. (2015) <sup>(5)</sup>. Donde un 27,5% eran hombre y un 72,5% de los padres eran mujeres. Esto puede deberes a las realidades culturales de cada nación, dado que en nuestro país ha ido cambiando a lo largo de los años en cuanto a la manera de ver la forma de crianza de los hijos y como se ve el rol de cada padre en el cuidado de estos, siendo mucho más participativo el rol del padre en esta labor, lo que se ha ido impulsando a nivel legislativo incluyendo al padre en la nueva ley número 20.545 <sup>(55)</sup> de post natal extendido, que estipuló que si ambos padres son trabajadores (dependientes o independientes con cotizaciones al día la madre puede elegir traspasar semanas de este permiso al padre en la siguiente modalidad: Si la madre decide tomar 12 semanas a jornada completa, puede traspasar un máximo de seis semanas al padre a jornada completa. En

caso de que la madre decida tomar 18 semanas a media jornada, puede traspasar un máximo de 12 semanas en media jornada. En ambos casos las semanas utilizadas por el padre deberán ubicarse en el periodo final del permiso, y dan derecho a un subsidio cuya base de cálculo es su remuneración. Además, el padre tendrá derecho a fuero por el doble del periodo que se tome a jornada completa o a un máximo de tres meses si lo utiliza a jornada parcial, contados desde diez días antes de iniciarse el permiso. Esta ley claramente marca un precedente en la integración del hombre al cuidado de sus hijos. Otra ley que ha significado un equilibrio de roles es la ley 20.680 <sup>(56)</sup> llamada coloquialmente “ley amor de padre”, que equipara las responsabilidades paternas y maternas en cuanto al cuidado de los menores sin importar quien tenga la tuición de los hijos, posicionando al padre en igualdad de condiciones para solicitar la custodia y cuidado de sus hijos. Estas leyes son el reflejo del cambio de nuestra sociedad en general, haciendo al hombre más participe de los cuidados de sus hijos, lo que se ve reflejado en lo equitativo de nuestra muestra para ambos sexos.

En cuanto a la edad el promedio fue de 28,78 años concentrándose mayormente en el rango de 20 a 34 años con un 73,2%, datos que se asemejan a los encontrados por Rojas Carrasco (2013) <sup>(46)</sup>, donde se obtuvo que el 40% de las madres tenían edades entre 30 a 39 años y en caso de los padres, en el 46% de los casos sus edades fluctuaban entre 20 a 29 años. Otro estudio que respalda los datos obtenidos en la presente investigación es el de Díaz (2012) <sup>(48)</sup>, quien en su estudio evidenció que el rango de edad fue entre 18 y 55 años con un promedio de 28,71 años. La semejanza de los rangos etarios que priman en cada estudio y el promedio de estos puede deberse a la similitud en general que tienen los países latinoamericanos en cuanto a su nivel de desarrollo y al proceso de maternidad que la mujer actual ha ido postergando para priorizar su desempeño profesional y laboral, disminuyendo así el número de hijos por familia y con esto aumentando el promedio de edad en que las mujeres y los hombres se convierten en padres. Cabe destacar que la edad promedio de la presente investigación puede identificarse como un factor protector para la crianza del niño y el manejo de situaciones críticas como es la hospitalización de un hijo, dado que variados



estudios y autores tales como Blum, Bastos, Kabiru y LI (2012) <sup>(57)</sup> señalan que la edad promedio donde comienza la adultez sería la edad de 25 años, ya que recién a esta edad el cerebro logra una maduración completa que hace al individuo maduro mental y emocionalmente, pudiendo así afrontar esta situación de una manera más óptima que siendo adolescente.

En el nivel socioeconómico se observó una prevalencia de estrato bajo y me, el 43,9% fue clasificado dentro del quintil 1 y 2. Concordando con Giraldo y colaboradores <sup>(45)</sup> donde el 42% pertenecía a un nivel económico medio bajo, y López Naranjo <sup>(43)</sup>, donde la mayoría correspondió a un nivel económico medio.

En cuanto a la escolaridad, predominaron los padres con estudios medios con el 46,3% de la muestra, seguidos de padres con estudios superiores siendo estos un 34,1%, se encontraron pocos casos sin escolaridad o con estudios básicos. Nuestros hallazgos concuerdan con López Naranjo (2011) <sup>(43)</sup> quien observó que, a mayor nivel de formación académica, menor era el nivel de estrés. Wormart et al. (2015) <sup>(5)</sup> también encontraron que las características que se asociaron a un mayor nivel de estrés parental fueron tener un nivel educacional bajo y estar desempleado. En relación al desempleo en el presente estudio se encontró que las personas que se encontraban cesantes correspondieron a un 7,3% de la muestra, porcentaje que según indicadores del INE <sup>(58)</sup> es superior al promedio regional y nacional que alcanzan las medias de 6,6% y 6,4% respectivamente.

Con respecto al número de hijos, la mayoría de los padres encuestados eran padres primerizos, siendo estos el 70,7% de la muestra total, no se encontró significancia entre el nivel de estrés y el número de hijos. Se puede presumir que el factor protector de escolaridad elevada puede haber significado un menor nivel de estrés en los padres.

El estado civil predominante fue soltero con el 61% del total de la muestra, lo que refleja la situación país, puesto que el censo realizado el año 2012, los resultados correspondientes al estado civil de los chilenos arrojaron que el 44,31% estaba casado, mientras que 47,23% se encontraba soltero, siendo esta última opción la que más personas refieren en el país

<sup>(59)</sup>, situación que podría ser considerada un factor de riesgo, puesto que al no haber un vínculo formal, podría no existir el grado de compromiso y estabilidad para afrontar situaciones críticas, como lo es la hospitalización de un hijo.

En cuanto a la ocupación, el 51,2% de los sujetos de estudio se desempeñaba como trabajador dependiente, tal como ocurrió con Giraldo y colaboradores <sup>(45)</sup>, con un 62% de empleados dependientes y Aguiñaga, Reynaga y Beltrán <sup>(13)</sup>, con un 51% de empleados dependientes.

Además, en relación a la procedencia geográfica, el 68,3% correspondía a urbana y un 31,7% a rural, destacándose un alto porcentaje de ruralidad en comparación con el promedio comunal y regional, siendo de 8,6% y 24,2% respectivamente <sup>(63)</sup>.

Por otra parte, según las características de los hijos y la hospitalización actual, el mayor porcentaje de niños correspondían a recién nacidos (<29 días) con un 58,5%, el 73,2% estaba hospitalizado por primera vez y el 78% no presentaban ninguna patología previa. lo que se respalda con la mayoría de las investigaciones mencionadas anteriormente en la presente investigaciones, tales como, González Ballesteros y Serrano (2012) <sup>(44)</sup>, Giraldo y colaboradores (2013) <sup>(45)</sup>, Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016) <sup>(13)</sup> y Díaz (2012) <sup>(48)</sup> ya que estas fueron realizadas en unidades críticas neonatales, siendo esta su primera hospitalización, por ende, la mayoría de los neonatos no presentaba patologías previas.

La apreciación de los padres de acuerdo al horario de visita establecido en el servicio fue suficiente en el 63,4% de los encuestados, mientras que el 36,6% restante lo consideraba insuficiente. Esto puede deberse a que el horario de las unidades de cuidados críticos pediátricos y neonatales en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillan, era más restringido que los que se encontraban en cuidados intermedios, por lo que estos últimos estaban más satisfechos con el horario extendido, aunque cabe mencionar que en ninguna de las unidades, ni críticas ni intermedias, los padres podían permanecer las 24 horas del día como en unidades básicas, donde gracias al programa de Hospital amigo, los cuidadores principales pueden permanecer durante todo el día junto a sus hijos. El 85,4% estuvo de

acuerdo con que la información recibida por parte del personal médico y el equipo de enfermería era suficiente, Santos, Oliveira, Munari, Barbosa, Peixoto y Nogueira (2015) <sup>(60)</sup> indican que “la comunicación puede ser un recurso terapéutico o nocivo, en el contexto de la asistencia sanitaria. De esta manera, ella puede ser usada para beneficiar a la familia del niño hospitalizado y ayudarla en la vivencia/superación de momentos difíciles o puede comprometer aún más su salud física y mental, proporcionando momentos traumáticos y desestructurantes”, por lo tanto, en el quehacer enfermero es muy importante poner énfasis en la comunicación con los familiares de nuestros usuarios. Prestándoles atención, dando explicaciones claras y evitando el uso de celulares y otros elementos distractores durante la atención y entrega de información al paciente y su familia.

Al momento de la encuesta la mayoría de los niños se encontraban entre el día 1 y 7 de su hospitalización, equivalente al 65,9%, podemos atribuir las cortas estadías hospitalarias a los tipos de patologías por los que ingresaban los pacientes, que en su mayoría eran hospitalizados por bajo peso al nacer o patologías propias de RN prematuros, condiciones que evolucionaban favorablemente, y permitían trasladar a los niños a unidades básicas, no generando largos periodos de internación hospitalaria en las unidades críticas.

En cuanto a su alimentación el 9,8% se alimentaba por vía parental y el 90,2% lo hacía por vía enteral, siendo en su mayoría recién nacidos con sonda orogástrica. Esta sonda permite a los prematuros alimentarse de manera eficiente y segura, ya que por su inmadurez pueden no ser capaces de succionar, ni tener la fuerza y coordinación que requiere alimentarse del pecho o biberón.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de estrés parental se aprecia que de acuerdo al número de hijos no se observan diferencias significativas entre ninguno de los constructos de padres con un hijo o con 2 o más, esto puede deberse a que en su mayoría los sujetos del estudio referían que el hijo hospitalizado actualmente, era su primer hijo. en menor cantidad se observó padres con más de 1 hijo, sin embargo, no variaba mayormente su nivel de estrés.

Refiriéndose al número de días de hospitalización, se obtuvo una diferencia significativa en los constructos de comunicación con el personal sanitario y la alteración del rol de padres con un p-value de 0,028 y 0,001 respectivamente, siendo mayor el estrés durante los primeros 7 días de hospitalización. He aquí una oportunidad de poder aplicar la teoría de comprensión facilitada de la Dra. Davidson, ya que realizando las intervenciones recomendadas tales como, explicaciones claras, fomentar el realizar preguntas al médico de las dudas que puedan tener respecto al diagnóstico de sus hijos, ayudar a los padres a encontrar tareas que puedan realizar para contribuir con el cuidado de sus hijos, entre otras. Se puede contribuir a disminuir estos niveles de estrés en los padres y la familia de los usuarios pediátricos internados.

El mayor nivel de estrés presente en los participantes del estudio corresponde al constructo de alteración del rol parental/expectativas de seguimiento puntuando  $3,38 \pm 1,241$  puntos. En dicho constructo los padres opinan sobre el grado de nerviosismo o inquietud que le provocan determinados cambios en su forma de vivir, ocasionados por la necesidad de atender las nuevas necesidades de un hijo enfermo y hospitalizado. Donde se presentan preguntas referentes a la dificultad del cuidado y contacto con su hijo. Concordando con Wormald et al <sup>(5)</sup> donde los ítems que puntuaron más alto fueron estar separado de su hijo ( $4,2 \pm 1,1$ ), seguido de no poder alimentarlo ( $3,8 \pm 1,4$ ) y no ser capaz de protegerlo del dolor y de los procedimientos dolorosos ( $3,8 \pm 1,5$ ), todos estos ítems pertenecen al constructo anteriormente nombrado. Al igual que en el estudio de Díaz (2012) <sup>(48)</sup>, donde se evidenció que, en las madres, la relación de padres e hijos y la construcción del rol de padres, junto a la apariencia del niño, fueron los ítems con mayor puntaje. Este resultado se contrasta con el estudio de Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016) <sup>(13)</sup> donde el factor de estrés con mayor puntaje fue el de Conducta y comunicación a esto debemos incluir que en la mayoría de los casos eran padres de neonatos hospitalizados desde su primer día de vida, que en su mayoría correspondía a su primer hijo, por lo que esto podría influenciar aún más su nivel de estrés en el constructo anteriormente mencionado, ya que los padres no han podido lograr el nivel de apego esperado con su hijo.

Estudios señalan la importancia de un apego temprano para la relación madre hijo, uno de ellos es el de Lecannelier <sup>(61)</sup>, quien sostiene que existe una “necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos” y que esta necesidad acompañaría al ser humano desde “la cuna hasta la tumba”. En esta misma línea plantea que “de acuerdo a la evidencia empírica, el desarrollo normal de un niño requiere de una relación cálida, íntima y continua con la madre, es por ello que resulta imperioso fomentar el apego padres hijos y respaldar la labor de padres que estos puedan tener en la unidad crítica donde se encuentre su hijo. Por su parte, también resulta interesante el modelo canguro, creado en Colombia, el cual se basa en la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método que se ha comprobado eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Conde-Agudelo, Diaz, Belizan (2008) <sup>(62)</sup>, en su estudio, evidenciaron que el método canguro se asoció con una reducción del riesgo de infección, enfermedad severa y enfermedad del aparato respiratorio inferior. Por lo que la importancia del rol parental en la estadía y los cuidados de sus hijos son primordiales para progresar en la recuperación de los niños.

En cuanto al puntaje global de la escala, se observó en los resultados que el 48,8% de los participantes de la presente investigación clasificó la experiencia de hospitalización de su hijo como extremadamente estresante; un 29,3% como muy estresante; el 12,2% moderadamente estresante; en menores porcentajes se encontró ser poco o nada estresante. Dichos porcentajes son considerablemente superiores a los resultados obtenidos por cada constructo lo que pudo deberse a que la pregunta planteada en esta parte de la escala de estrés parental se pregunta de manera general citándose: “¿Cuál es el impacto o grado de estrés que le ha causado la hospitalización de su hijo?” lo cual para los padres en su apreciación era realmente la pregunta que esperaban encontrar en la escala porque para ellos albergaba todo el proceso que se vive con un hijo hospitalizado y era una manera de expresar más concretamente lo mucho que les agobiaba esta situación. Esto se equipara con González, Ballesteros y Serrano (2012) <sup>(44)</sup>, quienes obtuvieron que el 89% de

las madres de niños en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales indicaron que la situación fue muy o extremadamente estresante, en este caso ambas categorías alcanzan el 78,1% del total. López Naranjo (2011) <sup>(43)</sup>, también obtuvo que el 69,4% de los padres refirió que la situación era muy o extremadamente estresante. En la misma línea, Giraldo y colaboradores (2013) <sup>(45)</sup> aplicó la misma escala en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, sin embargo, el nivel general de estrés fue clasificado en su mayoría como poco estresante con un 28% y en segundo lugar extremadamente estresante con un 24%. Contrario a los resultados, Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016) <sup>(13)</sup>, en su estudio el nivel de estrés percibido por los padres fue: no estresante 24 %, poco estresante 36%, moderadamente estresante 25%, muy estresante 10% y extremadamente estresante 5%. En este último caso cabe mencionar que el 85% de los padres participantes de ese estudio eran creyentes, profesando la religión católica, lo que también es considerado un factor protector de estrés.

#### **4.2 LIMITACIONES**

- El tiempo destinado para la recogida de datos en la presente investigación, fue acotada en comparación a otros estudios de similares características.
- El universo de la muestra fue pequeño puesto que solo se consideraron en el estudio unidades críticas e intermedias, además de un periodo acotado de solo 1 mes.

#### **4.3 SUGERENCIAS**

- Se recomienda, para próximos estudios en área pediátrica y neonatal, realizar una recogida de datos en un tiempo mayor, para así abarcar un universo más amplio.
- Con el fin de analizar más detalladamente el estrés parental y el posible estrés post traumático que trae consigo la hospitalización de un hijo, se recomienda realizar un método de estudio de tipo longitudinal, para evaluar la evolución del estrés en los padres.

- Considerar el tipo de patología que afecta al niño y su gravedad, relacionando esta variable con el nivel de estrés.
- Contemplar otras variables de estudio en una nueva investigación a futuro, tales como, creencias religiosas y existencia de discapacidad en el niño, ya sea física o mental.
- Realizar un análisis comparativo entre unidades críticas y unidades básicas.

#### **4.4 CONCLUSIONES**

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que:

1. El sexo predominante en este estudio fue el femenino, con el 51,2%.
2. La edad promedio del grupo participante fue de 28,78 años, donde el 73,2% fluctuaba entre 20 a 34 años de edad.
3. En cuanto al ingreso per cápita, predominó el quintil 2 con el 24,4% del total de padres.
4. En relación a la escolaridad, el 46,3% refirió tener hasta estudios medios.
5. Del total de participantes, el 70,7% manifestó tener un hijo solamente.
6. De acuerdo a su ocupación, el 51,2% de los participantes se desempeñaban como trabajadores dependientes.
7. El 68,3% de los padres indicaron residir en zonas urbanas.
8. Respecto al estado civil, el 61% manifestó ser soltero.
9. En cuanto a las características del niño, la media etaria fue de 4 meses y 20 días. El 58,5% tenían una edad menor a 29 días.
10. El 73,2% del total de niños no tenían hospitalizaciones previas.
11. En cuanto al número de patologías previas, el 78% de los menores no tenían patologías anteriores ni agudas ni crónicas.
12. Respecto a la conformidad con el horario de visita, el 63,4% lo encontró suficiente.

13. El 85,4% de los participantes manifestó que la información recibida por parte del cuerpo médico y equipo de enfermería fue suficiente.
14. En relación al tipo de alimentación recibida por el niño, el 90,2% recibió alimentación enteral.
15. De acuerdo a los días de hospitalización del niño, el 36,6% llevaba una estadía que fluctuaba entre 4 y 7 días.
16. Al análisis estadístico se pudo determinar que quienes tenían un solo hijo, referían levemente más estrés que quienes tenían 2 o más, en las áreas de apariencia física del niño y comunicación con el personal sanitario, sin embargo, no se encontró significancia estadística entre el nivel de estrés de ambos, por lo tanto, se concluye que el nivel de estrés no varía dependiendo del número de hijos.
17. En cuanto al nivel de estrés y el número de días de hospitalización, se pudo determinar que quienes se encontraban dentro de la primera semana de hospitalización padecían de mayores niveles de estrés, destacándose en las subescalas de comunicación con el personal sanitario y su alteración del rol de padres, ambos observándose altamente significativos. Por lo que podemos concluir que durante los primeros días de hospitalización los padres están más estresados y esto baja al prolongarse la estancia hospitalaria.
18. Para los padres el no poder ejercer su rol de padres fue la situación que mayor estrés les provocaba, destacándose por sobre todos los demás constructos.
19. De acuerdo a la percepción de estrés de los padres respecto a la hospitalización de su hijo, de manera global. Se concluye que esta situación resulta extremadamente estresante.



## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez F, Ortigosa J, Pedroche S. Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología conductual* [Internet]. 1996 [revisado 28 marzo 2017];4(2):193-209. Disponible en: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art03.2.04>
2. Gobierno de Chile D. Indicadores básicos de salud [Internet]. 2016 [revisado 28 noviembre 2016]. Disponible en: [http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu\\_publica\\_nueva/menu\\_publica\\_nueva.html](http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.html)
3. Fernández G. Paciente pediátrico hospitalizado. Departamento de Psicología Médica Área Materno Infantil Facultad de Medicina UDELAR [Internet]. [revisado 15 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20EDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
4. Ramirez M, Pino P, Springmuller D, Clavería C. Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2014;112(3):263-267. [revisado 28 Marzo 2017] Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752014000300012](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000300012)
5. Wormald, F., Tapia, J. L., Torres, G., Cánepa, P., González, M. A., Rodríguez, D., & Delgado, P. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(4), 303-309
6. Gallegos-Martínez Josefina, Reyes-Hernández Jaime, Scochi Carmen Gracinda Silvan. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013

- 21(6): 1360-1366 [revisado 28 junio 2017]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2970.2375>.
7. Ceriani JM J, Cravedi V, Rodríguez D, Ruiz A. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Archivos argentinos de pediatría [Internet]. 2005 103(1):36-45; [revisado 28 marzo 2017] Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S032500752005000100008&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752005000100008&lng=es)
  8. Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 16(3): 33-39. [revisado 27 junio 2017]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>.
  9. Fernández Castillo A., López Naranjo I. Estrategias para abordar el estrés de padres/madres e hijos/as en la hospitalización infantil [Internet]. Red Dédalo. 2012 [Revisado 5 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://reddedalo.wordpress.com/2012/09/07/estrategias-para-abordar-el-estres-de-padresmadres-e-hijosas-en-la-hospitalizacion-infantil/>
  10. Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and Stress Symptoms of Mothers With Children in the PICU. Journal of Pediatric Nursing. 2003;18(3):195-201.
  11. Board R, Ryan-Wenger N. Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. Issues in psychosocial nursing. 2002;31(1):53-64.
  12. Ceriani JM J, Cravedi V, Rodríguez D, Ruiz A. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Archivos argentinos de pediatría [Internet]. 2005 [revisado 28 marzo 2017];103(1):36-45. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S032500752005000100008&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752005000100008&lng=es)
  13. Aguiñaga-Zamarripa M, Reynaga-Ornelas L, Beltrán-Torres A. Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2016;24(1):27-35.

14. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Pena R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Anales de pediatría [Internet]. 2013 [revisado 28 Junio 2017]; Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/Articulos/79%20Nac.%20Otros.%20Developmental%20centered%20care.%20Situation%20>
15. Martínez M. Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas. [tesis doctoral] [Internet]. 2010 [revisado 28 junio 2017]; Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=19574>
16. González Mario. Red Salud UC. Jornada de Enfermería presentación 2017; Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de enfermería. Facultad de medicina.
17. Cofré Paloma. Clínica las Condes. Jornada de Enfermería presentación 2017; Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de enfermería. Facultad de medicina.
18. Hospital Clínico Herminda Martín [Internet]. Hospitaldechillan.cl. 2017 [revisado 28 marzo 2017]. Disponible en: <http://hospitaldechillan.cl/web/hospital-amigo/>
19. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria [Internet]. 2015 [revisado 28 Junio 2017];12(3):134-143. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>
20. Valera M, Sanjuro M, Blanco F. La investigación en enfermería, rol de enfermería. Asociación española de enfermería en urología [Internet]. 2012
21. Patrono R, Fernandez A. estrés. catedra de fisiopatología y enfermedades psicosomáticas [Internet]. [revisado 28 Junio 2017];. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/081\\_psicosomaticas/material/archivos/stress\\_patrono\\_fernandez.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/stress_patrono_fernandez.pdf)

22. Berrío García, Nathaly, & Mazo Zea, Rodrigo. (2011). Estrés Académico. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 3(2), 65:82. Revisado 28 junio de 2017; Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006&lng=pt&tlng=es).
23. Moreno F, Ordoño E. Aprendizaje motor y síndrome general de adaptación. European Journal of Human Movement. 2009; 22:1-19.
24. Estrés [Internet]. Real Academia Española. Madrid; 2014 [revisado 29 marzo 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GzAga0a>
25. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal Estar e Subjetividades. 2003;3(1):10-59.
26. Kasl S. The influence of the work environment on cardiovascular health: a historical, conceptual, and methodological perspective. Journal of occupational health psychology. 1996;1(1):42.
27. Vallejo-Sánchez B, Pérez-García A. Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. Anales de Psicología [Internet]. 2015 [revisado 29 marzo 2017];31(2):462-471. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-97282015000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282015000200009)
28. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. Journal of psychosomatic research. 1967;11(2):213-218.
29. Livingston Booth A. Stressmanship. Severn House. 1985.
30. Palmer S. Occupational stress. The health and safety practitioner. 1989;7(8):16-18.
31. Caruso, 2012, Grosik, 2013, citados por Acosta y Bravo (2016)
32. Fernández P, Caballero E, Lira M. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería. Ediciones Universidad Católica de Chile Santiago, Chile. 1999;1.
33. Miles S, Funk S, Kasper M. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. ACCN Clin Issues Crit Care NüES. 1991;2(2):346-251.

34. Carter J, Mulder R, Darlow B, Bartram A. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90(2).
35. Robertson, J. Young children in hospitals. Nueva York: Basic Books
36. Alvarado Romero HR, Rodríguez Colmenares SM. Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2015;17(1):113-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.npan>.
37. Acosta, M. F., & Bravo, N. C. (2017). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. Revista UNIMAR, 34(1).
38. Carter J, Mulder R, Darlow B, Bartram A. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90(2).
39. Davidson J. Facilitated Sensemaking: A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. Critical Care Nurse journal [Internet]. 2014 [revisado 28 Junio 2017];30(6):28-39. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/30/6/28.short>
40. Díaz de Flores Leticia, Durán de Villalobos María Mercedes, Gallego de Pardo Patricia, Gómez Daza Bertha, Gómez de Obando Elizabeth, González de Acuña Yolanda et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán [Internet]. 2002 [revisado 27 junio 2017] ; 2( 1 ): 19-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en).
41. Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. Organization science, 16(4), 409-421.
42. Davidson, Judy E., et al. "Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit." Critical care nursing quarterly 33.2 (2010): 177-189. Disponible en:

[http://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2010/04000/Facilitated\\_Sensemaking\\_A\\_Feasibility\\_Study\\_for.10.aspx](http://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2010/04000/Facilitated_Sensemaking_A_Feasibility_Study_for.10.aspx)

43. López I. Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo [tesis doctoral]; Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2011.
44. González Escobar D, Ballesteros Celis N, Serrano Reatiga M. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revista ciencia y cuidado [Internet]. 2017 [Revisado 29 de marzo 2017];9(1).
45. Giraldo D, Lopera F, Duque Y, Londoño A, Gaviria C, Restrepo A et al. Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Horiz Enferm. 2013;23(3):13-22.
46. Rojas Carrasco K. Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2013 [revisado 28 Junio 2017];51(6):606-609. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im136b.pdf>
47. Fernández Arizmendi, Z. (2015). Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados
48. Díaz C. Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales [Tesis de grado]. Universidad abierta Interamericana; 2012.
49. Carter, M.C., Miles M.S. The parental stressor scale: pediatric intensive care unit. Maternal-Child Nursing Journal 8 (3), pp 187-97. (1989).
50. Miles, M. S., Funk, S. G., & Carlson, J. (1993). Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. Nursing research, 42(3), 148-152.
51. Linacero, Belén Ochoa; Repáraz, Ch; Lorente, Aquilino Polaino. Estudios preliminares de validez de la escala PSS: Cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados. Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud, 1997, vol. 8, no 3, p. 423-446.

52. Ley, N. 19.628 sobre protección de la vida privada. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, vol. 28. [Revisado 28 mayo 2017]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599&buscar=19628>
53. Ley, N. (2006). 20.120" Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana. [Revisado 28 mayo 2017]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478&buscar=20120>
54. Ley, N. 20.584. CHILE. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, vol. 24. [Revisado 28 mayo 2017]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&buscar=20584>
55. Ley 20.545. Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso de postnatal parental. [Revisado 28 mayo 2017]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030936&buscar=20545>
56. Ley 20.680. Introduce modificaciones al código civil y a otros cuerpos legales, con el objeto de proteger la integridad del menor en caso de que sus padres vivan separados. [Revisado 28 mayo 2017]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1052090&buscar=20680>
57. Blum R, Bastos F, Kabiru C, Le L. Adolescent health in the 21st century. The Lancet [Internet]. 2012 [revisado 28 Junio 2017];379(9826):1567-1568. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60407-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60407-3/fulltext)
58. Instituto nacional de estadística. Encuesta nacional de empleo. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/laborales/ene?categoria=Situaci%C3%B3n%20de%20Fuerza%20de%20Trabajo>
59. Síntesis de resultados censo 2012. Disponible en [http://estudios.anda.cl/recursos/censo\\_2012.pdf](http://estudios.anda.cl/recursos/censo_2012.pdf)

60. Santos Leidiene Ferreira, Oliveira Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante, Munari Denize Bouttelet, Barbosa Maria Alves, Peixoto Myrian Karla Ayres Veronez, Nogueira Alyne Leite Gomes. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 14(37): 192-203 [revisado 28 junio 2017]; . Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es).
61. Lecannelier F, Undurraga V, Olivares A M, Rodriguez J, Nuñez J C, Hoffmann M, Goldstein N, Larraín C, Estudio de Eficacia Sobre Dos Intervenciones Basadas en el Fomento del Apego Temprano en Díadas Madre-Bebé Provenientes de la Región Metropolitana en Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet] 2009 18:143-155. [revisado 28 junio 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921792005>
62. Diaz Rosello J, Belizan J, Conde Agudelo A. Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer. *Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2008;2. [revisado 28 Junio 2017] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/267822556\\_Metodo\\_madre\\_canguro\\_para\\_reducir\\_la\\_morbimortalidad\\_en\\_neonatos\\_con\\_bajo\\_peso\\_al\\_nacer](https://www.researchgate.net/publication/267822556_Metodo_madre_canguro_para_reducir_la_morbimortalidad_en_neonatos_con_bajo_peso_al_nacer)
63. Indicadores sociodemográficos región del Bío Bío. Biblioteca del congreso nacional de Chile. Disponible en: <http://www.bcn.cl/siit/nuestropais/region8/indica.htm>



**VI. ANEXOS**

**ANEXO 1: MATRIZ DE VARIABLES:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>
<b>Sexo.</b>	Condición orgánica, masculino o femenino.	Hombre. Mujer.
<b>Edad del padre o madre.</b>	Tiempo que ha vivido el padre o madre desde su nacimiento.	Edad expresada en años.
<b>Edad del niño.</b>	Tiempo que ha vivido el niño desde su nacimiento.	Edad expresada en días, meses y/o años.
<b>Escolaridad padre o madre</b>	Conjunto de cursos que sigue un estudiante en un establecimiento escolar.	Sin estudios Estudios básicos Estudios medios Estudios superiores
<b>Número de hijos</b>	Cantidad de hijos (incluyendo al niño hospitalizado) durante el estudio.	Cantidad de hijos que tiene el encuestado
<b>Estado civil</b>	Relación de familia que lo habilita para ejercer derechos y cumplir obligaciones	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Conviviente civil
<b>Ocupación</b>	Trabajo, empleo, oficio	Trabajador independiente Trabajador dependiente Dueña de casa Cesante Estudiante
<b>Ingreso económico</b>	Capacidad económica de un individuo.	Suma de todos los ingresos económicos del hogar, divididos en el número de integrantes: 1° quintil: \$0.- a \$74.969 2° quintil: \$74.970 a \$125.558 3° quintil: \$125.559 a \$193.104

		4° quintil: \$193.105 a \$352.743 5° quintil: \$352.744 y más.
<b>Estrés</b>	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos.	Puntuación tipo Likert. 1 → Nada estresante. 2 → Poco estresante. 3 → moderadamente estresante. 4 → muy estresante. 5 → extremadamente estresante.
<b>Hospitalizaciones previas</b>	Número de hospitalizaciones previas que ha tenido el niño.	Sí presenta No presenta
<b>Patologías previas</b>	Numero patologías previas agudas graves o crónicas que ha cursado el menor.	Sí presenta No presenta
<b>Procedencia</b>	Extensión geográfica en donde habita el grupo familiar.	Zona urbana. Zona rural.
<b>Información recibida</b>	Información entrega por parte del personal de salud al usuario.	Suficiente Insuficiente.
<b>Días de hospitalización</b>	Estadía hospitalaria mayor a un día, para realización de exámenes, diagnóstico y/o tratamiento en el Centro de Responsabilidad Pediatría.	Número de días de hospitalización del niño en unidad critica.
<b>Horario de visita.</b>	Tiempo destinado a familiares para visitar a pacientes pediátricos en unidades críticas.	Conforme. Desconforme.
<b>Alimentación.</b>	Tipo de alimentación que recibe el menor.	Enteral. Parenteral.

**ANEXO 2: SOLICITUD DE AUTORIZACION.**

**OFICIO N°/**

MAT: Solicita autorización

Chillán, 15 de marzo de 2017

**A: SR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS.**

Director Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán

**DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES.**

Directora de escuela de enfermería, Universidad Del Biobío, Chillán

---

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de 5to año de la escuela de enfermería de esta casa de estudios, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su tesis, titulada “Nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en Unidades Críticas pediátricas y neonatales” con el fin de optar al grado de Licenciados en Enfermería.

**Nombre y RUT de los estudiantes tesistas:**

Jenifer Alejandra Daza Sepúlveda	18.431.727-3
Patricia Alejandra Silva Pacheco	17.351.045-4

**Académico Guía:**

Mg. Ángela Andrea Astudillo Araya	8.448.718-k
-----------------------------------	-------------

**Propósito de la tesis:**

Esta investigación busca identificar el nivel de estrés de los padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, en sus niveles de cuidados intermedios e intensivos, con el propósito de

determinar los factores estresores para los padres de los niños hospitalizados, pudiendo así, disminuir las situaciones que generan un mayor nivel de estrés en estos y así mejorar la atención de enfermería reduciendo el nivel de estrés tanto en ellos como en sus hijos. Además, contribuir a la generación de conocimientos para brindar una atención de calidad e integral que responda a las necesidades y características de la población afectada.

**Objetivo general de la tesis:**

Describir el nivel de estrés de los padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades, para que los estudiantes puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Centro de Responsabilidad de Pediatría y Neonatología.

De contar con su aprobación, la recolección de antecedentes se realizará durante los meses de abril a junio de 2017, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente solicitud cuente con una acogida favorable, le saluda cordialmente.

**PAMELA MONTOYA CÁCERES.**

Directora Escuela de Enfermería Universidad Del Bio Bio.

### ANEXO 3: CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

#### DATOS:

1. SEXO:
  - a) Hombre \_\_\_\_\_
  - b) Mujer \_\_\_\_\_
2. EDAD DEL PADRE O MADRE: \_\_\_\_\_
3. EDAD DEL NIÑO \_\_\_\_\_
4. ESCOLARIDAD PADRE O MADRE:
  - a) Sin estudios \_\_\_\_\_
  - b) Estudios básicos \_\_\_\_\_
  - c) Estudios medios \_\_\_\_\_
  - d) Estudios superiores \_\_\_\_\_
5. NUMERO DE HIJOS \_\_\_\_\_
6. ESTADO CIVIL:
  - a) Soltero (a) \_\_\_\_\_
  - b) Casado (a) \_\_\_\_\_
  - c) Viudo (a) \_\_\_\_\_
  - d) Divorciado (a) \_\_\_\_\_
  - e) Conviviente civil \_\_\_\_\_
7. OCUPACION
  - a) Trabajador dependiente \_\_\_\_\_
  - b) Trabajador independiente \_\_\_\_\_
  - c) Dueña de casa \_\_\_\_\_
  - d) Cesante \_\_\_\_\_
  - e) Estudiante \_\_\_\_\_
8. INGRESO ECONOMICO
  - a) 1° Quintil (\$0.- a \$74.969). \_\_\_\_\_

- b) 2° Quintil (\$74.970 a \$125.558) \_\_\_\_
  - c) 3° Quintil (\$125.559 a \$193.104) \_\_\_\_
  - d) 4° Quintil (\$193.105 a \$352.743) \_\_\_\_
  - e) 5° Quintil (\$352.744 y más) \_\_\_\_
9. PROCEDENCIA
- a) Rural \_\_\_\_
  - b) Urbana \_\_\_\_
10. HOSPITALIZACIONES PREVIAS DEL NIÑO
- a) Si. ¿Cuántas? \_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_
11. PATOLOGIAS PREVIAS (crónicas o agudas que requirieron asistir a urgencias).
- a) Si. ¿Cuántas? \_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_
12. HORARIO DE VISITA ¿está conforme con el horario de visita establecido?
- a) Conforme \_\_\_\_
  - b) Desconforme \_\_\_\_
13. INFORMACION RECIBIDA DEL PERSONAL ¿Es suficiente la información entregada por el personal, en relación a estado de salud de su hijo?
- a) Suficiente \_\_\_\_
  - b) Insuficiente \_\_\_\_
14. ALIMENTACION (forma de alimentación de su hijo)
- a) Por boca \_\_\_\_
  - b) Por sonda \_\_\_\_
  - c) Gastrostomía \_\_\_\_
  - d) Vía venosa \_\_\_\_

**ANEXO 4: PARENTAL STRESSOR SCALE (ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL, PSS).**

**(M.C: Carter y M.S. Miles, 1982)**

**(Traducción y adaptación: Polaino-Lorente y Ochoa, 1992)**

Marque en el listado de respuestas el número que mejor exprese el impacto o grado de estrés, que le han causado los diversos aspectos y circunstancias que a continuación se citan. Cada una de las cuestiones tiene seis posibles respuestas (0, 1, 2, 3, 4 ó 5), cuyo significado se presenta en el siguiente cuadro:

0	1	2	3	4	5
Cuestión no experimentada	No estresante				Extremadamente estresante

<b>A) Siente usted estrés cuando observa que:</b>	
1. El niño esta hinchado	
2. El cambio de color del niño (pálido, amarillo, etc.).	
3. El niño parece sentir siempre frio/ calor	
4. El niño parece estar más delgado	
<b>B) En los tratamientos recibidos por el niño, siente estrés al ver:</b>	
5. Las inyecciones	
6. Los tubos que le colocan	
7. Las curas	
8. Las agujas	
9. Las auscultaciones y la toma de tensión	
10. Las contusiones, heridas y cortes	
<b>C) Cuando hablan con el personal sanitario de la clínica, le causa estrés:</b>	
11. Las explicaciones demasiado rápidas	

12. El empleo de palabras que no entienden	
13. Dicen cosas contradictorias o confusas (para usted) respecto al niño:	
14. No dicen que realmente tiene su hijo	
15. Le dicen muy poco acerca del niño	
<b>D) Si perciben en el niño conducta y respuesta de tipo emocional como las que abajo se citan, ¿Qué grado de estrés siente?</b>	
16. Confusión	
17. Conducta rebelde y poco cooperativo	
18. Llora y se queja	
19. Constantemente está pidiendo algo	
20. Parece tener dolores	
21. Está muy cansado	
22. Muestra incapacidad para gritar y hablar	
23. Siente miedo	
24. Muestra reacciones de ira	
25. Tristeza y depresión	
<b>E) Percibe usted cuando el personal sanitario (médico y enfermeras) se comporta del siguiente modo:</b>	
26. Le prestan poca atención, o al menos, menos, de la que usted cree necesaria	
27. Les dicen muy pocas cosas acerca del niño	
28. Son muchos y diferentes los médicos y enfermeras que tratan al niño	
29. Nunca les dicen sus nombres, ni quienes son o, lo que hacen	
30. Manifiestan conductas que usted no considera respetuosas	
<b>F) ¿Le trastornan o inquietan las siguientes circunstancias</b>	
31. No puede cuidar de su hijo	



32. No puede visitarlo cuando quiere	
33. Dicen cosas contradictorias o confusas (para usted) respecto al niño	
34. No pueden estar con él cuando llora para consolarle	
35. No puede tener ni coger al niño	
36. No sabe cómo ayudar a su hijo durante la crisis o empeoramiento	
<b>Usando la misma escala de puntuación:</b>	
37. <b>¿Cuál es el impacto o grado de estrés que le ha causado la hospitalización de su hijo?</b>	

## **ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

### **Consentimiento Informado**

Estimado participante:

Quienes suscriben, Jenifer Daza Sepúlveda, R.U.T. 18.431.727-3 y Patricia Silva Pacheco R.U.T. 17.351.045-4, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: **“Niveles de estrés de padres de niños hospitalizados en unidades críticas”**, siendo dirigida por la académica Mg. Ángela Astudillo Araya del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es describir el nivel de estrés de los padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales.

Su participación consiste en contestar cuestionarios de caracterización sociodemográfico y la escala de estrés parental de niños hospitalizados en unidades críticas. Es muy importante que conteste estos 2 cuestionarios por una sola vez. Esto le tomará aproximadamente 20 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información será sólo utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Ningún informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

Participar en este estudio de investigación depende de usted. Puede decidir no participar o abandonar el estudio en el momento que usted lo decida, incluso posterior al inicio del estudio. Por ello, NO recibirá ninguna penalización ni perderá los beneficios de salud que recibe actualmente ni los que tengan derecho a recibir.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica Ángela Astudillo Araya.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Para cualquier reclamo o consulta relacionada con la investigación en la cual usted participa, Ud. se puede dirigir al presidente del Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Dr. Carlos Escudero Orozco, cescudero@ubiobio.cl

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Jenifer Daza S.

Patricia Silva P.

#### ACEPTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, he leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Enfermería sobre “Estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales”. He recibido copia de este consentimiento.

\_\_\_\_\_

Firma participante

\_\_\_\_\_

Nombre y firma investigador

\_\_\_\_\_

Nombre y firma académico

Chillán, \_\_\_/\_\_\_/2017

## ANEXO 6: AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO.



CEOImSI

ORD N° 26

ANT: Solicitud de Investigación N° 302

MAT: Respuesta del CEC.

CHILLAN, Abril 18 de 2017

A: NICOLAS ECHEVERRÍA IBÁÑEZ  
ALUMNOS U. DE BIO BIO

Me permito comunicarles a ustedes, que el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, teniendo a la vista los antecedentes presentados para realizar la investigación: **"Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales"**, registrado internamente con el N° 302 a concluido lo siguiente.

1. La recepción conforme de los cambios y complementos solicitados.
2. El aporte del estudio al conocimiento y a la investigación científica.
3. La aprobación del estudio propuesto por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Haciendo fe del buen uso de la información recopilada y resguardando la confidencialidad de los datos extraídos.
4. Comprometer el envío del informes de finalización según formatos disponibles por el CEC. El envío de esta documentación será obligatoria.
5. Los resultados de la investigación (tesis, publicaciones, presentación a congresos, etc) deberán enviarse formalmente al Comité en un plazo no mayor a 2 meses de finalizado su estudio.

Por lo anterior, esta Dirección autoriza la iniciación de las actividades que competen a la investigación.

Sin otro particular y deseando los mejores resultados en su trabajo, le saluda atentamente



DR. CARLOS ESCUDERO GROSZO  
PRESIDENTE CEC  
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN

Distribución : DHCHM, SDM, CEC HCHM

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO <http://hospitaldechillan.cl/web/comite-etico-cientifico> [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl)  
[mirtha.soto@presalud.gov.cl](mailto:mirtha.soto@presalud.gov.cl) Fono 427431 Red Minsal 587431