



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 LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

AUTOR: ECHEVERRÍA IBAÑEZ NICOLÁS ESTEBAN

PROF. GUÍA TESIS: Dr. José Alex Leiva Caro

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN 2017

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios y a mi familia, quien en todo momento me ha brindado su apoyo, fortaleza y amor incondicional para sobrepasar cada adversidad y así lograr mis objetivos propuestos.

A mi profesor guía Dr. José Leiva Caro por apoyarme y orientarme con esfuerzo y dedicación en el proceso de mi tesis, por la entrega de su invaluable conocimiento, confianza, motivación y paciencia en cada paso.

A la directora de escuela Sra. Pamela Montoya Cáceres por brindarme su tiempo y enseñanza en todo momento, durante un camino difícil como lo es el realizar una tesis solo. Por guiarme durante momentos complicados y darme toda su confianza y oportunidad, cuando no muchos confiaron en mí. Gracias por generar en mí la confianza necesaria junto a los conocimientos para lograr así, realizar una investigación en enfermería.

DEDICATORIAS

A Dios, mi familia, mi polola, mi hijo y amigos, quienes fueron el pilar fundamental durante cada etapa de mi vida, porque creyeron en mí y lograron lo que soy como persona, brindándome su apoyo incondicional durante todo mi proceso universitario.

Nicolás Echeverría Ibáñez

RESUMEN

Introducción: Identificar los principales factores asociados al nivel de estrés parental durante la hospitalización de un hijo, resulta útil para realizar intervenciones tempranas focalizadas, entregando así una atención holística y humanizada. **Objetivo:** Identificar el nivel de estrés en los padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se encuestaron a 31 padres que cumplieron con los criterios de elegibilidad y que estuvieron presentes en el Centro de Responsabilidad Pediatría. Se aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y la Escala de Estrés Parental. El estudio se basó en el “Modelo de Sistemas” de la Dra. Betty Neuman. Los datos fueron procesados con SPSS 15.0. **Resultados:** El 71,0% fueron mujeres; la edad media fue de 32,94 años; el 38,7% poseía 1 hijo; el 42,1% de los hijos tuvo entre 6 años y 14 años 11 meses 29 días de edad; El 45,2% tuvo 1 día o ≥ 3 a tres días de hospitalización. El 50% tuvo alto nivel de estrés con 1 hijo; el 83,3% tuvo alto nivel de estrés para >5 días de hospitalización. Respecto a la prevalencia de las dimensiones del SPSS, un 54,8% tuvo alto nivel de estrés para “Tratamiento recibido”. Fue más alto el de las mujeres, con un 50% para alto nivel de estrés. **Conclusión:** Se evidenció que a mayor número de hijos y mayor número de días hospitalizado, mayor nivel de estrés parental. **Palabras claves:** estrés parental, pediatría, enfermería.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	8
1.1	ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS.....	8
1.2	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.4	PROBLEMATIZACIÓN	14
1.5	MARCO TEÓRICO	14
1.5.1	MODELO Y TEORISTA	19
1.6	MARCO EMPÍRICO	21
1.7	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	26
1.7.1	General:	26
1.7.2	Específicos:.....	26
II.	MÉTODOS.....	27
2.1	TIPO DE DISEÑO	27
2.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO	27
2.3	MUESTRA	27
2.4	UNIDAD DE ANÁLISIS	27
2.5	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	27
	<i>INCLUSIÓN:</i>	27
	<i>EXCLUSIÓN:</i>	28
2.6	LISTADO DE VARIABLES (ANEXO1).....	28
	<i>VARIABLE DE ESTUDIO</i>	28
	<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PADRE O MADRE E HIJO:</i>	28
2.7	DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	29
2.8	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	31
2.9	ASPECTOS ÉTICOS	31
2.10	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	32

III.	RESULTADOS	33
IV.	DISCUSIÓN.....	42
4.1	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
4.2	LIMITACIONES.....	44
4.3	SUGERENCIAS	45
4.4	CONCLUSIONES.....	46
V.	BIBLIOGRAFÍA.....	48
VI.	ANEXOS.....	55
6.1	ANEXO 1 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES:.....	55
6.2	ANEXO 2 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	57
6.3	PARENTAL STRESSOR SCALE: ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL (PSS)	59
6.4	ANEXO 4 CARTAS DE AUTORIZACION, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	63
6.5	ANEXO 5 APROVACION COMITÉ ETICO CIENTIFICO HCHM	65

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS

Desde la antigüedad se ha observado 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 ⁽¹⁾.

Sin embargo, en el último tiempo en Chile, el Ministerio de Salud ha realizado cambios profundos en los hospitales públicos. Uno de ellos es la implementación del Programa “Hospital Amigo” que busca entregar una atención acogedora y digna para la familia y la comunidad. Durante el año 2016 el hospital de San Carlos cumplió con las 10 medidas de la estrategia ministerial Hospital Amigo, lo que fue certificado por el Servicio de Salud Ñuble, lo que les permite continuar con la calidad de “Hospital Amigo”, esto como resultado de la promoción e implementación sistemática de procesos relacionados con la apertura de los establecimientos a la comunidad, asegurando la compañía de la familia en el proceso de recuperación de los usuarios hospitalizados. Una de las medidas más importantes fue la extensión horaria de visitas, la cual fue incrementada a 24 horas al día en unidades pediátricas ⁽²⁾. Esto ayuda a disminuir la ansiedad, el estrés y el aburrimiento de los pacientes, además de mejorar su voluntad de vivir. Estas medidas generan efectos positivos tanto en los pacientes, como en las familias ⁽³⁾.

En Chile, durante el año 2014 se registraron 263.726 egresos hospitalarios de niños entre 0 y 14 años por diversas causas. El panorama es similar en la región del Bío Bío con 33.472 egresos hospitalarios en el mismo rango de edad. Siguiendo la tendencia, San Carlos, específicamente el Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina, presentó en el año 2014 un total de 962 egresos hospitalarios de niños entre 0 y 14 años. Por su parte

en el Hospital Clínico Herminda Martín, presentó en el año 2013 un total de 2.882 egresos hospitalarios de niños entre 0 y 14 años. 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. Al año 2016, esta 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 cuidaos intermedios neonatales ⁽⁴⁾.

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. 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 (ruptura de relaciones) ⁽⁵⁾.

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 ⁽⁶⁾.

Diversos 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 ⁽⁷⁾.

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 cual 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 ⁽⁸⁾.

En diversas investigaciones 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 ⁽⁹⁾. 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 ⁽¹⁰⁾.

Es por ello que identificar los principales factores de riesgo asociado 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 asisten a los niños y sus familias las cuales en este proceso se encuentran altamente vulnerables ⁽¹¹⁾.

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 la unidad de pediatría 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 interrupción de la relación padres-hijo, afectando su desarrollo físico y emocional, Talmi y Harmon ⁽¹²⁾. 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, según Fernández y López ⁽¹³⁾.

Estudios han indicado la presencia de estrés en padres y madres de niños hospitalizados en unidades críticas. Board y Ryan Wenger ⁽¹⁴⁾ en su estudio obtuvo 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. 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 ⁽¹⁵⁾. En un estudio desarrollado en 12 unidades de neonatología que forman parte de la Red Neocosur (Argentina, Chile, Paraguay y Peru), se utilizó la versión validada en español de la escala de estrés parental diseñada por Miles, y se obtuvo como resultado que la situación que mayor estrés les provoca es 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 ($3,8 \pm 1,5$) ⁽⁷⁾. Por otra parte, los resultados de Jofre *et al.* ⁽¹⁶⁾, reflejan que el ver a otros bebés enfermos en la unidad representaban algún nivel de estrés para las madres. En un estudio de Aguiñaga-Zamarripa *et al.* ⁽¹⁷⁾ 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%.

En Chile, este tema ha generado interés en ser mejorado. En el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, la presencia de una psicóloga para acompañar a los padres y/o madres en el proceso de hospitalización de sus hijos recién nacidos 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 ⁽¹⁸⁾.

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 ⁽¹⁹⁾.

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 pediátricas, dado que no se ha investigado y evaluado este estrés en estas, aunque si en algunas UCIs neonatales del país, de modo que es importante recabar información y conocer cifras sobre el estrés de estos padres, con el fin de que posteriormente se puedan considerar recursos para realizar intervenciones enfocados en ellos, ayudando tanto a los padres como al paciente en las unidades pediátricas . También es importante destacar que en la ciudad de San Carlos, el Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina 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, 24 horas al día en unidades pediátricas ⁽²⁾.

El profesional de enfermería, y el equipo de enfermería en general, 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 no se toman en cuenta dentro de los cuidados, atendiendo solo las problemáticas físicas, sin considerar que su influencia en el menor es determinante en el proceso de sanación del mismo ⁽²⁰⁾. 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 ⁽²¹⁾.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de estrés en los padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres con hijos hospitalizados en la unidad de pediatría?
2. ¿Cuáles son las características de salud de los hijos hospitalizados en unidad de pediatría?
3. ¿Cuál es el nivel de estrés de los padres según el número de hijos y número de días de hospitalización de los hijos hospitalizados en la unidad de pediatría?
4. ¿Cuál es la prevalencia de las dimensiones de la escala de estrés parental en padres con hijos hospitalizados en la unidad de pediatría?
5. ¿Cuál es el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos según sexo?

1.5 MARCO TEÓRICO

Hacia los años '30 el investigador 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”. 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” ⁽²²⁾. 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 alérgenos, 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 2 manifestaciones que aparecen al mismo tiempo, al que denominó Síndrome General de Adaptación (SGA), Moreno y Ordoño ⁽²³⁾.

La Real Academia Española define estrés como: “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” ⁽²⁴⁾. El estrés es una “respuesta corporal no específica del organismo, ante una diversidad de exigencia” ⁽²⁵⁾. Existe un estrés físico y estrés psicológico o mental, el físico son las presiones ejercidas 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 colocados en un individuo. El estrés se produce cuando estas presiones exceden la capacidad de un individuo para hacer frente ⁽²⁶⁾. 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, ⁽²⁷⁾.

Vallejo y Perez ⁽²⁸⁾ 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. Holmes y Rahe ⁽²⁹⁾ 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 & McVicar en 1993, Livingstone ⁽³⁰⁾ propuso 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” ⁽³¹⁾.

Aparte del estrés que cualquier persona puede tener en su vida, 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 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 ⁽³²⁾. Todos los padres pasan por etapas de reacciones emocionales que son identificables, dice Fernández *et al.* ⁽³³⁾. Además, otros autores señalan una secuencia de reacciones frente a un recién nacido prematuro ⁽³⁴⁾:

- 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 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 RN, 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 ⁽³⁵⁾.

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 ⁽³⁶⁾. 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 bebe 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” ⁽³⁶⁾.

Tener un hijo hospitalizado en la UCIN constituye un evento particularmente estresante para los padres. Los avances en la tecnología han contribuido a incrementar la supervivencia de los bebés que nacen prematuramente o con algún problema grave de salud, aunque muchas veces ello implica largas estancias en las UCINs. Este hecho ha llevado a que los equipos de salud y a los investigadores a presentar especial atención al bienestar psicológico de los progenitores, evaluando el impacto que tiene en ellos la experiencia de tener un hijo ingresado, ideando programas de intervención para brindarles apoyo y creando condiciones ambientales más afables en las UCINs. ^(34,37).

1.5.1 MODELO Y TEORISTA

Para abordar el nivel de estrés en padres se utilizó el Modelo de Sistemas de la Dra. Betty Neuman, su modelo evidencia tres áreas disciplinares de influencia: psicológica, filosófica y biológica, cada una con diversas corrientes (ver fig. 1)

Dentro de las bases psicológicas que sustentan el modelo, está la teoría general de sistemas, la cual menciona que los sistemas reales son abiertos, por lo tanto, existe interacción entre el ambiente y dicho sistema⁽³⁸⁾. También se basa en la Teoría de Gestalt la cual describe la homeostasis como el proceso necesario de interacción de un organismo con el ambiente para mantener el equilibrio del organismo, dice Manzanera *et al.*⁽³⁹⁾. Además, utiliza la teoría del estrés de Seyle, que define el término estrés como toda modificación de la constelación interna y externa del individuo, ocasionado por un estresor o estímulo, que da como respuesta una reacción que a su vez genera un Síndrome de Adaptación General⁽⁴⁰⁾. De aquí que haya construido el concepto de factores estresantes, el cual define como “fuerzas del entorno”, estas son las responsables que la persona o sistema se enfrente a la situación de estrés, que da como resultado la estabilidad o por el contrario la enfermedad⁽⁴¹⁾. Los meta paradigmas de éste modelo son:

1. Persona: sistema cuyas partes interactúan de manera dinámica afectado por variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.
2. Entorno: conjunto de fuerzas internas o externas que afectan y se ven afectadas por el sistema.
3. Salud: movimiento continuo entre bienestar pleno y enfermedad, dinámica y de cambio constante. Cuando se cumplen todas las necesidades del sistema se obtiene el bienestar óptimo.
4. Enfermería: quien se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del usuario ante el estrés, por tanto, la percepción de la enfermera, el cuidador y el paciente deben valorarse⁽⁴²⁾.

Neuman creó los conceptos de línea normal de defensa, líneas flexibles de defensa, líneas de resistencia, grado de reacción, reconstitución, entorno creado y enfermedad (ver fig.2). Y propone que el proceso de atención tiene una forma circular que va de la prevención primaria a la terciaria en donde se deberá contar con conocimientos suficientes sobre la persona para intervenir identificando y atendiendo los factores de riesgo asociados a los estresores ⁽⁴³⁾.

Si analizamos esta teoría, podemos apreciar la importancia que tiene todo el entorno y el ambiente sobre el niño y su familia, puesto que la hospitalización influye sobre la reacción de los padres, considerando factores intra, extra e inter personales, los que pueden llevarlos a generar un cuadro de estrés, porque además de sus obligaciones como padre el individuo tiene obligaciones profesionales, familiares, de parejas, entre otras. Aplicando esta teoría podríamos dilucidar que todo su sistema se ve afectado por la ansiedad, preocupación, angustia, estrés emocional y muchas veces físico que conlleva la hospitalización de su hijo.

Fig. 1

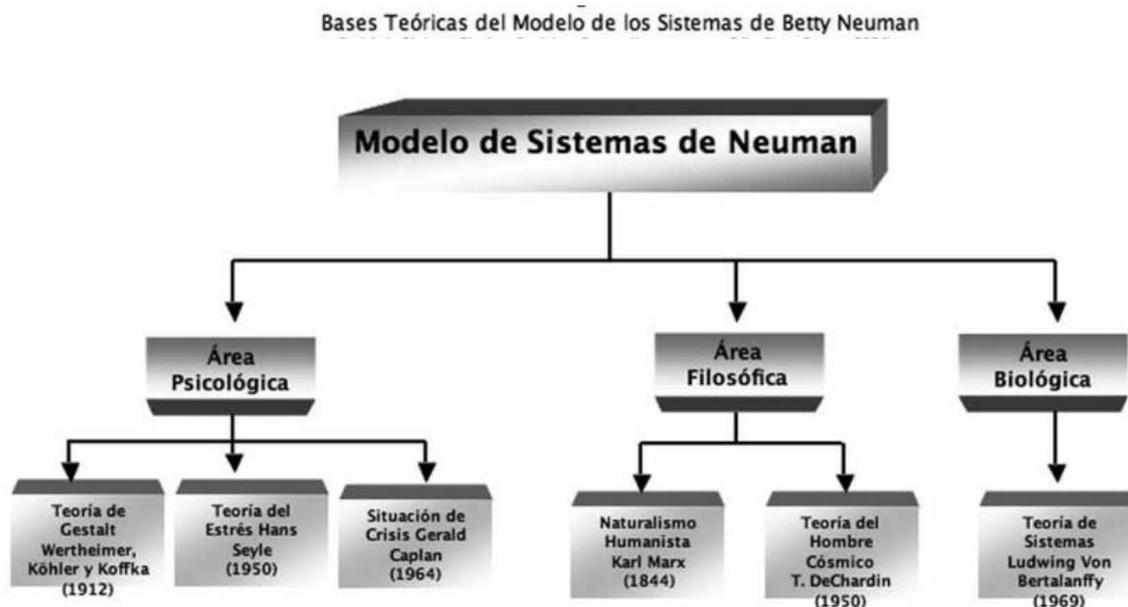
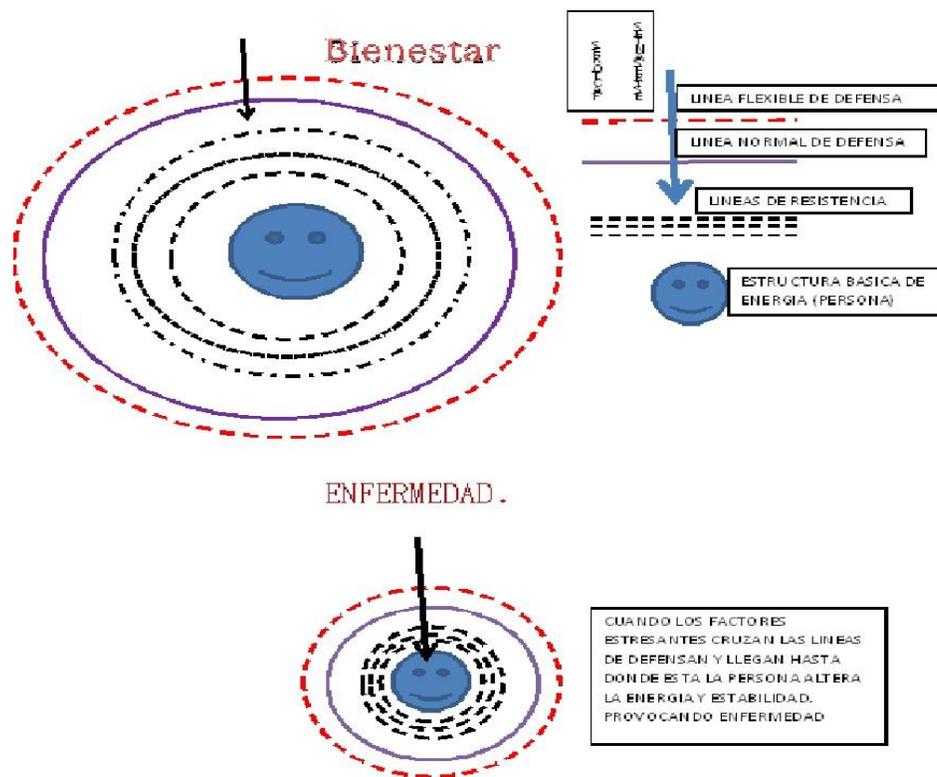


Fig. 2



1.6 MARCO EMPÍRICO

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

López ⁽⁴³⁾ realizó un estudio descriptivo transversal 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. 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.

Gonzalez ⁽⁴⁴⁾ en su estudio obtienen que al ordenar los resultados se determinó que el nivel de estrés general presente en las madres de neonatos de pre término 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 factor, “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.

Giraldo *et al.* ⁽¹⁰⁾, emplearon la escala de estrés parental: Unidad de Cuidados Intensivos (PSS: NICU) modificada, donde se obtuvo 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”, obtuvo como resultado 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 ⁽⁴⁵⁾, en su estudio “Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva”, 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.

Wormald *et al.* ⁽⁷⁾ 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). 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-Zamarripa *et al.* ⁽¹⁷⁾, en su investigación “Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización”, de tipo descriptivo correlacional, entrevistó a los 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.

En un estudio realizado por Fernández ⁽⁴⁶⁾, 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.

Board y Ryan-Wenger ⁽¹⁴⁾ en su estudio obtuvieron como resultado que el 90 % de las madres perciben estrés, y el total de ellas manifestaron que lo que más estrés les producía era el ver que puncionaran a sus hijos.

Por otra parte Díaz ⁽⁴⁷⁾ estudio la participación ocupacional junto al el estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales, en donde obtuvo como resultado que las fuentes de estrés según la escala PSS: UCIN ⁽⁴⁸⁾ 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. Identificar el nivel de estrés en los padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos.

1.7.2 Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los padres tales como sexo, edad del padre o madre, escolaridad del padre o madre, número de hijos, estado civil, ocupación, ingreso económico (Quintil) y procedencia.
2. Describir características de salud de los hijos hospitalizados tales como edad del hijo, hospitalizaciones previas, patologías previas, conformidad horario de visita, información recibida del personal suficiente, contención física, alimentación.
3. Describir el nivel de estrés de los padres según número de hijos y número de días de hospitalización de sus hijos.
4. Describir la prevalencia de las dimensiones de la escala de estrés parental en padres con hijos hospitalizados en la unidad de pediatría.
5. Identificar el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos según sexo.

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 126 de padres de niños hospitalizados en la unidad pediátrica, del Hospital de San Carlos, durante los meses de Septiembre y Noviembre del año 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 Noviembre del año 2017, correspondiendo a 31 personas.

- **Muestreo:** no probabilístico.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Padre o madre de niño(a) hospitalizado (a) en la unidad pediatria.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Inclusión:

1. Padre o madre mayor o igual a 18 años de edad al momento de levantar datos.
2. Padre o madre de un niño hospitalizado cuya estadía sea igual o superior a un día.

3. Aceptar participar de forma voluntaria en la investigación firmando el consentimiento informado.

Exclusión:

(Se determinará por preguntas directas)

1. Padre o madre analfabeto/a.
2. Padre o madre que esté cursando algún tipo de duelo durante los últimos 6 meses.
3. Padre o madre que presente depresión u otra enfermedad de salud mental diagnosticada por un médico.

2.6 LISTADO DE VARIABLES (anexo1).

Variable de estudio (dependiente)

1. Estrés

Variables sociodemográficas del padre o madre e hijo (independientes)

2. Sexo.
3. Edad del padre o madre
4. Edad del hijo.
5. Escolaridad del padre o madre.
6. Número de hijos.
7. Estado civil.
8. Ocupación.
9. Ingreso económico (Quintil).
10. Procedencia geográfica.

Variables de salud (independientes)

11. Días de hospitalización del hijo.
12. Hospitalizaciones previas del hijo.

13. Patologías previas del hijo.
14. Suficiencia del horario de visita (Conforme, Desconforme).
15. Información recibida por parte del personal de enfermería (Suficiente, Insuficiente).
16. Presencia de contención física en el hijo.
17. Tipo de alimentación que recibe el niño.

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

Para la recolección de datos, se utilizó la escala de estrés parental de Miles y Carter, y un cuestionario para recolectar datos de caracterización sociodemográfica y de salud.

Escala de estrés parental ⁽⁴⁸⁾.

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 ⁽⁴⁸⁾. 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. Esta escala entiende que experiencia estresante es una vivencia que causa ansiedad o tensión.

La versión en lengua castellana del instrumento PSS fue validada en España por Ochoa y Polaino-Lorente ⁽⁴⁸⁾ a partir de análisis factorial (Anexo 3). 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 subescalas 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)⁽⁴⁹⁾, 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 las subescalas.

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, 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 esa subescala por el número de ítems que la componen y que han sido valorados del 0 al 5. De este modo, pueden obtenerse seis índices de estrés en distintas situaciones.

Cuestionario de caracterización sociodemográfica y de salud.

Cuestionario creado por el autor del estudio, (ANEXO 2) con el objetivo de recolectar información sociodemográfica y de salud del grupo de estudio y de sus hijos hospitalizados. El cuestionario cuenta de catorce preguntas con respuestas de tipo abiertas y cerradas, referentes a sexo, edad, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, ingreso económico per cápita, procedencia geográfica, edad del niño, hospitalizaciones previas del niño, patologías previas del niño, suficiencia del horario de visita, Información recibida por parte del personal de enfermería, presencia de contención física en el niño y tipo de alimentación que recibe el niño.

2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN 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 evitando juicios sin influir en las respuestas o sugerir respuestas socialmente aceptadas. Para lograr esto, los encuestadores fueron previamente entrenados bajo la supervisión de la profesora guía mediante el método de juego de roles. 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 5). 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 ^{(50), (51), (52)} 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.

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El análisis se realizó en el paquete estadístico Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) versión 15. Se utilizó estadística descriptiva, como medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

III. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación obtenidos en función a cada uno de los objetivos planteados para este proceso investigativo, que guardan relación con investigar y describir el nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría.

Se estudió una muestra de 31 padres de niños hospitalizados en el Centro de Responsabilidad de Pediatría del Hospital de San Carlos.

La tabla 1-A señala la distribución de las características sociodemográficas de los padres participantes del estudio. El 71,0% fueron mujeres; un 67,7% refirió una edad entre 20 y 34 años y el 38,5% indicó pertenecer al 2° quintil económico.

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

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Hombre	9	29.0%
Mujer	22	71.0%
Edad del padre o madre (años)		
<20	0	0,0%
20-34	21	67,7%
35-49	9	29,0%
50-64	1	3,2%

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

Características sociodemográficas	n	%
Ingreso económico (ingreso per cápita)		
1er quintil (\$ 0 a \$74.969)	11	35,5%
2do quintil (\$74.970 a \$125.558)	11	35,5%
3er quintil (\$125.559 a \$193.104)	3	9,7%
4to quintil (\$193.105 a \$352.743)	4	12,9%
5to quintil (\geq \$352.743)	2	6,5%

La tabla 1-B señala la distribución de las características sociodemográficas de los padres participantes del estudio. El 54,8% posee estudios hasta la enseñanza media; un 38,7% refirió tener 1 hijo; un 41,9% contestó trabajar de forma independiente y ser dueña de casa; el 58,1% vive en la zona urbana y el 58,1% es soltero(a).

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

Características sociodemográficas	n	%
Escolaridad (mayor nivel de estudios alcanzado)		
Sin estudios	0	0,0%
Estudios enseñanza básica	9	29,0%
Estudios enseñanza media	17	54,8%
Estudios educación superior	5	16,1%

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

Características sociodemográficas	n	%
Número de hijos		
1	12	38,7%
2	10	32,3%
≥3	9	29,0%
Ocupación		
Trabajador independiente	3	9,7%
Trabajador dependiente	13	41,9%
Dueña de casa	13	41,9%
Estudiante	1	3,2%
Cesante	1	3,2%
Procedencia		
Urbana	18	58,1%
Rural	13	41,9%
Estado civil		
Soltero(a)	18	58,1%
Casado(a)	9	29,0%
Viudo(a)	1	3,2%
Divorciado(a)	2	6,5%
Conviviente civil	1	3,2%

La tabla 2-A señala la distribución de los padres participantes del estudio según las características de salud del hijo hospitalizado. En esta, destaca que el 42,1% tiene igual o

más de 7 años y menor de 15 años; el 61,3% no tiene hospitalizaciones previas; el 51% no posee patologías previas y el 93,5% está conforme con el horario de visita.

Tabla 2-A. Distribución de los padres participantes del estudio según las características de salud del niño (*sigue*).

Características de salud del hijo hospitalizado	n	%
Edad del hijo (días, meses, años)		
≤28 días	0	0,0%
29 días a 11 meses 29 días	4	12,9%
12 meses a 23 meses 29 días	2	6,4%
2 años a 5 años 11 meses 29 días	12	38,8%
6 años a 14 años 11 meses 29 días	13	42,1%
Hospitalizaciones previas del niño		
0	19	61,3%
1	6	19,4%
2	3	9,6%
≥3	3	9,6%
Patologías previas del niño		
0	16	51,6%
1	9	29,0%
2	2	6,5%
≥3	4	12,8%
Horario de visita		
Conforme	29	93,5%
Desconforme	2	6,5%

Respecto a la tabla 2-B que analiza la distribución de los padres participantes del estudio según las características de salud del hijo hospitalizado, destaca que el 87,1% señala recibir la información suficiente respecto al estado de salud de su hijo; el 80,6% refiere que su hijo no presentar contención física; el 64,5% se está alimentando por boca y el 45,2% lleva 1 y ≥ 3 días de hospitalización.

Tabla 2-B. Distribución de los padres participantes del estudio según las características de salud del niño (*continuación*).

Características de salud	n	%
Información recibida sobre el estado de salud		
Suficiente	27	87,1%
Insuficiente	4	12,9%
Contención Física		
Presente	6	19,4%
Ausente	25	80,6%
Tipo de Alimentación		
Por boca	20	64,5%
Por sonda	0	0,0%
Por gastrostomía	0	0,0%
Por vía	1	3,2%
No se está alimentando	10	32,3%
No sabe	0	0,0%
Días de hospitalización		
1	14	45,2%
2	3	9,7%
≥ 3	14	45,2%

Respecto al objetivo 3, que propone describir el nivel de estrés de los padres según número de hijos y número de días de hospitalización de sus hijos se observó que según la tabla 3, un 63,2% de los padres con más de un hijo refieren un bajo nivel de estrés, en cambio, los padres que tienen solo 1 hijo, existe el mismo porcentaje que refieren tanto alto nivel de estrés, como bajo nivel de estrés, y según la tabla 4, existe un 78,6% de los padres con hijos con 1 día de hospitalización que refieren bajo nivel de estrés, un 54,5% con bajo nivel de estrés en los padres con hijos hospitalizados con mayor a 1 día y menor o igual a 5, y un 83,3% con alto nivel de estrés en los padres con hijos hospitalizados por más de 5 días.

Tabla 3. Nivel de estrés parental según número de hijos de los padres participantes del estudio.

Nivel de estrés	1 hijo (n=)	%	> 1 hijo (n=)	%	Total	%
Alto	6	50%* (19,4%)**	7	36,8%* (22,6)**	13	41,9%
Bajo	6	50%* (19,4%)**	12	63,2%* (38,7%)**	18	58,1%
Total	12	38,7%	19	61,3%	31	100%

* % respecto al N° de hijos.

** % Respecto al total de la muestra.

Tabla 4. Nivel de estrés parental según número de días de hospitalización.

Nivel de estrés	1 día (n=)	%	1 < n ≤ 5 días (n=)	%	>5 días (n=)	%	Total	%
Alto	3	21,4%* (9,7%)**	5	45,5%* (16,1%)**	5	83,3%* (16,1%)**	13	41,9%
Bajo	11	78,6%* (35,5%)**	6	54,5%* (19,4%)**	1	16,7%* (3,2%)**	18	58,1%
Total	14	45,2%	11	35,5%	6	19,4%	31	100%

* % respecto al N° de hijos.

** % Respecto al total de la muestra.

Respecto al objetivo 4, que propone describir la prevalencia de las dimensiones de la escala de estrés parental en padres con hijos hospitalizados en la unidad de pediatría, se observó que la subescala con más alto nivel de estrés es “Tratamiento recibido” con un 54,8 %, además, solo un 35,5% de los encuestados refiere un alto nivel de estrés en la subescala “Comunicación con el personal sanitario”, y un 67,7% refiere un alto nivel de estrés referente a “Impacto a causa de la hospitalización”. Por otra parte, la subescala “Comportamiento del personal sanitario” posee un 80,6% con Bajo nivel de estrés, siendo la más alta.

Tabla 5. Prevalencia de las dimensiones de la escala de estrés parental en padres con hijos hospitalizados en la unidad de pediatría.

Nivel de estrés	Alto (n=)	%	Bajo (n=)	%
Apariencia física del niño	9	29%	22	71%
Tratamiento recibido	17	54,8%	14	45,2%
Comunicación con el personal sanitario	11	35,5%	20	64,5%
Conductas y respuestas emocionales del niño	15	48,4%	16	51,6%
Comportamiento del personal sanitario	6	19,4%	25	80,6%
Alteración roles de padres/ expectativas de seguimiento	7	22,6%	24	77,4%
Impacto a causa de la hospitalización	21	67,7%	10	32,3%

Respecto al objetivo 5, que propone identificar el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos según sexo, se observa en la tabla 6 que el 77,8% de los hombres posee un bajo nivel de estrés, en cambio en las mujeres, existe un 50% con alto y con bajo nivel de estrés. La media del puntaje para las mujeres fue de 1,168 y para los hombres 1,024 puntos.

Tabla 6. Nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del Hospital de San Carlos según sexo.

Nivel de estrés	hombre (n=)	%	mujer (n=)	%	Total	%
Alto	2	22,2%* (6,5%)**	11	50,0% (35,5%)*	13	41,9%
Bajo	7	77,8%* (22.6%)**	11	50,0% (35,5%)**	18	58,1%
Total	9	29%	22	71%	31	100%

* % respecto al N° de hijos.

** % Respecto al total de la muestra.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio dan respuesta al objetivo general, al poder identificar los niveles de estrés de los padres, como también caracterizar a la población de estudio. En ese sentido, la población estuvo compuesta por 31 padres, de los cuales se encontró que el 71,0% fueron mujeres, lo que es similar a los reportado en otros estudios ^(5,7).

En relación a la edad de los padres, la media fue de 32,94% lo que es similar a lo registrado en estudios anteriores ^(7,9,10). Respecto al ingreso económico per capita, medido en quintiles, el 1er y 2do quintil fueron los predominantes, ambos con un 35,5%, lo que es inferior a lo reportado a nivel internacional ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la escolaridad de los padres, un 54,8% refería tener estudios hasta la enseñanza media y sin encontrarse sujetos sin estudios, diferente al caso de Giraldo et al. ⁽¹⁰⁾, este obtuvo que la muestra mayoritariamente poseían escolaridad universitaria. Por otra parte López *et al.* ⁽⁴³⁾ menciona que entre un mayor nivel de estudio por parte de los padres, existía un menor nivel de estrés por parte de estos, al momento de tener un hijo hospitalizado. En lo que concierne al número de hijos, la mayoría de la muestra poseía un hijo, lo que resulto similar a lo que ocurrió con el estudio de Giraldo *et al.* ⁽¹⁰⁾

En cuanto a la ocupación del padre, la mayoría respondió ser trabajador dependiente y dueña de casa, lo que difiere con la literatura, en el cual predomina el estado de desempleado ⁽⁷⁾. Respecto a la procedencia, fue en su mayoría urbana; sobre la residencia de los padres se ha reportado una relación altamente significativa con el nivel de estrés ⁽¹⁶⁾, lo que sería importante estudiar en población chilena. Respecto al estado civil, predominó el estar soltero(a); lo que es similar a lo reportado por Woldmald *et al.* ⁽⁷⁾.

En lo que concierne a las características de salud del hijo hospitalizado, predominó el rango de edad entre 6 años y 14 años 11 meses y 29 día, a su vez, no se encontró padre con hijo en el rango ≤ 28 días. En cuanto al horario de visita, mayormente los padres

contestaron estar conforme con este y recibir suficiente información sobre el estado de salud del hijo hospitalizado. Respecto a contención física presente en el hijo, la mayoría no poseía y recibían alimentación por boca. En relación al mayor rango de días de hospitalización, esta corresponde al rango de 1 día y ≥ 3 días, a diferencia del estudio realizado por Ochoa y Polaino-Lorente ⁽⁴⁸⁾, en el cual la edad de los niños varía entre los 2 y 18 años y el periodo de hospitalización fue mínimo de 7 días, además encontró que un 40% de los niños presentaba antecedentes de hospitalizaciones previas, a diferencia de este estudio, en donde la mayoría de ellos no había tenido hospitalizaciones previas, y en cuanto a patologías previas, la mayor parte refiere no tener ninguna anteriormente. Ramírez *et al.* ⁽⁶⁾ en su estudio, refiere que la relación de los factores de estrés parental derivados del niño, resultan ser los más importantes en relación con el estrés parental. Al igual que afirma, que una intervención en que el equipo de salud entregue a los padres información anticipada respecto a los posibles cambios físicos que su hijo/a presentará, junto con una descripción de los equipos y dispositivos utilizados, podría contribuir a disminuir el nivel de estrés parental.

Según lo investigado respecto al nivel de estrés de los padres, se encontró que los que tienen más de un hijo poseen un bajo nivel de estrés y que para los padres con tan solo 1 hijo hay una igualdad en el porcentaje de nivel de estrés tanto para alto como para bajo. En relación al nivel de estrés según número de días hospitalizados, los padres con hijos hospitalizados por un 1 día, poseen bajo nivel de estrés, ocurriendo todo lo contrario en el caso de padre con hijos hospitalizados por más de 5 días, en donde destaca un alto nivel de estrés. Con respecto a los padres de hijos hospitalizados por más de un día y menor o igual a 5, estos presentaron un bajo nivel de estrés principalmente. Sobre lo expuesto, no se ha recuperado literatura que permita generar discusión, por tanto esto puede ser un indicador que invite a generar mayor investigación sobre estas variables.

En el presente estudio, respecto a la prevalencia en cuanto a las dimensiones de la escala de estrés parental en padres con hijos hospitalizados en la unidad de pediatría, se

obtuvo que el “impacto a causa de la hospitalización” posee un Alto nivel de estrés; la subescala “Tratamiento recibido” fue la que obtuvo mayor porcentaje de alto nivel de estrés, seguida de “Conductas y respuestas emocionales del niño” y por “Comunicación con el personal sanitario”, lo que resulto ser diferente a lo revisado en la literatura, como por ejemplo el estudio de Woldmald *et al.* ⁽⁷⁾, en el que la subescala con el puntaje promedio más alto para estrés fue la “alteración en el rol parental”, seguida por el “aspecto y comportamiento del RN” y las “vistas y sonidos de la UCIN”.

Respecto al nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría del hospital según sexo, las mujeres refirieron un alto nivel de estrés, en cambio los hombres tuvieron un 77,8% con bajo nivel de estrés, similar a lo que ocurre en el estudio de Woldmald *et al.* ⁽⁷⁾.

4.2 LIMITACIONES

A pesar del esfuerzo realizado para disminuir cualquier tipo de sesgo en esta investigación, y considerando que los resultados obtenidos establecen un nuevo compilado de conocimientos en el área de Enfermería, el presente estudio no estuvo exento de algunas consideraciones metodológicas, entre las que destacan:

- Debido a que la presente investigación se desarrolla dentro de un contexto académico, el cronograma debió ajustarse al calendario universitario del primer semestre 2017 y a los tiempos tomados por la dirección de las autoridades encargadas del Hospital de San Carlos para la autorización de la investigación.
- El espacio físico en donde tuvo lugar la aplicación de los instrumentos, no fue el ideal, debido a que los participantes fueron abordados en la sala de hospitalización junto a los niños, negándose a abandonar circunstancialmente la sala para mantener el cuidado de sus hijos, dificultando en ocasiones la atención y el resguardo a la privacidad durante la aplicación del instrumento. Otro factor a destacar lo constituyen el ruido ambiental y otros distractores propios de la

atención del personal sanitario, que dificultaron parcialmente la comunicación entre entrevistador y entrevistado.

- El promedio de días de hospitalización infantil fue bajo en comparación con otras investigaciones, lo que pudo influir en que los participantes no experimentaran situaciones significativamente estresantes.
- El estudio se focalizó en evaluar las variables solo en el Centro de Responsabilidad Pediátrica del Hospital de San Carlos, por lo cual los resultados y conclusiones obtenidas solo corresponden a dicho centro y no es comparable con otras realidades.
- Debido a la naturaleza transversal de estudio, no fue posible evaluar la evolución en el tiempo de las variables en cada sujeto de estudio.
- Al tratarse de un estudio descriptivo se logró describir una serie de variables que podrían influir en el nivel de estrés parental, pero por otra parte no se identifica si existe una correlación entre las variables al no tratarse de un estudio correlacional.
- El periodo del año en el cual se realizó las encuestas no corresponde al periodo de tiempo en que hubo más hospitalizaciones el año anterior, por lo que las respuestas obtenidas al aplicar los instrumentos pueden variar con las que pudiesen obtener en otro periodo del año.

4.3 SUGERENCIAS

A partir de la presente investigación, es posible proponer las siguientes sugerencias:

- Realizar un estudio correlacional con mayor número de muestra con selección aleatoria de sus participantes.
- Estudiar la relación del número de hijos con el nivel de estrés.
- Agregar la variable religión al estudiar el estrés de los padres, analizando su relación.
- Estudiar el riesgo de desarrollar estrés, pensando en conocer factores protectores.

- Analizar el nivel de estrés post alta.
- Incorporar como nuevo criterio de inclusión, un periodo de acompañamiento de los padres participantes del estudio junto al usuario pediátrico que sea mayor a 3 días.
- Realizar un estudio de tipo longitudinal y multifocal que permita una generalización de los resultados y constituya un fundamento para la realización de nuevas intervenciones de Enfermería.
- Realizar envío de las solicitudes al Comité Ético Científico al finalizar el anteproyecto de tesis desarrollado en la asignatura de Metodología de Investigación, de esta manera, aumentar el periodo de recolección de datos y como consecuencia los participantes del estudio.
- Considerar variables como la gravedad y cronicidad de la patología que afecta al niño. Además realizar nuevas investigaciones en unidades críticas como UCI o TIM pediátrico, con el fin de determinar si las variables se comportan de manera similar en dichas unidades.
- Se sugiere la incorporación de nuevas estrategias por parte del profesional de Enfermería en relación a la comunicación con los padres, las cuales apunten a disminuir el estrés parental.

4.4 CONCLUSIONES

Los padres participantes de este estudio, poseían características sociodemográficas que permitieron concluir que existe un mayor porcentaje de madres en el rol de cuidador principal, con un rango etario entre 20 y 34 años, pertenecer mayormente al primer y según quintil en ingresos per capita. Otro dato destacable es el grado de escolaridad, predominando los estudios medios. Respecto al número de hijos, principalmente poseían un hijo, la ocupación principal fue trabajador dependiente y dueña de casa. La procedencia mayoritaria fue la urbana y el mayor porcentaje se encontraba soltero(a).

En relación a los datos proporcionados sobre los niños hospitalizados en el Centro de Responsabilidad de Pediatría, se puede mencionar que la edad predominante es el rango entre 6 años y los 14 años 11 meses 29 días, teniendo una estancia hospitalaria de un día y mayor o igual a 3 días, destacándose que la mayoría de los niños no presentaban antecedentes de hospitalizaciones previas ni de patologías previas. En su mayoría, no presentaban contención física y se alimentaban por boca. Respecto a los padres, hubo conformidad en cuanto al horario de visita y la información recibida sobre el estado de salud del hijo fue suficiente.

Con respecto al nivel de estrés según número de hijos de los padres participantes del estudio, hubo un mayor porcentaje que apuntó a un alto nivel de estrés en padres que tenían 1 hijo y un mayor porcentaje que obtuvo bajo nivel de estrés en padres que tenían más de un hijo. En relación al nivel de estrés parental según número de días de hospitalización, para el caso de los hijos hospitalizados por un día y mayores a uno y menores o iguales a 5, predominó un bajo nivel de estrés; en cuanto a los mayores de 5 días, el porcentaje mayor fue para un alto nivel de estrés.

Respecto a la escala de estrés parental, en cuanto a la prevalencia, hubo un 67.7% de los encuestados que obtuvieron un alto nivel de estrés para el “Impacto a causa de la hospitalización”, además se destaca que la subescala “Tratamiento recibido” fue la con mayor porcentaje con alto nivel de estrés con un 54,8%, seguida de “Conductas y respuestas emocionales del niño” y “Comunicación con el personal sanitario”, por lo que son aquellos factores que más influyen en el aumento del estrés parental. Quien obtuvo mayor porcentaje para un bajo nivel de estrés fue “Comportamiento del personal sanitario”.

En cuanto al nivel de estrés de los padres según su sexo, las mujeres obtuvieron un mayor porcentaje con alto nivel de estrés que los hombres, además de tener una puntuación media por sobre la de los hombres.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., Pedroche, S. Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología conductual*, 4(2), 193-209. Disponible en: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art03.2.04>
2. Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina [Internet]. Hospitaldesancarlos.cl. 2017 [revisado 20 Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.hospitalsancarlos.cl/portal/>
3. Evidenciaencuidados.es, Impacto de las políticas hospitalarias de horario de visita en pacientes pediátricos y adultos y en sus visitantes [Sede web]. 2010- [revisado 28 marzo 2017];14(14):1-4. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010_14_14_BestPrac.pdf
4. 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.htm
5. Fernández-Castillo A, López-Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *IJCHP* [revista en Internet]. 2006 enero [acceso 31 de marzo de 2016]. 6(3): 631-645. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf
6. Ramírez, L., Pino, A., Springmuller, P., Clavería, R. Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. *Archivos argentinos de pediatría* [revista en Internet] 2014 enero [acceso 20 de marzo de 2017] 112(3), 263-267. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000300012
7. Wormald F, Tapia J, Torres G, Cánepa P, González Ma, Rodríguez D, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatr* [revista en Internet] 2015 abril [citado el 7 de abril de 2017]; 113(4): 303-309. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a04.pdf>

8. Acosta, M. F., Bravo, N. C. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. Revista UNIMAR [revista en Internet] 2017 [citado el 7 de abril de 2017] 34(1).
9. Ruiz A, Ceriani JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Arch argent pediatr [revista en Internet]. 2005 febrero [acceso 31 de marzo de 2017]; 103 (1): 36-45. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000100008&lng=es.
10. 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 [revista en Internet]. 2012 noviembre [citado 15 de marzo de 2017]. 23 (3): 13-22. Disponible en: http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/23-3/estres_factores.pdf
11. Parra AM. Factores biosociales que influyen el nivel de apego de la madre adolescente con su recién nacido [tesis]. Huancayo: Universidad Nacional de Trujillo; 2011.
12. Talmi A, Harmon RJ. Relationships between preterm infants and their parents: disruption and development. Rev Zero to Three [revista en Internet]. 2003 [citado 15 de marzo de 2017] 103-20.
13. Fernandez 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/>
14. Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and Stress Symptoms of Mothers With Children in the PICU. Journal of Pediatric Nursing [revista en Internet]. 2003 [citado 30 de marzo de 2017] 18(3):195-201.

15. Board R, Ryan-Wenger N. Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. *Issues in psychosocial nursing* [revista en Internet] 2002 [citado 30 de marzo de 2017] 31(1):53-64.
16. Jofre Aravena V, Henríquez Fierro E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. *Cienc. Enferm* [revista en Internet] 2002 junio. [acceso 31 de marzo de 2017]; 8(1): 31-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100005&script=sci_arttext
17. 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* [revista en Internet] 2016. [acceso 20 de abril de 2017] 24(1):27-35.
18. Gertner, M. A. M. (2010). 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 (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona). . [Revisado 10 de Septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=19574>
19. Pérez Fernández M. Intervenciones enfermeras para el manejo del estrés en padres de niños prematuros en UCIN Revisión narrativa [Tesis de grado]. Universidad Autónoma de Madrid; 2016. [Revisado 5 de mayo de 2017]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675112/perez_fernandez_mariatfg.pdf?sequence=1
20. Estefo Agüero, S., Paravic Klijn, T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Ciencia y enfermería* [revista en Internet] 2010. 16(3), 33-39.
21. Varela Curto, M. D., Sanjurjo Gómez, M. L., Blanco García, F. J. La investigación en enfermería. *Rol de la enfermería. Enfuro* [revista en Internet] 2012. 121, 19-21
22. Patrono R, Fernández A. "STRESS" (Claves para interpretar su mecanismo). Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires [revista en Internet]. 2017 [revisado

29. Marzo 2017]; disponible en:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/m
23. Moreno F, Ordoño E. Aprendizaje motor y síndrome general de adaptación. *European Journal of Human Movement*. [revista en Internet] 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*. [revista en Internet] 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* [revista en Internet] 1996. 1(1):42.
27. Folkman S, Lazarus R, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology* [revista en Internet] 1986. 50(5):992.
28. Vallejo-Sánchez B, Pérez-García A. Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anal Psicol* [revista en Internet]. 2015 [revisado 29 marzo 2017];31(2):462-471. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282015000200009
29. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research* [revista en Internet] 1967. 11(2):213-218.
30. Livingston Booth A. *Stressmanship*. Severn House. [revista en Internet] 1985.
31. Palmer S. Occupational stress. *The health and safety practitioner* [revista en Internet] 1989. 7(8):16-18.
32. Spear M, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infant's hospitalization in the neonatal intensive care unit. *American journal of perinatology* [revista en Internet] 2002. 19(4):205-214.

33. Fernández P, Caballero E, Lira M. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería. Ediciones Universidad Católica de Chile Santiago, Chile [revista en Internet] 1999. 1.
34. Carter J, Mulder R, Darlow B, Bartram A. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. [revista en Internet] 2005. 90(2).
35. Miles S, Funk S, Kasper M. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. ACCN Clin Issues Crit Care NüES. [revista en Internet] 1991. 2(2):346-251.
36. Acosta, M. F., Bravo, N. Feelings experienced by parents when their premature children are hospitalized. A contribution to the humanized care. *Universidad y Salud* [revista en Internet] 2017. 19(1), 17-25.
37. Kaaresen P, Ronning J, Ulvund S, Dahl L. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. Padiatrics [revista en Internet] 1991. 118(1):9-19.
38. Araujo R. Valor epistemológico de la Teoría de la Complejidad para la Medicina. Rev.Hum. Med [revista en Internet] 2008 Abr [citado el 7 de abril de 2017];8(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000100003
39. Manzanera Ruiz R, Sierra Luque F, Borrego García, P. Formación universitaria e intervención social: una contribución de las técnicas gestálticas. Rev. Costarric. Psic [revista en Internet] 2015 Diciembre [citado el 7 de abril de 2017]; 34(2): 130-146. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-29132015000200130&script=sci_arttext
40. Nieto, J. Psicología para ciencias de la salud Estudio del Comportamiento Humano ante la Enfermedad. Mc Graw-Hill Interamericana. [revista en Internet] 2004. [citado el 7 de abril de 2017] p. 179 <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

41. Morrison, M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Harcourt Brace Mosby. Madrid [revista en Internet] 1999. p. 79
42. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teoría en Enfermería. 7^a ed. Madrid: Elsevier [revista en Internet] 2005.
43. López I. Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo [tesis doctoral]; Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2011.
44. Gonzalez 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). Disponible en: Paula, González María Aurelia, Rodríguez Diana et al. Estrés [http://file:///C:/Users/Patty/Downloads/Dialnet-DeterminantesEstresoresPresentesEnMadresDeNeonatos-3986747%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Patty/Downloads/Dialnet-DeterminantesEstresoresPresentesEnMadresDeNeonatos-3986747%20(1).pdf)
45. Rojas-Carrasco, K. Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. Revista Médica Instituto Mexico Seguro Soc. [revista en Internet] 2013. 51(6):606-9.
46. Fernández Arizmendi, Z. Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados [revista en Internet] 2015
47. Díaz C. Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales [Tesis de grado]. Universidad abierta Interamericana; 2012.
48. Carter, M.C., Miles M.S. The parental stressor scale: pediatric intensive care unit. Maternal-Child Nursing Journal 8 (3) [revista en Internet] 1989. pp 187-97.
49. Ochoa, b.,Reparaz, Ch.,Polaino-Lorente, A. Cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados de la escala PSS. Copmadrid [revista en Internet]. 1997 [citado el 7 de abril de 2017]; 8(2). Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1997/Vol8/Arti2.htm>.
50. Ley, N. 19.628 sobre protección de la vida privada. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, vol. 28.

51. Ley, N. (2006). 20.120" Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana.
52. 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.

VI. ANEXOS

6.1 ANEXO 1 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos.	Puntuación tipo Likert. 1 → Nada estresante. 2 → Poco estresante. 3 → algo estresante. 4 → muy estresante. 5 → extremadamente estresante.
Sexo.	Condición orgánica, masculino o femenino.	Hombre. Mujer.
Edad del padre o madre.	Tiempo que ha vivido el padre o madre desde su nacimiento.	Edad expresada en años.
Edad del hijo.	Tiempo que ha vivido el niño desde su nacimiento.	Edad expresada en días, meses o años.
Escolaridad padre o madre	Conjunto de cursos que sigue un estudiante en un establecimiento escolar.	Sin estudios Estudios básicos Estudios medios Estudios superiores
Número de hijos	Cantidad de hijos (incluyendo al niño hospitalizado) durante el estudio.	Cantidad de hijos que tiene el encuestado
Estado civil	Relación de familia que lo habilita para ejercer derechos y cumplir obligaciones	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Conviviente civil
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio	Trabajador independiente Trabajador dependiente Dueña de casa Cesante Estudiante

Ingreso económico	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.
Procedencia	Extensión geográfica en donde habita el grupo familiar.	Zona urbana. Zona rural.
Días de hospitalización	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 crítica.
Hospitalizaciones previas del hijo.	Número de hospitalizaciones previas que ha tenido el niño.	Hospitalizaciones previas expresadas en número.
Patologías previas del hijo.	Numero patologías previas agudas graves o crónicas que ha cursado el menor.	Numero de patologías previas expresadas en número.
Horario de visita.	Tiempo destinado a familiares para visitar a pacientes pediátricos en unidades críticas.	Conforme. Desconforme.
Información recibida por parte del personal de enfermería	Información entrega por parte del personal de salud al usuario.	Suficiente Insuficiente.
Contención física del hijo.	Presencia de contención física en el niño durante el periodo de hospitalización.	Presente Ausente.
Alimentación.	Tipo de alimentación que recibe el menor.	Por boca Por sonda Gastrostomía Vía venosa

6.2 ANEXO 2 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS:

1. SEXO:
 - a) Hombre ____
 - b) Mujer ____
2. EDAD DEL PADRE O MADRE: ____
3. EDAD DEL HIJO ____
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. OCUPACIÓN
 - a) Trabajador dependiente ____
 - b) Trabajador independiente ____
 - c) Dueña de casa ____
 - d) Cesante ____
 - e) Estudiante ____
8. INGRESO ECONÓMICO
 - 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. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HIJO ____
11. HOSPITALIZACIONES PREVIAS DEL HIJO.
 - a) Si ____
 - b) No ____
12. ¿Cuántas hospitalizaciones previas ha tenido su hijo? ____
13. PATOLOGIAS PREVIAS (crónicas o agudas que requirieron asistir a urgencias).
 - a. Si ____
 - b. No ____
14. ¿Cuántas patologías previas ha tenido su hijo? ____
15. HORARIO DE VISITA ¿está conforme con el horario de visita establecido?
 - a) Conforme ____
 - b) Desconforme ____
16. INFORMACIÓN RECIBIDA DEL PERSONAL ¿Es suficiente la información entregada por el personal, en relación a estado de salud de su hijo?
 - a) Suficiente ____
 - b) Insuficiente ____
17. CONTENCIÓN FÍSICA EN EL HIJO.
 - a) Presente ____
 - b) Ausente ____
18. ALIMENTACIÓN (forma de alimentación de su hijo en el hospital)
 - a) Por boca ____
 - b) Por sonda ____
 - c) Gastrostomía ____
 - d) Vía venosa ____
 - e) No se está alimentando ____
 - f) No sabe ____

6.3 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
Situación no Experimentada	No estresante	Poco estresante	Moderadamente estresante	Muy estresante	Extremadamente estresante

A) Siente usted estrés cuando observa que:	0	1	2	3	4	5
	Situación no experimentada	No estresante	Poco estresante	Moderadamente estresante	Muy estresante	Extremadamente estresante
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) En los tratamientos recibidos por el niño, siente estrés al ver:	0 Situación no experimentada	1 No estresante	2 Poco estresante	3 Moderadamente estresante	4 Muy estresante	5 Extremadamente estresante
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						
C) Cuando hablan con el personal sanitario de la clínica, le causa estrés:	0 Situación no experimentada	1 No estresante	2 Poco estresante	3 Moderadamente estresante	4 Muy estresante	5 Extremadamente estresante
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						

A) Si perciben en el niño conducta y respuesta de tipo emocional como las que abajo se citan, ¿Qué grado de estrés siente?	0 Situación no experimentada	1 No estresante	2 Poco estresante	3 Moderadamente estresante	4 Muy estresante	5 Extremadamente estresante
16. Confusión						
17. Conducta rebelde y poco cooperativo						
18. Lloro 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) Percibe usted cuando el personal sanitario (médico y enfermeras) se comporta del siguiente modo:	0 Situación no experimentada	1 No estresante	2 Poco estresante	3 Moderadamente estresante	4 Muy estresante	5 Extremadamente estresante
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						
C) ¿Le trastornan o inquietan las siguientes circunstancias	0 Situación no experimentada	1 No estresante	2 Poco estresante	3 Moderadamente estresante	4 Muy estresante	5 Extremadamente estresante
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						
D) Usando la misma escala de puntuación:	0 Situación no experimentada	1 No estresante	2 Poco estresante	3 Moderadamente estresante	4 Muy estresante	5 Extremadamente estresante
37. ¿Cuál es el impacto o grado de estrés que le ha causado la hospitalización de su hijo?						

6.4 ANEXO 4 CARTAS DE AUTORIZACION, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Consentimiento Informado

Estimado participante:

Quien suscribe, Nicolás Echeverría Ibáñez, R.U.T. 18.216.500-k, estudiante de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, está realizando la investigación titulada: **“Nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría”**, siendo dirigida por el académico Dr. José Leiva Caro 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 la unidad de pediatría. Su participación consiste en contestar un cuestionario de caracterización sociodemográfico y la escala de estrés parental de niños hospitalizados en unidades críticas.

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 el investigador en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Ningún informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

Participar en este estudio es de carácter voluntario. 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.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Nicolás Echeverría I.

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 del estudiante de Enfermería llamado “Nivel de de estrés en padres de niños hospitalizados en la unidad de pediatría”. He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y firma investigador

Nombre y firma académico

Chillán, ___/___/2017

6.5 ANEXO 5 APROVACION COMITÉ ETICO CIENTIFICO HCHM



CEO/msi

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

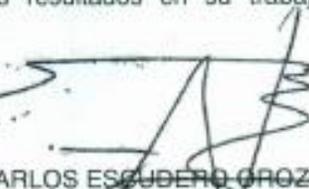
Me permito comunicarles a ustedes, que el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, teniendo a la vista los antecedentes presentados para realizar la investigación: **"Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales"**, registrado 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 GROZCO
PRESIDENTE CEC
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN

Distribución : DHCHM, SDM, CEC HCHM

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO <http://hospitaldechillan.cl/web/comite-etico-cientifico> www.hospitaldechillan.cl
mirtha.soto@redsalud.gov.cl Fono 427431 Red Minsal 587431